



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Sjukepleie til ofre for seksuelle overgrep

Nursing care for victims of sexual abuse

Kandidatnummer: 249

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultetet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og omsorgsvitenskap

Campus Førde

Innleveringsdato: 09.06.23

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

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

Samandrag

Bakgrunn: Seksuelle overgrep er eit alvorleg folkehelseproblem med kortvarige og langvarige konsekvensar for den utsette. I Noreg opplev kvar femte kvinne å bli utsett for eit seksuelt overgrep minst ein gong i livet, og nokon av desse oppsøker hjelp i etterkant. Med omsyn til dette er det viktig at sjukepleiarar kan ivareta desse kvinnene, samt gi dei naudsynt omsorg.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiarar ivareta jenter som oppsøker hjelp etter seksuelle overgrep?

Hensikt: Setta søkelys på korleis sjukepleiarar kan møte jenter som oppsøker hjelp etter seksuelle overgrep. Samt korleis sjukepleiarar kan ivareta psykiske og fysiske behov hos desse pasientane.

Metode: litteraturstudie basert på forskning og faglitteratur.

Resultat: Funna peikar på viktigheita av å bygga ein god og trygg relasjon. For at overgrepsofra skulle føla seg ivaretatt var det viktig at sjukepleiarane var omsorgsfulle, respektfulle og empatiske. Kommunikasjon og informasjon var vesentleg for kvaliteten på omsorga. Mangel på dette kunne bidra til ytterlegare traumatisering.

Konklusjon: For at overgrepsofre skal føla seg ivaretatt må sjukepleiarar visa omsorg, respekt og empati. Korleis overgrepsofre reagerer i etterkant av overgrepet kan variera veldig. Difor bør sjukepleiarar ta seg tid til kvar enkelt pasient for å sikra kvart overgrepsoffer sine individuelle behov. God kommunikasjon og tilstrekkeleg med informasjon er òg svært viktig. Då dette kan bidra til kjensla av kontroll og medverknad i eiga behandling.

Nøkkelord: seksuelle overgrep, overgrepsofre, jenter, omsorg, sjukepleie

Abstract

Background: Sexual assault is a serious public health issue with short-term and long-term consequences for the survivors. In Norway, one in five women experiences sexual assault at least once in their lifetime, and a proportion of them seek help afterwards. Therefore, it is crucial for nurses to be able to care for these women and provide them with necessary support.

Issue: How can nurses care for girls seeking help after sexual assault?

Aim: To shed light on how nurses can take care of girls seeking help after sexual assault, and how they can meet their psychological and physical needs.

Method: Literature study based on research and academic literature.

Results: The findings emphasize the importance of building a good and trusting relationship. To make survivors feel cared for, nurses need to be compassionate, respectful, and empathetic. Communication and information were crucial for the quality of care, as the lack of these could contribute to further traumatization.

Conclusion: to make survivors feel cared for, nurses must demonstrate care, respect, and empathy. The reactions of survivors in the aftermath of sexual assault can vary greatly. Therefore, nurses should take the time to attend to each individual survivor to ensure their unique needs are met. Effective communication and adequate information are also crucial, as they contribute to a sense of control and inclusion in their own treatment.

Keywords: sexual assault, assault-survivor, girls, care, nursing

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Innleiing med bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling med avgrensing.....	2
2.0 Bakgrunn og teori.....	2
2.1 Historikk	2
2.2 Kriser og traumer.....	3
2.3 Korleis møte menneske i krise.....	4
2.4 Relasjon	5
2.5 Kommunikasjon	6
2.5.1 Kommunikasjon med barn og unge	6
2.5.2 Kommunikasjon med overgrepsofre	7
2.6 Omsorg og resepekt.....	8
2.6.1 Traumemedviten omsorg.....	8
3.0 Metode:	9
3.1 Litteraturstudie:	9
4.0 Søkeprosess:	9
4.1 PICO og søkeord	9
4.2 Kriteriar for inkludering og ekskludering	10
4.3 Kjeldekritikk	10
4.4 Vurdering av forskingsartiklar	11
5.0 Presentasjon av funn.....	12
5.2 Forskingsartikkel 1	12
5.2 Forskingsartikkel 2	12
5.3 Forskingsartikkel 3	13
5.4 Forskingsartikkel 4	13
5.5 Forskingsartikkel 5	14

6.0 Tematisk oppsummering av funn.....	14
6.1 <i>Psykososiale behov</i>	14
6.1.1 Tryggleik	14
6.1.2 Støtte.....	15
6.1.3 Omsorg.....	15
6.2 <i>Kommunikasjon</i>	16
6.3 <i>Informasjon</i>	16
6.4 <i>Mangel på kompetanse</i>	17
6.5 <i>Lang ventetid</i>	17
7.0 Drøfting.....	18
7.1 <i>Psykososiale behov</i>	18
7.1.1 Tryggleik	18
7.1.2 Omsorg.....	19
7.1.3 Støtte.....	19
7.2 <i>Kommunikasjon</i>	20
7.3 <i>Informasjon</i>	20
7.4 <i>Tilstrekkeleg kompetanse</i>	21
7.5 <i>Umiddelbar hjelp</i>	21
8.0 Konklusjon	22
Referanseliste	24
Vedlegg I: PICO	1
Vedlegg II: Søkehistorikk	1
Vedlegg III: Litteraturmatrise.....	1

1.0 Introduksjon

1.1 Innleiing med bakgrunn for val av tema

Valdtekt og seksuelle overgrep er eit alvorleg samfunns- og folkehelseproblem nasjonalt og globalt. Forsking visar at seksuelle overgrep påverkar den fysiske og psykiske helsa hos den utsette, men det kan òg ha konsekvensar for dei rundt. Vennar og familie, samt folks oppleving av tryggleik i samfunnet kan bli råka negativt (Waitz & Thorleifsson, 2020).

På verdens basis blir ein av tre kvinner utsett for fysisk og/eller seksuell vald (Waitz & Thorleifsson, 2020). I Noreg opplev kvar femte kvinne å bli utsett for valdtekt minst ein gong i livet, og halvparten av desse var under 18 år då overgrepet skjedde (Amnesty International, 2019). I følge nasjonale faglege retningslinjer skal helsepersonell på overgrepsmottak og liknande tilbod ha kompetanse til å ivareta overgrepsofre både medisinsk og psykososialt (Helsedirektoratet, 2021).

Helsetenesta har ei viktig rolle når det kjem til førebygging og avdekking av valdtekt og seksuelle overgrep (Helsedirektoratet, u.å.). Deretter er det eit stort ansvar som omfattar vidare oppfølging og behandling av dei utsette. Samhandling med andre aktørar og kompetansen i helsetenesta vil ha stor betydning for kvaliteten på tilbodet (Helsedirektoratet, u.å.). I kapittel 2 i forskrifta om nasjonale retningslinjer for sjukepleiarutdanning stillast det krav til at sjukepleiaren har innsikt i sosiale- og helsemessige problem som overgrep. Deretter skal sjukepleiaren følge opp menneske med utfordringar etter slike hendingar. Vidare blir det stilt krav til å kunne setta inn naudsynte tiltak og/eller behandling, eller henvisa vidare (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §6).

For å redusere risikoen for seinskadar etter overgrep er tiltak som tidleg intervensjon avgjerande (Waitz & Thorleifsson, 2020). I handlingsplanen mot valdtekt til Justis- og beredskapsdepartementet tar dei opp overgrepsmottak som eit viktig tiltak for å førebygga eller redusere seinskadar (Justis- og beredskapsdepartementet, 2019, s. 35) Overgrepsofre finn seg i ein svært sårbar situasjon og i risiko for å utvikle fleire psykiske lidningar (Kvello, 2015, s. 299). Difor er det viktig at helsepersonell er førebudd på korleis dei skal møte desse

pasientane. Sjukepleiaren sin veremåte og kommunikasjon kan hjelpe pasienten til å føla seg trygg og ivaretatt, men det kan òg ha motsett effekt (Kristoffersen et al., 2019, s. 23). På bakgrunn av dette har eg valt å fokusera på korleis sjukepleiarar kan møte og ivareta pasientar som har vore utsett for seksuelle overgrep.

1.2 Problemstilling med avgrensing

Korleis kan sjukepleiarar ivareta jenter som oppsøker hjelp etter seksuelle overgrep?

Eg har valt å avgrensa oppgåva til jenter som oppsøker hjelp i spesialhelsetenesta etter seksuelle overgrep. Til dømes overgrepsmottak, legevakt eller liknande tilbod. Her kjem overgrepsofre i kontakt med sjukepleiarar for blant anna behandling, undersøking og samtale (Helsedirektoratet, 2021). Vidare har eg valt å avgrensa til jenter i alderen 14-18 år i den hensikt at overgrepsmottaka i Noreg si målgruppe er frå og med 14 år (Helsedirektoratet, 2021). Oppgåva byggjar seg på korleis sjukepleiarar best mogleg kan ivareta desse pasientane ved hjelp av relasjonsbygging, kommunikasjon og omsorg. Jenter som har vore utsett for seksuelle overgrep blir i denne oppgåva omtalt som jenter, overgrepsofre eller pasientar.

2.0 Bakgrunn og teori

Her kjem ei kort beskriving av historikk, samt eksisterande kunnskap som omhandlar seksuelle overgrep. Deretter blir det gjort rede for relevant teori knytt til krise, kommunikasjon og omsorg. Dette skal bidra til å vidare belysa oppgåvas problemstilling (Thidemann, 2023, s. 105).

