



”En normal reaksjon på en unormal hendelse”
Sykepleierens møte med kvinner utsatt for
seksuelt overgrep

Kandidatnummer: 607
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9059

Dato: 23.04.19



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høyskole Dato 23.04.2019
<p>Tittel</p> <p>”En normal reaksjon på en unormal hendelse” – Sykepleierens møte med kvinner utsatt for seksuelt overgrep</p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvordan kan sykepleieren i akuttmottak møte kvinner utsatt for seksuelt overgrep?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Sykepleierens lindrende funksjon er bakgrunnen for sykepleieutøvelsen i oppgaven og forutsetningen for møtet mellom pasient og sykepleier. Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget tar for seg krise- og kommunikasjonsteori, i tillegg til et fokus på psykososiale behov ved akutt, kritisk sykdom og Haviks kontrollmodell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Helsepersonelloven, Pasient- og brukerrettighetsloven, Spesialisthelsetjenesteloven, Straffeloven og sykepleierens yrkesetiske retningslinjer er juridiske og etiske føringer for oppgaven.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Metoden anvendt i denne oppgaven er litteratursøk. Søkehistorikk og forskningsartiklene er kategorisert i tabell og artikkelmatrise. Forskningsartiklene belyser ulike perspektiver ved problemstillingen, både pasientrollen og sykepleieutøvelsen.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Drøftingen er strukturert etter Haviksmodellen. Den omhandler følgende kontrollaspekter: kognitiv, instrumentell og emosjonell kontroll. Oppgaven drøfter hvordan sykepleieren kan bruke speiling, utforskende og nonverbale kommunikasjonsferdigheter for å skape et rom og en relasjon hvor pasienten kan fortelle og uttrykke følelser. Sykepleierens lindrende funksjon åpner opp for å observere pasientens psykiske reaksjoner etter et overgrep, ved å møte og lindre hennes reaksjoner. Med en fordomsfri, åpen og lyttende holdning vil sykepleieren kunne ivareta kvinner utsatt for seksuelt overgrep. Forskningsartiklene viser viktigheten ved sykepleierens tilstedeværelse for både ivaretagelse av pasienten og for å øke sjansen for siktelse ved anmeldelse. Flere av forskningsartiklene tar for seg pasientens behov for opplevelse av kontroll etter seksuelle overgrep, beskriver behovet for å bli møtt fordomsfritt og empatisk, og utdyper hvordan kvinner opplever skyld og skam i etterkant av seksuelle overgrep.</p>	

Konklusjon

For å møte kvinner utsatt for seksuelle overgrep, bør sykepleieren inneha gode kommunikasjonsferdigheter, vise forståelse og empati gjennom handlinger og sykepleietiltak basert på erfaring og kompetanse. Hun bør også fokusere på å møte pasientens psykologiske reaksjoner på det seksuelle overgrepet. Kunnskap om krisereaksjoner under og etter det seksuelle overgrepet, samt kjennskap til myter om seksuelle overgrep vil kunne fremme ivaretagelse av pasienten i en akutt fase.

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.1.1	Problemstilling	1
1.2	Avgrensning og begrepsavklaring	2
1.2.1	Kontekst	2
1.2.2	Målgruppe	3
1.2.3	Oppgavens disposisjon	3
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag	3
2.1	Kvinner utsatt for seksuelt overgrep	3
2.1.1	Reaksjonsmønstre under seksuelt overgrep	4
2.1.2	Vanlige reaksjoner etter seksuelt overgrep	4
2.1.3	Kontekst	5
2.2	Sykepleierens lindrende funksjon	6
2.3	Kriseteori	6
2.3.1	Krisereaksjoner	7
2.4	Kommunikasjonsteori	8
2.4.1	Kommunikasjon med mennesker i krise	8
2.4.2	Nonverbal kommunikasjon	8
2.4.3	Utforskende ferdigheter	8
2.4.4	Speiling	9
2.4.5	Haviks kontrollmodell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom	9
2.5	Juridiske og etiske føringer	11
2.5.1	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	11
2.5.2	Helsepersonelloven	11
2.5.3	Spesialisthelsetjenesteloven	11
2.5.4	Lov om pasient- og brukerrettigheter	12
2.5.5	Almindelig borgerlig straffelov	12
3	Metode	13
3.1	Litteraturstudie som metode	13
3.2	Litteratursøk og søkehistorikk	13
3.2.1	Tabell A: CINAHL	13
3.2.2	Tabell B: PsycINFO	13
3.2.3	Tabell C: Google Scholar	14
4	Presentasjon av forskningsresultater	15
4.1	Artikkelmatrise	15
5	Drøfting	18
5.1	Kognitiv kontroll	18
5.1.1	Å informere pasienten	18
5.1.2	Å realitetsorientere pasienten	20
5.1.3	Å fremme kommunikasjon med pasienten	20
5.1.4	Å skape kontinuitet og stabilitet	22
5.1.5	Å vise kompetanse	22
5.2	Instrumentell kontroll	23
5.2.1	Å gjøre pasienten til en aktiv deltaker	23
5.2.2	Å sørge for et terapeutisk miljø	25
5.2.3	Å ivareta pasientens eksistensielle behov	25
5.3	Emosjonell kontroll	27
5.3.1	Å se pasienten	27

5.3.2	Å vise empati	27
5.3.3	Å være tilstede for pasienten.....	27
5.3.4	Å fremme opplevelsen av verdighet	28
5.3.5	Å fremme sosial kontakt med de pårørende	29
5.3.6	Å gjøre bevisst bruk av berøring.....	29
6	Avslutning.....	30
	Litteraturliste	31
	Vedlegg 1:	33

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Akuttmottaket har et stort ansvar knyttet til mennesker utsatt for seksuelle overgrep, fra pasientene første gang tar kontakt og til de av ulike grunner ser behov for å oppsøke mottaket igjen. I 2016 tok overgrepsmottakene på nasjonal basis imot 1632 pasienter utsatt for seksuelle overgrep (Hunskår, Johnsen, Zachariassen, Alsaker & Nesvold, 2017). Det er en tydelig økning i antall pasienter som oppsøker overgrepsmottak, og det er lite som tilsier at økningen vil reduseres. Tvert imot kan det virke som om med økt kunnskap og folkeopplysning om seksuelle overgrep, som regjeringens nye handlingsplan mot voldtekt skal fokusere på (Justis- og beredskapsdepartementet, 2019), vil flere pasienter ta kontakt. For å kunne ivareta særlig kvinner utsatt for seksuelle overgrep, bør sykepleieren inneha relevante fagkunnskaper og ferdigheter knyttet til denne pasientgruppen. Sykepleieren kan i det første møtet i akuttmottaket lindre psykisk ubehag, bekjempe mytene og utøve omsorgsfull hjelp. I tillegg til å bidra til at kvinnene igjen opplever emosjonell likevekt og forebygge tap av funksjonsnivå (Hummelvoll, 2016).

Kort om personlig bakgrunn for valg av tema

Gjennom sykepleiestudiet har både erfaringer fra praksis og seminarer på skolen gitt meg innblikk i traumeproblematikk hos kvinner utsatt for seksuelle overgrep. Historiene er sjeldent like, men angsten, skammen og skyldfølelsen kvinnene føler eller følte på, er tydelig i dem alle. Noen av kvinnene forteller om at de aldri dro til akuttmottaket eller overgrepsmottaket i etterkant, mens andre dro like etter overgrepet. Å høre sykepleiere beskrive hvordan de møter kvinner i krise er sterkt. Med denne oppgaven håper jeg å kunne lære mer om hvordan man bør møte kvinner utsatt for seksuelle overgrep, både som medmenneske og som sykepleier.

1.1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren i akuttmottak møte kvinner utsatt for seksuelle overgrep?

1.2 Avgrensning og begrepsavklaring

Denne oppgaven har utelukkende fokus på kvinner utsatt for seksuelle overgrep, ettersom det er en tydelig kjønnsfordeling i overgrepstatistikken. Menn utfører den seksuelle volden, og kvinnene er som oftest offer for den. Det omhandler makt, dominans og kontroll, og knyttes til skam og skyld, tabuer og myter (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Oppgaven vil ikke inkludere kvinnens barn eller pårørende. Dette er for å begrense oppgaven.

Handlingsrommet for sykepleien i denne konteksten vil være ”møtet” mellom sykepleier og kvinnen utsatt for seksuelt overgrep. Dette møtet bør tilrettelegges slik at pasienten opplever at hennes behov blir ivaretatt, at hun blir møtt med forståelse og medmenneskelighet.

Sykepleieren bør utøve omsorgsfull og forsvarlig helsehjelp, og helhetlig sykepleie for å kunne ivareta pasienten. De kontekstuelle rammene vil begrense tidsrommet, og for mange pasienter vil dette være det første møtet med helsevesenet etter overgrepet.

I oppgaven vil ikke eventuelle fysiske skader eller behov være i fokus. Dette er for å avgrense og begrense sykepleieutøvelsen. Hovedsakelig vil sykepleien være rettet mot kvinnens psykologiske reaksjoner, og ha som mål å lindre disse.

Det finnes flere ulike typer vold som kan karakteriseres som overgrep: Fysisk vold, psykisk vold, seksuell vold, materiell vold, latent vold, stalking, kjønnslemlestelse, tvangsgifting, og trakassering via mobil og nett (Underlid, Dyregrov & Thuen, 2016). For at noen skal oppsøke overgrepsmottak, vil overgrepet som regel være seksuell vold, ofte i nære relasjoner (Hansen & Finsrud, 2014). Seksuelt overgrep vil være fokuset i denne oppgaven.

1.2.1 Kontekst

Hovedsakelig vil konteksten være akuttmottak, men denne pasientgruppen vil mest sannsynlig bli henvist til overgrepsmottak om mulig. Derfor vil også rutiner og prosedyrer på overgrepsmottak inkluderes i oppgaven. Utførelsen av sykepleie vil i stor grad overlape med og være overførbar til akuttmottak. Alle som har blitt utsatt for seksuelle overgrep kan henvende seg eller bli henvist til overgrepsmottaket, uavhengig av kjønn og alder. Drift av overgrepsmottak og akuttmottak er hjemlet i Spesialisthelsetjenesteloven. Loven plikter spesialisthelsetjenesten til å ha akuttmedisinsk beredskap og arbeide med å forebygge, avdekke og avverge seksuelle overgrep (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, kap. 2).

1.2.2 Målgruppe

Målgruppen i denne oppgaven er voksne kvinner (18-65 år) utsatt for seksuelle overgrep relatert til partner, kjent eller ukjent overgriper som oppsøker akuttmottaket eller overgrepsmottaket for hjelp og behandling. Med andre ord, blir barn, ungdom og eldre ekskludert. I oppgaven vil kvinnene utsatt for seksuelle overgrep bli omtalt som overgrepsutsatte, kvinner og pasienter.

