



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

BEMÖTANDE VID SEXUELLA ÖVERGREPP

UR SJUKSKÖTERSANS PERSPEKTIV

ROSANNA HUGHES
ELLINOR STRÖMBLAD

Examensarbete i omvårdnad
Nivå 61-90 p
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2013

Malmö Högskola
Hälsa- och Samhälle
205 06 Malmö

BEMÖTANDE VID SEXUELLA ÖVERGREPP

UR SJUKSKÖTERSANS PERSPEKTIV

ROSANNA HUGHES
ELLINOR STRÖMBLAD

Hughes, R & Strömblad, E. Bemötande vid sexuella övergrepp - Ur sjuksköterskans perspektiv. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö Högskola: Fakulteten för Hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2013.

Varje dag blir människor utsatta för sexuella övergrepp, detta är en traumatisk händelse som kan framkalla en krisreaktion hos den som blivit utsatt. Det är därför viktigt att sjuksköterskor vet hur de på bästa vis ska bemöta dessa personer. Syftet med denna studie var att undersöka vad sjuksköterskor som arbetar med denna patientgrupp anser är ett bra bemötande. En kvalitativ empirisk metod användes. Semistrukturerade intervjuer genomfördes på två gynekologiska akutmottagningar i södra Sverige. Datamaterialet som framkom ur intervjuerna analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. I studiens resultat framkom tre övergripande teman: *patientcentrerad vård*, *kompetens* och *samverkan*. Under dessa teman framkom faktorer som var till hjälp för att få till stånd ett bra bemötande, och faktorer som försvårade det. Faktorer som påverkade bemötandet positivt var: bra samverkan med polisen, möjlighet att skapa en avskild och lugn miljö, följsamhet för patientens vilja och behov, kontinuerlig information till patienten samt att ge patienten möjlighet att tala om vad som hänt. Faktorer som påverkade bemötandet negativt var: den stressiga miljön på akutmottagningen, sjuksköterskornas behov av att distansera sig från patienten samt ett icke fungerande samarbete med andra yrkeskategorier. Det visade sig även att sjuksköterskorna var noga med att aldrig döma patienten eller den situationen hon befann sig i. Studiens slutsats var att utbildning och specialiserade kliniker behövs för att bemöta denna patientgrupp på bästa vis.

Nyckelord: bemötande, kompetens, kris, patientcentrerad vård, samverkan, sexuella övergrepp, sjuksköterska

ENCOUNTERING VICTIMS OF SEXUAL ASSAULT FROM THE NURSES PERSPECTIVE

ROSANNA HUGHES

ELLINOR STRÖMBLAD

Hughes, R & Strömlad, E. Sexual assault - From the nurses perspective. *Degree Project in nursing 15 credit points*, Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2013.

Every day, people are exposed to sexual assault. This is a traumatic event that can provoke a crisis reaction from the victim. It is therefore important that nurses know the best way to respond to these persons when encountering them. The purpose of this study was to examine what nurses who work with this patient group consider to be a good encounter. An empirical qualitative method was used. Semi-structured interviews were conducted in two gynecological emergency departments in southern Sweden. The data that emerged from the interviews were analyzed with the help of a qualitative content analysis. The result of the study reveals three main themes: *patient-centered care, competence* and *cooperation*. These themes revealed factors that were helpful in bringing about a good encounter, and factors that made it difficult. Helpful factors were: good cooperation with the police, the possibility to create a secluded and peaceful environment for the patient, adherence to the patient's desire, continuously inform the patient and give the patient an opportunity to talk about what had happened. Factors that made the good encounter difficult was: a stressful environment in the emergency room, nurses feeling the need to distance themselves from the patient and poor cooperation with other professionals. Another find was that the nurses were careful never to judge the patient or the situation the patient was in. The conclusion of the study was that education and specialized clinics are needed to meet the needs of this patient group.

Keywords: competence, cooperation, crisis, encounter, nurse, patient-centered care, sexual assault

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| INLEDNING | 4 |
| BAKGRUND | 4 |
| Bemötande & att möta någon i kris | 4 |
| Definition | 5 |
| Att söka hjälp | 5 |
| Den rättsmedicinska undersökningen | 6 |
| Travelbee | 6 |
| SYFTE | 7 |
| Avgränsningar | 7 |
| METOD | 7 |
| Urval | 7 |
| Datainsamling | 8 |
| Dataanalys | 9 |
| ETISKA ÖVERVÄGANDEN | 9 |
| RESULTAT | 10 |
| Patientcentrerad vård | 10 |
| Kompetens | 12 |
| Samverkan | 14 |
| DISKUSSION | 16 |
| Metoddiskussion | 16 |
| Resultatdiskussion | 17 |
| SLUTSATS | 20 |
| Vidare forskning | 20 |
| REFERENSER | 21 |
| BILAGOR | 23 |
| Bilaga 1 | 23 |
| Bilaga 2 | 24 |
| Bilaga 3 | 25 |
| Bilaga 4 | 26 |

INLEDNING

Bra bemötande är en förutsättning för bra vård. Som blivande sjuksköterskor kommer vi att möta personer i kris. Ett sexuellt övergrepp är en traumatisk händelse som sannolikt kommer framkalla en kris. Då vi önskade oss mer kunskap om vad som konstituerar ett bra bemötande av personer som blivit utsatta för sexuella övergrepp valde vi att fördjupa oss i detta ämne. Vi tror att ett bra bemötande i sjukvården är viktigt för någon som blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp. Vi tror detta kan hjälpa personen att gå vidare i livet. Många tidigare studier har fokuserat på svagheter i omvårdnad och bemötande. Avsaknad av svenska studier inom området gjorde att vi kände att det var av värde att undersöka hur den svenska sjukvården såg ut. I den här empiriska studien kommer således bemötande ur sjuksköterskans perspektiv att beskrivas.

BAKGRUND

Ett sexuellt övergrepp är en av de allvarligaste kränkningar en människa kan vara med om. Förutom eventuella fysiska skador från övergreppet kan personen drabbas av långvariga svåra komplikationer såsom depression, ångest, missbruk, och posttraumatiskt stressyndrom (Campbell 2008, Handbok 2010). Enligt Vickerman & Margolin (2009) har personer som utsatts för sexuella övergrepp 6.2 gånger högre risk att utveckla post-traumatiskt stress syndrom. Vid majoriteten av sexuella övergrepp känner offret förövaren (Campbell, 2008). Även statistik från BRÅ (2005) (brottsförebyggande rådet) påvisar detta. Att bli trodd och väl bemött av hälso- och sjukvårdspersonal har visat sig ha stor betydelse för positiv krishantering, men ett gott bemötande ger även viktiga långsiktiga fördelar för offret och hjälper dem i deras läkeprocess. (Campbell, 2006; Ullman, 1996; Duma mfl, 2007). Ett gott bemötande kan även påverka patientens/offrets benägenhet att göra en polisanmälan (Ullman SE, 1996).

Bemötande & att möta någon i kris

Sjuksköterskan ska främja hälsa och lindra lidande med respekt för kulturell bakgrund, ålder, kön och sociala villkor (*ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*, 2007). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)§2a ”ska vården bygga på respekt för patients självbestämmande och integritet”. Ett bra bemötande är en förutsättning för god omvårdnad. Bemötande är den kommunikation och det samspel som sker mellan två människor. Genom vårt språk har vi förmågan att förmedla ett budskap. Kommunikationen sker även i form utav kroppsspråk, tonfall i rösten och ansiktsuttryck. Signalerna tolkas hela tiden av mottagaren och eftersom alla individer är olika kan ett bemötande som ger en person trygghet uppfattas med misstro av en annan (Eide & Eide, 2009). Ett empatiskt förhållningssätt är en förutsättning för ett gott bemötande. Detta innebär att sjuksköterskan bör vara lyhörd för patienten och ha en vilja till att förstå dennes känslor och den situation denne befinner sig i. Enligt Eide & Eide (2009) är *empati*, *yrkeskunskap* och *målorientering* tre nyckelbegrepp som utmärker en professionell omvårdnadsrelation. För att vara empatiskt på ett professionellt sätt