2.1 Historikk

Seksuelle overgrep er eit samla omgrep på eit bredt spekter av uynskte seksuelle handlingar eller kontakt som ikkje er gitt samtykke til, og som er påført av ein anna person. Døme på dette kan vera penetrasjon av kroppsopting, beføling og seksuelle handlingar over internett (Norsk Helseinformatikk, 2022). Seksuelle overgrep og valdtekt er ein enorm påkjenning på kroppen, og kan føra til ei rekke helseproblem, både kortvarig og langvarig (Norsk Helseinformatikk, 2022). I etterkant av overgrepet kan det oppstå komplikasjonar som

post traumatisk stresslidning (PTSD), depresjon, sjølvmondsproblematikk, sosial isolasjon og angst. Nokon kan òg oppleve fysiske komplikasjonar som seksuelt overførbare sjukdommar, påførte skadar som blåmerke og sår, men òg kronisk hovudverk og smerter i bekken kan førekomme (Norsk Helseinformatikk, 2022). Dei som har vore utsett for seksuelle overgrep i ung alder har òg større risiko for å oppleve overgrep på nytt i vaksen alder. I tillegg kan det òg auke risikoen for sjølvdestruerande åtferd (Norsk Helseinformatikk 2022). Både dei fysiske og psykiske konsekvensane kan påverka offerets utdanningsløp, arbeidsevne, økonomi og deltaking i samfunnet. Desse konsekvensane gjer at seksuelle overgrep er eit betydeleg samfunnsproblem som omhandlar langt fleire enn berre dei fornærma. Dei omfattande konsekvensane kan difor føre til store kostnadar for samfunnet som ei heilheit (Justis- og beredskapsdepartementet, 2019, s. 17). Rett hjelp til riktig tid kan såleis vera avgjerande for å stoppa eller redusera langvarige helseproblem hos individet, men òg konsekvensar for samfunnet. Dette inneberer å sikra tilgjengelegheit av psykososial oppfølging for alle som har opplevd valdtekt og seksuelle overgrep (Dixi ressurscenter, 2020). Det er òg viktig å etablere eit saumlaust og solid samarbeid mellom kommunane og spesialhelsetenesta (Justis- og beredskapsdepartementet, 2019, s. 35).

I Noreg finst det 24 overgrepsmottak (Dixi ressurscenter, 2020). Overgrepsmottaka har som føremål å vera ein enkel og tilgjengeleg helseteneste som tilbyr fysisk og psykisk helsehjelp. I tillegg skal mottaka utføra rettsmedisinske prosedyrar og sikra naudsynt dokumentasjon for rettsapparatet i tilfelle melding til politiet. Gjennom desse mottaka skal offera få heilskapleg og tverrfagleg hjelp på éin plass før eventuell henvisning til andre hjelpetenester (Justis- og beredskapsdepartementet, 2019, s. 36). Det er difor viktig at alle mottak har helsepersonell tilgjengeleg som har riktig kompetanse innan medisinsk og psykososial oppfølging ved seksuelle overgrep.

2.2 Kriser og traumer

Det kan vera mange årsaker til at ein person opplev ei krise. Ei av dei vanlegaste årsakene til krisereaksjonar er skade, eller fare for skade hos seg sjølv, eller dei ein er glad i (Ekeberg, 2019, s. 271). Det er to ulike formar for kriser; traumatisk krise og utviklingskrise. I denne oppgåva skal me sjå nærare på traumatisk krise, med hensikt at seksuelle overgrep hamner i denne kategorien (Ekeberg, 2019, s. 271). I klinisk arbeid ser ein ofte mest av traumatiske

kriser. Ei slik krise blir ofte utløyst av noko plutselig, uventa, truande eller overveldande hendingar eller opplevingar (Ekeberg, 2019, s. 270). Det kan oppstå psykisk ubalanse, og dei fleste menneske vil reagere med sorg, depresjon, angst og usikkerheit (Ekeberg, 2019, s. 270; Håkonsen, 2014, s. 256). Ifølge psykiateren Johan Cullberg kan ein dele kriseforløpet inn i fire fasar; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Håkonsen, 2014, s. 256). I denne oppgåva er det mest hensiktsmessig å gå inn på dei to fyrste fasane. Då overgrepsofre mest truleg går igjennom desse når dei oppsøker hjelp etter ei traumatisk hending, som eit seksuelt overgrep (Håkonsen, 2014, s. 256).

Sjokkfasen tek føre seg den fyrste tida etter ei alvorleg eller traumatisk oppleving. Lengda på fasen kan vara frå minutt til fleire dagar, og i denne fasen vil ikkje vedkommande vera i stand til å tilarbeide hendinga (Håkonsen, 2014, s. 256). Nokon personar kan visa sterke reaksjonar i form av sorg, angst og fortviling, medan andre kan verka lite emosjonelt påverka utad. Mentalt kaos er ikkje unormalt i denne fasen. Mange kan bruka all sin psykiske energi til å prøva å forstå hensikta, eller meininga med det som har skjedd (Håkonsen, 2014, s. 256). Etterpå kjem reaksjonsfasen. Her vil individet ta innover seg det som har hendt, og krisa vil normalt visa seg i form av åtferdsendingar. Dei emosjonelle reaksjonane kjem gjerne tydelegare fram, til dømes gjennom sorg, depresjon, gråt, manglande initiativ og søvnevanskar (Håkonsen, 2014, s. 256).

2.3 Korleis møte menneske i krise

Ifølge Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (2021) må sjukepleiarar visa omsorg og respekt for pasientens autonomi. I tillegg til verdigheit og konfidensialitet, og sikra høg kvalitet på pleie (Norsk sykepleierforbund, 2021). Sjukepleiarar har òg ein plikt til å identifisera og rapportera kvar ein form for vald eller overgrep (Norsk sykepleierforbund, 2021). Lovgivning som Helsepersonellova og pasient- og brukarrettighetslova gir vidare rettleiing om sjukepleiarens plikter. Desse inkluderer teieplikt, meldeplikt, samt å sikra pasienten sin rett til informasjon, medverknad og naudsynt helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §21, §31; Pasient og brukarrettighetsloven, 1999, §3-1, §3-2).

Å møte menneske i krise kan vera utfordrande då det blir stilt høge krav til både fagleg innsikt, men òg personlege eigenskapar. Den terapeutiske tilnærminga kan oppfordra til spesiell

kompetanse i slike situasjonar, sjølv om den nære og personlege kontakten ofte er den viktigaste støtta (Håkonsen, 2014, s. 258). Dette kan vera avgjerande for at ein skal kunne tilarbeide det som har skjedd, samt få ein gunstig veg vidare.

Håkonsen (2014, s. 258) dreg fram fleire viktige punkt når det kjem til å møte menneske i krise. Fyrst og fremst er det viktig å anerkjenna at personen er i ein krisesituasjon. Det kan ta tid før personen erkjenner det som har skjedd, men etter kvart vil hendinga synke inn. Vidare kan kjensler og reaksjonar kome til uttrykk. Dette kan vera både overveldande og påtrengande for individet i krise (Håkonsen, 2014, s. 258). Vidare blir det teke opp viktigheita av ta seg tid til å lytta, og å vera saman med menneske som gjennomgår store psykiske påkjenningar. I slike situasjonar er dette ofte viktigare enn å sei og gjera dei riktige tinga, og vil i fleire tilfelle vera den beste hjelpa til menneske i krise. Å akseptera kjensler og reaksjonar blir dratt fram som vesentlege punkt. Blant anna ved å informera om at det er greitt å visa kjensler, og ikkje bagatellisera hendinga eller reaksjonane som kan kome i etterkant (Håkonsen, 2014, s. 258). Individ i krise kan ofte føla seg unormale, og det er difor viktig å normalisera kjenslene som kan oppstå (Håkonsen, 2014, s. 258). Deretter bør ein gi moglegheiter og støtte. Det handlar om å hjelpe personen med å sjå løysningar, og sørge for at dei har nokon rundt seg. Dei aller fleste menneske har moglegheita til å få sosial støtte og hjelp frå omgivingane, men i ei krise vil ein kanskje ikkje oppsøke dette. Såleis har helsepersonell eit ansvar for å legge desse forholda til rette (Håkonsen, 2014, s. 258; Norsk sykepleieforbund, 2021). Sosial støtte kan ha ein positiv verknad mot sjukdomsutvikling, samt hjelpe med restituering og sjølvbilete (Håkonsen, 2014, s. 265). Det er difor betre å få prata om det som er vanskeleg, enn å halde alt for seg sjølv (Håkonsen, 2014, s. 259). Menneske som har nokon å prate med, vil vanlegvis klare store belastningar betre enn dei som ikkje har det. På denne måten blir sosial støtte frå dei rundt som ein «buffer» mot mange påkjenningar som kriser og traumer kan medføre (Håkonsen, 2014, s. 260).