1.2.3 Oppgavens disposisjon

IMRAD-struktur er anvendt for å strukturere oppgaven. Det teoretiske og empiriske kunnskapsgrunnlaget inkluderer kommunikasjons- og kriseteori, samt en sykepleierfunksjon som er teoretisk forankret. I tillegg vil relevant juridiske og etiske føringer bli presentert. Metodekapittelet presenterer anvendt faglitteratur og forskningsartikler. Litteratursøkene er lagt i tabell, og artiklene i en matrise. Drøftingen er strukturert gjennom Haviks kontrollmodell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom (Havik, 1989) og Stubberuds (2015) tiltak for relevant sykepleie i den henseende. Avslutningsvis presenteres resultatene og oppgaven oppsummeres.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Kvinner utsatt for seksuelt overgrep

Kvinner som oppsøker akuttmottak vil ikke alltid oppgi at de har blitt utsatt for seksuelle overgrep. Det er derfor viktig at sykepleieren har kjennskap til ulike sår og skader som kan være forårsaket av overgrep (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Indikasjoner på seksuelle overgrep kan variere og er ikke absolutte indikasjoner på opplevd overgrep eller mishandling over tid. Det er en tendens til at voksne utsatt for mishandling oppsøker legevakt gjentatte ganger. Konkrete indikasjoner, som særlig kan forekomme hos voksne, kan være en eller flere av følgende tilstander:

- manglende samsvar mellom oppgitt skademekanisme og omfanget eller typen av skade
- skader i ansikt, nakke, hals, bryst, mage og anus/genitalia
- symmetriske bilaterale skader, for eksempel blåmerker på samme sted på begge overarmer etter holdegrep
- multiple skader av ulik alder eller ulik tilhelingsgrad

- sykehistorie med multiple skader, hyppig bruk av legevakt, gjentatte legebesøk for enkle skader
- gjentatte psykosomatiske og emosjonelle plager
- suicidalforsøk eller suicidaltanker

(Sosial- og helsedirektoratet, 2007)

Det er individuelle forskjeller på hvordan kvinner reagerer etter et seksuelt overgrep, og dermed også ulikheter i symptomer og indikasjoner. Det blir blant annet sykepleierens oppgave å observere og dokumentere slike skader.

2.1.1 Reaksjonsmønstre under seksuelt overgrep

Under overgrepet er det vanlig å enten oppleve en mobiliserende eller immobiliserende reaksjon. Eksempler på mobiliserende reaksjoner er flukt- og kampmodus, mens immobiliserende reaksjoner er overgivelse eller lammelse (Minton, Ogden & Pain, 2006). Det er ikke alltid en mobiliserende reaksjon er hensiktsmessig, og i de tilfellene hvor det vil kunne forverre situasjonen vil instinktet være å begrense og redusere smerten ved en immobiliserende reaksjon. Dette er en lammende og bedøvende tilstand, som ikke kan overstyres av viljen og det er derfor knyttet mye skam til en slik reaksjon (Fersnes, 2014).

2.1.2 Vanlige reaksjoner etter seksuelt overgrep

I etterkant av seksuelt overgrep er det særlig fire reaksjoner som er utbredt: kroppslig under- og overaktivering, følelsesmessige gjenopplevelser, emosjonelle reaksjoner og eksistensielle reaksjoner. Kroppslig under- og overaktivering kan enten være tilstander av apati eller en nærmest kronisk overaktiveringsrespons, som å være skvetten, rastløs og urolig. I tillegg er det vanlig å oppleve søvnproblemer og muskelspenninger, fordi kroppen forblir i alarmberedskap til tross for at faren er over. Gjenopplevelser som gir sansefønmelser og uvirkelighetsfølelse er heller ikke uvanlig (Fersnes, 2014).

Følelsesmessige gjenopplevelser kan være emosjonell ustabilitet, relasjonelle vansker og tillitsproblemer. Et seksuelt overgrep kan oppleves tillits- og grensekrenkende, og vanskeliggjøre gode relasjoner og intimitet. Unngåelsesatferd kan også være en mestringsstrategi som over tid kan være lite hensiktsmessig. Den kan holde smerten og opplevelsen på avstand, og dermed fortrenge den og skape vanskeligheter for pasienten senere. Flere kan utvikle en selvdestruktiv atferd og rusmisbruk for å distansere seg fra hendelsen. Et slikt handlingsmønster vil også kunne distansere henne fra hun selv og

ytterligere vanskeligjøre å håndtere følelser og opplevelser under og etter overgrepet (Fersnes, 2014).

Emosjonelle reaksjoner som skam, skyld, sorg og sinne i ettertid av overgrepet er godt dokumentert hos Beck, McNiff, Clapp, Olsen, Avery & Hagedwood (2011), og Aakvaag, Thoresen, Wentzel-Larsen, Dyb, Røysamb & Olff (2016). Følelsen av skam i etterkant kan blant annet knyttes opp mot feilslutningene mange ofre trekker i etterkant om at det var deres skyld at overgrepet skjedde (Fersnes, 2014).

Eksistensielle reaksjoner etter et overgrep kan være tap av identitet, tap av tro, håp eller kjærlighet – for andre kan selve meningen med tilværelsen rystes. Slike tap kan utløse et sorgarbeid. Rystelsen og krenkelsen de kan ha opplevd under overgrepet vil kunne påvirke selvfølelsen og mange oppgir at de føler at de har mistet seg selv i større eller mindre grad (Fersnes, 2014). Dårlig selvfølelse kan føre til manglende egenomsorg og vanskeligjøre forholdet overfor egen kropp. Noen kan også oppleve at de mister troen sin, om det er troen på mennesket, på relasjoner eller på en religiøs forestilling vil det kunne oppleves like vanskelig. Eksistensielle behov er et stort fagfelt. I denne oppgaven vil håp, tro, kjærlighet og mening kort problematiseres i møte med denne pasientgruppen da både kvinnenes psykiske tilstand og konteksten vil begrense handlingsrommet til sykepleieren.

2.1.3 Kontekst

Sykepleieren vil kunne møte kvinner utsatt for seksuelt overgrep i de fleste helseinstanser, men som nevnt i kapittel 1.2.1 vil konteksten i denne oppgaven være akuttmottak og til dels overgrepsmottak. Stortinget vedtok i 2013 at overgrepsmottak skulle organiseres i spesialisthelsetjenesten, vedtaket ble iverksatt i 2016. Overgrepsmottak er i praksis ofte lokalisert i tilknytning til akuttmottak (Hunskår et al., 2017). Sykepleieutøvelsen vil ofte overlape i kommuner hvor det ikke finnes overgrepsmottak.

I 2007 kom Sosial- og helsedirektoratet med en veileder for helsetjenesten for å sikre at overgrepsmottak hadde klare retningslinjer på utøvelsen av helsehjelpen ved mottak av mennesker utsatt for overgrep. Veilederens formelle krav og retningslinjer bør danne grunnlaget for tiltakene til sykepleieren i møte med kvinner utsatt for seksuelle overgrep. Tiltakene kan inkludere blant annet innlednings samtalen, assistanse ved rettsmedisinsk undersøkelse, sporsikring og skadedokumentasjon. Hele kroppen bør som regel undersøkes,

men kun en kroppsdel av gangen slik at kvinnene ikke må være mer avkledd enn nødvendig. Fotografering gjøres etter hvert og det tas prøver fra synlig fremmedmateriale, eksempelvis spytt, sæd og blod. Ofte anbefales det at pasientens kjønnsorganer undersøkes ved gynekologisk leie. Det kan også være nødvendig å bruke anoskopi, for å undersøke anus og endetarm, eller spekulum, for å undersøke kvinnens indre kjønnsorganer. Kolposkop, et apparat som ligner en kikkert og gir 10-20 ganger forstørrelse, brukes også for å undersøke skjede og livmorshalstappen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Tidsperspektivet vil kunne påvirke handlingsrommet til sykepleieren. Ofte vil sykepleierens møte med kvinnen være kort, og tidsrommet vil påvirkes av om kvinnen ønsker rettsmedisinsk undersøkelse og sporsikring, hvor lenge etter overgrepet hun kommer til mottaket og hennes fysiske og psykiske tilstand (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Sykepleieren må utføre de prosedyrene og den helsehjelpen hun kan gi innenfor de rammene pasienten og konteksten setter.

2.2 Sykepleierens lindrende funksjon

Sykepleierens lindrende funksjon bør være sentral ved mottak av kvinner utsatt for seksuelt overgrep. Den lindrende funksjonen vil omhandle å: ”begrense omfanget av pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger” (Nordtvedt & Grønseth, 2010, s. 22). Det er ikke nødvendigvis en fysisk smerte som skal lindres i denne sammenheng. Sykepleieren skal også skape rom for at pasienten kan uttrykke opplevelsene og erfaringene hun har gjennomgått og på den måten lindre den psykiske belastningen. Nordtvedt & Grønseth (2010) skriver videre at sykepleieren særlig må rette oppmerksomheten mot pasientens livskvalitet, opplevelse og erfaringer knyttet til sykdom og lidelse. Som ved alle sykepleiefaglige funksjoner, vil også den lindrende funksjon innebære å gjøre observasjoner i møte med pasienter: ”Observasjonene danner grunnlaget for alle vurderingene, beslutningene og handlingene som sykepleieren utfører(...)” (Nordtvedt & Grønseth, 2010, s. 23).

2.3 Kriseteori

For å yte god helsehjelp i akuttmottak og forstå kvinnene som kommer inn etter å ha blitt utsatt for seksuelt overgrep, bør sykepleieren ha kjennskap til kriseteori, krisereaksjoner og krisefaser. Kriseteori forsøker å definere hvordan det oppleves for mennesker å møte på en

hendelse hvor tidligere mestringsstrategier kommer til kort, og utløser en krise hos vedkommende. Cullberg skriver at krisen fører til en følelsesmessig og eksistensiell ubalanse, og mener at mennesket aldri vil kunne bli ferdig med å utvikle seg. Han ser på en krise som mulighet for modning og utvikling, ved at vedkommende oppnår økt kunnskap og innsikt i livets forutsetninger (Cullberg, 2010). Om pasienten i møte med traumatisk krise er mottakelig, kan helsepersonell forsøke å forsikre vedkommende om at ”dette vil gå over”, Cullberg kaller dette for ”vikarierende håp”.

Cullberg kategoriserer ulike typer kriser som enten utviklingskriser eller traumatiske kriser. Et seksuelt overgrep vil kunne kategoriseres som en traumatisk krise, forårsaket av ytre påkjenninger. Traumatiske kriser er ofte plutselige og uventede vanskelige, og ”(...) kan innebære en trussel på ens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet, eller mot ens grunnleggende muligheter til å innrette seg i tilværelsen” (Cullberg, 2010, s. 15).