räcker det inte bara med att visa medkänsla och förståelse. Utan denna förståelse skall leda till handling, med patientens bästa som huvudmål. God yrkeskunskap är också en förutsättning för ökad förståelse av en annan människas situation. Att hantera den teknologi man använder och ha kunskap om de sjukdomar och tillstånd man träffar på är en förutsättning för att kunna hjälpa sin patient (a a). Enligt *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (2007) är sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden att: *främja hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom* samt *återuppbygga hälsa*. Eide & Eide (2009) menar att en sjuksköterska med god målorientering bör låta dessa fyra övergripande mål styra kommunikationen med patienten. Bland de kvinnor som söker vård efter ett sexuellt övergrepp är sjuksköterskan ofta den första kontakten och den som följer henne under undersökningens gång. Enligt Eide & Eide (2009) kan våldshandlingar framkalla en traumatisk kris. Krisreaktion delas ofta in i fyra faser: *chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen* och *nyorienteringsfasen* (Cullberg, 2003). En sjuksköterska som arbetar på en akutmottagning kommer att möta personer som befinner sig i chockfasen. Därför bör sjuksköterskan vara medveten om att det är en normal reaktion att förneka det som har hänt och att vara känslomässigt avstängd (Cullberg, 2003). Enligt Eide & Eide (2009) har en person i chockfasen svårt att lösa problem och hon har ett stort behov av omvårdnad som bygger på medmännisklighet. En person i chockfasen har ofta svårt att beskriva sitt behov av hjälp. Information som ges kan missuppfattas och glömmas bort. För en person i chockfasen är terapeutiska samtal inte aktuella utan den viktigaste hjälpen är att visa medmännisklighet, en hand att hålla eller en axel att luta sig mot (Cullberg, 2003).

Enligt Eide & Eide (2009) ska en person i chockfasen bemötas med medmännisklighet och respekt. Att börja tala om det som har hänt är ett viktigt steg för fortsatt bearbetning. Att lyssna på berättelser från en person som varit med om något traumatiskt väcker starka känslor. Därför är det mycket viktigt att vårdgivaren känner sig själv och sina känslor. Annars kan det leda till ett undvikande beteende där man som vårdgivare omedvetet försöker skydda sig för personens känslor och berättelser (a a).

Definition

Sexuella övergrepp är namnet på ett flertal handlingar som kränker en person på ett sexuellt sätt. Den här studien kommer fokusera på de sexuella övergrepp som enligt svensk lagstiftning definieras som våldtäkt (Brottsbalk (1962:700) 6kap, 1 §): ”Den som genom misshandel eller annars med våld eller genom hot om brottslig gärning tvingar en person till samlag eller till att företa eller tåla en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens art och omständigheterna i övrigt är jämförlig med samlag, döms för våldtäkt ...”

Att söka hjälp

Att söka medicinsk vård och polisanmäla en våldtäkt kräver stort mod och ställer höga krav på ett bra bemötande och omhändertagande. De invasiva frågor som ställs i samband med undersökningen, vilken utförs av vårdpersonal, kan upplevas som mycket kränkande. Enligt Campbell (2008) kan ett felaktigt bemötande leda till att kvinnan upplever ytterligare övergrepp. Detta trots att WHO i *Clinical Management of Rape Survivors* (2012) beskriver vikten av att sjukvården inte

skall utsätta kvinnan för ytterligare övergrepp vid denna undersökning. Patterson, Green och Campbell (2009) menar att en av huvudanledningarna till att inte söka vård på sjukhus är rädslan över att inte bli trodd av hälso- och sjukvårdspersonal. Enligt Patientsäkerhetslag (2010:659) 6 kap 1§ ska vård utföras på ett sådant sätt att patienten visas omtanke och respekt. Den vård patienten erhåller ska också så långt det är möjligt utformas i samråd med, och vara följsam för patientens behov. Dock visade Campbell (2008) att kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp inte får det omhändertagande och den medicinska vård de har rätt till. I en amerikansk studie gjord 2005 fann Campbell att 80 % av patienterna kände sig illa till mods efter kontakt med akutavdelningens läkare och sjuksköterskor, 88 % kände sig deprimerade, 94 % kände sig kränkta och 74 % uppgav att de inte ville söka mer vård.

Den rättsmedicinska undersökningen

I storstadsområdena finns specialistkliniker i form utav gynekologiska akutmottagningar, dessa har erfarenhet av att möta dessa kvinnor. Dock ska vården inte skilja sig beroende på var i landet man söker vård. Med uppdrag av regeringen har Nationellt Centrum för Kvinnofrid (2010) publicerat en bok: *HANDBOK Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp*. Förutom att ta hand om de skador kvinnan har och erbjuda tröst skall kvinnan erbjudas en kroppsundersökning som kan komma att användas som underlag vid en eventuell polisutredning. Undersökningen, som är frivillig, utförs tillsammans av läkare och sjuksköterska. Inför undersökningen tar sjuksköterskan olika blod- och urinprover samt erbjuder kvinnan profylax för graviditet och sexuellt överförbara sjukdomar. För att säkra en trygg och rättssäker vård har man tagit fram ett färdigpackat set som heter *Spårsäkringssats efter sexuella övergrepp* (Handbok 2010). Spårsäkringssatsen skall alltid användas oavsett om polisanmälan är gjord eller ej. Kvinnan kan då välja att anmäla vid ett senare tillfälle. Spårsäkringssatsen innehåller en anamnes som läkaren ska använda sig av samt en mall som sjuksköterskan ska följa för provtagningar och bevisinsamling. Enligt det nationella handlingsprogrammet skall en läkare utföra en undersökning av hela kroppen samt en gynekologisk och/eller proktologisk undersökning. Eventuella skador samt kliniska fynd och tecken på fysiskt våld såsom rivsår och blåmärken skall dokumenteras och fotograferas. (Handbok, 2010).

Travelbee

Joyce Travelbees omvårdnadsteori kommer att användas som teoretisk referensram för denna uppsats. Travelbees teori lägger stor vikt vid kommunikationen mellan patient och sjuksköterska. Bemötande handlar om kommunikation och samspel mellan människor. Bakom begreppet patient-sjuksköterska föreligger enligt Travelbee (Kirkevold, 2000) en förväntning och förutfattad mening om hur en sådan person ska vara, därför riktar Travelbee kritik mot dessa begrepp. Travelbees teori bygger på att varje människa är unik och oersättlig samt att händelser i livet kommer att påverka alla olika och att det är det som gör oss till unika varelser. Sjuksköterskan måste därför kunna se patienten som en individ och inte bara som en patient. Detta för att kunna se individens behov och möta personen i den situation denne befinner sig i. För att ett mellanmänniskt möte ska kunna ske måste även patienten vara kapabel till att se sig själv och sjuksköterskan som unika individer. Även om det är sjuksköterskans

ansvar att etablera relationen, så är det enligt Travelbee (Kirkevold, 2000) en ömsesidig process att utveckla den. Travelbee identifierade följande fem faser som hon ansåg är nödvändiga för att kunna uppnå en mellanmänsklig relation: *det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati* samt *ömsesidig förståelse och kontakt*. Travelbee ser lidandet som en naturlig del av att vara människa. Lidandet uppkommer ur en förlust av något som är betydelsefullt för individen. Alla människor kommer att uppleva lidande, men upplevelsen av lidandet är alltid personlig för individen. Enligt Travelbee (Kirkevold, 2000) är målet för omvårdnaden att patienten ska kunna acceptera sin sjukdom och finna mening med sitt lidande och det den upplevt. Detta kan inte ske innan det uppstått en mellanmänsklig relation.

SYFTE

Syftet med studien är att undersöka vad sjuksköterskor upplever som ett bra bemötande av kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp.

Syftet leder till följande frågeställningar:

- Vad är ett bra bemötande vid första mötet?
- Vad är ett gott bemötande under undersökningen?
- Vad är ett bra bemötande vid utskrivningen?

Avgränsningar

Det hade varit av intresse att även studera bemötande av män som utsatts för sexuella övergrepp. Dock kommer inte skillnad mellan män och kvinnor att belysas då tiden och omfattningen av denna studie inte tillåter detta.

