



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Sjuksköterskans betydelse i vårdmötet med den våldtagna kvinnan

Författare: Monica Andell och Pernilla Sjöstrand

Handledare: Andreas Rantala

Kandidatuppsats

Våren 2015

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Sjuksköterskans betydelse i vårdmötet med den våldtagna kvinnan

Författare: Monica Andell och Pernilla Sjöstrand

Handledare: Andreas Rantala

Kandidatuppsats

Våren 2015

## Abstrakt

Konsekvenserna av ett oprofessionellt bemötande från sjuksköterskan kan utsätta den våldtagna kvinnan för en sekundär traumatisering eller en andra våldtäkt. Syftet med studien var att belysa våldtagna kvinnors erfarenheter från vårdmötet med sjuksköterskan, i det akuta skedet, samt hur sjuksköterskans omhändertagande kan leda till ett bra vårdmöte. Metoden var en litteraturstudie där sju kvalitativa studier granskades. Resultatet visar att kvinnorna var i behov av bekräftelse och det var viktigt att bli betrodd. Det är viktigt med information och valmöjligheter i vårdmötet för att främja återhämtning. Kunskapsbristen hos allmänsjuksköterskor kunde upplevas av kvinnorna som brist på engagemang och respekt. Däremot vård från specialistsjuksköterskor, inom forensisk omvårdnad, upplevdes kompetenta, respektfulla och omtänksamma. Specialistsjuksköterskan kan med sin kompetens undvika sekundär traumatisering för kvinnan och främja återhämtning.

## Nyckelord

Forensisk omvårdnad, våldtäkt, omhändertagande, kvinna, behov, valmöjlighet, återhämtning

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	3
Historik .....	3
Våldtäkt .....	3
Krisreaktion .....	4
Omvårdnad .....	5
Forensisk omvårdnad och undersökning .....	5
Kunskapsnivå och utbildning i Sverige .....	7
Perspektiv och utgångspunkter .....	9
Katie Erikssons omsorgsteori .....	9
Syfte .....	10
Metod .....	10
Datainsamling och urval .....	10
Inklusionskriterier .....	12
Exklusionskriterier .....	12
Dataanalys .....	12
Forskningsetiska avvägningar .....	13
Resultat .....	14
Kvinnans behov av vårdmötet .....	14
Få bekräftelse och bli betrodd .....	14
Information och valmöjligheter .....	15
Början till återhämtning .....	15
Kvinnans upplevelser av vårdmötet .....	16
Kompetens och erfarenhet .....	16
Brist på kompetens och erfarenhet .....	17
Diskussion .....	17
Metoddiskussion .....	17
Resultatdiskussion .....	20
Slutsats och kliniska implikationer .....	23
Författarnas arbetsfördelning .....	23
Referenser .....	24
Bilaga 1 (2) .....	28
Artikelmatris .....	28
Bilaga 2 (2) .....	31

# Introduktion

## Problemområde

Kvinnor som utsatts för våldtäkt och upplever ett oprofessionellt bemötande av sjuksköterskor vid vårdmötet, kan förstora känslan av maktlöshet, skam och skuld och det kan hämma återhämtning från våldtäkten. Negativa erfarenheter från vårdmötet med sjuksköterskor kallas den ”andra våldtäkten”, ”det andra överfallet” eller ”sekundär traumatisering” (Campbell, Wasco, Ahrens, Sefl & Bames, 2001; Campbell, 2006; Campbell, 2008b). Kunskap och erfarenhet om hur sjuksköterskor bemöter våldtagna kvinnor är av stor vikt, annars finns risk att kvinnorna upplever bemötandet som en andra våldtäkt och det kan påverka hennes psykiska hälsa negativt och kan upplevas som ett lidande i omvårdnadsprocessen (Campbell et al., 2001).

Kvinnor som utsatts för våldtäkt upplever omhändertagandet från sjuksköterskor som bristfällig (Campbell & Raja, 1999; Patterson, Campbell & Townsend, 2006). Blicken och bemötandet från sjuksköterskor vid mottagandet kunde kännas anklagande, frågor som ”var du berusad?”, ”vad hade du för kläder på dig?” kunde ställas. Kvinnorna upplevde att deras emotionella behov inte alltid blev tillgodosedda och kvinnorna kunde få sitta ensamma under en längre tid i väntan på undersökning. Alla kvinnor behandlades inte med antibiotika, blev inte screenad för HIV eller sexuellt överförbara infektioner (STI) och kvinnorna upplevde det som att de inte blev sedda (a.a.). Sjuksköterskor på flera akutmottagningar, som har utbildning i forensisk omvårdnad, utför inte undersökningen kontinuerligt för att bibehålla färdigheten och sjuksköterskor som saknar utbildning utför oftast undersökningen felaktigt (Campbell, 2008b).