2.4 Relasjon

Ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient er avgjerande for god behandling og eit vellykka samarbeid (Gustafsson, 2021, s. 96). Sjukepleiaren har eit profesjonelt og etisk ansvar for å etablere ein omsorgsrelasjon med kvar enkelt pasient. Denne relasjonen er nøkkelen til å identifisera og oppfylle pasientens behov, samt skapa tryggleik hos pasienten

(Gustafsson, 2021, s. 96). For å oppnå ein god relasjon er det viktig at sjukepleiaren fremmar tryggleik og tillit hos pasienten. Pasientane får tillit til helsepersonell når dei følar at helsepersonellet har naudsynt kunnskap, og evna til å ta vare på deira behov. På denne måten kan pasientane føla seg rolege og trygge med å overlata situasjonen til helsepersonellet. (Gustafsson, 2019, s. 96). Pasientane forbinder kompetanse til helsepersonellet sine tekniske ferdigheiter og kunnskap, og denne kunnskapen kjem til syne gjennom kommunikasjon med pasientane (Gustafsson, 2019, s. 96).

2.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon er ein prosess der informasjon blir overført og forstått mellom to eller fleire personar. Det kan vera verbalt eller non-verbalt, og involverer utveksling av tankar, idear, kjensler og meir. Effektiv kommunikasjon står sentralt for å bygga sterke relasjonar, oppnå forståing, og fremma samarbeid. I følge Eide & Eide (2017, s. 16-17) er personorientert kommunikasjon ein tilnærming til kommunikasjon som setter individet og deira unike behov, opplevingar, og perspektiv i sentrum. Det handlar om å skapa ein empatisk forståing, der kommunikatøren visar respekt, tolmod, og oppriktig interesse for personen dei kommuniserer med. Særleg kan det vera viktig i helsevesenet, der pasientane sine opplevingar, bekymringar, og ynskjer er avgjerande for kvaliteten på omsorga (Eide & Eide, 2017, s. 16-17).

2.5.1 Kommunikasjon med barn og unge

Når det gjeld kommunikasjon med barn og ungdom, finst det ingen universell oppskrift for å kommunisera på best mogleg måte (Eide & Eide, 2017, s. 288). Barn og unge har avgrensa kunnskap og livserfaring samanlikna med vaksne. Difor er det viktig å skapa tryggleik i vanskelege situasjonar. Tryggleik handlar i stor grad om kjensla av kontroll. Barn og unge følar seg trygge i kjente omgivningar med kjente personar og forutsigbarheit. Dersom dette ikkje er tilfelle kan andre omsorgsfulle individ vera til hjelp (Eide & Eide, 2017, s. 288). Å informera og forklara situasjonen på ein måte som er forståeleg for barnet, bidreg til å auke kjensla av kontroll (Eide & Eide, 2017, s. 289). Eldre barn og ungdommar kan moglegvis følge betre med på ein vaksen sin forklaring, men det er viktig å hugsa at sjølv store ungdommar fortsatt er barn som treng ekstra støtte og hjelp i vanskelege situasjonar. Uansett alder kan emosjonell

resonans og non-verbal kommunikasjon bidra til å skapa tryggleik og tillit (Eide & Eide, 2017, s. 289).

2.5.2 Kommunikasjon med overgrepsofre

Kommunikasjon med menneske i krise kan vera utfordrande, men er avgjerande for å kunna gi effektiv hjelp og støtte (Håkonsen, 2014, s. 258; Eide & Eide, 2017, s. 80). Etter ei alvorleg og truande hending vil behovet for tryggleik, omsorg og støtte vera stort (Eide & Eide, 2017, s. 80). Det er vesentleg å skapa ein trygg atmosfære, der personen kan føla seg fri til å uttrykka kjenslene og tankane sine utan frykt for dom eller kritikk. Ein bør visa forståing og aksept for personens kjensler og opplevingar. Dette kan hjelpe dei til å føla seg høyrte, forstått og mindre aleine i situasjonen. Det er viktig med aktiv lytting der ein er fullt til stades, visar interesse, og gir respons som visar at ein forstår. Samstundes skal ein unngå å avbryta eller stressa på personen. Vis respekt for personen sin autonomi og rett til å ta egne avgjersler. Dette er spesielt meiningsfullt når ein arbeidar med menneske i krise, som ofre for seksuelle overgrep. Då desse personane kan ha opplevd betydeleg mangel på kontroll både under og etter overgrepet (Eide & Eide, 2017, s. 57; Håkonsen, 2014, s. 258).

Straks etter ei traumatisk hending, kan det vera vanskeleg for vedkommande å fullstendig tolka eller forstå informasjonen som blir gitt. Difor er det naudsynt å vera klar og tydeleg i kommunikasjonen. Samt unngå medisinsk sjargong, og heller nytta eit språk som vedkommande kan forstå (Eide & Eide, 2017, s. 80). I mange tilfelle kan det òg vera naudsynt å gjenta informasjonen seinare. Sjølv om personen ikkje opptrer påfallande på nokon måte, kan vedkommande gjerne ha noko nedsett bevisstheit etter hendinga, og kan vera ute av stand til å beskriva sitt behov for hjelp (Eide & Eide, 2017, s. 80). Openheit og tolmod kan såleis vera avgjerande her. Dette kan gjerast ved å vera ærleg, men sensitiv når ein delar informasjon. Det kan bidra til å bygga tillit. Samstundes bør ein gi personen tid til å prosessere informasjonen og uttrykke sine kjensler og tankar (Eide & Eide, 2017, s. 78). Etter ei viss tid i krise, vil det vera relevant å rettleia personen mot å sjå moglegheiter og løysningar. Når individet i krise har hatt anledning til å uttrykke sine tankar og erfaringar, blir det meir sannsynleg at helsepersonell kan formidla potensielle løysningar eller positive aspekt ved situasjonen. Til dømes å koordinere med andre helsearbeidarar og støtteapparat for å sikra heilskapleg omsorg (Håkonsen, 2014, s. 258).

2.6 Omsorg og resepekt

Omsorg er ei essensiell menneskeleg handling og kjensle, som kjenneteiknast av viljen til å hjelpa, støtta og forstå andre. Det er ein sosial interaksjon som omhandlar fellesskap med andre menneske. Omsorg er òg sentralt i korleis individ handterer daglege mellommenneskelege forhold (Kristoffersen, 2019, s. 56).

I yrkeslivet er det omsorgsarbeidet som dannar grunnlaget for forståinga av sjukepleie. Dette arbeidet tek føre seg ulike verksemder som har i oppgåve å ta vare på menneske som ikkje kan ta vare på seg sjølv (Kristoffersen, 2019, s. 57).

Kari Martinsen er ein kjent norsk sjukepleieteoretikar og filosof som har bidratt betydeleg til feltet gjennom sin omsorgsfilosofi. Ifølgje Martinsen er omsorg meir enn berre ei teknisk ferdigheit; det er ei grunnleggande relasjonell og etisk handling (Kristoffersen, 2019, s. 53). Martinsen meiner at omsorg har djupe røter i medkjensle, kjærleik, og respekt for andre sin unike verdigheit og individualitet. Martinsen framhevar viktigheita av å vera til stades og oppmerksom på den andre personen, samt vera open for deira unike erfaringar og perspektiv. Ho vektlegg viktigheita av å anerkjenne og respektera pasienten sin autonomi og rett til å ta avgjersler om eiga behandling (Kristoffersen, 2019, s. 56). For sjukepleiarar som arbeider med menneske i krise kan det bety at dei må vera til stades, lytta aktivt, anerkjenne pasientens unike oppleving, og visa medkjensle og respekt. Dei må sørge for å respektera pasienten sin autonomi, rett til å ta avgjersler, gi støtte og rettleiing på ein sensitiv og empatisk måte (Kristoffersen, 2019, s. 59; Håkonsen, 2014, s. 258).

2.6.1 Traumemedviten omsorg

Traumemedviten omsorg er ei tilnærming til omsorg som har omsyn til effekten av traumet på ein persons liv og åtferd. Det handlar om å forstå, anerkjenne og svare på effekten av traumet. Det krev eit miljø der tryggleik, tillit, valmoglegheiter og samarbeid blir fremma, og der traumatiserte individ får støtte til å vinna tilbake kontroll over livet deira (Andersen, 2014, s. 58-59). Vidare involverer det å tilby fysisk komfort og assistanse når det er naudsynt og å koordinere med andre helsepersonell for å sikra ei heilskapleg og samanhengande pleie (Kristoffersen, 2019, s. 56, Håkonsen, 2014, s- 258; Ekeberg, 2019, s. 275).

3.0 Metode:

Metodekapittelet omhandlar metoden eg har nytta for å finna svar på problemstillinga. Kapittelet presenterer litteraturstudie som metode, søkeprosess, inkludering- og ekskluderingskriteriar, kjeldekritikk og vurdering av forskingartiklar.

3.1 Litteraturstudie:

Metode er ei strukturert tilnærming som blir nytta for å innhente informasjon og kunnskap for å belysa eit gitt tema. Den gir òg rettleiing for korleis ein skal gå fram for å henta inn eller verifisera kunnskap (Thidemann, 2023, s. 74). Eg har valt å skrive ei litteraturstudie, i den hensikt at eg meiner det eignar seg best til å svare på problemstillinga mi. Litteraturstudie handlar om å systematisera kunnskap frå skriftlege kjelder. Dette omhandlar å samle inn relevant litteratur til den problemstillinga som er valt, samt å kritisk gjennomgå og samanfatta det heile. Hensikta med ein slik studie er å oppdatera lesaren og gi vedkommande ei god forståing for det området ein skriv om (Thidemann, 2023, s. 74-77).