METOD

För att svara på syftet användes en kvalitativ empirisk metod där sex informanter intervjuades utifrån en semistrukturerad intervjuguide (Polit & Beck, 2010). En modifierad version av Burnards innehållsanalys (1991) användes för att analysera materialet. Kvalitativ innehållsanalys är en bra metod för att kunna identifiera skillnader och likheter i ett textmaterial (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Urval

Intervjuerna utfördes på två gynekologiska akutmottagningar i södra Sverige. Inklusionskriterie för medverkan i studien var att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor med erfarenhet av att bemöta kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp. Sjuksköterskor med specialistkompetens exkluderades. Av fyra avdelningschefer som kontaktades via e-mail svarade en och blev studiens gatekeeper. En gatekeeper är en person som har makten att ge tillträde till forskningsplatsen (Polit & Beck, 2010). Informationsbrev (se Bilaga 1) som innehöll kort information om studien och dess syfte samt kontaktinformation lämnades ut till sjuksköterskorna på avdelningen (Avdelning 1). Tre sjuksköterskor kontaktade författarna via e-mail och intervjutillfälle bokades.

Gatekeepern vidarebefordrade information om studien till sjuksköterskor på en sjukvårdsavdelning på en annan ort (Avdelning 2). En sjuksköterska där tog kontakt med författarna via telefon. Informationsbrev skickades och intervju bokades med denna person. En av sjuksköterskorna på Avdelning 1 vidarebefordrade även telefonnummer till två timanställda sjuksköterskor på avdelningen som inte fått informationsbrevet. Dessa två kontaktades via telefon med intresseförfrågan om att eventuellt medverka i studien. Båda var intresserade, informationsbrev skickades och möte bokades. Således erhöles dessa två informanter via ett snöbollsurval (Polit & Beck, 2010).

Samtliga informanter, fem från Avdelning 1 och en från Avdelning 2, mötte inklusionskriterierna och ingen behövde exkluderas. Alla informanter var kvinnor vilket är representativt eftersom det inte arbetar några manliga sjuksköterskor på de berörda avdelningarna.

Datainsamling

Efter inläsning av litteratur som var relevant för ämnet skrevs frågeställningar ner som kunde knytas till syftet. Detta ledde till ett stort antal frågeställningar som kategoriserades under de tre huvudfrågorna. Underlaget bearbetades och värdeladdade och ledande frågor exkluderas. De frågeställningar som inte tillförde något till studien togs bort. På så vis skapades ett fåtal enkla och öppna frågor som kom att användas som grund för en intervjuguide. Genom att studera litteratur om kvalitativ intervjumetodik skapades en struktur om hur intervjun skulle genomföras.

Efter den första intervjun utvärderades intervjuguiden (se Bilaga 3). Inga förändringar gjordes då den ansågs svara på studiens syfte och fick fram relevant information för studien.

Informanterna fick själva välja tid och plats för intervjun. Två av intervjuerna genomfördes på avdelning 1 och en av intervjuerna genomfördes på Avdelning 2. På avdelningarna användes tysta och privata rum och intervjuerna genomfördes utan avbrott. De andra tre intervjuerna skedde på Malmö högskola i privata grupprum utan insyn. Alla intervjuer skedde inom en tidsram på två veckor och enbart en intervju per dag genomfördes. Tidslängden på intervjuerna varierade mellan 22 minuter och 37 minuter. Intervjuns duration anpassades genom att intervjun avslutades först när ämnet ansågs mättat.

I nära anslutning till intervjun ombads informanterna att förbereda sig för intervjun genom att reflektera över vad de ansåg vara ett bra bemötande samt de frågeställningar som de tidigare erhållit i informationsbrevet. Vid intervjutillfällets början gavs informanten tid att läsa igenom skriftlig information om studiens syfte. Informanten informerades sedan om att intervjun var konfidentiell och att de kunde välja att avsluta intervjun när som helst. Informanten erhöles och skrev på samtyckesblankett innan intervjun påbörjades. Även intervjuns upplägg och innebörden av en semi-strukturerad intervju förklarades innan intervjuns början. Båda författarna var närvarande vid samtliga intervjuer. En av författarna intervjuade informanten medan den andra höll sig passiv och förde minnesanteckningar med intervjuguiden som stöd. Intervjuaren använde sig av intervjuguiden för att se till att alla berörda ämnen togs upp. Efter att intervjuaren

och informanten ansåg sig färdiga med intervjun gavs bisittaren utrymme att ställa frågor om eventuella ämnen som inte berörts. Författarna alternerade mellan dessa roller och utförde tre intervjuer var.

Intervjuerna spelades in digitalt och direkt efter avslutad intervju fördes ljudfilen över till ett USB-minne. Ljudfilen raderades omgående efter överföringen till USB-minnet. USB-minnet och samtyckesblanketten förvarades på säker plats. Materialet transkriberades och kvalitetsgranskades tillsammans av båda författarna. Materialet avidentifierades och sparades på USB-minnet som sedan förvarades på en säker plats.

Dataanalys

Det insamlade materialet bearbetades med hjälp utav en temabaserad induktiv innehållsanalys. Detta innebär att ett insamlat material inte analyseras utefter en förutbestämd teori, utan materialet får bestämma analysstrukturen (Burnard, Gill, Stewart, Treasure & Chadwick, 2008). Materialet läses igenom ett flertal gånger och kategoriseras och tematiseras sedan utefter den information som finns i det insamlade materialet. Detta är en utförlig och tidskrävande process som lämpar sig bäst när studieområdet är tämligen okänt. Innehållsanalys anses dock vara en bra metod för att lyfta fram det centrala budskapet (Granheim & Lundman, 2004) och är den mest frekvent använda analysen av kvalitativ data (Burnard et al, 2008).

I enlighet med steg 1 (se Bilaga 4) gjordes minnesanteckningar och stödord efter varje intervju. Sedan transkriberades de inspelade intervjuerna i nära anslutning till intervjun, båda författarna var närvarande vid samtliga transkriberingar. Steg 2 och 3 utfördes separat för att få fram så många aspekter av materialet som möjligt. Småkategorierna kondenserades sedan gemensamt till större övergripande kategorier *under generella teman* (steg 4 och 5). Steg 6 modifierades genom att författarnas handledare läste en av de transkriberade intervjuerna för att se ifall handledaren i sin analys kom fram till liknande teman och kategorier som författarna. De uppkomna fynden kontrollerades kontinuerligt mot det transkriberade materialet (steg 7). Detta för att inte förvanska betydelsen av det kategoriserade materialet. Intervjuerna färgkodades (steg 8) för att sedan klippas ut och organiseras efter färg och kategori i ett eget dokument (steg 9 och 10). Steg 11 valdes bort då studiens tidsram inte tillät det. Studiens resultat skrevs och sammanställdes (steg 12 och 13). Slutligen (steg 14) jämfördes och diskuterades resultatet mot tidigare forskning och litteratur.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Innan studien påbörjades erhöles godkännande från avdelningschef på berörd avdelning och från etikrådet på Malmö Högskola. Lag 2003:460 *om etikprovning och forskning som avser människor* och Helsingforsdeklarationen (2008) har följts vad gäller informerat samtycke (se bilaga 2), deltagarnas skyddade identitet, materialets konfidentialitet, samt att deltagande i studien var frivilligt. Deltagarna kunde välja att avbryta sin medverkan utan vidare förklaring. Informanterna

informerades om detta först i ett skriftligt informationsbrev (se Bilaga 1) och sedan muntligt innan intervjuens början.

Materialet har hanterats konfidentiellt, vilket innebär att intervjuerna avidentifierades och de citat som använts inte går att koppla till enskilda informanter. De inspelade intervjuerna och transkripten sparades på ett USB-minne vilket sedan förvarades på en låst, säker plats. Utskrivna avidentifierade transkriptioner har hanterats med försiktighet. Filerna på USB-minnet och transkripten kommer destrueras efter examination.

RESULTAT

I analysen framkom ett flertal kategorier, dessa utmynnade i tre centrala teman: *patientcentrerad vård*, *kompetens* och *samverkan*. Nedan kommer dessa teman att presenteras som resultatets huvudrubriker med sina kategorier som underrubriker.

Patientcentrerad vård

I studien framkom det att patientcentrerad vård var mycket viktigt för ett bra bemötande av kvinnan. Patientcentrerad vård handlar om att placera individen i fokus. För att göra detta måste sjuksköterskan etablera en bra kontakt och planera vården i samförstånd med kvinnan.

Kontaktetablering

Om kvinnorna som utsatts för sexuella övergrepp inkom till akutmottagningen med poliseskort skapade detta stor uppmärksamhet bland de andra patienterna i väntrummet. Detta kunde enligt sjuksköterskorna upplevas som kränkande för kvinnan. Sjuksköterskornas första prioritet blev därför att hjälpa kvinnan in i ett avskilt rum där hon slapp undan den uppmärksamhet hennes ankomst skapade.