Ett flertal kvinnor upplever våldtäkten som ett svek mot deras egen självkänsla, identitet och säkerhet och de hamnar oftast i en krisreaktion. Risken att utveckla psykisk ohälsa förstärks om det blir ett dåligt omhändertagande från sjukvården (Campbell, 2008b). Våldtäkt är en av de allvarligaste kränkningar som en person kan bli utsatt för (NCK, 2008). Denna litteraturstudie kommer belysa de våldtagna kvinnornas upplevelser med sjuksköterskan i vårdmötet.

## Bakgrund

### *Historik*

År 1965 kriminaliserades våldtäkt inom äktenskapet, tidigare ansågs mannen ha rätt till sex med den kvinna han hade gift sig med (Grände, 2007). Samhället ville undvika en kvinnan som utsatts för våldtäkt då hon ansågs tillhöra en ”speciell sorts” grupp av människor. Den våldtagna kvinnan kunde stigmatiseras av samhället genom deras föreställning och risken för att bli betraktad som annorlunda gjorde att kvinnan inte trädde fram med att hon blivit våldtagen (a.a.). Många bär på en föreställning om förekomsten av våld och vad våldet får för konsekvenser. Föreställning är en mental beredskap som antas och människor reagerar medvetet eller omedvetet positivt eller negativt på en företeelse utifrån den värdering som finns om brottet eller offret i grunden (Björck, 2010). År 1984 skedde en stor förändring i sexualbrottslagstiftningen då sexualbrott benämndes för första gången som ett sexuellt övergrepp, som tidigare var ett sedlighetsbrott (SOU, 2001).

### *Våldtäkt*

Våldtäkt innebär tilltvingat samlag eller jämförbara sexuella handlingar genom användande av hot, utnyttjande av offrets hjälplösa tillstånd, misshandel eller annat våld (NCK, 2008). Ett samlag kan vara vaginalt, oralt och analt. Jämförbara sexuella handlingar kan vara att föra in föremål eller fingrar i anus eller underliv, könsdelar som kommer i beröring med varandra, tvingas onanera och samlagsliknande handlingar där direkt beröring hindras av till exempel klädesplagg (a.a.).

Begreppet våldtäkt beskrivs i Brottsbalken enligt 1§, kap. 6, i SFS 1962:700 som följande:

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 allvar är jämförlig med samlag, döms för våldtäkt till fängelse i lägst två och högst sex år.

Detsamma gäller den som med en person genomför ett samlag eller en sexuell handling som enligt första stycket är jämförlig med samlag genom att otillbörligt utnyttja att personen på grund av medvetlöshet, sömn, allvarlig rädsla, berusning eller annan drogpåverkan, sjukdom, kroppsskada eller psykisk störning eller annars med hänsyn till omständigheterna befinner sig i en särskilt utsatt situation.

Är ett brott som avses i första eller andra stycket med hänsyn till omständigheterna vid brottet att anse som mindre grovt, döms för våldtäkt till fängelse i högst fyra år.

Är brott som avses i första eller andra stycket att anse som grovt, döms för grov våldtäkt till fängelse i lägst fyra och högst tio år. Vid bedömning av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas, om våldet eller hotet varit av särskilt allvarlig art eller om fler än en förgripit sig på offret eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hänsyn till tillvägagångssättet eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet. Lag (2013:365).

Under en tio-årsperiod har anmälda våldtäkter i Sverige ökat enligt Brottsförebyggande rådet (BRÅ) (2015). År 2004 anmäldes drygt 10 000 sexualbrott, varav 4000 rubricerades som våldtäkt. Jämfört med år 2014 då 19 700 sexualbrott anmäldes, varav 6 620 rubricerades som våldtäkt. Ökningen kan till en stor del förklaras med att det kom en förändring i sexualbrottslagstiftningen den 1 april 2005. Den innebar att de gärningar som tidigare rubricerats som sexuellt utnyttjande nu rubriceras som våldtäkt. I statistiken ses det på antal anmälda våldtäkter som ökade mellan åren 2005 till 2011, samtidigt minskade anmälningarna om utnyttjande och sexuellt tvång (a.a.).

BRÅ:s Nationella trygghetsundersökning (NTU) från år 2013 uppskattar att det i Sverige sker minst 36 000 våldtäkter per år, vilket motsvarar 100 våldtäkter varje dygn. Det finns anledning att tro att kvinnor som utsätts för våldtäkt av någon närstående, är underrepresenterade i undersökningen. Anmälda våldtäkter är i underkant enligt BRÅ (Unizon, 2014).

### *Krisreaktion*

Krisreaktion delas in i fyra olika faser; chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorienteringsfas (Cullberg, 2006). Chockfasen innebär att överklighetskänslan är stark och händelser och information som getts kan vara svårt att minnas. Känslor blockeras ofta och kan kvarstå från sekunder och upp till veckor. Reaktionsfasen är en reaktion på vad som har hänt och kan spela ut aggressivitet, gråt och ångest och kan pågå under veckor upp till år. Nästa fas är bearbetningsfasen, då upplevelsen upprepar händelsen i minnet, både i drömmar och i vaket tillstånd. Det är olika hur länge upplevelsen behöver bearbetas genom exempelvis tal, skrift eller andra sätt vilket kan ta upp till flera år. Sista fasen är nyorienteringsfasen som innebär läkningsprocessen. Nya relationer och intressen har skapats, den drabbade försonar

sig med det som har skett. Denna fas varar fram till nästa gång man utsätts för en kris, då upplevs de fyra faserna igen (a.a.).