4.0 Søkeprosess:

4.1 PICO og søkeord

For å finne relevant forsking byrja eg med å setta problemstillinga inn i eit PICO-skjema. Skjemaet vil hjelpe med å presisera problemstillinga, og klargjera kva som skal inkluderast og ekskluderast. Vidare kan det identifisere søkeord og omgrep som er nyttig, og korleis dette kan bli sett saman til ein søkestrategi (Thidemann, s. 82). Deretter tok eg i bruk «MeSH» som er eit standardisert emneordsystem. Dette vart nytta for å oversetta emneorda i PICO-skjemaet frå norsk til engelsk for å få mest mogleg treff. Emneorda beskriver innhaldet i artiklar og fungerer som søkeord i databasane (Thidemann s. 86). Nokon av søkeorda som vart nytta var blant anna; *sexual assault, adolescent, girls, nurse, hospital, care*. Synonym til emneorda vart òg nytta i søkeprosessen. Vidare vart søkaorda kombinert med «OR» og «AND» for å avgrense søket ytterlegare (Helsebiblioteket, 2020). I tillegg valte eg artiklar frå 2013-2023, samt kryssa av for «Peer reviewed». Dette vart gjort for å finne nyare forsking, samt sørge for at forskinga var fagfellevurdert. Ved hjelp av søkemotoren EBSCO fant eg fem forskingsartiklar eg meiner er relevante for oppgåva. Databasane nytta i

søkeprosessen var Medline, Cinahl, Cinahl Fulltext og Academic Search Elite. PICO-skjema er lagt som vedlegg 1, og søkehistorikken er lagt som vedlegg 2.

4.2 Kriteriar for inkludering og ekskludering

Inkluderings- og ekskluderingskriteriar er parameter eller retningslinjer som blir nytta for å bestemme kva slags artiklar som skal inkluderas eller ekskluderas i ei litteraturstudie. Desse bidreg til å sikra at litteraturstudiet er påliteleg og gyldig.

Inkluderingskriteriar er dei spesifikke krava som ein studie eller artikkel må oppfylle for å bli inkludert i ein litteraturstudie. Til dømes; artiklar innanfor eit bestemt tidsrom, studietype, språk, aldersgruppe og geografisk område. Inkluderingskriteriane i denne oppgåva var artiklar innan tidsrommet 2013 til 2023, ungdommar i alderen 14-18 år, studiar utført i spesialhelsetenesta, og studiar frå land som hadde overføringsverdi til norske forhold.

Ekskluderingskriteriar er dei spesifikke grunnane til at ein studie eller artikkel blir utelat frå litteraturstudiet. Desse kan omfatta utilstrekkeleg kvalitet på studien, forskning som ikkje er overførbar og irrelevant innhald (Thidemann, 2023, s. 84). Ekskluderingskriteriane i denne oppgåva var artiklar eldre enn frå 2013, innhald som ikkje gjekk på ivaretaking av overgrepsofre, og artiklar som ikkje var fagfellevurdert.

4.3 Kjeldekritikk

Kritisk vurdering av forskingsartiklar er ein viktig del av forskingsprosessen, og er essensielt for å sikra at informasjonen som vart nytta er truverdig og relevant for problemstillinga (Thidemann, 2023, s. 26). Sjekklistar frå Helsebiblioteket (2021) er nyttige verktøy eg har tatt i bruk for å hjelpe til med denne prosessen. Når ein vurderer forskingsartiklar bør ein fyrst og fremst sjå på artikkane sin struktur og innhald. Dette inkluderer å evaluera målet med studiet, forskingsspørsmålet eller hypotesen, metoden som er anvendt, resultat og konklusjon (Helsebiblioteket, 2021). Eg har valt ut artiklar som følger IMRaD. Ein modell som visar korleis vitskapelege artiklar er bygd opp, og blir særleg nytta i helse- og naturvitskap (Thidemann, 2023, s. 91; Søk & Skriv, 2023). Ein god forskingsartikkel bør ha eit klart og godt definert føremål, og ein passende og godt beskrive metode. I tillegg bør det vera resultat som blir tilstrekkeleg drøfta og ført tilbake til forskingsspørsmålet. Sjekklistene frå Helsebiblioteket

(2021) kan vera nyttige når ein skal vurdera kvaliteten på forskingsmetoden, då dei inkluderer spesifikke punkt som skal vurderast ut ifrå studien sitt design. Desse punkta stiller blant anna spørsmål om føremålet med studien er klart formulert, om metoden og utvalsstrategien er hensiktsmessig, om funna vart klart presentert og mykje meir. Ved å systematisk gå gjennom desse punkta, har eg danna ei meining om studiens truverdigheit, reliabilitet og gyldigheit. Ei kritisk vurdering bør inkludera ei vurdering av forfattarane sine tolkingar av funna og deira konklusjonar. Til slutt, er det vesentleg å vurdera relevansen av artiklane for si eiga oppgåve (Helsebiblioteket, 2021).

4.4 Vurdering av forskingsartiklar

Artiklane eg hovudsakleg har valt er frå USA, Canada og Sverige, då eg vurderer at desse har overføringsverdi til norske forhold. Sjølv om studiane er utført i land som kan samanliknast med Noreg, kan det vera forskjellar i lovgivnad og retningslinjer for helsepersonell som tek vare på personar utsett for seksuelle overgrep. Ein av artiklane er frå Japan, noko som kan representera ei svakheit, gitt usikkerheita rundt om den er samanliknbar med norske forhold. Til tross for dette, valte eg å inkludera den fordi eg meiner at den framhevar sentrale punkt som kan belyse problemstillinga i oppgåva. Felles for forskingsartiklane er at dei omhandlar typen og kvaliteten på omsorg gitt til ofre for overgrep. I tillegg er forskinga utført i spesialhelsetenesta, noko som er i tråd med avgrensinga for oppgåva. Tre av fem artiklar omhandlar korleis overgrepofre opplevde behandlinga etter overgrepet. Dei to andre fokuserer på sjukepleiarane sine erfaringar med å behandle ofre for seksuelle overgrep. Gitt at mi oppgåve er avgrensa til ungdom frå og med 14 år, har eg søkt etter artiklar som oppfyller dette kravet. Likevel har eg valt å inkludere ein artikkel som omfattar kvinner frå og med 18 år. Då den framhevar viktige aspekt som styrkar det teoretiske grunnlaget og difor kan nyttast i diskusjonen. Det er viktig å merka seg at alle artiklane er skrivne på engelsk, noko som kan ha ført til misforståingar eller feiltolkingar av delar av innhaldet. Litteraturmatrise er lagt til som vedlegg 3. Dette er ein tabell som framstiller dei inkluderte artiklane, samt noterer viktig informasjon. Litteraturmatrisa gir ein god og nøyaktig oversikt over hovudelementa i kvar enkelt artikkel (Thidemann, 2023, s. 95).

5.0 Presentasjon av funn

Her kjem ei kort oppsummering av hensikt, metode og hovudfunn frå alle forskingsartiklane inkludert i oppgåva. I tillegg kjem det ei tematisk oppsummering av områda som har merka seg når det gjeld ivaretaking av overgrepsofre. Desse områda er psykososiale behov, kommunikasjon, informasjon og eventuelle utfordringar i møte med desse pasientane.

5.2 Forskingsartikkel 1

With Care and Compassion: Adolescent Sexual Assault Victims' Experiences in Sexual Assault Nurse Examiner Programs, 2013, Campbell et al.

Hensikt: undersøka korleis ungdom opplevde møta med sjukepleiarar etter seksuelle overgrep, og korleis dei vurderte kvaliteten på omsorga dei mottek.

Metode: Kvalitativ metode, 20 ungdommar vart intervjuet.

Hovudfunn: studien indikerte at ungdommane satt pris på at sjukepleiarane var empatiske, omsorgsfulle og personlege. Dei opplevde at sjukepleiarane var oppmerksame på deira psykiske og fysiske behov. Vidare blei det framheva at det var svært viktig at sjukepleiarane trudde på ofra når dei fortale om overgrepet.

5.2 Forskingsartikkel 2

Client Satisfaction with Nursing-led Sexual Assault and Domestic Violence Services in Ontario, 2014, Du Mont et al.

Hensikt: undersøka om pasientane var fornøgde med omsorga og behandlinga dei hadde motteke frå sjukepleiarar etter å ha opplevd vald og/eller seksuelle overgrep

Metode: kvantitativ metode, pasientane mottek spørjeundersøkingar ei veka etter dei hadde fått behandling. Totalt 1484 personar deltok i undersøkinga.

Hovudfunn: pasientane var generelt fornøgde med omsorga dei hadde motteke frå sjukepleiarane. Dei satt pris på å bli tatt på alvor med omsyn til deira behov og bekymringar, samt bli forsikra om at overgrepa ikkje var deira skuld. Pasientane opplevde òg omsorg og medføling frå helsepersonell som svært positivt. Vidare påpeika overgrepsofra betydninga av å bli informert og forklart på forhånd av eventuelle undersøkingar, og få tilstrekkeleg med oppfølgingsinformasjon.

5.3 Forskingsartikkel 3

Nursing care provided at medical institutions to female victims immediately after a sexual assault incident: A qualitative descriptive study, 2022, Tamaki Fukumoto.

Hensikt: undersøka omsorga som blir tilbydd på medisinske institusjonar til kvinnelege ofre rett etter eit seksuelt overgrep.

Metode: kvalitativ metode med intervju. 20 sjukepleiarar vart intervjuet. Kvar sjukepleiar hadde gitt behandling til minst eit offer av seksuelt overgrep innan det siste året.