“För den tystnad som blir när det kommer in två poliser med en patient liksom, det blir knäpptyst du kan höra en nål falla liksom. Och det är ju klart, det är ju spännande när polisen kommer, så alla andra patienter som finns där dom bara “shoop - alla tystnar snabbt“, ja så jag tänker på att man, att de ska få lugn och ro och sitta för sig själva“ (Informant A)

Genom att inte låta kvinna sitta och vänta i väntrummet utan att snabbt ta in henne på ett avskilt rum fick kvinnan en plats där hon kunde få vara i lugn och ro. Och på så sätt påbörjade sjuksköterskan direkt kontaktetableringen genom att förmedla en känsla av trygghet samt att hon fanns där för kvinnan. Alla sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att etablera en bra kontakt som byggde på förtroende. Detta förtroende skapades genom ett empatiskt förhållningssätt. Sjuksköterskorna beskrev detta som att visa förståelse för kvinnan och det hon blivit utsatt för. Samt att aldrig döma kvinnan eller ha några förutfattade meningar om hennes situation. Sjuksköterskan satte kvinnan i fokus genom att vara närvarande och lyssna på kvinnan. Genom att vara följsam för kvinnans behov och vilja anpassades bemötandet och omvårdnaden.

“Ehh.. ja, jag tänker hela tiden att jag vet så lite om kvinnan och vad, vad som hänt henne, och att jag anstränger mig jättemycket för att vara fokuserad på henne, var hon är just då.” (Informant C)

Information

Sjuksköterskorna informerade kontinuerligt kvinnan under hela tiden hon var där. De individanpassade informationen genom att dela upp informationsflödet och vara följsamma för kvinnans förmåga att ta in information. Informationen gavs i skriftlig och muntlig form. Sjuksköterskorna ansåg det mycket viktigt att informera kvinnan om de olika momenten i undersökningen. Exempelvis varför ett visst moment utfördes och hur lång tid undersökningen skulle ta. För att undvika att kvinna skulle känna sig kränkt var sjuksköterskorna noga med att förklara att spårsäkringen var en rutinundersökning alla kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp erbjöds. De var även noga med att informera om att undersökningen utfördes efter en specifik mall samt att de kunde avbryta när som helst.

“Ehm, men att man förklarar allting som kommer att hända med undersökningar och tar det lugnt med det också och låter henne ta sin tid. Att hon är redo, mycket information, även om det är svårt att ta till sig just då kanske så, ändå både skriftlig och muntlig.”
(Informant B)

Sjuksköterskan - ett viktigt stöd

I de fall patienten kom in själv, utan någon anhörig, blev sjuksköterskan patientens närmsta person att ty sig till. Sjuksköterskorna ansåg det viktigt att den första sjuksköterskan som mötte kvinnan var den som sedan följde henne under vårdtiden. De ville ha så få personer som möjligt inblandade i kontakten med kvinnan. Detta för att ge henne en känsla av trygghet och kontinuitet och undvika att kvinnan skulle känna sig blottad och utsatt för många människor.

“Ja jätte... den största, ansvaret tycker nästan jag. Därför att.. om polisen är med eller med läkaren så är de mer informationansvariga, att ta detaljer om det som hänt och journalföra hela den biten. Medans sjuksköterskan är mer stöttande och, även om vi tar prover och hela den biten också så är det ju vi som har första bemötande och vi som träffar henne sist innan hon går, så jag tycker nästan, ja den största biten tycker jag. Ansvaret för hur det blir...” (Informant B)

Sjuksköterskorna valde att inte fråga ut kvinnan om det som hänt. De ville skydda kvinnan från att behöva berätta sin historia ett flertal gånger. Sjuksköterskorna resonerade som så att vid polisförhör och läkarundersökning kommer kvinnan att få upprepa sin historia ett flertal gånger. Men genom att bjuda in till samtal lät de kvinnan förstå att om hon ville tala om det som hänt fanns sjuksköterskan där för henne. Sjuksköterskan styrkte sedan kvinnan genom att hon bekräftade kvinnan i olika steg. Första steget handlade om att styrka kvinnan i hennes val att uppsöka vård och genomgå den gynekologiska undersökningen. Det andra steget handlade om att bekräfta och uppmuntra henne genom undersökningen. Detta gjordes genom att räkna ner hur många moment som fanns kvar och tala om för patienten att hon var stark och duktig som klarade av undersökningen. Genom ögonkontakt, fysisk närhet och en kontinuerlig dialog med kvinnan upplevde sjuksköterskorna

att de kunde vara ett stöd för kvinnan under undersökningen.

“Genom att prata och att finnas närvarande. Jag pratar väldigt mycket om “slappna av, sjunk ner, bli tung i rumpan – så det blir lätt att undersöka, det går jättebra – du är fin, detta går bra, du klarar det, det är bara lite till – vi ska bara ta de här proverna också “ förklara vad nästa steg är; och finnas där och kommunicera.” (Informant E)

Det tredje steget handlade om att bekräfta kvinnan i att hon gör rätt som gör en polisanmälan. I de fall kvinnan inte anmält visade sjuksköterskorna full respekt för kvinnans val, dock försökte de uppmuntra henne till att göra en polisanmälan då de ansåg att det kunde vara till nytta för henne i sin krishantering. De var noggranna om att upplysa henne att allt bevismaterial som samlats in under spårsäkringen sparades på avdelningen i två år om kvinnan vid ett senare datum skulle ångra sig och vilja göra en anmälan.

“Men... ja vad mer... inte tvinga till någonting. Att det ändå är, det är hennes val men man försöker ju alltid pusha lite till att anmäla. Men man måste respektera också om man inte orkar det eller inte vill just då.” (Informant B)

Kompetens

Temat kompetens handlar om att vara trygg i sin yrkesroll och agera professionellt trots de utmaningar sjuksköterskorna ställdes inför i bemötandet.

Bevisinsamling - sjuksköterskans två roller

De flesta kvinnor som kommer till akutmottagningen söker inte för fysiska skador utan de kommer för att göra en spårsäkring i samband med anmälan.

Undersökningen utförs av en läkare och en sjuksköterska. Sjuksköterskans roll under undersökningen är att assistera läkaren och stödja kvinnan. Således har sjuksköterskan två roller samtidigt.

“Jag tycker faktiskt det rent praktiska är jätteviktigt för det är kvinnans underlag för framtida rättsliga processer så att, att se till att det blir så noggrant gjort som möjligt är ju jätteviktigt. Och där tänker jag att... alltså lite det här med ögonkontakt, kanske om jag känner att jag har den kontakten med kvinnan så kanske röra vid hennes ben, och “försök lugna ner dig, andas djupt“ och samtidigt som jag håller på med spårsäkring, så fixar man det så är det ju bra.” (Informant C)

Stort fokus läggs på bevisinsamlingen och sjuksköterskorna upplevde detta som ett tidskrävande och svårt moment som inte går på rutin. Dock såg de det som sin skyldighet att spårsäkringen blev korrekt utförd. Detta blev ett stressmoment för en del då de upplevde en osäkerhet inför vissa tekniska moment och uttryckte en oro över att göra fel. Sjuksköterskorna ansåg att mer utbildning i spårsäkringen hade kunnat minska denna osäkerhet. De ansåg även att spårsäkringen tog mycket tid i anspråk och att detta tog värdefull tid från deras tid med kvinnan. Detta i sin tur gjorde att sjuksköterskorna kände att de inte kunde erbjuda det emotionella stöd som kvinnan kanske behövde under undersökningens gång. Detta kunde uppfattas som problematiskt då sjuksköterskorna även såg det som sin uppgift att förhindra att patienterna uppfattade den gynekologiska undersökningen som ett

andra övergrepp. Undersökningen kan vara invasiv och väldigt detaljerad när kroppen undersöks och eventuella skador dokumenteras. I ett försök att motverka att undersökningen upplevdes som ett andra övergrepp var sjuksköterskan noggrann med att skyla kvinnans blottade kroppsdelar. Genom att göra kvinnan delaktig i undersökningens förlopp styrkte de hennes autonomi, för att på så sätt kunna motverka att kvinnan distanserade sig från sin kropp.