### *Omvårdnad*

Omvårdnad är det enskilda mötet mellan sjuksköterska och patient (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Förhållningssättet som sjuksköterskan har i mötet med patienten, som befinner sig i en svår eller utsatt situation, har stor betydelse för upplevelsen av vården och möjligheten till återhämtning. Genom att stödja patientens resurser, tro på dennes förmåga och respektera patientens värderingar och meningsupplevelser kan det främja patientens hälsa (a.a.).

Patienten ska erbjudas ett professionellt bemötande oberoende var besöket sker; på akutmottagning, vårdcentral eller gynekologisk klinik (NCK, 2008). Personcentrerad omvårdnad förutsätter ett förhållningssätt för sjuksköterskan att se patienten som en enskild individ (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). För att lindra lidandet bör sjuksköterskan ge patienten möjlighet att uppleva hopp, tillit och mening samt visa respekt för patienten sårbarhet, värdighet, integritet och självbestämmande (Eriksson, 1994).

Vårdsamtalet ska bygga på hur patienten vill ha det för att patienten ska kunna uppleva ett välbefinnande. Delaktighet i vården gör att patienten har tilltro, förståelse och kontroll över situationen. Ett bra samspel mellan sjuksköterska och patient skapar tillit och det är en förutsättning för att bygga förtroende för varandra (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

### *Forensisk omvårdnad och undersökning*

På 1970-talet startades en specialistutbildning i USA för sjuksköterskor som heter *Sexual Assault Nurse Examiner* (SANE). Syftet med SANE-utbildningen är att ge snabb och bekräftande vård, bevara offrets värdighet, minska psykologiska trauman och förbättra bevishanteringen (Campbell, 2008b; Patterson et al., 2006). Specialistsjuksköterskan lär sig hantera särskild kriminalteknisk utrustning och hur man genomför en forensisk undersökning. Även medicinska behov som smärtstillande läkemedel vid skador, graviditetstest och akut p-

piller, screening av HIV och STI blir utfört. Sjuksköterskan ska se till patientens emotionella behov genom krisen och en remiss till rådgivning och medicinsk uppföljning kan behöva att skrivas (a.a.).

I Sverige finns specialistutbildning inom forensisk omvårdnad, motsvarande till USA:s SANE-utbildning. Sjuksköterskans kunskap inom omvårdnadsvetenskap integreras med rättsväsendet (Linnéuniversitetet, 2012) och det innebär att sjuksköterskan ger omvårdnad till den våldtagna kvinnan, säkrar och dokumenterar spår och bevis som kan användas i en rättslig process mot förövaren. Sjuksköterskan har kunskap om aktuella lagar och författningar, tecken på våld och övergrepp och kan samverka med polis, rättsväsende och socialtjänst (Ejd, 2011; Linnéuniversitetet, 2012).

Det är av stor vikt att sjuksköterskan tar sig tid att lyssna på den våldtagna kvinnan, ger bekräftelse och skapar förtroende (NCK, 2008; Grände, 2007). Sjuksköterskan bör även förklara för kvinnan hur den forensiska undersökningen kommer att gå till, att alla delar i undersökningen är frivillig och kvinnan måste ge sitt godkännande för att den ska bli utförd (NCK, 2008). Undersökningen kan ta lång tid och upplevas kränkande, men spårsäkring är viktig att genomföra om kvinnan vill polisanmäla händelsen direkt eller i ett senare skede (NCK, 2008; Grände, 2007). Undersökningen får inte upplevas som ett nytt övergrepp för kvinnan (Ejd, 2011).

Sannolikheten att finna spår efter en våldtäkt påverkas av tiden som förlöper mellan våldtäkten och undersökningstillfället. De första 72 timmarna efter en våldtäkt ses som det akuta skedet. När kvinnan söker vård i det akuta skedet ska det erbjudas en fullständig kroppsundersökning för att upptäcka skador som kan kräva behandling (NCK, 2008). Medicinska prover för att upptäcka STI och graviditet, men också rättsmedicinska prover för att säkra spår (NCK, 2008; Grände, 2007). Spårsäkringssats efter sexuella övergrepp är ett färdigpackat set för en forensisk undersökning av både kvinnor och män. Den innehåller kam, tops, kuvert, papperspåsar, tejpfolier, rör för blod- och urinprover (NCK, 2008; Grände, 2007). En digitalkamera ska vara tillgänglig för fotodokumentation av skador. Spårsäkringssatsen har funnits sedan år 1995 och innehållet omarbetades senast år 2007. En guide för omhändertagande efter sexuella övergrepp medföljer till varje set (NCK, 2008). Sökning efter DNA som kan binda förövaren till våldtäkten som sperma, blod och saliv ska göras (NCK 2008; Grände, 2007). Topsprov tas från mun, slidöppning, mellangård och vid ändtarmsmyrning samt från livmoderhalsen, även från smutsiga fläckar på kroppen och/eller