Hovudfunn: sjukepleiarar spelte ei viktig rolla i å gi fysisk og psykisk støtte til ofra. Sjukepleiarane laga trygge og støttande omgivningar for ofra og viste forståing for deira individuelle behov. Sjukepleiarane ga òg naudsynt informasjon og veiledning til ofra og deira pårørande. Funna understrekar viktigheita av empatisk og omsorgsfull sjukepleie til overgrepsofre straks etter overgrepet.

5.4 Forskingsartikkel 4

Perceived Care Quality Among Women Receiving Sexual Assault Nurse Examiner Care: Results From 1-Week Postexamination Survey in a Large Multisite Prospective Study, 2021, Lechner et al.

Hensikt: undersøka korleis kvinnelege overgrepsoffer oppfatta kvaliteten på omsorga dei hadde motteke av sjukepleiarar etter overgrepet.

Metode: kvantitativ metode med spørjeundersøkingar. Spørsmåla inkluderte aspekt som empati, støtte, informasjon og kommunikasjon.

Hovudfunn: overgrepsofra hadde generelt ein positiv oppfatning av kvaliteten på omsorga dei hadde motteke. Dei følte seg godt tatt vare på og støtta av sjukepleiarane. I tillegg følte ofra at dei hadde fått tilstrekkeleg med informasjon og veiledning. Tryggleik og respekt vart dratt fram som svært viktig. Funna indikerte at ei positiv oppleving av omsorg kan bidra til betre rehabilitering for overgrepsofra.

5.5 Forskingsartikkel 5

«We will make you feel safe»: Female medical staff's experiences of meeting with raped women in Sweden, 2021, Rudolfsson & Punzi.

Hensikt: undersøka opplevingane til kvinnelege helsepersonell i møte med kvinner som har vore utsett for valdtekt i Sverige. Studien undersøka også kva moglegheiter sjukepleiarane såg for å gi god omsorg og støtte, samt korleis dette påverka sjukepleiarane sjølv.

Metode: kvalitativ metode med intervju. 12 helsepersonell vart intervjuet.

Hovudfunn: sjukepleiarane opplevde møta med overgrepsofra som psykisk utfordrande. Dei ga uttrykk for behov for å gi emosjonell støtte, tryggleik og medføling til desse kvinnene. Kommunikasjon og empati vart identifisert som sentrale element for å skapa tryggleik. Studien gir innsikt i perspektiva til helsepersonell, og kan bidra til å forbetra omsorga for kvinner som har opplevd valdtekt.

6.0 Tematisk oppsummering av funn

6.1 Psykososiale behov

6.1.1 Tryggleik

Resultat frå forskning visar at helsetenesta kan spele ei viktig rolle i å tilby naudsynt og hensiktsmessig omsorg til overgrepsofre. Samstundes kan det redusera risikoen for langvarige, fysiske og psykologiske konsekvensar etter overgrep. Overgrepsofra i studien til Du Mont et al. (2014) understreka betydninga av at sjukepleiarane ikkje var dømmande, men trøystande, empatiske og omsorgsfulle. I tillegg la sjukepleiarane til rette for at ofra kunne uttrykka seg fritt, samstundes som dei normaliserte kjensler og reaksjonar som oppstod. På denne måten kunne sjukepleiarane etablere ein trygg og god relasjon til overgrepsofra (Du Mont et al., 2014).

Funn frå studien til Lechner et al (2021) viste at fleirtalet av overgrepsofra var fornøgde med behandlinga dei hadde motteke etter overgrepet. Vidare framheva dei fleire punkt dei betrakta som svært viktige for kvaliteten på tenesta. Desse inkluderte å bli tatt på alvor med omsyn til deira behov og bekymringar, å bli forsikra om at overgrepet ikkje var deira skuld, at helsepersonell viste omsorg og medkjensle, å bli informert på forhånd av undersøkingar, og å

få tilstrekkeleg og forståeleg oppfølgingsinformasjon. Desse punkta bidrog til å bygga eit trygt miljø for overgrepsofra (Lechner et al., 2021).

6.1.2 Støtte

To av forskingsartiklane framheva sjukepleiarane sine personlege erfaringar med å behandla ofre for seksuelle overgrep (Rudolfsson & Punzi, 2021; Fukumoto, 2022). Resultata viste at sosial støtte, empati og opplevinga av å bli høyrtd var avgjerande for at ofra følte seg ivaretatt. Fleksibel omsorg var òg svært viktig for ofra. Dette oppnådde sjukepleiarane ved å ta seg tid til kvar enkelt pasient (Rudolfsson & Punzi, 2021). Sjukepleiarane i studien til Fukumoto (2022) tok vidare for seg fem punkt dei såg på som vesentlege i møte med overgrepsofre. Punkta gjekk ut på å gi tryggleik og sikkerheit, å tilby støtte for ein forsvarleg fysisk undersøking, å fremma ofra sin verdigheit, og til slutt sikra kontinuitet i støtta.

6.1.3 Omsorg

I ein studie utført av Campbell et al. (2013) understreka fleire overgrepsofre betydninga av at sjukepleiarane var empatiske, omsorgsfulle, personlege, samt oppmerksame på både fysiske og psykiske behov. Funn frå fleire artiklar framhevar viktigheita av å sjå kvar enkelt pasient og deira individuelle behov (Rudolfsson & Punzi, 2021; Fukumoto, 2022; Campbell et al. 2013). Overgrepsofra satt stor pris på at sjukepleiarane trudde på dei når dei fortalte om kva som hadde skjedd. Det vart òg dratt fram som svært positivt at sjukepleiarane var personlege og «ekte» (Campbell et al., 2013). Sjukepleiarane var omsorgsfulle ved å visa interesse for personen bak pasienten. Samtalar som omhandla ofra sine personlege interesser hjelpte med å få tankane over på noko anna enn overgrepet. På denne måten følte fleire av ofra seg sett og godt ivaretatt (Campbell et al., 2013)

Funn frå forskning framheva òg nokon av ofra sine største bekymringar når dei oppsøkte hjelp; forvirring, skam, sjølvskuld, å bli dømt og risikoen for straff (Campbell et al., 2013). Resultata viste at innsats retta direkte mot desse bekymringane kan vera spesielt nyttig for å ivareta ofre for seksuelle overgrep. Vidare indikerte funna at sjukepleiarar som behandlar ungdom utsett for overgrep bør ta alderen til pasienten i betraktning. Regulering av kjensler kan vera spesielt vanskeleg i tenåra, noko som blir ytterlegare utfordra under traumatiske hendingar. Den emosjonelle intensiteten av sjølve overgrepet, og dei fysiske undersøkingane kan vera

svært belastande for ungdommen si meistringsevne som framleis er under utvikling (Campbell et al., 2013).

6.2 Kommunikasjon

Forsking visar at det er viktig at sjukepleiarar er oppmerksam på korleis dei brukar kroppsspråket sitt i møte med overgrepsofre (Fukumoto, 2022; Campbell et al., 2013).

I studien til Campbell et al. (2013) uttrykte ei jente takknemlegheit for at sjukepleiaren sitt blikk og stemme forblei uendra etter ho fortalte om overgrepet. Dette bidrog til at ho ikkje følte seg dømt for det som hadde skjedd. Mange av overgrepsofra ga uttrykk for at dei følte seg flaue, og det hjelpte difor at sjukepleiarane var rolege og respektfulle.

Vidare kunne pasientane sjølv bestemme om dei ynskte å gjennomføra dei fysiske undersøkingane. Dette vart oppfatta som spesielt viktig og bidrog til å styrka tillita til sjukepleiarane, samstundes som det fremma pasientane sin sjølvrespekt og autonomi. Å gi overgrepsofra moglegheita til å bestemme omfanget av deira behandling bidrog til at dei kunne gjenvinna ein kjensla av kontroll. Noko som kunne vera viktig for alle overgrepsofre då dei hadde erfart avmakt under og i etterkant av overgrepet. Dette kunne òg vera meningsfullt for ungdomspasientar, som generelt kan ha utfordringar med autonomi og uavhengigheit (Campbell et al., 2013).

6.3 Informasjon

Forsking visar at grundig og tydeleg informasjon var blant det viktigaste for deltakarane (Fukumoto, 2022; Campbell et al., 2013; Lechner et al., 2021). Fleirtalet av sjukepleiarane var tydelege i sin kommunikasjon og presiserte at det som hadde hendt ikkje var ofra sin feil. For mange av pasientane bidrog dette til å bygga ein trygg og god relasjon (Fukumoto, 2022). Funn frå fleire studiar påpeikar at god og grundig informasjon bidrog til at pasientane kunne føla seg meir trygg, betre ivaretatt og inkludert i si eiga behandling. Fleire overgrepsofre understreka viktigheita av tydeleg informasjon, spesielt før dei fysiske undersøkingane (Fukumoto, 2022; Campbell et al., 2013; Lechner et al., 2021). Å vera informativ utan å vera nedlatande kunne vera avgjerande her (Campbell et al., 2013).