“Jag har tejpar här; ska jag tejpa någonstans? Jag kan använda dem till att tejpa på halsen till exempel. Tror du att det är nödvändigt? Eller ska jag tejpa någon annanstans?” Att det sker, att patienten får vara med lite och bestämma.“ (Informant E)

“Vi frågar ju alltid kvinnan “är det något du absolut inte vill att vi ska göra, så gör vi naturligtvis inte det“ alltså om det då är en provtagning. “Och då måste du säga det direkt om du inte vill detta“ så frågar vi hela tiden om det är okej.” (Informant F)

Otillräcklighet

Sjuksköterskorna hade identifierat olika moment där de uppfattade att de kunde hjälpa, respektive inte hjälpa kvinnan, under undersökningen. En sjuksköterska berättade om hur hon under fotograferingen var noga med att skyla de kroppsdelar som inte skulle fotograferas, och att hon förklarade och visade för kvinnan vad och var hon skulle fotografera. På detta sätt gjorde hon kvinnan delaktig i processen och mindre utsatt. En annan sjuksköterska hade dock inte identifierat något sätt som hon kunde hjälpa kvinnan under fotograferingen vilket gjorde att hon uppfattade fotograferingen som ett svårt moment för patienten, men även för sig själv. Detta då hon inte kunde skydda patienten och fotograferingen är ett moment som ibland måste utföras. Sjuksköterskorna upplevde en känsla av otillräcklighet på grund av att de inte kunde hjälpa kvinnorna så mycket som de hade önskat. När det var en väldigt stressig miljö på akutintaget upplevde sjuksköterskorna det som ett hinder för att kunna behålla fokuseringen på kvinnan. Detta ledde till att de kände att de inte kunde ge kvinnan den uppmärksamheten hon behövde. De kände att detta kunde leda till ett sämre bemötande av kvinnan då de inte kunde vara lika lyhörda för hennes behov.

“Sen är det svårt, man känner sig alltid otillräcklig på något sätt, för man kan inte ge nån, det går liksom inte att ge någon antibiotika eller någonting så nu fixar vi detta, utan man vet ju att det är livslångt, det är liksom det kommer alltid att finnas med.” (Informant B)

Känslan av otillräcklighet grundade sig även i en vetskap om att de inte kunde bota kvinnorna utan enbart erbjuda dem ett stöd för stunden. Sjuksköterskorna var även medvetna om att det som hade hänt kvinnorna var något som kvinnorna alltid skulle bära med sig. Då sjuksköterskorna enbart träffade kvinnorna i det akuta skedet upplevde de det som svårt att inte få veta hur det gick för kvinnan sedan, både vad gällde deras återhämtning men även hur det gick vid en eventuell rättegång. De benämnde själva den omvårdnad de utförde som en enda punktinsats i ett långt förlopp.

“Allt det arbete som vi gör och det kvinnan utsätts för, leder det till någonting

egentligen? Alltså kan de få upprättelse i slutändan... Vad händer med kvinnorna sen? Får de något stöd överhuvudtaget? Finns det någon som går in och hjälper dem att bearbeta, för att dom får ju leva med det minnet resten av sitt liv, och vi gör bara en punktinsats. Och vi vet inte ens vad som händer med vår punktinsats.“ (Informant C)

Sammantaget visade det sig att sjuksköterskornas känsla av otillräcklighet berodde på att de inte visste vad som hände med kvinnorna efter de lämnat avdelningen. Deras kunskap om krishantering och posttraumatiskt stressyndrom gjorde dem medvetna om att det som hänt kvinnorna var någonting som kunde påverka kvinnorna resten av livet.

“Våldtäkt på något vis, väcker ett hat. Som man... behöver bearbetas.“
(Informant E)

“Jag är inte rädd för att ta de här patienterna, men... det är ju inte min favoritgrupp av patienter, och bara att vi kallar det för VT istället för våldtäkt (tyder på) att vi behöver distansera oss.“ (Informant E)

Att arbeta med kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp väckte starka känslor, som en av sjuksköterskorna upplevde att hon hade behov av att bearbeta. Sjuksköterska uppfattade arbetet med denna patientgrupp som emotionellt påfrestande. Detta ledde till att hon kände att hon och hennes kollegor hade ett behov av att distansera sig från patienterna. Detta var något som hon uppfattade som negativt.

Samverkan

I resultatet framkom det att många yrkeskategorier är inblandade för att kunna ta hand om kvinnan på bästa möjliga vis. Bra samverkan mellan polis, läkare, sjuksköterska, kurator och barnmorska är viktigt för ett bra bemötande. Anhöriga kan utgöra en trygghet för kvinnan och är därför en viktig del i teamet.

Polisen

Kvinnorna kommer oftast till akutmottagningen med poliseskort. Sjuksköterskorna upplevde det som mycket positivt om polisen i förväg ringt och förvarnat att de kommer. Då kunde sjuksköterskorna planera och förbereda för undersökningen i förväg, vilket gjorde att kvinnan inte behövde vänta i onödan. Det gav även sjuksköterskan möjlighet att möta kvinnan direkt när hon inkom till avdelningen, på så vis fick kvinnan snabbt ett enskilt rum. Sjuksköterskorna upplevde att de på så vis tillsammans med polisen kunde skapa en grund för ett bra omhändertagande och minska kvinnans utsatthet. I vissa fall stannade poliserna kvar under tiden kvinnan var på avdelningen, sjuksköterskorna såg detta som en hjälp i sitt arbete då poliserna kunde hålla kvinnan sällskap och stötta henne. Vid utskrivningen ansåg alla sjuksköterskor att det var mycket viktigt att kvinnan inte åkte hem själv. I de fall poliserna inte stannat kvar kontaktades Polisen igen för att se till att kvinnan kom tryggt hem.

“Man gör allting, dom lånar ett rum om också ibland så sitter de med patienten också, om det är en tjej som är själv. Så väntar de då med henne på akuten. Så det är ju väldigt bra! Det tror man ju inte! Det kunde jag verkligen inte tänka mig att

polisen skulle ha tid med att sitta och hålla ett våldtäktsoffer sällskap, men det har dom gjort många gånger.“ (Informant A)

Läkaren

Sjuksköterskorna beskrev samspelet med läkaren som oerhört viktigt. Om läkaren och sjuksköterskan kunde samarbeta, vara respektfulla och närvarande i mötet med kvinnan, upplevde sjuksköterskan att kvinnan blev mer avslappnad under undersökningen. Ibland upplevde dock sjuksköterskan att samarbetet inte fungerade optimalt. Om läkaren var stressad och upplevdes som avvisande tyckte sjuksköterskorna att den känsla av trygghet och förtroende som de försökt bygga upp mellan sig och patienten skadades. Sjuksköterskorna såg sig själva som den medlande länken mellan läkaren och patienten.

Kollegor

Sjuksköterskorna upplevde att de hade ett stort stöd i sina kollegor. De ansåg att de hade en bra kommunikation och att de alltid kunde fråga en kollega till råds om det var något de undrade över eller kände sig osäkra på. Kollegorna var också ett viktigt stöd i den egna bearbetningen av olika situationer och händelser.

Anhöriga

Det var inte många kvinnor som kom in med anhöriga. Sjuksköterskorna var dock alltid noga med att fråga ifall det fanns någon anhörig som kvinnan ville skulle komma till avdelningen. Sjuksköterskornas erfarenhet skiljde sig mycket gällande hur ofta de anhöriga var med eller inte. De var dock alla överens om att anhöriga spelar en viktig roll som stöd till kvinnan. Den anhörige var ett viktigt stöd för kvinnan under väntetiden före och efter undersökningen. De kunde vara närvarande i situationen med kvinnan och på så vis, med kvinnans samtycke, erhålla samma information. På så vis skapades ett långsiktigt stöd för kvinnan på en gång. Hon fick en person som redan visste om allt som hänt, hon behövde inte berätta och förklara sig ännu en gång. Även om anhöriga var ett stort stöd för kvinnan var det viktigt att alltid fråga kvinnan i enrum om hon ville att personen skulle vara med. Anhöriga fick heller aldrig vara med under själva undersökningen.