kläderna (NCK, 2008). Kläderna som kvinnan haft på sig vid våldtäkten ska tas om hand och förvaras i separata papperspåsar för spårsäkring (NCK, 2008; Grände, 2007). Det är viktigt att dokumentera om kvinnan har duschat, bytt kläder, borstat tänderna, ätit eller druckit efter våldtäkten, då detta kan förklara eventuell avsaknad av förväntade spår efter förövaren. Spårsäkringsprover ska överlämnas till polisen om en anmälan har gjorts, annars sparas proverna inom sjukvården i minst två år (NCK, 2008). Alla sjukhus och de flesta vårdcentraler i Sverige har den utrustning som krävs för en komplett undersökning av den våldtagna kvinnan. Det som krävs för en undersökning är; spårsäkringssats, utrustning för gynekologisk undersökning, provtagningsmaterial, digitalkamera samt provtagning för sexuella överförbara infektioner. Om inte spårsäkringsprover tas vid första besöket är tillfället förlorat (a.a.).

### *Kunskapsnivå och utbildning i Sverige*

Det påvisas att det finns brister i utbildning och kunskap hos sjuksköterskor vid omhändertagandet av den våldtäktsutsatta kvinnan som söker vård (Björck & Heimer, 2014; SOU, 2004; NCK, 2008). Mer specifika utbildningar inom området behövs i grund-, vidare- och fortbildning för sjuksköterskor och övrig vårdpersonal (Björck & Heimer, 2014; SOU, 2004; NCK, 2008; Heimer, Björck, Stenson & Andréasson, 2006). Det finns brist på förståelse för den process kvinnan går igenom, även kunskap om hur sjuksköterskan bör bemöta kvinnan, leda henne till ett avskilt rum för att se till hennes integritet. Likaså empati och bekräftelse till kvinnans berättelse som de svåra frågorna; ”Har du blivit utsatt för fysiskt våld? Har du blivit utsatt för sexuellt övergrepp?”. Den information som bör ges till kvinnan om vilken hjälp och stöd som finns till hands anses bristfällig och mer kunskap efterfrågas (Björck & Heimer, 2014).

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) fick år 2007 i uppdrag av regeringen att utarbeta och implementera ett nationellt program för hälso- och sjukvården angående omhändertagande av offer för sexualbrott (NCK, 2008). Syftet med uppdraget var att förbättra omhändertagandet av sexualbrottsoffer inom hälso- och sjukvården och arbeta fram rutiner för hur undersökning, provtagning och dokumentation ska genomföras för att rättsväsendets beslutsunderlag ska bli så fullständigt och lämpligt för sitt ändamål som möjligt (a.a.). Vårdprogram och skriftliga

rutiner är nödvändiga för att kunna säkerställa hög kvalitet inom hela hälso- och sjukvårdens verksamhet oavsett var kvinnan söker vård (Heimer et al., 2006).

Vården ska vara av god kvalitet, lättillgänglig, respekt för patientens självbestämmande och integritet (HSL, SFS 1982:763). Det är hälso- och sjukvårdens ansvar att behandla kvinnans medicinska och psykosociala problem. Utbildningsansvaret för vårdpersonal, med avseende att våldsutsatta kvinnor får den vård som hälso- och sjukvårdslagen föreskriver, ligger framförallt hos landstingen. Välutbildad personal är grunden till ett gott omhändertagande (Heimer et al., 2006).

Vid Institutionen för hälso- och vårdvetenskap på Linnéuniversitetet finns en kurs på avancerad nivå i forensisk omvårdnad om 7,5 högskolepoäng. Det finns omkring 20 platser per år och krav på förkunskap är legitimerad sjuksköterska eller filosofie kandidatexamen inom omvårdnad/vårdvetenskap (Linnéuniversitetet, 2015). I utbildningen får sjuksköterskan en specialistkunskap inom den forensiska omvårdnaden. Hur bemötandet med brottsoffer och deras närstående samt gärningsmän kan se ut, även studera skador och sår, komplikationer till skador, psykologiska reaktioner från offer, fyndplatsundersökning och bevissäkring, sorg och sorgebearbetning, krisreaktioner, forensisk fotografering, etik, lagar och förordningar (a.a.).

I en nationell kartläggning som utfördes år 2005 av Rikskvinnocentrum (RKC), *Den svenska hälso- sjukvårdens arbete inom kompetensområde för våld mot kvinnor*, visar att hälso- och sjukvårdens arbete varierar stort mellan olika landsting och inom landstinget med att upptäcka och behandla våldsutsatta kvinnor. De gynekologiska mottagningarna har den största beredskapen medan vårdcentraler har den lägsta (Heimer et al., 2006). Kartläggning på regional nivå har Region Skåne rapporterat att det inte finns någon som har specifikt ansvar för frågor kring våldsutsatta kvinnor. I Region Skåne har tre av åtta akutsjukhus upprättat vårdprogram för att upptäcka sexuellt våld (Heimer et al., 2006). På mottagningsnivå i Skåne redovisar hälften av akutmottagningar och gynekologiska mottagningar att de har rutiner för psykosocialt och medicinskt omhändertagande och skriftliga rutiner för spårsäkring (a.a.).