Cullberg publiserte *Mennesker i krise og utvikling* i 1975. Kriseteorien hans har med tiden blitt etablert som en bærebjelke i forståelsen av krise og krisepsykologi, men den har også blitt møtt med kritikk og diskusjon. Nyere kriseteorier har vært kritiske til Cullbergs psykodynamiske forståelse av traumatiske kriser og krisefasene, som blir framstilt som et lineært forløp (Reitan, 2017). Særlig tidsaspektet knyttet til krisefasene blir kritisert for å være for kategorisk, og katarsisforståelsen innebærer en forventning om at alle opplever kriser på samme måte, noe som nå blir oppfattet som for ensrettet (Reitan, 2017). Med bakgrunn i denne kritikken, og nyere forsknings fleksibilitet og differensielle forståelse av kriser, vil Cullbergs krisefaser og psykologiske reaksjoner bli presentert uten en forventning om at mennesker som gjennomgår en traumatisk krise skal følge et lineært og tidfestet forløp.

2.3.1 Krisereaksjoner

Til tross for at ikke alle kvinner utsatt for seksuelt overgrep opplever krisefasene, vil det være nyttig for sykepleieren å ha kunnskap om de vanligste krisereaksjonene. Cullberg (2010) skriver at traumatiske kriser, som et seksuelt overgrep, kan skape angst. Vanlige krisereaksjoner vil vanligvis være benektelse, uvirkelighetsfølelse, apati, vanskelighet med å ta inn over seg det som har hendt og bearbeide informasjon. I tillegg vil vedkommende kunne oppleve endret tidsopplevelse og kroppslige stressreaksjoner (Hummelvoll, 2016). Ulike

former for forsvarsmekanismer, vil kunne inntre, som benektelse, fortrenkning, regresjon, undertrykkelse og isolasjon (Cullberg, 2010).

2.4 Kommunikasjonsteori

2.4.1 Kommunikasjon med mennesker i krise

I møte med kvinner utsatt for seksuelle overgrep er kommunikasjonsferdigheter vesentlig. Sammen med erfaring er kommunikasjonsteori en avgjørende komponent i utviklingen av kommunikasjonsferdigheter stilt ovenfor mennesker i krise. Cullberg (2010) skriver omfattende om hvordan man bør snakke med og forholde seg til mennesker i krise. Det er viktig å være tydelig på at det ikke er sykepleierens oppgave å bidra til å fornekte det seksuelle overgrepet eller de følelsesmessige reaksjonene i etterkant. Sykepleieren bør heller gi støtte til forsiktig realitetsorientering, og på den måten motvirke realitetsforvanskninger, skriver Cullberg (2010). Videre vil det å skape rom for å gi uttrykk for følelser av smerte, sorg, skyld og aggressivitet, normalisere reaksjonene på overgrepet.

2.4.2 Nonverbal kommunikasjon

I møte med kvinner utsatt for seksuelt overgrep, vil ikke alltid språket være tilstrekkelig. Gjennom å vise forståelse, gi indirekte uttrykk for at en er innstilt på å lytte og hjelpe med nonverbal kommunikasjon, kan sykepleieren kommunisere med og vise tilstedeværelse for pasienten. God nonverbal kommunikasjon kan avgjøre om pasienten føler seg ivaretatt og trygg (Eide & Eide, 2007). Et responderende kroppsspråk kan innebære øyekontakt, som viser at sykepleieren følger samtalen aktivt og har oppmerksomheten rettet mot pasienten. Å lene seg fram, og ha en mottagende og åpen kroppsholdningen vil kunne vise tilstedeværelse overfor pasienten. For å vise bekreftende lytting, vil bruk av bekreftende og forstående småord vise at sykepleieren følger utsagnene til pasienten (Eide & Eide, 2007). Videre foreslår Eide & Eide (2007) at det å være avslappet, i form av en vennlig stemme og rolig bevegelser, vil være gunstig for at pasienten selv slapper av.

2.4.3 Utforskende ferdigheter

For å hjelpe kvinnene utsatt for seksuelt overgrep og forstå hva de har opplevd, vil det være hensiktsmessig å utøve utforskende kommunikasjon. Å kombinere bruken av åpne og lukkede

spørsmål vil kunne være gunstig for å forstå og hente ut relevante opplysninger om overgrepet. Å stille pasienten åpne spørsmål legger opp til at svaret kan være utfyllende og inneholde mye informasjon om pasientens tilstand og opplevelser. ”Hvordan”-spørsmål kan rette seg opp mot følelser og opplevelser knyttet til overgrepet. ”Hvorfor”-spørsmål viser til fornuften og dermed etterspør en forklaring eller begrunnelse på ulike perspektiver ved overgrepet. ”Hva”-spørsmål legger opp til svar om fakta. I motsetning til åpne spørsmål, vil lukkede spørsmål være relevante å bruke om det er nødvendig å få bekreftet eller avkreftet konkrete eller spesifikke opplysninger om overgrepet (Eide & Eide, 2007).

2.4.4 Speiling

Å speile pasientens følelser vil kunne gjengi eller synliggjøre dem for pasienten selv. På denne måten kan man hjelpe pasienten å gjenkjenne og regulere emosjonelle reaksjoner.

Følelsesrefleksjoner kan ha fem funksjoner. Eide & Eide (2007) trekker fram følgende:

- å vise at man lytter og har gjenkjent den andres følelse(r)
- å sjekke at man har forstått hva den andre føler, eventuelt korrigere forståelsen
- å hjelpe den andre til å gjenkjenne sine egne følelser
- å uttrykke aksept av den andres følelser og dermed bidra til bearbeidelse
- å åpne for å utforske følelsene og de situasjonene de er knyttet til

(Eide & Eide, 2007)

Å hjelpe pasienten med å se sine egne følelser speilet og å hjelpe pasienten i å sette ord på følelsene, vil kunne skape en økt bevissthet omkring pasientens følelser og innsikt i pasientens egne reaksjoner (Eide & Eide, 2007).

2.4.5 Haviks kontrollmodell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom

Haviks kontrollmodell (se vedlegg 1) har som hensikt å hjelpe helsepersonell å forstå og ivareta pasienters psykologiske reaksjoner i møte med somatisk sykdom. Modellen er tatt i bruk av Stubberud i *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2015). Det er normalt å oppleve sterke emosjonelle reaksjoner ved somatisk sykdom. Det blir først problematisk når disse reaksjonene enten blir til hinder for undersøkelser, behandling og pleie, eller utvikler seg til varige psykiske problemer, reduserer psykososial funksjonsevne eller fører til overforbruk av helsetjenester (Stubberud, 2015). Kontrollmodellen viser hvordan ulike faktorer ved sykdom og behandlingssituasjonen kan føre til pasienters opplevelse av redusert kontroll, og hvordan helsepersonell kan hjelpe pasienter å gjenfinne kontrollen.

Overføringsverdien fra somatisk sykdom til seksuelt overgrep ligger i behovet for opplevd

kontroll hos pasienten. I likhet med akutt, somatisk sykdom, vil et seksuelt overgrep ofte være en akutt hendelse, som krever helsehjelp og ivaretagelse av helsepersonell.

Ifølge Stubberud (2015), er økt personlig kontroll målet med mestring av psykisk stress og sykdom. Kontrollbegrepet kan defineres på ulike måter, det definisjonene har til felles er «individets mulighet til å innhente informasjon, til å legge planer, til å foreta avgjørelser og til å påvirke sine fysiske og sosiale omgivelser» (Havik, 1989, s. 163). Det er tre aspekter ved kontrollbegrepet som er fokusert på i møte med denne pasientgruppen; kognitiv kontroll, instrumentell kontroll og emosjonell kontroll.

Kognitiv kontroll handler om forholdet mellom forutsigbarhet og flertydighet. Havik (1989) trekker fram fire faktorer som kan redusere pasientens opplevelse av kontroll; nye og ukjente omgivelser; usikkerhet med tanke på rutiner; sansinger og sykdomsforståelse, derunder årsak, manifestasjon og konsekvenser (Havik, 1989). Sykepleieren bør tilrettelegge for at pasienten opplever høy grad av forutsigbarhet.

Instrumentell kontroll omhandler forholdet mellom kompetanse og hjelpeløshet (Havik, 1989). Stubberuds (2015) tiltak fokuserer på hvordan sykepleieren kan fremme pasientens mulighet til å forebygge eller fjerne negative hendelser. Hovedsakelig vil tiltakene bygge opp under pasientens evne til å redusere smerter og ubehag.

Haviksmodellen (1989) trekker fram emosjonell kontroll som det siste aspektet som kan fremme pasientens opplevelse av kontroll. Hovedsakelig innebærer dette å opprettholde emosjonell likevekt, og unngå overveldelse eller desorganisering. Det er forholdet mellom nærhet/tilhørighet versus separasjon/tap som kan fremme og hemme emosjonell kontroll gjennom trusler om tap av sosiale roller, identitet, fysisk eksistens og separasjon fra omsorgspersoner (Havik, 1989). Sistnevnte er ekskludert da det ikke er relevant for denne pasientgruppen. Tiltakene vil herunder fokusere på at pasienten skal oppleve nærhet, tilhørighet og sosial støtte.

2.5 Juridiske og etiske føringer

2.5.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

For å utøve etisk sykepleie må de yrkesetiske retningslinjene følges. I denne sammenheng vil en av de relevante retningslinjene for sykepleieren omfatte profesjonen og egen praksis: ”1.3. Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig” (Norsk sykepleieforbund, 2016). Forsvarlighet bør være minstekravet for utøvelsen av sykepleie, i tillegg til en etisk bevissthet og juridisk kompetanse. Immanent i den etiske bevisstheten ligger innsikt i egne holdninger og verdier. Ifølge NSF's yrkesetiske retningslinjer, skal grunnlaget for all sykepleie være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. For å møte pasienter på en god måte bør holdninger og verdier som står i motsetning til NSF's retningslinjer ikke framgå i den utøvde sykepleien.

Det andre punktet i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer omhandler sykepleieren og pasienten. I en akutt situasjon vil det være spesielt viktig å fokusere på å ivareta pasientens integritet og verdighet, dette vil kunne tilrettelegge for punkt 2.2; ”Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten” (Norsk sykepleieforbund, 2016). Videre vil ivaretagelse av psykososiale behov og ressurser, og gi god og adekvat informasjon understøtte punkt 2.4 og 2.9; ”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” og ”Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse” (Norsk sykepleieforbund, 2016).