6.4 Mangel på kompetanse

Resultat frå forskning visar at utfordringar som lang ventetid og ufølsamt helsepersonell med manglande kompetanse var faktorar som kunne forverre situasjonen for overgrepsofra (Du Mont et al., 2014; Rudolfsson & Punzi, 2021). Funna foreslår at overgrepsofre som mottek behandling i akuttmottak på sjukehus ofte kan bli ytterlegare traumatisert på grunn helsepersonell med utilstrekkeleg kompetanse. Det kunne òg skuldast helsepersonell med mangel på respekt og empati ovanfor ofra. Sjukepleiarane i studiane meinte at jenter som oppsøker hjelp ved spesialiserte einingar for overgrep, har større sjanse for å møte helsepersonell med god nok opplæring til å ivareta deira behov (Du Mont et al, 2014: Rudolfsson & Punzi, 2021). Akuttmottak på sjukehus tilbyr hjelp til akutt somatisk sjuke pasientar, og har difor ikkje moglegheit til å planlegge behandling lenger fram i tid, eller henvisa vidare. (Du Mont et al, 2014: Rudolfsson & Punzi, 2021). Sjukepleiarane som arbeida ved desse einingane opplevde at mangel på personleg og tidsmessig kontinuitet kunne hindra adekvat behandling (Rudolfsson & Punzi, 2021).

Ein liknande studie påpeika at mange overgrepsofre opplevde uhøflege sjukepleiarar som verken behandla dei med respekt eller empati. I tillegg erfarte dei å ikkje få tilstrekkeleg omsorg når dei oppsøkte hjelp (Du Mont et al., 2014). Ei jente som hadde motteke behandling i akuttmottak rapporterte at måten sjukepleiaren møtte ho på, nesten fekk ho til å forlate mottaket før behandlinga hadde byrja. Vidare kom det fram at det var betydeleg mangel på informasjon. Til dømes informasjon om fysiske og psykiske konsekvensar, henvising til naudsynt helsehjelp, og innsamling av dokumentasjon som juridiske bevis. På bakgrunn av dette følte mange av ofra seg dømt av sjukepleiarane (Du Mont et al, 2014).

6.5 Lang ventetid

Eit anna negativt funn som vart dratt fram var lang ventetid. I forskinga utført av Du Mont et al. (2014) rapporterte eit av ofra at ho hadde venta i over ni timar før behandlinga hadde byrja. Same overgrepsoffer uttrykte frykt for at den lange ventetida ville gjera dei rettsmedisinske bevisa mindre synlege slik at dei ikkje kunne bli nytta. Ei anna jente rapporterte at den lange ventetida bidrog til auke frykta og gjorde heile hendinga meir

overveldande. Fleire av overgrepsofra vurderte difor å avstå frå tilbodet på grunn av den lange ventetida (Du Mont et al. 2014).

7.0 Drøfting

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiarar ivareta jenter som oppsøker hjelp etter seksuelle overgrep?

I denne delen av oppgåva blir det drøfta korleis sjukepleiarar kan bruke tryggleik, omsorg, kommunikasjon og informasjon til å best mogleg ivareta jenter etter seksuelle overgrep. I tillegg blir det drøfta kva som kan vera utfordrande i behandlinga av overgrepsofre.

7.1 Psykososiale behov

7.1.1 Tryggleik

I sjokkfasen etter eit seksuelt overgrep kan det oppstå ein psykisk ubalanse som kan vera svært overveldande og bidra til mykje usikkerheit (Ekeberg, 2019, s. 271; Eide & Eide, 2017, s. 81). Funn frå forskning understrekar viktigheita av å etablere tryggleik i møte med menneske utsett for overgrep. Ved å skape eit trygt og godt miljø kan dette bidra til å redusere usikkerheit, og vidare bygga ein god relasjon (Fukumoto, 2022). Av personleg erfaring frå praksis er det vesentleg at pasienten følar seg trygg for å oppnå eit godt samarbeid. God relasjon kan skapast ved å ta seg ta seg tid til å lytta til pasientane sine bekymringar og behov. Ofte kan dette vera viktigare enn å sei å gjere dei riktige tinga. I fleire tilfelle vil det vera den beste støtta me tilbyr (Eide & Eide, 2017, s. 81; Håkonsen, 2014, s. 258). Dette samsvarar med studiane til Du Mont et al. (2014) og Lechner et al. (2021). Fleire av ofra understreka viktigheita av at sjukepleiarane la til rette for at dei kunne uttrykka seg fritt, samstundes som dei validerte reaksjonar og kjensler som dukka opp undervegs.

Funn frå studien til Rudolfsson et al. (2021) påpeika viktigheita av å ta seg tid til kvar enkelt pasient. Det kan vera veldig varierende korleis ein person reagerer etter eit seksuelt overgrep (Håkonsen, 2014, s. 256). Enkelte kan visa sterke reaksjonar i form av sorg og angst, medan andre kan verka lite emosjonelt påverka utad (Håkonsen, 2014, s. 256). Nokon vil ha behov for nærleik, medan andre kan trenge meir avstand og tid for seg sjølv (Håkonsen, 2014, s. 256). Funn frå fleire studiar rapporterte at overgrepsofra satt pris på fleksibel omsorg (Du

Mont et al., 2013; Rudolfsson et al., 2021). Med omsyn til dette bør sjukepleiaren streva etter å legge til rette behandlinga til kvar enkelt pasient og deira individuelle behov, både fysisk og psykisk (Rudolfsson & Punzi, 2021; Campbell et al., 2013). Likevel kan dette vera krav som er utfordrande å oppfylle til ei kvar tid. Mangel på tid, kontinuitet og nok personale kan vera faktorar som står i vegen for at sjukepleiaren kan sikra kvar pasient sine personlege behov (Rudolfsson & Punzi, 2021)

7.1.2 Omsorg

I følge Kari Martinsen (Kristoffersen, 2019, s. 56) inneberer omsorg å visa empati, respekt og støtte ovanfor andre. For sjukepleiarar kan dette handle om å ta vare på dei som ikkje kan ta vare på seg sjølv (Kristoffersen, 2019, s. 57). Dette er prinsipp som går igjen i teori om traumemedviten omsorg. Her bør sjukepleiaren òg ha ein omsorgstilnærming som tek omsyn til korleis traumer verkar inn på pasientane sitt liv og åtferd (Andersen, 2014, s. 58-59).

Funn frå forskning understrekar viktigheita av tilstrekkeleg omsorg og støtte for minimere kortvarige og langvarige konsekvensar av overgrep (Du Mont et al., 2014; Fukumoto, 2022). Korleis sjukepleiarar tek vare på pasientar som oppsøker hjelp etter seksuelle overgrep kan følgeleg spele ei viktig rolle for kvaliteten på omsorga. Resultata frå forskinga til Du Mont et al. (2014) belyser dette ytterlegare. Her uttrykte fleire deltakarar kor viktig det var at sjukepleiarane var omsorgsfulle, empatiske og trøystande. Mange følte allereie på sjølvskuld i det som hadde hendt, og deira største frykt i møte med helsevesenet var difor å ikkje bli trudd på, samt få skulda for det som hadde skjedd. Med bakgrunn i desse bekymringane var det særdeles viktig for ofra å bli tatt på alvor, samt få bekrefta at overgrepet ikkje var deira feil. Ved å få stadfestinga direkte frå sjukepleiarane bidrog dette til å redusera kjensla av skam, og samstundes bidra til ein gunstig veg vidare i behandlinga (Campbell et al., 2013; Du Mont et al., 2014).

7.1.3 Støtte

Sosial støtte kan i fleire tilfelle fungera som ein «buffer» mot psykiske påkjenningar. Derimot kan det å halde ting for seg sjølv vera lite forsvarleg, samt forårsake meir skade (Håkonsen, 2014, s. 259). Ei av jentene rapporterte om ein ubehageleg oppleving i møte med ein av sjukepleiarane. Sjukepleiaren hadde vore kald og dømmende, og som følge av dette hadde

jenta vurdert å forlate mottaket (Du Mont et al., 2014). For fleire av ofra var det å bli dømt ei stor bekymring og ein faktor som kunne hindre dei i å oppsøke hjelp (Du Mont et al., 2014). Med omsyn til dette er det viktig at sjukepleiarar som møter overgrepsofre er visar respekt, omsorg og medkjensle (Du Mont et al., 2014, Lechner et al., 2021; Fukumoto, 2022).

7.2 Kommunikasjon

Korleis sjukepleiarar reagerer og kommuniserer non-verbalt kan på den eine sida bidra til å trygge pasienten, men på den andre sida kan det bidra til meir usikkerheit (Kristoffersen et al., 2019, s. 23). I studien til Campbell et al. (2013) fortalte ei jente om kor mykje det hadde betydd for ho at sjukepleiaren sitt kroppsspråk ikkje var dømmende når ho fortalte om overgrepet. Jenta satt stor pris på at stemma og blikket til sjukepleiaren ikkje vart endra, og at dette bidrog til at ho følte seg meir trygg.

Korleis overgrepsofre reagerer i etterkant av overgrepet kan variere veldig frå person til person. Med omsyn til dette bør informasjonen tilpassast, samt korleis den blir formidla (Eide & Eide, 2017, s. 16-17; Rudolfsson et al., 2021). For nokon av overgrepsofra var det hjelpsamt å prata om kvardagslege ting, medan for andre var det viktigare å prate om kva som skulle skje i forhold til behandlinga (Campbell et al., 2013). I studien til Campbell et al. (2013) var det fleire av overgrepsofra som verdsette samtalar som omhandla deira egne interesser slik at dei fekk tankane over på noko anna (Campbell et al., 2013). Likevel var det fleire av overgrepsofra som meinte at god og grundig informasjon om tenesta var blant det viktigaste (Fukumoto, 2022; Campbell et al., 2013; Lechner et al., 2021).