## Perspektiv och utgångspunkter

Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är; främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Dessa ansvarsområden är en vägledning till att handla i överenskommelse med sociala värderingar och behov (ICN, 2014).

Två viktiga begrepp inom vetenskapen är ontologi och epistemologi. Ontologi betyder läran om varandet och handlar om de olika ting som finns i världen eller vad som utgör världen. Det präglar vår världsbild och hur vi ser på människan. Epistemologi betyder kunskapslära eller kunskapsfilosofi och handlar om vad som kan kallas för den absolut säkra kunskapen. Den empiriska epistemologin menar att säker kunskap baseras på erfarenheter (Kristensson, 2014).

### *Katie Erikssons omsorgsteori*

Idag är det ofta vården som skapar ett lidande för patienten och vårdpersonalen måste hitta andra vägar för att undgå eller minska vårdlidandet markant (Eriksson, 1994). Människan är i grunden en enhet av kropp, själ och ande (Eriksson, 1987b). De centrala begreppen är människan, hälsa och omsorg. Människan har förmåga till självreflektion och kan kritiskt granska sin situation och därigenom utvecklas. Hälsa är sundhet, friskhet och välbefinnande, att sträva efter integritet och helighet som är förenligt med uthärdligt lidande. Omsorg är att tillgodose patienters grundläggande behov (a.a.). Att vårda innebär att lindra lidandet i välgörenhet, tro, hopp och kärlek (Eriksson, 1994). En individs upplevelser är subjektiva och kan aldrig begripas eller tolkas fullt ut av andra. Varje individ har en önskan av att bli bekräftad och tillhandahålla rätten till att vara den man är. Varje gång bekräftelse ges ger det mod och kraft att gå vidare. Att bli bekräftad är någonting mer än att bli accepterad (Eriksson 1987a). Det finns tre olika former av lidande i vården; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Den första är sjukdomslidande, lidandet som är direkt anslutet till sjukdomen och dess behandling. Vårdlidande, som är när vårdsituationen med vårdpersonal blir ett lidande. Livslidande, som gäller sitt eget upplevda liv. I många situationer går dessa tre lidande in i varandra (a.a.).

Mot bakgrund av denna beskrivning är utgångspunkten ontologisk och kopplas till Erikssons teori (1987b), att se på människan som en enhet av kropp, själ och ande. Konsensusbegreppen

inom epistemologin är människa, miljö, hälsa och vårdande (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012). Avseende epistemologin är att, om möjligt, öka kunskapen och hur kvinnor upplever vårdandet från sjuksköterskan efter en våldtäkt (Kristensson, 2014).

Studien har utgått från ett patientperspektiv för att kunna få en större förståelse om kvinnans upplevelse från sjuksköterskans omhändertagande och även hur det påverkar den enskilda kvinnan.

## **Syfte**

Syftet med studien var att belysa våldtagna kvinnors erfarenheter från vårdmötet med sjuksköterskan, i det akuta skedet, samt hur sjuksköterskans omhändertagande kan leda till ett bra vårdmöte.

## **Metod**

Sammanställa relevant kunskap genom en litteraturstudie är ett arbetssätt för att söka och kritiskt granska vetenskaplig litteratur som sedan kan omsättas i praktiken. En litteraturstudie går ut på att först ställa en specifik undersökningsfråga, sedan på ett strukturerat sätt söka litteratur. Litteratursökningen och granskningen är metoden och resultatet är sammanställningen (Kristensson, 2014).

## **Datainsamling och urval**

Författarna har gjort en litteraturstudie genom att söka vetenskapliga artiklar i PubMed, CINAHL och PsycINFO med sökorden *attitude of health personnel, rape, rape victims, experience, nursing, sexual assault, och forensic nursing*. Sökstrategi lades upp tillsammans med de sökord som användes vilket följdes upp av en litteratursökning. Författarna fann att många studier var gjorda av Rebecca Campbell, därför gjordes en sökning på Rebecca Campbell i author och rape. Manuell sökning från hämtade artiklars referenslista utfördes. De studier som uppfyllde kriterierna författarna hade i sin sökning förekom ett första urval utifrån

relevanta titlar och abstrakt lästes. De som gick vidare till urval två lästes i sin helhet, de relevanta studierna valdes ut till urval tre. De studier som valdes ut bedömdes efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006) *protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ och kvantitativ metod*.