“För det är en jätteviktig trygghet för att jag måste gå och hämta prover, dokumentera och prata med läkaren och sådär. Så jag kan inte vara hos patienten hela tiden, plus att jag ger en viss omvårdnad och försöker få patienten trygg i det som ska hända i undersökningen, men de behöver ju långsiktig trygghet med att någon vet vad som har hänt dom, att de kan vila i trygghet med den personen. Att de inte behöver förklara sig vad som hänt, den personen har sett dom i det.“
(Informant E)

Uppföljning via barnmorska och kurator

Vid utskrivningen var sjuksköterskorna noga med att förklara att det fanns en plan för vidare uppföljning. De informerade kvinnorna om att de hade ett återbesök inbokad till en barnmorska med lång erfarenhet av att arbeta med kvinnor som blivit utsatta för sexuella övergrepp. Sjuksköterskorna var noga med att fråga om det var okej att de lämnade ut kvinnans nummer till kuratorn så denna kunde komma i kontakt med henne. Många sjuksköterskor upplevde att det var bra att det tog lite tid innan de fick kontakt med barnmorska och kurator. De upplevde att

kvinnan då hunnit landa i situationen och då var mer mottaglig för samtal. En del beskrev dock en oro över att patienterna inte blev uppfångade snabbare, de ansåg att patienterna behövde en snabbare uppföljning för att kunna gå vidare i sin krishantering. Sjuksköterskorna lämnade även alltid information om kvinnojouren och hur de kunde kontakta den. De lät dem även veta att ifall de hade några frågor så kunde de ringa tillbaka till avdelningen.

DISKUSSION

Nedan kommer en metoddiskussion och en resultatdiskussion att redovisas. Under metoddiskussionen kommer studiens urval, datainsamling och dataanalys att diskuteras. I resultatdiskussionen kommer resultatet att jämföras med tidigare forskning samt Travelbees omvårdnadsteori.

Metoddiskussion

Urval

Sjuksköterskor som arbetar på en gynekologisk akutmottagning har mer erfarenhet av att bemöta kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp än t. ex. sjuksköterskor som arbetar på en vanlig akutmottagning eller en vårdcentral. I denna studie intervjuades enbart sjuksköterskor som arbetar på en gynekologisk akutmottagning. Enligt Polit & Beck (2010) kan studiens urval påverka dess resultat. Dock var vårt urval ett medvetet urval då vi var ute efter att intervjua sjuksköterskor med stor erfarenhet av denna patientgrupp.

Datainsamling

Enligt Polit & Beck (2010) kan en gatekeeper påverka urvalet genom att välja ut informanter. Vi anser dock inte att vår gatekeeper påverkat urvalet då personen inte styrde urvalet utan enbart gav tillträde till avdelningen. Alla informanterna valde själva att delta i intervjun. Vid ett av intervjutillfällena kom det fram att två sjuksköterskor som arbetade som timanställda på avdelningen inte hade erhållit det första informationsbrevet. Dessa hade dock fått höra talas om studien av sina kollegor och uttryckt en vilja om att vara med och önskade bli kontaktade. Dessa kontaktades via telefon. Denna direkta kontakt med sjuksköterskorna kunde eventuellt ha upplevts som en påtryckning att vara med i studien. Dock var vi noga med att förklara att ett eventuellt deltagande i studien var frivilligt och att personen inte behövde bestämma sig innan den tagit del av informationsbrevet. Således erhöles dessa informanter via ett snöbollsurval (Polit & Beck, 2010). En kvalitativ studie börjar med ett litet urval för att sedan utöka antalet informanter om den information som erhållits inte anses räcka för att uppnå datamättnad (Trost, 2010).

Enligt Polit & Beck (2010) bör en pilotintervju utföras för att testa intervjuguiden innan man påbörjar de faktiska intervjuerna. Då vi endast erhöles sex informanter valdes detta moment bort. Fler informanter hade möjligtvis kunnat bidra till fler fynd. Dock ansågs det insamlade materialet från de sex intervjuerna bidra med tillfredsställande information för att kunna svara på syftet.

De informanter som valde att delta upplevdes ha ett engagemang och ansåg att

ämnet var viktigt. Detta kan ha påverkat studiens resultat på så sätt att de som valde att inte vara med i studien kanske upplevde ämnet som svårt och inte ville tala om det. På så vis kan eventuellt viktig information ha förlorats. Att informanterna själva fick välja tid och plats upplevdes som positivt då de inte var stressade under intervjuerna. Inför intervjuerna hade deltagarna fått information om studien, dess syfte samt uppmanats till att reflektera över frågeställningarna. Detta var en styrka då det upplevdes som att informanterna var väl förberedda inför intervjutillfället. Båda författarna medverkade vid intervjuerna. Detta kan enligt Trost (2010) ge författarna ett maktövertag gentemot informanten. Vi ansåg det dock positivt då bisittaren kunde se till att intervjuguide följdes för att vid intervjuens slut ta upp ämnen som eventuellt inte berörts.

Dataanalys

En kvalitativ studie bygger alltid på tolkningar av materialet, dock är det viktigt att vara medveten om sin förförståelse. Detta för att så objektivt som möjligt försöka analysera materialet. Då transkriberingen utfördes i nära anslutning till intervjutillfället var intervjun färsk i minnet och viktiga toner och nyanser i rösten hos informanten tolkades så att helheten inte förvanskades. Båda författarna var närvarande vid transkriberingen av samtliga intervjuer. Eventuellt kan en viss neutralitet inför materialet ha förlorats i och med att båda författarna var med vid transkriberingen. Om enbart en författare transkriberat kunde den andra författaren sedan läst materialet med en mer objektiv och fräsch blick. Dock upplevdes det som positivt att båda författarna var närvarande då det ledde till en noggrann transkribering.

Materialet bearbetades med hjälp av en modifierad version av Burnards Innehållsanalys (1991). Burnards Innehållsanalys (1991) innehåller 14 olika steg som möjliggör en kvalitativ analys av ett textmaterial utan att förlora värdefull information. Författarna valde att modifiera steg 6. Istället för att låta materialet granskas utav kollegor så läste författarnas handledare en transkriberad intervju. De kategorier handledaren kom fram till jämfördes med de kategorier som författarna kommit fram till. Eftersom handledarens analys stämde väl överens med författarnas analys ansågs materialet validerat. Enligt Burnard (2008) är steg 11 ett ifrågasatt steg då det föreligger en risk att informanten inte kommer ihåg det som sagts under intervjun eller att de kan ha ändra åsikt, och därför kan vilja göra ändringar i det de sagt. Steg 11 togs därför bort ur analysprocessen då det inte var relevant och inte tilläts av studiens tidsram. Under intervjuerna framkom en del problemområden som handlade om avdelningens ekonomi och resurser, detta exkluderades då det inte svarade på syftet. Intervjuerna ansågs dock generellt hålla en hög kvalitet då mycket av det insamlade materialet svarade på syftet och enbart lite togs bort.

Resultatdiskussion

Resultatet i vår studie visar på att ett bra bemötande bygger på patientcentrerad vård, kompetens och samverkan mellan de olika yrkeskategorierna. Sjuksköterskorna i studien upplevdes ha en stor medvetenhet om hur de skulle bemöta kvinnan på bästa vis och undvika att hon upplevde besöket som ett andra övergrepp.

Travelbees omvårdnadsteori – den unika människan

Enligt Travelbees omvårdnadsteori (Kirkevold, 2000) måste sjuksköterskan kunna se det unika i varje person för att ett mellanmänniskt möte ska kunna komma till stånd. Vi anser att ett mellanmänniskt möte är grunden till ett bra bemötande. Travelbee har identifierat fem faser för att uppnå ett mellanmänniskt möte: *det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati och ömsesidig förståelse och kontakt*. Nedan kommer vi att diskutera vårt resultat med Travelbees omvårdnadsteori som grund.

Det första mötet. Det första mötet enligt Travelbee handlar om att se utanför de stereotypa rollerna: patient och sjuksköterska, för att kunna se det unika i varje individ (Kirkevold, 2000).

Sjuksköterskorna i studien beskrev att det var viktigt att inte döma eller ha några förutfattade meningar om kvinnan eller det som hade hänt henne. Enligt Travelbee är det omöjligt att möta en person utan ha några förutfattade meningar. I mötet med en annan person kommer vår förförståelse alltid att leda till en tolkning. Därför måste sjuksköterskan vara medveten om hur hennes förförståelse och eventuella förväntningar kommer att forma hennes intryck av patienten (Kirkevold, 2000). Sjuksköterskan och patienten kan ha olika uppfattning om vad ett "bra bemötande" är. Vi anser att även patientens förväntningar och förutfattade meningar kommer att inverka på hur denne upplever att den blir bemött av sjuksköterskan. Att sjuksköterskorna var medvetna om sin förförståelse var inget som kom fram i resultatet. Dock var ett centralt fynd i studien att alla sjuksköterskor tyckte att det var mycket viktigt att ta sig tid till att lyssna på kvinnan. Detta tolkar vi som ett aktivt försök till att lära känna personen bakom patienten.