2.5.2 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven stiller krav til helsepersonells utøvelse. Helsepersonelloven, 1999, §4 plikter helsepersonell til å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig og omsorgsfullt (Helsepersonelloven, 1999, §4). I tillegg har helsepersonell dokumentasjonsplikt når de yter helsehjelp, og er pliktig til å nedtegne relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999, §39-40).

2.5.3 Spesialisthelsetjenesteloven

Spesialisthelsetjenesten er pliktig til å ha tilgjengelig akuttfunksjon og ta ansvar for akuttmedisinsk beredskap. Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-1 beskriver de regionale

helseforetakenes ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Dette ansvaret knyttes opp mot organisering av overgrepsmottak og akuttmottak.

Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2 plikter til forsvarlighet. Alle helsetjenester som ytes skal utføres på en forsvarlig måte. Dette vil innebære å legge til rette for at helsepersonell blir i stand til å utføre tjenestene forsvarlig slik de er pliktet til av loven (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2).

2.5.4 Lov om pasient- og brukerrettigheter

Pasientens rett til informasjon er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2. Dette innebærer at informasjonen skal være tilpasset individets evne til å gi og motta informasjon, slik at hun kan ta en selvstendig avgjørelse vedrørende helsehjelpen, få innsikt i egen helsetilstand og medvirke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1, §3-2). I tillegg vil Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1, som beskriver samtykke til helsehjelp, være relevant.

2.5.5 Almindelig borgerlig straffelov

Seksuelle overgrep blir i Straffeloven, 1902, §192 beskrevet som handlinger av seksuell karakter som skaffes: ved vold eller truende adferd; utført med noen som er bevisstløs eller som er ute av stand til å motsette seg handlingen; eller ved at noen bruker vold eller truende adferd til å få noen til å ha seksuelle omgang med en annen eller utføre tilsvarende handlinger med seg selv (Straffeloven, 1902, §192).

3 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven anvender litteraturstudie som metode. Problemstillingen blir derfor besvart med kunnskap fra skriftlige kilder som blir gjennomgått og systematisert (Thidemann, 2015).

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Artiklene som foreligger i denne oppgaven har hovedsakelig blitt funnet i CINAHL, PsycINFO (Ovid) og Google Scholar. I tillegg har databasen til Norsk kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) vært nyttig. I begynnelsen var litteratursøkene vide, og omfanget av artikler stort. Ettersom problemstillingen ble innsnevret, ble også søkene i større grad rettet mot et smalere felt. Litteratursøkene er begrenset til full tilgang, publisert mellom 2008 og 2019, samt kategorisert om forskningsartikler og fagfelleverdert. Forskningsartikler basert på studier utført utenfor Canada, Nord-Amerika og Nord-Europa ble ekskludert fordi sammenligningsgrunnlaget ble minsket, særlig på bakgrunn av samfunnsmessige faktorer som sosioøkonomiske forhold, kjønnsforskjeller og tilgang på helsehjelp. Følgende søkeord er hyppig brukt i databasene: battered women, nurse, rape, crisis intervention, domestic violence, stress, trauma, coping, retraumatizing, acute care, sexual abuse, violence. Nedenfor foreligger bruk av databasene og søkehistorikken.

3.2.1 Tabell A: CINAHL

Søkedato	Søk nummer	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
14.11.18	1	Intimate partner violence AND sexual assault AND health service	1007	1	1	1
13.12.18	2	Sexual abuse AND violence AND trauma	99	4	4	1
14.12.18	3	Sexual abuse AND intimate partner violence	99	5	2	0

3.2.2 Tabell B: PsycINFO

Søkedato	Søk num	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
----------	---------	--------------------------	--------------	----------------	----------------	--------------------

	mer					
19.11.18	1	Sexual assault AND trauma AND violence against women	14	2	1	1
30.01.19	2	Intoxication AND sexual assault	32	3	3	1
13.03.19	4	Shame AND Sexual abuse	40	2	2	1

3.2.3 Tabell C: Google Scholar

Søkedato	Søknnummer	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
13.02.19	1	Forekomst+ seksuelle overgrep + Norge	1510	3	2	2
13.12.18	2	Guilt + shame + sexual assault	17000	4	3	1
13.12.18	3	Guilt + shame + intimate partner violence	18000	3	3	1
13.03.19	4	Rape + survivor	935	2	1	1

Forskningsartikler om kvinner utsatt for overgrep finnes hovedsakelig innenfor traumediskursen. Forskningen er rettet mot hjelpeapparatet som tar imot kvinner på akuttmottak og overgrepsmottak. Det vil ikke nødvendigvis kun jobbe sykepleiere på overgrepsmottak, men forskningen er relevant fordi sykepleiere er en del av det tverrfaglige teamet. I tillegg tar forskningen for seg kvinners opplevelser av hjelpeapparatet, prosessen mot anmeldelse og tiltale, samt deres erfaringer fra rettsmedisinske undersøkelser.

Perspektivene forskningen bidrar med, er relevant for sykepleiere som skal jobbe med kvinner utsatt for seksuelle overgrep. Det er viktig å vite hvordan pasienten opplever situasjonen, og hva hun har erfart og har behov for i møte med sykepleieren. Forskningsartiklene anvendt i oppgaven er alle fagfelleverderte, klarert med NSD-nivå 1 og 2.

For å besvare problemstillingen er fagbøker som tar for seg ulike perspektiver, knyttet til ivaretagelse av psykososiale behov, overgrepsmottak og sykepleierens lindrende funksjon, brukt. Stubberuds *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2015) er relevant for å knytte sykepleierrollen opp mot kvinner utsatt for seksuelle overgrep i en akutt kontekst.

Hovedsakelig fokuserer Stubberud (2015) på sykepleie ved somatisk sykdom, men det er overføringsverdi i ivaretagelse av psykososiale behov for kvinner utsatt for seksuelle

overgrep. I tillegg legger Stubberud (2015) fram konkrete tiltak for Haviksmodellen (Havik, 1989). Videre er sykepleierens lindrende funksjon teoretisk forankret hos Nordtvedt og Grønseth i *Klinisk sykepleie* (2010). I tillegg har det siste årene kommet ut relevante fagbøker som *Vold mot kvinner* (2014) av Narud (red.) og *Seksuell vold* (2014) av Skilbrei og Stefansen (red.) som omfatter fysisk og seksuell vold mot kvinner i et samfunns- og helseperspektiv. Disse er anvendt for å utforske og forklare reaksjoner under og etter seksuelt overgrep. De sistnevnte fagbøkene er ikke hovedsakelig rettet mot helsepersonell, men presenterer og utdyper relevant informasjon som helsepersonell bør inneha i møte med kvinner utsatt for seksuelle overgrep.

4 Presentasjon av forskningsresultater

4.1 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Weiss KG (2010)	Too Ashamed to Report: Deconstructing the Shame of Sexual Victimization	Feminist Criminology	Utforsker skam forbundet med seksuelle overgrep, og skam som en sosial konstruksjon og kulturell betinget respons.	Kvantitativ innholdsanalyse: 136 pasientfaringer med skam relatert til seksuelle overgrep, 116 var kvinner, 20 var menn.	Når offeret forventer å møte fordommer eller bli ydmyket – anmelder de sjeldent overgrepet.
2	Campbell R, Bybee D, Kelley KD, Dworkin ER, Patterson D (2012)	The Impact of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program Services on Law Enforcement Investigational Practices	Criminal Justice And Behaviour	Hvordan sykepleiere kan påvirke de tidlige fasene i en overgrepssak og påvirke den juridiske prosessen ved anmeldelse av overgrepet.	Kvantitativ innholdsanalyse av 352 overgrepsanmeldelser	Om sykepleiere var tilknyttet den juridiske prosessen økte sjansen for tiltale, både fordi pasienten oftere anmeldte etter kontakt med SANE-sykepleier og fordi

						etterforskningen tok i bruk flere verktøy for å lykkes.
3	Aakvaag HF, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Dyb G, Røysamb E, Olff M (2016)	Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse	Journal of Affective Disorders	Utforske skam og skyld i etterkant av alvorlige voldstilfeller, og sammenheng med psykisk helse	Kvantitativ studie: Telefonintervjuer med et utvalg fra den norske befolkning, 4529 respondenter.	Alle erfaringer med alvorlig vold var forbundet med traumerelatert skam og skyld. Kvinner opplevde betydelig mer skam og skyld.
4	Walsh RM, Bruce SE (2011)	The Relationships Between Perceived Levels of Control, Psychological Distress, and Legal System Variables in a Sample of Sexual Assault Survivors	Violence Against Women	Utforske ressystemets sammenheng med overgrepsofre opplevelse av kontroll og forholdet mellom opplevelsen av kontroll og negativt stress.	Kvantitativ metode: 41 semistrukturerte intervjuer med kvinner utsatt for seksuelle overgrep.	Resultatene impliserer at skyldfølelse og å beskyldes overgriperen påvirker PTSD- og depresjonssymptomer ulikt. De som var i risikozonen for å oppleve ytterligere overgrep hadde alvorligere symptomer. Opplevelsen av kontroll over rehabiliteringsprosessen var relatert til lave nivåer av psykologisk stress.
5	Du Mont J, White D, McGregor	Investigating the medical	Social Science & Medicine	Utforske hvordan kvinner	Kvalitativ metode: 19 kvinner ble	De fleste søkte helsehjelp og

	MJ (2009)	forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women		opplevde rettsmedisinsk undersøkelse etter et seksuelt overgrep	intervjuet etter gjennomgått rettsmedisinsk undersøkelse etter et seksuelt overgrep	psykisk førstehjelp. Noen opplevde retraumatisering ved undersøkelsen, mens andre opplevde det som empowerment. De fleste var fornøyde med sykepleieren de møtte i mottak.
6	Aakvaag HF, Strøm IF, Thoresen S (2018)	But were you drunk? Intoxication during sexual assault in Norway	European Journal of Psychotraumatology	Utforske mulige ulikheter i mental helse, sosial støtte og ensomhet hos unge voksne utsatt for overgrep i påvirket versus ikke-påvirket tilstand	Kvantitativ metode: 78 deltakere intervjuet om opplevd seksuelt overgrep og om de var beruset under overgrepet, mental helse, sosial støtte og ensomhet i etterkant av overgrepet.	49/78 deltakere var påvirket av rusmidler. Få forskjeller mellom gruppene angående mental helse, sosial støtte og ensomhet.
7	Enander V, Holmberg C (2008)	Why Does She Leave? The Leaving Process(es) of Battered Women	Health Care for Women International	Utforske hva som fører til at kvinner forlater voldelige partnere	Kvalitativ studie: Dybdeintervjuer med 10 kvinner som har forlatt den voldelige partneren sin, samt gruppeintervjuer med frivillige og ansatte ved krisesentre.	Tre overlappende prosesser: Bruddet, opplevelse av frihet og forståelse. I tillegg til hendelser som ble vendepunktet for kvinnene.