Tabell 1. Sökschema i PsycINFO

Databas	Sökord	Antal	Urval 1	Urval 2	Valda
PsycINFO		träffar			artiklar
# 1	"attitude of health personnel"	36717			
# 2	"sexual assault"	5475			
# 3	# 1 AND # 2	14	1	1	1
# 4	"nursing"	95199			
# 5	"rape victims"	3135			
# 6	"experience"	415262			
# 7	# 4 AND # 5 AND # 6	4	1	1	1
Filter	År 2000-2015	Female	English	Adult 18-64	
#8	"Rebecca Campbell" i Author	201			
#9	"rape"	7859			
#10	#8 AND #9	54	4	2	2

Tabell 2. Sökschema i PubMed

Databas	Sökord	Antal	Urval 1	Urval 2	Valda
PubMed		träffar			artiklar
# 1	"sexual assault"	3835			
# 2	"forensic nursing"	1385			
# 3	# 1 AND # 2	54	11	3	3
Filter	År 2000-2015	Female	English	Adult 19-64	

Tabell 3. Sökschema i CINAHL

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Valda artiklar
CINAHL					
# 1	"rape"	3284			
# 2	"nursing"	547649			
# 3	# 1 AND # 2	53	3	1	1
Filter	År 2000-2015	Female	English	Adult 19-64	

### *Inklusionskriterier*

Studier med kvalitativ och kvantitativ ansats söktes. Författarna valde att belysa vuxna kvinnor i åldrarna 18 till 64 år och de kvinnor som befann sig i det akuta skedet. Författarna använde sig av studier som var publicerade tidigast år 2000 och framåt samt studier på engelska och svenska.

### *Exklusionskriterier*

Författarna exkluderade de studier som berörde kvinnor under 18 och över 64 år. De studier som berörde våldtäkt på män exkluderades. Även kvinnor som blivit våldtagna tidigare i sitt liv för att begränsa sökningen. Våldtäkt på kvinnor från krigsdrabbade länder exkluderades med hänsyn till mer lidande.

### **Dataanalys**

Åtta artiklar valdes ut, sju kvalitativa och en kvantitativ, som bedömdes efter ett strukturerat protokoll (Willman et al., 2006). Protokollet är uppbyggt av frågor som besvaras med ja eller nej. Ett poängsystem upprättades för att kunna jämföra studiens relevans till föreliggande studies syfte. Varje ja fick ett poäng och de som besvarades med nej fick noll poäng. Maxpoängen var elva på de kvalitativa studierna. Poängen räknades samman och indelades

efter följande kvalitet; tio-elva poäng blev hög, åtta-nio blev medel och sex-sju blev låg. Maxpoängen för kvantitativ studie var 16 poäng. Även här delades det in i kvalitet hög 14-16 poäng, medel 11-13 och låg 9-10. Sju studier fick hög poäng och en studie fick medel poäng (a.a.).

De utvalda studierna lästes på djupet för att strukturera upp en bra grund för det fortsatta analysarbetet. En artikelmatris upprättades för att sammanfatta studierna på ett överskådligt sätt. Materialet sorterades utifrån de likheter och skillnader som identifierats och varje likhet som överensstämde med varandra från de olika studierna färgkodades (Kristensson, 2014). Det framkom två huvudtema; kvinnans behov av vårdmötet och kvinnans upplevelser av vårdmötet och fem subtema; bli betrodd och få bekräftelse, information och valmöjligheter, början till återhämtning, kompetens och erfarenhet och brist på kompetens och erfarenhet, tabell 4. Tema användes i föreliggande studie för att besvara undersökningsfrågan. Under hela sökningen dokumenterade författarna noggrant sökvägen. Den insamlade litteraturen sammanställdes genom en integrerad analys (a.a.).

## **Forskningsetiska avvägningar**

Forskningens främsta syfte är att skapa ny kunskap. Trots att kunskap är målet får forskning aldrig gå före forskningsdeltagarnas rättigheter och intressen. Varje deltagare måste få tillräcklig information om syfte, metod, förväntade fördelar och potentiella risker med studien (Helsingforsdeklarationen, 2013). I denna rapport har hänsyn tagits till de studier som har godkänts från en etisk kommitté. Vid en litteraturgranskning behövs ställningstagande tas till forskningsetiska frågeställningar om de studier som ska granskas, för att se om studierna är etiskt försvarbara eller inte. Det betyder att säkerställa att deltagarna har gett sitt godkännande till studien, aldrig inkludera människor i en studie om de riskerar att skadas på något sätt (Kristensson, 2014).

## Resultat

Resultatet i föreliggande studie bygger på sju kvalitativa studier, fyra från USA, två från Kanada och en från Storbritannien. Resultatet belyser den våldtagna kvinnans behov och upplevelser av vårdmötet med sjuksköterskan.

Tabell 4.