Ett viktigt tema i studien var patientcentrerad vård vilket sjuksköterskorna åstadkom genom att sätta personen i fokus. Detta gjorde man bland annat genom att erbjuda kvinnan ett avskilt rum och visa respekt för hennes integritet och självbestämmande. De försökte även minimera antalet personer som var involverade genom att en och samma sjuksköterska följde henne genom hela vistelsen. Sjuksköterskorna lade även stor vikt vid att hela tiden informera patienten om vad som skulle hända. Detta stämmer överens med *HANDBOK Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp* (2010) riktlinjer för hur man ska bemöta denna patientgrupp. Tidigare studier har dock visat på att många kvinnor upplever mötet med sjukvårdspersonal som kränkande och att det till och med kan upplevas som ett andra övergrepp (Campbell 2008; Patterson Green & Campbell 2009; Campbell 2005). Vår studie är gjord på avdelningar där man specialiserar sig på att möta denna patientgrupp. Dessa sjuksköterskor har mer erfarenhet och kunskap av att möta kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp än de sjuksköterskor som t.ex arbetar på en vanlig akutmottagning eller vårdcentral. Enligt Kelleher & McGilloway (2009) var bemötandet av kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp bättre på specialiserade kliniker.

En svensk studie gjord 2003 (Skwarek, 2003) visade att enbart 55 % av kvinnorna upplevde att de fick ett bra stöd från vårdpersonalen. Klarare riktlinjer för

spårsäkring och omhändertagande av personer som utsatts för sexuella övergrepp infördes 2010 (Handbok, 2010). Vår studie kan tala för att detta kan ha påverkat bemötandet av denna patientgrupp positivt. Fler studier behövs dock för att kunna påvisa detta.

Framväxt av identiteter och Empati. Enligt Travelbee (Kirkevold, 2000) ska det första mötet leda till en framväxt av identiteter. Här växer personligheter fram och sjuksköterskans förståelse för patienten och dess upplevelser ökar. Personer i chockfasen kan ha svårt att uttrycka vad de behöver (Cullberg, 2003). Sjuksköterskan måste då använda sin erfarenhet och kompetens för att tillgodose kvinnans behov. Detta kan leda till att sjuksköterskan tolkar vad patienten behöver baserat på vad tidigare patienter har behövt. Risken är då att sjuksköterskan blir oförmögen till att se individen bakom patienten och därför bemöter alla patienter lika (Kirkevold 2000). Sjuksköterskorna i studien beskrev dock vikten av att vara följsamma för kvinnans behov och vilja. De anpassade sitt agerande och bemötande därefter. Denna följsamhet tolkar vi som att sjuksköterskan hade försökt att identifiera kvinnan som en unik individ. Travelbee anser att empati är centralt för att kunna uppnå ett mellanmänskligt möte (Kirkevold, 2000). Enligt Travelbee är det omöjligt att känna empati utan att ha liknande erfarenheter. Detta ställer vi oss kritiska till då det betyder att väldigt få sjuksköterskor då skulle kunna bemöta patienter på ett empatiskt vis. Vi anser att sjuksköterskorna visade på ett empatiskt förhållningssätt i bemötandet då de försökte förstå individen och hennes reaktioner på det som inträffat.

Sympati. Enligt Travelbee är enbart empati inte tillräckligt för god omvårdnad utan sjuksköterskan måste även ha sympati för patienten. Sympati beskrivs som en önskan att lindra lidandet och känna äkta medkänsla för patienten (Kirkevold 2000). Detta har likheter med det Eide & Eide (2009) kallar för professionell empati. Resultatet i studien visar att sjuksköterskornas sympati för kvinnan tog sig olika uttryck. Genom att hålla handen och ha ögonkontakt med kvinnan under undersökning var de ett fysiskt och emotionellt stöd till henne under undersökningen. En sjuksköterska försökte göra fotograferingen mindre obehaglig för kvinnan genom att göra henne delaktig och skyla hennes kropp. En annan sjuksköterska upplevde fotograferingen som obehaglig. Detta för att hon hade en förståelse för patientens utsatthet och att hon upplevde att hon inte kunde göra något för att minska den. Således kunde hon inte omvandla sin empati till en handling för patienten bästa. Eventuellt kan detta bero på att sjuksköterskan hade projicerat sina egna känslor och behov på patienten. Detta kallas för överidentifikation (Kirkevold, 2000). Att arbeta med kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp väcker starka känslor. För att kunna bemöta kvinnan på bästa vis måste sjuksköterskan lära sig att hantera sina känslor för att inte projicera dessa på kvinnan. Det föreligger annars en risk för överidentifikation, vilket tidigare studier visat (Goldblatt, 2009). En sjuksköterska i studien uppfattade arbetet med denna patientgrupp som emotionellt påfrestande. Detta ledde till att hon kände att hon och hennes kollegor hade ett behov av att distansera sig från patienterna. Detta var något som hon uppfattade som negativt. Förmågan att distansera sig som sjuksköterska är viktig för att på ett professionellt sätt kunna möta kvinnan och ge henne den vård hon behöver. Dock kan en kraftig distansering leda till ett sämre bemötande av kvinnan (Goldblatt, 2009).

Ömsesidig förståelse och kontakt. Enligt Travelbee (Kirkevold, 2000) är målet för omvårdnaden att patienten ska kunna bemästra sin sjukdom och finna en mening i det som har hänt. I den avslutande fasen ska det enligt Travelbee finnas en ömsesidig kontakt och förståelse mellan sjuksköterskan och patienten. Vi tror det är väldigt svårt att finna en mening i att bli utsatt för ett sexuellt övergrepp. Dock kan den *relation* som uppstått mellan sjuksköterska och patient uppfattas som meningsfull. Detta kan då hjälpa kvinnan att acceptera det som har hänt, vilket kan leda till en positiv krishantering. Den djupa kontakt som Travelbee (Kirkevold, 2000) talar om tror vi är svår att uppnå på en akutmottagning. Detta visar också vårt resultat på då sjuksköterskorna beskrev att tidsbristen och den stressiga miljön kunde vara ett hinder för ett bra bemötande. Sjuksköterskorna beskrev sitt arbete som meningsfullt. Genom ett bra bemötande och ett gott omhändertagande upplevde de att de kunde hjälpa kvinnan. Samtidigt upplevde de dock en otillräcklighet eftersom de inte kunde lindra allt kvinnans lidande.

SLUTSATS

Resultatet av vår studie visar på att bemötandet av denna patientgrupp inte skiljer sig från bemötandet av någon annan patientgrupp i kris. Det som kan vara ett hinder för bra bemötande är behovet av att avskärma sig. Distansering behövs för att sjuksköterskorna ska kunna bemöta dessa kvinnor på ett bra sätt, men det kan också leda till ett sämre bemötande. Ett viktigt fynd i vår studie var att sjuksköterskorna upplevde att de kunde ge kvinnorna ett bättre bemötande om de kände sig säkra i den rättsmedicinska undersökningen. Detta tycker vi tyder på att utbildning och specialiserade klinker behövs för att bemöta denna patientgrupp på bästa vis.

Vidare forskning

Tidigare forskning i ämnet kommer till största delen från USA. Modern svensk forskning gällande sjukvårdens bemötande vid sexuella övergrepp verkar vara nästan obefintlig. Vi tycker därför att svenska studier inom området hade varit önskvärt. Nytt spårsäkringskit och riktlinjer för omhändertagande av personer som utsatts för sexuella övergrepp kom ut 2010. Det hade varit intressant att undersöka om/hur detta kan ha påverkat bemötandet. Det hade också varit av intresse att se om hur bemötande och omhändertagande skiljer sig från olika sjukhus i landet.

REFERENSER

Brottsbalk (1962:700)

BRÅ (2005)

>http://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f1800012829/2005_07_valdta kt_kartlaggning.pdf< 19/9-2012

Burnard, P(1991) A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today* 11 (6), 461 – 466.