5 Drøfting

Seksuell overgrep er en av hovedårsakene til at kvinner oppsøker overgrepsmottak, og akuttmottak. Det er flere undergrupper innenfor denne pasientgruppen. Hovedsakelig vil det være kvinner som lever i voldelige relasjoner, men også kvinner utsatt for seksuelle overgrep av en bekjent, ukjent eller nærstående overgriper. Noen vil være ruspåvirket, andre ikke. Reaksjonene under overgrepet vil kunne prege dem når de kommer inn, og etterreaksjonene vil kunne påvirke den umiddelbare behandlingen og ivaretagelsen. Å hjelpe kvinner utsatt for seksuelle overgrep å oppleve kognitiv, instrumentell og emosjonell kontroll er målet med krisemestringen og sykepleien. Drøftingen er strukturert etter Haviksmodellen (1989), og tilpasset målgruppen ved Stubberuds tiltak.

5.1 Kognitiv kontroll

5.1.1 Å informere pasienten

Ved innkomst på akuttmottaket kan kvinner utsatt for seksuelt overgrep være preget av sjokk, og kan derfor ha vanskeligheter med å ta innover seg informasjon. Apati, uvirkelighetsfølelse og indre uro kan bli forsterket om omgivelsene framstår uforutsigbare og kaotiske (Stubberud, 2015). Ved å vektlegge tydelig og utfyllende informasjon om forløpet, undersøkelser, sporsikring, prosedyrer og rutiner ved avdelingen vil kvinnene kunne oppleve forutsigbarhet relatert til omgivelsene sine (Havik, 1989). Sykepleieren bør gjenta viktig informasjon, og kontinuerlig forsikre seg om at kvinnen har forstått informasjonen. De yrkesetiske retningslinjene punkt 2.4 underbygger Helsepersonelloven, 1999, §3-2, og beskriver sykepleierens plikt til å sørge for at pasienten får tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at pasienten har forstått den (Norsk sykepleieforbund, 2016). Dette vil kunne gjøre at hun kan ta en kognitiv evaluering av situasjonen sin (Stubberud, 2015). Om omgivelsene framstår oversiktlige, vil det dermed kunne skape en stabilitet som kan redusere opplevelsen av kaos og uro.

Pasientrollen innebærer å kunne ta informerte og selvstendige valg. Tilpasset informasjon er nødvendig for å kunne ta avgjørelser vedrørende helsehjelp. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2 har pasienten rett på informasjon, tilpasset individets evne til å forstå og motta informasjonen som gis. Informasjon om helsehjelpen skal kunne gi pasienten mulighet til å nekte behandling og undersøkelser. Dette framstår særlig relevant og

viktig i møte med kvinner utsatt for seksuelle overgrep, fordi mange kvinner kan oppleve medisinske undersøkelser og prosedyrer som en ytterligere grensekrenkende opplevelse (Fersnes, 2014). Om kvinnen ikke vil gjennomgå anbefalte undersøkelser, har hun rett til å nekte behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Det kan være problematisk for sykepleieren å utføre sin lindrende funksjon i møte med en overgrepsutsatt kvinne som ikke ønsker å ta imot deler av helsehjelpen som tilbys. Helsepersonelloven, 1999, §4 og sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, 2016, punkt 2.9 pålegger sykepleieren ansvar for utførelsen av helsehjelp og setter etiske krav til utførelsen av sykepleie. Både ønske om å hjelpe og lindre, samt plikten loven pålegger sykepleieren kan bli utfordret. I møte med en slik situasjon er det viktig å informere pasienten om hva konsekvensene av å nekte helsehjelp innebærer. Sykepleieren bør bruke nonverbal kommunikasjon, for å åpne opp for at pasienten kan snakke og uttrykke følelsene sine, og på den måten utforske hva det er som hindrer pasienten å motta helsehjelp. God kommunikasjon vil kunne tilrettelegge for en relasjon mellom sykepleier og pasient, til tross for den korte tiden pasienten er på akuttmottaket. Ved å bruke sin lindrende funksjon i denne relasjonen og dermed skape tillitt, vil helsehjelpen kunne oppleves mindre vanskelig for pasienten (Eide & Eide, 2007).

Til tross for lovpålagte plikter og føringer, er det viktig at sykepleieren tar hensyn til pasientens avgjørelser og opplevelser. Kunnskap om etterreaksjoner ved overgrep vil kunne bidra til sykepleierens forståelse av pasientens situasjon. Særlig fordi etterreaksjonene kan knyttes opp mot manglende vilje til å gjennomgå rettsmedisinsk undersøkelse og sporsikring. Derfor bør sykepleieren opplyse om at den rettsmedisinske undersøkelsen er frivillig, men at det er individuelt hvordan man opplever den – noen har i etterkant rapportert om retraumatisering, mens andre opplyser at undersøkelsen bidro til at de fikk bearbeidet overgrepet (Du Mont, White & McGregor, 2009). Mange kan oppleve at kroppen fremdeles er i alarmberedskap etter overgrepet og at de holder på å miste kontroll over tankene sine, dette kan være bakgrunnen for at de ikke ønsker tilbudene om helsehjelp utover det absolutt nødvendige (Du Mont et al., 2009).

Sykepleieren bør informere om anmeldelse av overgrepet. Dette bør fremlegges som et tilbud, både om gratis advokatbistand og selve anmeldelsen, uten noen forventning eller anbefaling. Det kan være nyttig å informere om normale etterreaksjoner som skam og skyld, angst, apati

og benektelse, og at de reaksjonene kan holde kvinnene fra å anmelde umiddelbart (Weiss, 2010). Sporsikring og rettsmedisinsk undersøkelse kan derfor være nyttig å gjennomgå så fort som mulig, for å eventuelt senere kunne anmelde med slik bevis (Campbell, Bybee, Kelley & Patterson, 2012). Informasjon om muligheten for anmeldelse, uten en forventning om at kvinnene bør gå til anmeldelse, samt en opplevelse av å bli møtt på en emosjonelt støttende og omsorgsfull måte, er faktorer som bidrar i størst grad til tillitt (Du Mont et al., 2009).

Utover informasjon knyttet til praktiske omstendigheter og omgivelsene, kan det være nyttig å informere pasienten om de ulike psykiske reaksjonene som er vanlige å oppleve i etterkant av et overgrep (Stubberud, 2015). Særlig for den delen av de overgrepsutsatte kvinnene som ikke har opplevd overgrep før, vil det kunne oppleves skremmende og ubehagelig å gjennomgå krisereaksjoner i etterkant (Fersnes, 2014). Sykepleieren må kontinuerlig vurdere pasientens evne til å ta innover seg informasjon, og observere og vurdere hvordan pasientens psykiske tilstand er og utvikler seg under oppholdet på akuttmottaket (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Krisereaksjonene kan variere fra person til person, og sykepleierens oppgave vil innebære å berolige pasienten om at hun har en normal reaksjon på en unormal hendelse. Mange opplever gjenoppleving av traume og indre uro, samt skam og skyld (Fersnes, 2014; Weiss, 2010). Sykepleieren kan informere om at opplevelsen av skam og skyld, holder mange fra å fortelle om hendelsen og at det er også helt normalt.

5.1.2 Å realitetsorientere pasienten

Sykepleieren må vurdere pasientens psykiske tilstand, for å vurdere behovet for å realitetsorientere henne. Krisereaksjonene vil som nevnt i kapittel 2.1.2, være normale, men det kan være hensiktsmessig å bidra til å realitetsorientere henne om hun har overveldende følelsesmessige gjenopplevelser eller hvis tankene hennes framstår kaotiske (Ekeberg, 2014). Cullberg (2010) skriver derimot at dette må gjøres med omhu; at det kan være hensiktsmessig å hjelpe pasienten til å forsiktig konfronteres med virkeligheten, slik at realitetsforvanskninger motvirkes. Realitetsorientering bør gjøres med tydelig og klar kommunikasjon, nøling og famling vil kunne framprovosere angst (Stubberud, 2010).

5.1.3 Å fremme kommunikasjon med pasienten

Sykepleieren må kontinuerlig vurdere hva som kan fremme og hemme pasientens mulighet til å forholde seg til og forstå informasjon som gis. Ved å bruke nonverbal kommunikasjon, og å

observere hvordan pasienten uttrykker seg, kroppsspråk, uro og emosjonell reaksjon, vil sykepleieren kunne tilpasse seg pasientens behov. Sykepleierens kjennskap til nonverbal kommunikasjon, både tolkning av andres uttrykk og bevissthet rundt sin egen nonverbale kommunikasjon vil kunne bidra til å fremme kommunikasjon med pasienten (Eide & Eide, 2007). Ved å invitere til samtale med et åpent kroppsspråk, øyekontakt og bekreftende lytting vil det kunne åpne opp for at pasienten kan fortelle om overgrepet. Dette vil underbygge en begynnende relasjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren vil tidligere kunne vurdere behovet for helsehjelp om pasienten opplever relasjonen som tillitsvekkende.

Utforskende kommunikasjonsferdigheter vil kunne være hensiktsmessige i møte med kvinner utsatt for seksuelt overgrep. Mange kvinner opplever ydmykelse, skam og skyld i etterkant av seksuelle overgrep, og vegrer seg for å uoppfordret fortelle om detaljer fra overgrepet og anmelde det i frykt for å møte på ubehagelige og fordomsfulle holdninger (Weiss, 2010). Det kan i møte med kvinner utsatt for overgrep, være hensiktsmessig å bruke åpne spørsmål slik at hun ikke opplever å bli verbalt presset til å fortelle alle detaljene med en gang. Spørsmål som lar pasienten selv bestemme hva hun vil si, og hvilke detaljer hun vil inkludere i fortellingen kan gjøre at hun opplever situasjonen som avslappet og ufarlig (Eide & Eide, 2007). På en annen side, kan det å åpne opp for å fortelle detaljert om overgrepet føre til at hun bli satt tilbake til hendelsen og får vanskelig med å skille situasjonen her og nå fra opplevelsen av overgrepet (Fersnes, 2014). For å unngå retraumatisering og forebygge en ustabil emosjonell reaksjon bør sykepleieren vurdere pasientens psykiske tilstand (Du Mont et al., 2009).