Huvudtema	Subtema
Kvinnans behov av vårdmötet	Bli betrodd och få bekräftelse
	Information och valmöjligheter
	Början till återhämtning
Kvinnans upplevelser av vårdmötet	Kompetens och erfarenhet
	Brist på kompetens och erfarenhet

### Kvinnans behov av vårdmötet

#### *Få bekräftelse och bli betrodd*

I det akuta skedet var professionell hjälp ett behov, som inte var dömande utan stöttande och visade empati (Smith & Kelly, 2001). Det var viktigt för kvinnorna att ingen tvivlade på hennes berättelse om att hon hade blivit våldtagen (Smith & Kelly, 2001; Ranjbar & Speer, 2013; Du Mont, White & McGregor, 2009). Med objektiva bevis från den forensiska undersökningen kunde kvinnornas berättelse bekräftas om vad som hänt och hon skulle därmed bli betrodd av vårdpersonal och omgivningen (Du Mont et al., 2009). Det ansågs betydelsefullt för de våldtagna kvinnorna att sjuksköterskan var närvarande i mötet och inte skyndade på (Fehler-Cabral, Campbell & Patterson, 2011; Ericksen, Dudley, McIntosh, Ritch, Shumay & Simpson, 2002; Ranjbar & Speer, 2013). Kränkande bemötande som att bli ifrågasatt, ej bli betrodd och skuldbelagd kunde leda till psykisk ohälsa, med risk för att det avskräckte till en eventuell vidare kontakt med sjukvården (Ranjbar & Speer, 2013; Campbell, 2005). Kvinnorna behövde befinna sig någonstans där de kunde känna sig säkra och beröring, värme och mat var ett behov kvinnorna hade när de kom in för vård. Det var av betydelse att sjuksköterskan utgick från ett helhetsperspektiv och gav personcentrerad vård



som innebar att fokusera på kvinnornas behov och önskemål (Ericksen et al., 2002; Fehler-Cabral, et al., 2011).

### *Information och valmöjligheter*

Kvinnorna var i behov av tydlig och repeterad information, tid att förstå informationen samt skriftlig information från sjuksköterskan (Ericksen et al., 2002; Campbell, 2005). Sjuksköterskan bör svara på kvinnans frågor, funderingar och svaren spegla sjuksköterskans expertis i ämnet (Ericksen et al., 2002). Kvinnorna saknade tillräcklig information om vad den forensiska undersökningen innebar, vilka valmöjligheter hon hade och vad hon ville genomföra. Kvinnorna önskade respekt från sjuksköterskorna, ta tillbaka sin autonomi, få vara självständiga, ta egna beslut och inte bli tillsagda vad som skulle utföras. Kvinnorna var i behov av insikt över vad som skulle hända i vårdmötet (Du Mont et al., 2009; Fehler-Cabral et al., 2011; Ericksen et al., 2002; Campbell, 2005; Ranjbar & Speer, 2013).

Kvinnor som sökte vård efter en våldtäkt, gjorde det för att kontrollera sin hälsa och att de inte blivit smittad av STI (Du Monte et al., 2009). Mer än hälften av kvinnorna som sökte vård fick information om risken att bli gravid och om STI, men det var bara en tredjedel av kvinnorna som blev informerade om HIV. En tredjedel av kvinnorna fick akut p-piller, för att motverka oönskad graviditet. De flesta kvinnorna som fick information om STI erhöll antibiotika och var femte kvinna av de som fick information om HIV fick bromsmedicin (Campbell, 2005).

### *Början till återhämtning*

Kvinnorna befann sig i en svår situation och behövde få information att återhämtning är en personlig process som tar olika lång tid. Processen till återhämtning började i vårdmötet med mottagningssamtal och undersökningar. Kvinnorna önskade att sjuksköterskan lyssnade på hennes berättelse, hennes perspektiv (Smith & Kelly, 2001) och hjälpte henne med känslor av rädsla, skuld och skam genom att vara närvarande (Ranjbar & Speer, 2013). Sjuksköterskan bör visa respekt och tålamod för att undvika sekundär traumatisering (Campbell, 2005;

Ranjbar & Speer, 2013) och istället främja återhämtning från våldtäkten (Ranjbar & Speer, 2013).

Kvinnorna upplevde en trygghet samt att de inte blev bortglömda av vården om det bokades in ett uppföljningssamtal på en bestämd tid inom 72 timmar från det kvinnorna lämnat akutmottagningen (Ericksen et al., 2002).

## **Kvinnans upplevelser av vårdmötet**

### *Kompetens och erfarenhet*

Kompetent och erfaret stöd från sjuksköterskan kunde medföra att kvinnorna upplevde respektfullt och omtänksamt vårdande. Under dessa förhållanden kunde skuld känslor och rädsla hos kvinnorna undvikas, som annars utgjorde stora hinder för återhämtning (Ranjbar & Speer, 2013). Studier som gjorts på sjukhus där specialistsjuksköterskor inom forensisk undersökning arbetade, visade att kvinnorna som sökte vård upplevde övervägande positiva känslor och erfarenheter av bemötandet från specialistsjuksköterskorna (Fehler-Cabral et al., 2011; Du Mont et al., 2009; Ericksen et al., 2002). Redan vid mottagningsamtalet upplevde kvinnorna att de blev behandlade med respekt, tröstade och lugnade av specialistsjuksköterskan. Specialistsjuksköterskan betonade för kvinnorna att det inte var hennes fel att hon hade blivit våldtagen (Fehler-Cabral et al., 2011; Du Mont et al., 2009). Kvinnornas lidande blev bekräftat av specialistsjuksköterskan som upplevdes förstående, omsorgsfull, tålmodig och ej dömande (Fehler-Cabral et al., 2011; Du Mont et al., 2009; Ericksen et al., 2002). Många kvinnor ansåg att specialistsjuksköterskan var human och det underlättade deras emotionella återhämtning (Fehler-Cabral et al., 2011).