Burnard P , Gill P, Stewart K, Treasure E & Chadwick B. (2008) Analyzing and presenting qualitative data *British Dental Journal* 204, 429 - 432

Cullberg, J. (2003) *Kris och utveckling: en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie*
Stockholm: Natur och Kultur

Campbell R. (2005) What really happened? A validation study of rape survivors' help seeking experience with the legal and medical systems.
Violence & Victims, 20. 55-68.

Campbell R, (2006) Rape Survivors' Experiences With the Legal and Medical Systems - Do Rape Victim Advocates Make a Difference?
Violence Against Women January 2006 vol. 12 no. 1 30-45

Campbell R. (2008) The Psychological Impact of Rape Victims' Experience With the Legal , Medical, and Mental Health Systems.
American Psychologist, November 2008, 702-717

Duma SE, Mekwa JN, Denny LD (2007) Women's journey of recovery from sexual assault trauma: a grounded theory Part 1
Curationis. 30 s.4-11

Eide H, Eide T. 2009 *Omvårdnadsorienterad kommunikation – Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*
Lund: Studentlitteratur

Graneheim UH, Lundman B, (2004), Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112

Goldblatt H. (2009) *Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences*
Journal of advanced nursing 65 (8), 1645 - 1654

Helsingforsdeklarationen (2008)

><http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>< 2012-12-15

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2007)

><http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20%20webb2.pdf><2012-12-12

Kirkevold, M (2000) *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*.
Lund: Studentlitteratur.

Lag (2003:460) *om etikprövning och forskning som avser människor*

Lundman, B & Hällgren Graneheim, U (2008) Kapitel 10 Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (Upplaga 1:2). Lund: Studentlitteratur, s 159-172

Nationellt centrum för kvinnofrid (2010) *HANDBOK- Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp*.
Rapport 2008:1

Olsson H, Sörensen S, (2011) *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*
Stockholm: Liber

Patientsäkerhetslag (2010:659)

Patterson D, Greeson M, Campbell R (2009) Understanding Rape Survivors' Decisions Not to Seek Help from Formal Social Systems.
Health & Social Work, 34, 127-136

Polit DF, Beck CT (2010) *Essentials of Nursing Research- Appraising Evidence for Nursing Practice* (7:e upplagan)
Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins

Skwarek, E (2003) *Våldtäkt – tre delstudier om sjukvårdens bemötande, omhändertagande och behandling av kvinnor utsatta för våldtäkt*
Stockholm: Södersjukhuset

Trost J, (2010) *Kvalitativa intervjuer*
Lund: Studentlitteratur

Ullman SE (1996) Social reactions, coping strategies and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of women quarterly*. 1996;20 s.505-26

Vickerman K A, Margolin G (2009) Rape treatment outcome research: Empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review, 29, 431-448*

WHO (2012) *Clinical Management of Rape Survivors - Developing protocols for use with refugees and internally displaced*
><http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159263X.pdf>< 19/9-2012

BILAGOR

Bilaga 1

Informationsbrev

| | |
|--|--|
| Projektets titel: <i>Bemötande vid sexuella övergrepp – ur sjuksköterskans perspektiv</i> | Datum: |
| Studieansvariga: Ellinor Strömblad & Rosanna Hughes Ellinor : HBA06022@student.mah.se Rosanna: M11P0642@student.mah.se | Studerar vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040- 6657000 Utbildning: Sjuksköterskeprogrammet Nivå: Grundutbildning |
| <p>Vi är två framtida sjuksköterskor som studerar vid Malmö Högskola. Vi kommer under hösten att skriva vår kandidatuppsats. Vi har valt att skriva om bemötande av kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp. Vårt syfte med uppsatsen är att undersöka vilken form av bemötande sjuksköterskor anser vara det bästa i första mötet, på en akutmottagning med kvinnor som blivit utsatta för sexuella övergrepp. Syftet leder till följande frågeställningar:</p> <ul style="list-style-type: none">-Vad är viktigast för att etablera den första kontakten?-Hur stöttar sjuksköterskan kvinnan under undersökningens gång?-Hur stöttar sjuksköterskan patienten vid utskrivning, hur avslutas besöket? <p>För att svara på syfte och frågeställningar vill vi intervjua sjuksköterskor som kommer i kontakt med dessa kvinnor i det akuta skedet. Med det akuta skedet menar 0-72 h efter övergrepp. Semistrukturerad intervjuemetod kommer att användas vilket betyder att vissa ämnen kommer att beröras med hjälp av öppna frågor. Intervjuerna kommer att spelas in för att sedan transkriberas, avidentifieras och analyseras med hjälp utav innehållsanalys. All information som informanterna ger är konfidentiell, det vill säga att ingen information informanten delger kommer att kunna spåras tillbaka till denna. Som informant har ni rätt att avsluta er medverkan när som. Intervjuerna kommer att ske på en plats som ni som informant själva väljer. Studien kommer att publiceras online på MUEP, Malmö University Electronic Publishing.</p> <p>Med vänliga hälsningar</p> <p>Rosanna och Ellinor</p> | |

Bilaga 2
Samtyckesblankett

Formulär

Samtycke

| | |
|---|--|
| Projektets titel: <i>Bemötande vid sexuella övergrepp – ur sjuksköterskans perspektiv</i> | Datum: |
| Studieansvariga: Rosanna Hughes & Ellinor Strömblad Ellinor : HBA06022@student.mah.se Rosanna: M11P0642@student.mah.se | Studerar vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040-6657000 Utbildning: Sjuksköterskeprogrammet Nivå: Grundutbildning |
| Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande. | |
| Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning: | |
| Datum: | |
| Deltagarens underskrift: | |

Bilaga 3

Intervjuguide

Namn

Ålder

Antal år färdig sjuksköterska

Erfarenhet antal år arbetat med kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp

Antal år på just den här avdelningen

Vad är anser du är ett bra bemötande vid första kontakten

Vad är viktigast för att etablera den första kontakten?

- Vad är din första prioritering?
- Finns det något som du undviker?

Vad anser du är ett bra bemötande under undersökningen?

Hur stöttar sjuksköterskan kvinnan under undersökningens gång?

- Vad är din roll som sjuksköterska under patientens vårdtid?
- Hur ska man få patienten att känns sig trygg?
- Hur tänker du runt kvinnans närstående?
- Finns det något du alltid/aldrig gör?

Vad är ett bra bemötande vid utskrivning?

- Vad anser du är din roll när patienten skrivs ut?
- Finns det något du alltid gör vid utskrivning?
- Erbjuds patienten uppföljning/ krishantering på något vis, hur ser denna ut ?

Finns det något du skulle vilja att man gjorde annorlunda i bemötandet?

Bilaga 4

Burnards Innehållsanalys (1991)

1. Efter och under varje intervju görs minnesanteckningar. Gemensamma tankar och idéer diskuteras och berörda ämnen skrivs ner.
2. Det transkriberade materialet läses noga och övergripande teman antecknas.
3. Det transkriberade materialet läses igen och så många småkategorier som möjligt skrivs ner för att kunna beskriva alla aspekter i materialet. Denna metod benämns som öppen kodning, det material som inte svarar på syftet avlägsnas.
4. Listan av kategorier studeras och samordnas. Liknande småkategorier med samma betydelse slås ihop till större kategorier, målet är att minska antalet småkategorier.
5. Den nya listan av kategorier och småkategorier slutställs genom ytterligare bearbetning och sammanslagning av liknande kategorier och småkategorier.
6. Två kollegor bjuds in för att granska materialet för att se ifall de kommer fram till liknande kategorier och småkategorier som författarna. Eventuella justeringar till materialet gör därefter. Detta görs för att validera materialet.
7. Listan av kategorier och läses och jämförs mot det transkriberade materialet. Justeringar görs efter behov.
8. Det transkriberade materialets innehåll färgkodas efter kategorierna där varje kategori får en enskild färg.
9. Det färgkodade materialet klipps ut och organiseras efter färg i ett eget dokument.
10. Det utklippta materialet klistras ihop i ett dokument under relevanta kategorier och underkategorier.
11. Informanter erbjuds att kontrollera färgkodat material för att se så att det tillhör rätt kategori.
12. Varje färgkodad kategori behandlas som en helhet när resultatet av studien skrivs.
13. Skriftlig sammanställning av resultatet.
14. Studiens resultat jämförs och diskuteras mot tidigare forskning och litteratur.