Sykepleierens bruk av speiling i møte med kvinner utsatt for overgrep, vil kunne hjelpe pasientene å gjenkjenne og sette ord på emosjonelle reaksjoner i etterkant. Krisereaksjonene etter overgrep kan være overveldende og særlig for de kvinnene som ikke har opplevd det før; mange gjenkjenner ikke de emosjonelle reaksjonene de får og tidligere mestringsstrategier fungerer ikke (Cullberg, 2010). Denne opplevelsen kan oppleves grenseoverskridende, og sykepleieren vil kunne hjelpe kvinnene med å gjenkjenne og beskrive reaksjonene ved å anvende speiling. Hensikten med å bruke speiling vil være å vise aksept for den andres følelser, og bidra til bearbeidelse av reaksjonene og opplevelsene. Hvis pasienten kjenner igjen og blir bevisst sine egne følelsene, vil hun også kunne regulere dem i større grad (Eide & Eide, 2007).

5.1.4 Å skape kontinuitet og stabilitet

I møte med mennesker i krise trekker Cullberg (2010) fram viktigheten med å sikre et forutsigbart miljø, både i omgivelser og helsepersonell. Informasjon er som nevnt essensielt for å skape forutsigbare omgivelser, i tillegg bør det tilrettelegges for at det er den samme sykepleieren og legen som er tilstede under innledningssamtalen og den rettsmedisinske undersøkelsen. Ifølge *Overgrepsmottak: Veileder for helsetjenester* (2007) skal det kalles inn ekstra helsepersonell om nødvendig. Kontinuitet blant helsepersonell vil kunne spare pasienten fra å måtte gjenta seg selv og gjennomgå overgrepet på nytt. Ved å dokumentere kontinuerlig under innledningssamtalen og den rettsmedisinske undersøkelsen vil sykepleieren få god innsikt i hendelsen og tilstanden til pasienten. Ikke bare er dokumentasjon i denne situasjonen en plikt, jamfør Helsepersonelloven, 1999, §39-40, men det vil også være et redskap i en eventuell anmeldelse om pasienten ønsker dette. Erfarne sykepleiere med god erfaring fra særlig overgrepsmottak, vil kunne øke sjansen for at anmeldelsen ender i en siktelse (Campbell et al., 2012).

5.1.5 Å vise kompetanse

Sykepleierens kompetanse kan tilrettelegge for at pasienten kan gjenvinne kognitiv kontroll over situasjonen sin. Dette kan gjøres ved å fremme økt sykdomsforståelse, og innsikt i normale og forventede reaksjoner etter et seksuelt overgrep hos pasienten (Havik, 1989). Utover å være lovpålagt, jamfør Helsepersonelloven, 1999, §4, er kravet om kompetanse sterkt anbefalt av samtlige veiledere for helsepersonell og helsetjenester i møte med kvinner utsatt for seksuelt overgrep (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Sykepleieren skal ha kunnskap om vanlige reaksjoner under og etter seksuelle overgrep, for å kunne ivareta og forstå hva pasienten gjennomgår og å informere pasienten selv om dette. Sykepleierens evne til observasjon og gjenkjennelse av symptomer og emosjonelle reaksjoner, vil kunne oppleves som tryggende på pasienten (Nordtvedt & Grønseth, 2010; Stubberud, 2015). Å hjelpe pasienten med å sette ord på overgrepet, kan for mange oppleves lettende og bidra til at kvinnene opplever situasjonen som mer håndterbar (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Sykepleieren bør ha kompetanse til å gjenkjenne indikasjoner og symptomer på seksuelle overgrep i møte med denne pasientgruppen. Siden skam og skyld kan holde pasienter fra å fortelle om overgrepet, vil det være hensiktsmessig å undersøke om pasienten har skader eller blåmerker. Sykepleieren kan anvende direkte og utforskende kommunikasjon for å åpne opp

en samtale om overgrep (Weiss, 2010). Ved å sterk mistanke om overgrep, som ved manglende samsvar mellom oppgitt skademekanisme og faktisk skadeomfang, symmetriske bilaterale skader eller multiple skader av ulik alder og tilhelingsgrad (Sosial- og helsedirektoratet, 2007), kan det være hensiktsmessig å spørre pasienten forsiktig og utforskende om skadene hun har. I en slik situasjon bør sykepleieren ha kompetente kommunikasjonsferdigheter for å kunne ivareta pasientene dersom sykepleierens mistanker bekreftes (Du Mont et al., 2009).

Manglende kjennskap til fakta og myter om seksuelle overgrep, samt holdninger knyttet til skyld i overgrepet, kan bli problematisk og uforsvarlig i møte med denne pasientgruppen. Sykepleierens usikkerhet knyttet til normale reaksjoner og reaksjoner som en følge av overgrepet, kan føre til redusert kognitiv kontroll hos pasienten. Sykepleiere skal utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Helsetjenestene skal utføres forsvarlig i spesialisthelsetjenesten, jmfør Helsepersonelloven, 1999, §4; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2, ved underbygning av myter og uheldige holdninger hos helsepersonell kan det påføre pasienten ytterligere skam og skyldfølelse (Aakvaag et al., 2016). Sykepleieren med manglende kompetanse bør enten innhente nødvendig informasjon selv, eller hos annet helsepersonell. Slik at møtet sykepleier bidrar til at kvinnen føler seg trygg og ivarettatt (Stubberud, 2015).

5.2 Instrumentell kontroll

5.2.1 Å gjøre pasienten til en aktiv deltaker

For mange kvinner oppleves det seksuelle overgrepet som en situasjon hvor hun er fratatt kontrollen over sine omgivelser og egen kropp (Fersnes, 2014). I akuttmottak vil et fokusene være å gi henne tilbake kontrollen. En måte å gjøre dette på, er å påpeke hennes rett til å enten gi samtykke eller nekte å motta helsehjelp, jmfør Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kapittel 24, §4-1. På den ene siden vil det å presentere pasienten for valgmuligheter, og gi henne rett til å nekte behandling, kunne støtte opp under hennes autonomi og integritet. Pasienten vil kunne medvirke og ta beslutninger angående planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak under oppholdet på akuttmottaket (Stubberud, 2015). På den andre siden er ikke undersøkelsen utelukkende ubehagelig. Flere kvinner opplevde at de gjenvant

kontrollen over egen kropp og ble trodd ved å gjennomgå en rettsmedisinsk undersøkelse (Du Mont et al., 2009).

Pasientene vil ha ulike forutsetninger for å kunne ta egne avgjørelser og medvirke i akuttmottak. Flere pasienter vil kunne oppleve sjokktilstander, apati, uvirkelighetsfølelse og benektelse (Cullberg, 2010). Sykepleieren må være bevisst og inneha kunnskap om sjokkreaksjoner, slik at hun kan møte pasienten og forstå hva vedkommende går gjennom. Ifølge Aakvaag, Strøm & Thoresen (2018), rapporterte 62,8% at de var påvirket av rusmidler under overgrepet. Det er dermed ikke uvanlig at overgrepsutsatte kan komme til akuttmottaket i påvirket tilstand. Flere har påpekt viktigheten av å ivareta slike pasienter da de kan framstå mindre tilstedeværende og likegyldige (Aakvaag, Strøm & Thoresen, 2018; Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Sykepleierne må observere og tilrettelegge - også tverrfaglig ved hjelp av legen og eventuell medisinsk intervensjon.

Pasientens opplevelse av instrumentell kontroll kan forebygge negative helsekonsekvenser, men bør ikke lene seg på forestillingen om at kvinnene selv kan unngå seksuelle overgrep. Walsh & Bruce (2011) trekker fram opplevelsen av kontroll, over anmeldelsesprosessen og å kunne unngå ytterligere overgrep, som særlig forebyggende faktorer. Dette gjelder primært særlig utvikling av PTSD-og depresjonssymptomer. Det vil være hensiktsmessig om sykepleieren formidler informasjon om anmeldelsesprosessen. Det bør ikke nødvendigvis være et mål å bygge opp under pasientens forestilling om at hun kan unngå flere overgrep ved å ikke sette seg i en risikofylt situasjon. Slike råd og formaninger knyttes opp mot en foreldet forestilling i samfunnet om at kvinner kan unngå overgrep ved å ikke utsette seg for risiko, blant annet gjennom ruspåvirkning, oppførsel og valg av klær. Det er en sammenheng mellom forestillingen om å kunne unngå overgrep og å oppnå en opplevelse av kontroll over situasjonen, siden forestillingen til dels legger skylden, og dermed forebyggingen, over på offeret (Hjemdal, 2014). Sykepleieren bør derimot bidra til pasientens opplevelse av kontroll på andre måter som kan lindre ubehag og fremme rehabilitering, for ikke å understøtte forestillingen om at det er offeret sin skyld at overgrepet skjedde. Eksempelvis kan sykepleieren være emosjonelt støttende, anerkjenne pasientens opplevelser og følelser, samt kommunisere at pasienten blir trodd.

5.2.2 Å sørge for et terapeutisk miljø

I det korte møtet mellom sykepleier og pasient på akuttmottak, vil det ikke nødvendigvis være tid og rom for å skape et terapeutisk miljø – men sykepleieren vil kunne iverksette tiltak for å skape trygghet og berolige i øyeblikket. Det er som nevnt vanlig å oppleve uro, overaktivering og at kroppen fremdeles er i alarmberedskap i etterkant av overgrep (Fersnes, 2014). For å sikre ro og trygghet, bør pasienten bli skjernet fra andre sanseinntrykk og pasienter på akuttmottaket. I tillegg bør pasienten informeres om hvem som skal ha behandlingsansvaret (Ekeberg, 2014). Dette vil kunne tilrettelegge for at pasienten opplever ro, samt lindre symptomene hennes. Sykepleieren kan formidle at hun forstår pasientens følelser og utsagn ved å skape struktur i pasientens tilværelse (Stubberud, 2015). Slike tiltak vil kunne redusere ubehagelige sanseinntrykk hos pasienten dersom hun selv ikke er stand til dette, og redusere hennes opplevelse av hjelpeløshet i et kaotisk miljø (Havik, 1989).

5.2.3 Å ivareta pasientens eksistensielle behov

Kvinner utsatt for seksuelle overgrep, vil kunne ha individuelle og kompliserte forhold til eksistensielle behov. Både kvinnenes psykiske tilstand og kontekst vil begrense handlingsrommet til sykepleieren. Derfor vil det være individuelle preferanser og observasjoner som må ligge til grunn for å kunne starte en samtale om ivaretagelse av eksistensielle behov.

Sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleieforbund, 2016), og må derfor være observant i møte med kvinner utsatt for seksuelle overgrep. Pasienter kan uttrykke seg både indirekte og direkte. Atferd og kroppsspråk kan gi uttrykk for håpløshet, og det kan vise seg i form av apati, passivitet og nonchalanse (Stubberud, 2015). Sykepleierens lindrende funksjon vil kunne tilby trøst, omsorg og samtale. Å forsøke og forsikre vedkommende om at ”dette vil gå over”, kan være hjelpsomt dersom pasienten er mottakelig for dette. Såkalt ”vikarierende håp” (Cullberg, 2010), vil for mange i en krisesituasjon kunne hjelpe som en forsikring og trøst. Mange kvinner som lever i en voldelig relasjon vil derimot ofte ha et annet forhold til håp, der håpet er knyttet til en forestilling om at ”noe eller han kommer til å endre seg” og dermed forblir i relasjonen. I møte med denne pasientgruppen vil det være særlig viktig å motivere og påpeke risikoen ved en voldelig relasjon. Samtidig må sykepleieren være klar over at det er kvinnen som må ta avgjørelsen om å bryte ut av forholdet (Enander & Holmberg, 2008).