7.3 Informasjon

Når det gjeld formidling av viktig informasjon bør sjukepleiaren unngå å bruka eit for avansert språk (Eide & Eide, 2017, s. 80). Vidare bør det tilpassast kvar enkelt pasient. Til dømes bør sjukepleiaren ta omsyn til alderen på pasienten (Campbell et al., 2013).

Etterverknadane av traumet kan i tillegg vera med på å redusere kor mottakelege pasientane er for informasjon. Med omsyn til dette kan det difor vera naudsynt å gjenta informasjonen for å sørge for at pasienten faktisk har forstått det som har blitt sagt (Eide & Eide, 2017, s. 80). Ved at sjukepleiaren forsikrar seg om at pasienten har forstått informasjonen kan det

bidra til forsvarleg og heilskapleg pleie (Norsk sykepleierforbund, 2021). Dessutan er dette ein føresetnad for å kunne medverke i si eiga behandling.

Personar som har vore utsett for seksuelle overgrep har erfart ekstrem avmakt (Campbell et al., 2013). Difor kan moglegheita til å bestemma omfanget av behandlinga bidra til å vinne tilbake kjensla av kontroll. Funn frå Fukumoto (2022), Campbell et al. (2013) og Lechner et al. (2021) bekreftar dette. Fleire av pasientane rapporterte at god og forståeleg informasjon gjorde at dei følte seg meir trygg, betre ivaretatt, samt inkludert i si eiga behandling. Utilstrekkeleg informasjon derimot kunne opplevast krenkande, samt forårsake meir usikkerheit (Du Mont et al., 2014; Rudolfsson & Punzi (2021). Dei fysiske undersøkingane kan opplevast som inngripande, spesielt for offer av seksuelle overgrep. På bakgrunn av dette bør pasientane få tilstrekkeleg med informasjon i forkant av undersøkingane, og moglegvis undervegs. Dette kan bidra til å bygga tillit til sjukepleiarane, samt bidra til tryggleik og respekt ovanfor ofra (Campbell et al., 2014).

7.4 Tilstrekkeleg kompetanse

I studien til Campbell et al. (2013) erfarte nokre av ofra å møte helsepersonell som var kalde og lite respektfulle kring deira situasjon (Campbell et al., 2013). Årsaka til slike uheldige opplevingar kan vera utilstrekkeleg førebudd helsepersonell som ikkje har god nok kompetanse i korleis dei skal møte menneske i krise (Campbell et al., 2013). Resultat frå forskinga til Du Mont et al. (2014) og Rudolfsson et al. (2021) går meir inn på dette temaet. Sjukepleiarane som vart intervjuja i desse studiane meinte det kunne skuldast manglande opplæring av helsepersonell. Samstundes opplevde sjukepleiarane ved desse einingane at mangel på personleg og tidsmessig kontinuitet kunne stå i vegen for heilskapleg behandling av overgrepsofra. I følge Fukumoto (2022) og Lechner et al. (2021) kan det difor vera aktuelt med opplæring innan dette feltet for å sikra sjukepleiarane si evne til å gi passande omsorg. Eit spesifikt fokus kan vera å tileigne seg ein solid forståing av traumemedviten omsorg og akutt stresslidning (Fukumoto, 2022; Lechner et al., 2021).

7.5 Umiddelbar hjelp

I funna frå studiane til Du Mont et al. (2014) og Rudolfsson et al. (2021) var det fleire av overgrepsofra som hadde erfart lang ventetid før dei fekk tilsyn og hjelp frå helsepersonell.

Dette bidrog til å auke usikkerheit og frykt, i og med at den lange ventetida gjorde at dei overtenkte hendinga. Resultata frå studiane kan difor foreslå at det er vesentleg at ofra får hjelp snarast mogleg etter overgrepet. Forsking visar òg at kva type teneste overgrepsofra oppsøker hjelp i, kan ha betydning for kvaliteten på omsorga. Sjukepleiarar i studien til Rudolfsson & Punzi (2021) meinte det var større sannsyn for ytterlegare traumatisering dersom overgrepofre oppsøkte hjelp i akuttmottak eller liknande einingar. Årsaka til dette kunne skuldast utilstrekkeleg kunnskap om seksuelle overgrep og sporsikring, men òg tidspress. I akuttmottak blir gjerne dei meir akutte somatiske pasientane prioritert ovanfor overgrepsofra (Rudolfsson & Punzi, 2021; Du Mont et al., 2014). I forskinga til Du Mont et al. (2014) resulterte dette i at ei jente måtte vente i over ni timar før ho fekk hjelp. Ei anna jente måtte vente over fire timar. Fleire overgrepsofre vurderte såleis å forlate mottaket før dei hadde fått hjelp (Du Mont et al., 2014) Dette kan auke usikkerheit og frykt hos overgrepsofra, og det er difor viktig å sikra rask hjelp. Betre informasjon om eksisterande ressursar og tilbod kan bidra til å auke tilgjengelegheita og bevisstheita om desse viktige tenestene. I studien til Du Mont et al. (2021) var dette eit forslag til forbetring slik at overgrepsmottaka blir lettare tilgjengeleg, samt når ut til dei menneska som har behov for eit slikt tilbod.

8.0 Konklusjon

I denne oppgåva har eg nytta relevant forskning og teori for å svara på problemstillinga «Korleis kan sjukepleiarar ivareta jenter som oppsøker hjelp etter seksuelle overgrep?» Funn i oppgåva visar at tryggleik, tillit og omsorg er vesentleg for kvaliteten på behandlinga. Vidare bør sjukepleiarar visa støtte og validering, då dette kan bidra til å redusera kjensla av sjølvskuld og skam. Kommunikasjon og informasjon er òg svært viktig i behandlinga til overgrepsofre. Korleis sjukepleiarar reagerer og kommuniserer kan påverke pasienten si oppleving av tryggleik. Tilpassing og gjentaking av informasjon kan sikra forsvarleg og heilskapleg behandling. I tillegg kan det gi overgrepsofra ei oppleving av tryggleik og kontroll. Tilpassing av omsorga til den enkelte pasient er ein anna viktig faktor, då reaksjonane etter eit seksuelt overgrep kan variera betydeleg. Fleksibilitet og tilrettelegging er avgjerande for å gi tilstrekkeleg omsorg. Sjølv om utfordringar som tidspress, og mangel på kontinuitet og personell kan påverke dette. Forsking har òg belyst utfordringar knytta til lange ventetider.

Dette kan auke usikkerheit og frykt hos overgrepsofra. Det er difor viktig at sjukepleiarar kan tilby rask hjelp når desse pasientane oppsøker hjelp.

Oppgåva har vist betydninga av å ivareta jenter etter seksuelle overgrep, med fokus på tryggleik, tillit, omsorg, tilpassing, kommunikasjon og informasjon. Kontinuerleg utvikling av kompetanse og opplæring er naudsynt for å sikra behandling av høg kvalitet som er tilpassa kvar enkelt pasient. Det er håp om at denne oppgåva kan auke bevisstheita og forståinga for korleis sjukepleiarar best mogleg kan ivareta jenter som oppsøker hjelp etter seksuelle overgrep. Gjennom innsikt og kunnskap kan sjukepleiarar arbeida mot ein betre praksis, og gi desse sårbare pasientane den omsorga og støtta dei fortener.

Referanseliste

Amnesty International. (2019). *5 fakta om voldtekt*. Amnesty International.

<https://amnesty.no/5-fakta-om-voldtekt>

Andersen, I. L. (2014). Traumebevisst tilnærming. I S. Søfteland & I. L. Andersen (Red.),

Seksuelle overgrep mot barn: traumebevisst tilnærming (1. utg., s. 59-60).

Universitetsforlaget.

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

Compassion. *Journal of Forensic Nursing*, 9 (2), 68-75. DOI:

[10.1097/JFN.0b013e31828badfa](https://doi.org/10.1097/JFN.0b013e31828badfa)

Dixi ressurscenter mot voldtekt. (2020). Overgrepsmottak. DIXI ressurscenter. Henta frå

<https://www.dixi.no/overgrepsmottak/>

Du Mont, J., Macdonald, S., White, M., Turner, L., White, D., Kaplan, S. & Smith, T. (2014).

Client Satisfaction With Nursing-led Sexual Assault and Domestic Violence Services in

Ontario. *Journal of Forensic Nursing*, 10(3), 122-134. DOI:

[10.1097/JFN.0000000000000035](https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000035)

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i Relasjoner* (2.utg). Gyldendal.

Ekeberg, Ø. (2019). Akutt psykiatri. I J. E. Haugen (Red.), *Akutt medisin: utenfor*

sykehus (4. utg., s. 270-274). Gyldendal.

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal

retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>

Fukumoto, T. (2022). Nursing care provided at medical institutions to female victims

immediately after a sexual assault incident: A qualitative descriptive study. *Nursing*

Open, 10(4), 2118-2131. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.1459>

Gustafsson, S.R. (2019). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H.

Grimsbø (Red.), Grunnleggende sykepleie: bind 2 (3.utg, s. 96). Gyldendal.