Pasientens opplevelse av tro skal respekteres og religionsutøvelse bør tilrettelegges for. Dersom pasienten ønsker det, kan sykepleieren informere om eller ta kontakt med religiøse støttepersoner (Stubberud, 2015). Sykepleierens tilstedeværelse og evne til bekræftende lytting, vil kunne skape rom for tillit og samtale om tro (Eide & Eide, 2007). For mange er tro et privat foreliggende. Dette må sykepleieren respektere og bør ikke påtvinge eksistensiell omsorg til de som ikke ønsker det.

Det eksistensielle behovet for kjærlighet kan uttrykkes gjennom nære relasjoner og egenomsorg. Dersom overgriperen var en bekjent eller i nær relasjon med pasienten, kan oppfatning av kjærlighet til andre og seg selv bli rystet. Samtidig er det periodene med kjærlighet som får kvinnene som lever i voldelige relasjoner til å forbli i forholdet: Enander et al (2008) trekker fram pasienterfaringer der perioder med kjærlighet oppleves intense, og blir stående i særlig kontrast til perioder med fysisk og seksuell vold. I tillegg til skam og skyld knyttet til en devaluering av selvet og egen adferd under overgrepet, vil egenomsorg og egenkjærlighet for mange oppleves som vanskelig (Aakvaag et al., 2016). Sykepleierens oppgave er å vise aksept for pasientens situasjon, og vise at hun bryr seg om pasienten. I tillegg kan det være hensiktsmessig å kontakte kvinnens pårørende og støtteapparat dersom hun ønsker det (Stubberud, 2015). På denne måten tilrettelegges det for nærhet med pårørende.

Sykepleieren bør styrke pasientens opplevelse av mening i livet, men bør også åpne for samtalen om meningsløshet. Sykepleieren bør anvende sin lindrende funksjon i møte med pasienter som opplever tap av mening. Hun bør tåle en samtale med en pasient uten å foreslå løsninger på hennes problemer. I samtalen kan sykepleieren skape et rom for å uttrykke frustrasjon, sinne, raseri og frykt, og med det hjelpe, lindre symptomer og vise omsorg (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Å snakke om hva som tidligere har vært meningsfylt i pasientens liv, vil kunne styrke pasientens opplevelse av mening nå (Stubberud, 2015).

Som nevnt, i kapittel 2.3, mener Cullberg (2010) at kriser kan skape mulighet for modning og utvikling; En form for katarsis, ved at pasienten oppnår økt kunnskap om innsikt i livets forutsetninger. I møte med kvinner utsatt for seksuelt overgrep, vil det å innlede en samtale om meningen bak overgrepet framstå foreldet og usympatisk. Reitan (2017) bekrefter avfeiningen av Cullbergs katarsisforståelse, og omtaler den som for ensrettet siden ikke alle

opplever kriser på samme måte. En krise vil ikke nødvendigvis være en forutsetning for personlig utvikling. Unntaket kan være kvinner som lever i voldelige relasjoner, hvor nær-døden opplevelsen eller det å ”nå bunnen” ved alvorlig fysisk eller seksuell vold, kan være det som overbeviser dem om at de må bryte med partneren (Enander & Holmberg, 2008).

5.3 Emosjonell kontroll

5.3.1 Å se pasienten

Kvinner utsatt for seksuelt overgrep opplever ofte skyld og skam. Sykepleieren bør fokusere på nonverbal kommunikasjon for å vise omsorg og at de tror på pasienten. Sykepleierens kunnskap om og anvendelsen av bekreftende lytting, blikkontakt og et åpent kroppsspråk, vil kunne kommunisere at pasientene framstår pålitelige og at hun *blir sett* (Stubberud, 2015). Å oppleve skam og skyld knyttet til seksuelle overgrep kan forsterkes om pasientene ikke tross på av helsepersonell (Aakvaag et al., 2018). Det viktigste elementet i møtet med en kvinne utsatt for seksuelt overgrep, er derfor at hun møtes med medmenneskelighet og: ”(...)er der for henne, at en støtter, lytter og forstår, tålmodig og fordomsfritt.(...)” (Fersnes, 2014, s. 190).

5.3.2 Å vise empati

Ved å empatisere med pasienten, vil sykepleieren kunne tilrettelegge for en omsorgsfull relasjon. Sykepleieren bør inneha kunnskap om reaksjoner under og etter seksuelle overgrep for å kunne vise empati med denne pasientgruppen (Martinsen, 2005). Å være erfaren i akuttmottak, profesjonelt og omsorgsfullt kunne etablere og bygge en relasjon, samt skape tillitt med nye mennesker, vil være en fordel i møte med denne pasientgruppen. Dette kan føre til at pasienten opplever nærhet og tilhørighet (Havik, 1989). Sykepleieren vil dermed kunne bygge opp under pasientens emosjonelle kontroll. Ved bruk av empati og speiling vil pasienten kunne oppleve resonans i møte med sykepleieren, noe som kan forsterke opplevelsen av tilhørighet og empati (Eide & Eide, 2007).

5.3.3 Å være tilstede for pasienten

Omtenksum og profesjonell tilstedeværelse kan være tilstrekkelig og avgjørende i møte med kvinner utsatt for seksuelle overgrep. Det skal til enhver tid være helsepersonell tilstede når det kommer en pasient til overgrepsmottak eller akuttmottak, pasienten bør ikke være alene

(Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Sykepleierens lindrende funksjon vil særlig være viktig når legen utfører undersøkelser og prosedyrer. Da vil sykepleierens omtensomme tilstedeværelse kunne være nok for pasienten som er i en sårbar posisjon (Nordtvedt & Grønseth, 2010), både fysisk under undersøkelsen og psykisk. Det er individuelt hvordan pasientene opplever rettsmedisinske undersøkelser, og å finne støtte i sykepleieren vil kunne lette belastningen (Campbell et al., 2012). Opplevelsen av å være sårbar er normal når pasienten opplever å miste kontroll over eget liv eller kropp, eller opplever at identiteten utsettes for risiko og trussel som følge av fremmedgjøring eller mangel på kontroll (Brataas, 2011; Stubberud, 2015). Sykepleieren kan bruke sin tilstedeværelse til å bidra til at pasienten opplever emosjonell kontroll. Sykepleieren kan også være pasientens talerør om hun ønsker å avbryte eller trenger en pause fra undersøkelsen eller samtalen med legen.

5.3.4 Å fremme opplevelsen av verdighet

Sykepleierens møte med kvinner utsatt for seksuelle overgrep, vil også være et møte med egne holdninger, toleranse og tålmodighet. Sykepleieren skal basere sin yrkesutøvelse på respekt for det enkelte mennesket og dets iboende verdighet (Norsk sykepleieforbund, 2016), Stubberud (2015) trekker i tillegg fram pasientens opplevelse av følelsesmessig støtte som viktig. Til tross for slike føringer, kan det være utfordrende og vanskelig å møte denne pasientgruppen i akuttmottak, og sykepleieren bør være bevisst sine egne holdninger og verdier. Det gjelder særlig kvinner som lever i voldelige relasjoner, når de igjen kommer inn med skader etter fysisk eller seksuell vold, og sannsynligvis kommer til å reise hjem igjen til samme voldelige partner (Enander & Holmberg, 2008). De samme utfordringene vil noen sykepleiere ha i møte med kvinner utsatt for seksuelle overgrep i påvirket tilstand (Aakvaag et al., 2018). Kvinner utsatt for seksuelle overgrep bør møtes som pasienter med behov for omsorgsfull helsehjelp, uavhengig om det er første eller femte gang de kommer til akuttmottaket med samme skader og overgrepbeskrivelser. Om kvinnen velger å anmelde overgriperen, vil hun kunne møte på motstand i form av fordommer hos rettsvesenet og politiet. Sykepleieren bør derfor være empatisk og omsorgsfull i møte med henne som *pasient* (Adams & Hulton, 2018). Det er heller ikke unormalt å ha en høy terskel for å oppsøke overgrepsmottak eller akuttmottak i etterkant av overgrep. Desto viktigere er det at sykepleieren gjør opplevelsen så overkommelig og ufarlig som mulig (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

For å sørge for at helsepersonell som tar imot kvinner utsatt for seksuelle overgrep, ikke utvikler uheldige holdninger eller blir utbrent, må veiledning av helsepersonell tilrettelegges på mottaket. Sykepleieren kan ta ansvar for systematisk veiledning for å sikre faglig understøttende tiltak og forebygge utbrenthet blant ansatte (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Slike tiltak kan øke bevisstheten rundt egne og andres grenser og holdninger. I tillegg kan det skape rom for dialog om beskyttelse- og mestringsstrategier (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Dette vil kunne komme pasientene til gode, og forebygge følelser av skam- og skyld (Aakvaag et al., 2016).

5.3.5 Å fremme sosial kontakt med de pårørende

Til tross for at sykepleieren er tilstede for pasienten, viser empati og skaper en nærhet gjennom relasjonsbygging, vil sosial støtte fra pasientens egne pårørende ofte være viktigst. Etter oppholdet på akuttmottaket kan det være nyttig for mange å bli hentet av pårørende eller ha et sosialt nettverk klart når pasienten kommer hjem. Sykepleieren kan innlede kontakt med pårørende om pasienten ønsker dette (Stubberud, 2015). Det er derimot ikke alle som har trygge sosiale relasjoner, derfor vil det i noen situasjoner være mer hensiktsmessig å kontakte krisesentre. Et godt sosialt nettverk vil kunne forebygge utvikling av PTSD-symptomer (Dworkin, Ojalehto, Bedard-Gilligan, Cadigan & Kaysen, 2018).