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). Sjekklistene. Henta frå

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistene>

Helsedirektoratet. (u.å.). Vold og overgrep. Helsedirektoratet. Henta frå

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/vold-og-overgrep>

Helsedirektoratet. (2021, 9. juli). Overgrepsmottakets målgrupper. Helsedirektoratet. Henta

frå <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kompetanse-og-kvalitet-i-overgrepsmottak/overgrepsmottakets-malgrupper>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_6

Håkonsen, K. M. (2014). Psykologi og psykiske lidelser (5. utgave). Gyldendal akademisk.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2019, 25. mars). Handlingsplan mot voldtekt 2019-2022. Regjeringen. Henta frå

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1469f9bedad1476aadb0369ee899ab65/handlingsplan-mot-voldtekt-20192022.pdf>

Kvelling, Ø. (2015). Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner (2. utgave). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (2019). Hva er sykepleie?. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), Grunnleggende sykepleie: bind 1 (3.utg, s. 23). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2019). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I N. J.

Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), Grunnleggende sykepleie: bind 3 (3.utg, s. 53-57). Gyldendal.

Lechner, M., Bell, K., Short, N. H., Martin, S. L., Black, J., Buchanan, J. A., Reese, R., Jeffrey, H.

D., Reed, G. D., Platt, M., Riviello, R., Rossi, C., Nouhan, P., Phillips, C., Bollen, K. A. &

McLean, S. (2021). Perceived Care Quality Among Women Receiving Sexual Assault

Nurse Examiner Care: Results From a 1-Week Postexamination Survey in a Large

Multisite Prospective Study. *Journal of Emergency nursing*, 47(3), 449-458. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.11.011>

Legevaktsysikl. (u.å.). Overgrepsmottak. Legevaktsysikl. Henta frå

<https://legevaktsysikl.no/overgrepsmottak/>

Norsk Helseinformatikk. (2022, 9. mai). Seksuelle overgrep. NHI. Henta t frå

<https://nhi.no/forstehjelp/akuttmedisin/diverse/seksuelle-overgrep/?page=all>

Norsk Sykepleieforbund. (2021). Yrkes etiske retningslinjer. Henta frå

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-

02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Politiet. (2021). Voldtekssituasjonen i Norge 2019. Politiet. Henta frå

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

Rudolfsson, L. & Punzi, E. (2021). «We will make you feel safe”: Female medical staff’s

experiences of meeting with raped women in Sweden. *Sage journals*, 32(1). DOI:

<https://doi.org/10.1177/09593535211049916>

Søk og skriv. (2023). IMRaD-modellen. Henta frå <https://www.sokogskriv.no/skriving/imrad->

<modellen.html>

Thidemann, I. J. (2023). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille

motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utgave). Universitetsforlaget.

Waitz, H. M & Thorleifsson, E. (2020, 8. mars). Seksuelle overgrep angår oss alle. Tidsskrift for

Den norske legeforening, 140(4). Henta frå

<https://tidsskriftet.no/2020/03/leder/seksuelle-overgrep-angar-oss-alle>

Vedlegg I: PICO

PICO	Norske søkeord	Engelske søkeord/MeSH-termer
P: Population: Kvinner utsett for seksuelle overgrep Tenåringar utsett for seksuelle overgrep	Seksuelle overgrep, valdtekt, seksuell mishandling Kvinner, jenter, kvinneleg ungdom, unge vaksne, tenåringar	Sexual assault, rape, sexual abuse Women, girls, female adolescent, young adults, teenagers
I: Intervention: Sjukepleie, ivareta	Sjukepleie, Sjukepleiar Omsorg	Nurse, nurses, nursing (Nurs*) Care, Caring
Co: Context/setting:	Sjukehus, spesialhelsetenesta, legevakt	Hospital, secondary cares, after-hours care
Tilleggsøk:	Norge, norske, Skandinavia	Norway, Norwegian, Scandinavia

Vedlegg II: Søkehistorikk

Database: Cinahl, 04.05.23		
Søkeord/Kombinasjoner	Tall artikkeltreff	Artikler nytta
Sexual-abuse OR rape	20 723	
Hospital OR secondary care OR after-hours care	576 583	
Women OR girls OR female adolescents	571 643	
Nurse OR nurses OR nursing	954 576	
Care OR caring	1 620 841	
Norway OR Norwegian OR Scandinavia	22 539	
S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	48	
S1 AND S2 AND S4 AND S5	154	Client Satisfaction with Nursing-led Sexual Assault and Domestic Violence Services in Ontario
Database: Academic search elite, 04.05.23		
Søkeord/Kombinasjoner	Tall artikkeltreff	Artikler nytta
Sexual-abuse OR rape	64 575	

Hospital OR secondary care OR after-hours care	3 398 409	
Women OR girls OR female adolescents	1 739 531	
Care OR caring	653 040	
Norway OR Norwegian OR Scandinavian	2 137 199	
Nurse OR nurse's role OR nursing	214 388	
S1 AND S3 AND S4 AND S6 (2013-2023)	143	
S1 AND S2 AND S3 AND S4 (2013-2023)	296	"We will make you feel safe": Female medical staff's experiences of meeting with raped women in Sweden.
Database: Cinahl og Cinahl full text, 06.05.23		
Søkeord/Kombinasjoner	Tall artikkeltreff	Artikler nytta
Sexual-abuse OR sexual assault OR rape	41 412	
Hospital OR secondary care OR after-hours care	1 154 325	
Women OR girls OR female adolescents	1 143 064	
Nurse OR nurses OR nursing	1 195 761	

Care OR caring	3 244 185	
Norway OR Norwegian OR Scandinavia	45 087	
Adolescents OR young adults OR teenagers	647 997	
S1 AND S3 AND S4 AND S5 (2013-2023)	160	<p>Nursing care provided at medical institutions to female victims immediately after a sexual assault incident: A qualitative descriptive study.</p> <p>Perceived Care Quality Among Women Receiving Sexual Assault Nurse Examiner Care: Results From a 1-Week Postexamination Survey in a Large Multisite Prospective Study</p>
S1 AND S4 AND S5 AND S7	23	<p>With Care and Compassion: Adolescent Sexual Assault Victims' Experiences in Sexual Assault Nurse Examiner Programs</p>

Vedlegg III: Litteratormatrise

Forfattar (år)	Tittel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat	Kommentar
Campbell et al. (2013)	With Care and Compassion: Adolescent Sexual Assault Victims' Experiences in Sexual Assault Nurse Examiner Programs	Målet var å undersøke korleis pasientane vurderte kvaliteta på omsorga dei mottek etter å ha vore utsett for eit seksuelt overgrep.	Kvalitativ	20 tenåringar frå 14-17 år vart intervjuva angående deira behandling etter seksuelle overgrep.	Individuelle behov, omsorg, validering, kommunikasjon var avgjerande	
Du Mont et al. (2014)	Client Satisfaction with Nursing-led Sexual Assault and Domestic Violence Services in Ontario	Undersøke kor fornøgd overgrepofre var med behandlinga og ivaretakinga frå sjukepleiarar, men òg bidra til nyare og betre retningslinje til sjukepleiarar for	Kvantitativ metode.	1484 deltakarar fekk eit spørjeskjema dei skulle fylle ut etter behandlinga. (1086 var utsett for seksuelle overgrep)	Validering, omsorg, tryggleik og empati var viktig for kvaliteten på tenesta	Svakheit: avgrensa til Ontario.

		behandling av ofre etter overgrep.				
Fukumoto (2022)	Nursing care provided at medical institutions to female victims immediately after a sexual assault incident: A qualitative descriptive study	Målet var å undersøke intensjonen med omsorga blant pleiepersonell som tar seg av offer for seksuelle overgrep. Studien kan bidra til forbetring på kvaliteta på omsorga for ofre av seksuelle overgrep.	Kvalitativ	20 sjukepleiarar vart intervjuet. Kvar sjukepleiar hadde gitt behandling til minst eit offer av seksuelt overgrep innan de siste året.	Relasjonsbygging, tryggleik og viktig for kvaliteten på omsorga. Viktig med kunnskap om akutt stresslidning.	Svakheit: utført i Japan, svakare overføringsverdi til Noreg.

Lechner et al. (2021)	Perceived Care Quality Among Women Receiving Sexual Assault Nurse Examiner Care: Results From 1-Week Postexamination Survey in a Large Multisite Prospective Study	Undersøke kvaliteta på omsorga til sjukepleiarar (SANE) gitt til offer for seksuelle overgrep	Kvantitativ	695 kvinner utførte ein spørjeundersøking ei veke etter behandling for seksuelle overgrep. Pasientane var henta frå 13 ulike akuttmottak og senter for seksuelle overgrep.	Bli tatt på alvor, validering, empati og tilstrekkeleg informasjon var vesentleg for kvaliteten på omsorga	Svakheit: 18 og eldre. Utanfor aldersavgrensinga
Rudolfsson & Punzi (2021)	«We will make you feel safe»: Female medical staff's experiences of meeting with raped women in Sweden	Kvinneleg helsepersonells erfaring med å behandla kvinner som har blitt voldtatt. Korleis helsepersonellet opplevde desse møta, kva moglegheiter dei ser for å gje god omsorg, og	Kvalitativ	12 kvinnelege helsepersonell	Fleksibel omsorg, ta seg tid til kvar enkelt pasient og deira behov	Svakheit: studien fokuserte òg mykje på kva sjukepleiarane gjorde for å ta vare på kvar andre i ein tøff jobb.

		korleis jobben påverka dei.				
--	--	-----------------------------	--	--	--	--



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKF390

Predefinert informasjon

Startdato:	05-06-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	09-06-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKF390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	249
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7915
----------------------	------

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja
innlevering til
biblioteket *:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	72
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven 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