5.3.6 Å gjøre bevisst bruk av berøring

Helhetlig sykepleie forutsetter at sykepleieren vektlegger en omsorgsfull utøvelse av sykepleieprosedyrer- og ferdigheter. For mange kvinner utsatt for seksuelle overgrep oppleves undersøkelser som innebærer berøring vanskelige, og i verste fall retraumatiserende, og burde utføres varsomt (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Sykepleieren må være bevisst pasientens mulige alarmberedskap og overaktivering, og vite hvordan ofre kan reagere på berøring etter å ha opplevd et seksuelt overgrep. Å involvere pasienten ved å etterspørre samtykke, tolke kroppsspråk og indirekte kommunikasjon underveis i undersøkelsene, vil kunne lette situasjonen og samtidig gi tilbake kontrollen til pasienten (Stubberud, 2015). For å kunne bruke nærhet til å gjenoppbygge emosjonell kontroll, må sykepleieren være bevisst grensene til pasienten. Det kan være utfordrende å bruke berøring terapeutisk. Vanlige nøytrale områder for andre pasienter, som arm og skulder (Stubberud, 2015), oppleves ikke nødvendigvis nøytrale for kvinner utsatt for seksuelle overgrep (Du Mont et al., 2009).

6 Avslutning

Denne oppgaven tar for seg hvordan sykepleieren kan møte kvinner utsatt for seksuelle overgrep i akuttmottak. Oppgaven har anlagt et bred fokus ved å benytte seg av kriseteori for å forstå pasientgruppen, kommunikasjonsteori for å utdype ferdigheter sykepleieren bør inneha, samt juridiske og etiske føringer hun bør innføre i sykepleieutøvelsen. Allikevel blir sykepleierens lindrende funksjon grundig presentert i møte med kvinner utsatt for seksuelle overgrep – hvor pasientenes behov for omsorgsfull helsehjelp og fordomsfri ivaretagelse er tydelig. Ved å anvende Haviksmodellen (Havik, 1989) og Stubberuds (2015) konkrete tiltak, kan sykepleieren fremme kognitiv, instrumentell og emosjonell kontroll hos pasienten.

Forskningsartiklene belyser ulike perspektiver ved problemstillingen. De tar hovedsakelig for seg den utbredte opplevelsen av skam og skyld i etterkant av overgrepet, og hvordan det påvirker kvinnene i møte med blant annet helsevesenet (Aakvaag et al., 2016; Weiss, 2010); hvordan mange kvinner opplever den rettsmedisinske undersøkelsen i akuttmottak (Du Mont et al., 2009); frykt for å møte fordommer etter å blitt utsatt for overgrep i ruspåvirket tilstand (Aakvaag et al., 2018); hvordan sykepleiere kan møte kvinner utsatt for overgrep (Campbell et al., 2012); og hvordan kvinner som lever i voldelige relasjoner opplever møtet med helsevesenet og hva som skal til for at de skal forlate partneren sin (Enander & Holmberg, 2008). Min stemme kommer frem gjennom utvalget av faglitteratur og forskningsartikler, samt modellen som er anvendt i møte med kvinner utsatt for overgrep. Jeg har med denne oppgaven utviklet min kompetanse og fagkunnskap for å bedre møte kvinner utsatt for seksuelle overgrep.

Som i all forskning innebærer arbeidsprosessen og det endelige produktet å benytte seg av en bestemt metode, ekskludere ulike perspektiver og å inkludere andre. Det vil derfor være flere måter å møte kvinner utsatt for seksuelle overgrep enn det som drøftes og vektlegges i denne oppgaven.

Flere av forskningsartiklene tar for seg pasienterfaringer relatert til helsepersonells fordommer og holdninger. Det er problematisk og kritikkverdig om pasientene i en sårbar posisjon opplever fordommer og uheldige holdninger i mottak. Videre forskning bør fokusere på hvordan pasienter i Norge opplever helsepersonell i akuttmottak og overgrepsmottak etter å ha opplevd seksuelle overgrep.

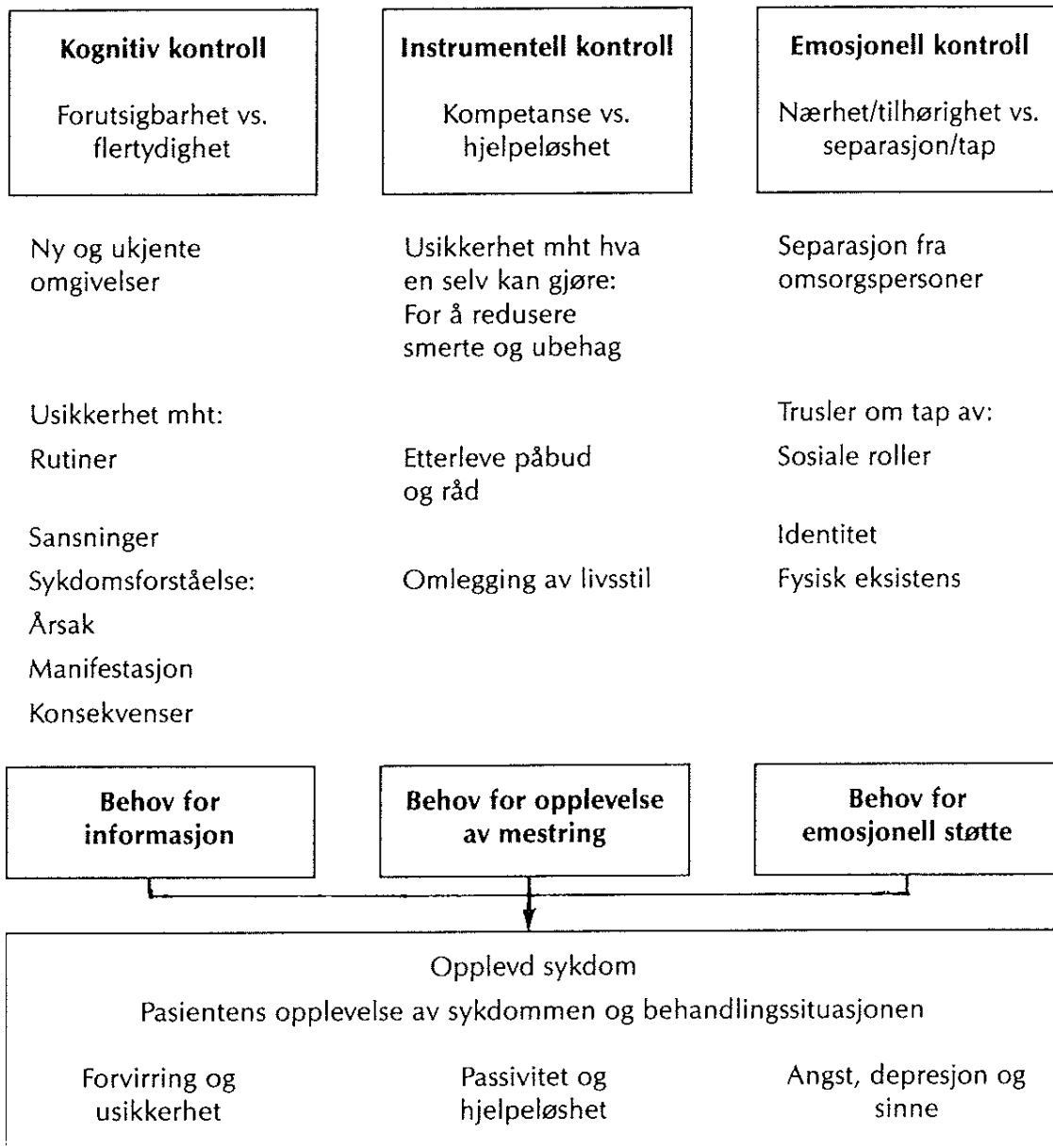
Litteraturliste

- Aakvaag, H. F., Strøm, I. F. & Thoresen, S. (2018). But were you drunk? Intoxication during sexual assault in Norway. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1-5.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1539059>
- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., Røysamd, E. & Olf, M. (2016). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 204(2016), 16-23.
- Adams, P. & Hulton, L. (2018). Exploring the Sexual Assault Response Team Perception of Interprofessional Collaboration: Implications for Emergency Department Nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 40(3), 214-225.
<https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000201>
- Brataas, H. V. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis - prosess og verktøy. I H. V. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis : pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Campbell, R., Bybee, D., Kelley, K. & Patterson, D. (2012). The Impact of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program Services on Law Enforcement Investigational Practices: A Mediation Analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 39(2), 169-184.
- Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling : en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. 4. oppl. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Du Mont, J., White, D. & McGregor, M. J. (2009). Investigating the Medical Forensic Examination From the Perspectives of Sexually Assaulted Women. *Social Science and Medicine*, 68, 774-780.
- Dworkin, E. R., Ojalehto, H., Bedard-Gilligan, M. A., Cadigan, J. M. & Kaysen, D. (2018). Social support predicts reduction in PTSD symptoms when substances are not used to cope: A longitudinal study of sexual assault survivors. *Journal of Affective Disorders*, 229, 135-140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.042>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ekeberg, Ø. (2014). Kriser og kriseintervensjon. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom : symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 313-332). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Enander, V. & Holmberg, C. (2008). Why Does She Leave? The Leaving Process(es) of Battered Women. *Health Care for Women International*, 29, 22-226.
- Fersnes, G. (2014). Reaksjoner og stabiliseringsarbeid etter voldtekt. I K. Narud (Red.), *Vold mot kvinner* (s. 189-209). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hansen, L. & Finsrud, A.-M. (2014). Overgrepsmottak. I K. Narud (Red.), *Vold mot kvinner* (s. 243-248). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Havik, O. E. (1989). En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Hvordan kan vi best forstå og ivareta pasientert psykologiske behov? *Nordisk Psykologi*, 41(3), 161-176.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64 - KAPITTEL_2
- Hjemdal, O. K. (2014). Vold mot kvinner - definisjon, forekomst og risikofaktorer. I K. Narud (Red.), *Vold mot kvinner* (s. 19-36). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hunskår, S., Johnsen, G. E., Zachariassen, S. M., Alsaker, K. & Nesvold, H. (2017). *Overgrepsmottak 2017. Status etter*

- spesialisthelsetjenestens ansvarsovertakelse (2-2017)*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. Hentet fra http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/15615/Rapport_2_2017.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2019). *Handlingsplan mot voldtekt 2019-2022*. Oslo.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Minton, K., Ogden, P. & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie : 1* (4. utg., bd. 1, s. 17-32). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk sykepleieforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A. M. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Krefisykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 82-103). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> - KAPITTEL_2
- Straffeloven. (1902). *Almindelig borgerlig Straffelov (LOV-1902-05-22-10)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>
- Stubberud, D.-G. (2010). Sykepleie ved delirium. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie : 1* (4. utg., bd. 1, s. 17-32). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2015). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.
- Underlid, K., Dyregrov, K. & Thuen, F. (Red.). (2016). *Krevende livserfaringer og psykisk helse*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Weiss, K. G. (2010). Too Ashamed to Report: Deconstructing the Shame of Sexual Victimization. *Feminist Criminology*, 5(3), 286-310. <https://doi.org/10.1177/1557085110376343>

Vedlegg 1:

Haviks kontrollmodell



(Havik, 1989, s. 164)