Kvinnorna upplevde det lugnande och underlättande att specialistsjuksköterskan gav en tydlig grundlig förklaring angående den forensiska undersökningen samt visade omtanke och tålmod. Undersökningen upplevdes mer acceptabel för kvinnorna då de fick information om vilka valmöjligheter som fanns (Fehler-Cabral et al., 2011; Du Mont et al., 2009; Ericksen et al., 2002).

## *Brist på kompetens och erfarenhet*

Det upplevdes av en del kvinnor att sjuksköterskan inte hade tillräcklig kunskap eller erfarenhet i vårdmötet och en oförmåga att förstå hur utlämnande det var att ha blivit våldtagen (Ranjbar & Speer, 2013; Campbell, 2005; Ericksen et al., 2002; Fehler-Cabral et al., 2011). Kunskapsbristen kunde upplevas som brist på engagemang och respekt (Ericksen et al., 2002; Fehler-Cabral et al., 2011). En del kvinnor upplevde att specialistsjuksköterskan kunde agera distanserat och gjorde den forensiska undersökningen på rutin och glömde bort kvinnan i sin situation (Fehler-Cabral et al., 2011). Kvinnorna upplevde undersökningen som opersonlig och skrämmande och de kände sig sårbara och utsatta (Fehler-Cabral et al., 2011; Ranjbar & Speer, 2013; Du Mont et al., 2009). Undersökningen var en obekväm situation som påminde kvinnorna om våldtäkten de nyligen blivit utsatt för. Flera kvinnor ramade in sina upplevelser av den forensiska undersökningen som sekundär traumatisering (Campbell, 2005; Du Mont et al., 2009). Fast att undersökningen var svår att genomgå rekommenderade kvinnorna att genomföra den, för de ansåg att det var det rätta att göra (Du Mont et al., 2009). Kvinnorna berättade att negativa erfarenheter från sjukvården med respektlöst eller hänsynslös behandling av sjuksköterskor hämmade deras återhämtning (Ranjbar & Speer, 2013).

Kvinnorna önskade att sjuksköterskorna fick mer utbildning i hur de hanterar vårdmötet med kvinnor som blivit våldtagna (Ranjbar & Speer, 2013). En del kvinnor ville bidra till forskning inom området och sprida erfarenhet om hur det brister i bemötandet från sjuksköterskan. Genom forskning kan utbildningsprogram utvecklas (Campbell & Adams, 2009).

## Diskussion

### **Metoddiskussion**

En litteraturstudie med integrerad analys valdes för att om möjligt besvara syftet med studien och få ny förståelse och kunskap om det förekommer ett kliniskt problem i bemötandet av våldtagna kvinnor (Kristensson, 2014). Nackdel med en litteraturstudie är att författarna till föreliggande studie inte kunde styra vilka intervjufrågor som ställdes till de våldtagna

kvinnorna. Om en empirisk studie hade utförts hade förmodligen författarna enbart utifrån etisk aspekt fått intervjua vårdpersonal och det hade troligtvis inte gett en större inblick i kvinnornas utsatta situation. Det hade sannolikt inte heller besvarat studiens syfte med att få de våldtagna kvinnornas upplevelser, utan det hade bara gett sjuksköterskans syn på vårdmötet. Det fanns få kvalitativa studier utförda, där kvinnorna berättade om sina upplevelser av sjukvården med sjuksköterskan efter att de blivit utsatta för våldtäkt. Men av de studier som valts ut har vi fått en överblick över hur kvinnorna upplever vårdmötet, både från allmänsjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. Erikssons omsorgsteori (1987a, 1987b, 1994) ansågs vara en lämplig teori för litteraturstudien om våldtagna kvinnors upplevelser från vårdmötet. Eftersom kvinnorna befinner sig i en utsatt situation och upplever redan ett lidande efter att blivit våldtagen, måste sjuksköterskan ta hänsyn till att inte orsaka mer lidande för kvinnorna, att vålla ett vårdlidande.

Utifrån syftet skapades sökord som söktes i tre olika sökmotorer inom medicin och hälsa. Det är möjligt att författarna hade med andra sökord som de inte anammat fått annat utfall. Inklusions- och exklusionskriterier bestämdes för att begränsa studien. I efterhand hade möjligtvis fler studier uppdagats om begränsningarna uteslutits och författarna kan möjligtvis ha gått miste om relevanta studier. Urvalet från givna kriterier resulterade i ett fåtal studier. Författarna valde att inkludera studier både med kvalitativ och kvantitativ ansats för att inte gå miste om relevanta studier. Åldersbegränsning gjordes till kvinnor mellan 18-64 år som befann sig i det akuta skedet. Avsikten var inte att studera barn eller äldre som blivit våldtagna, då urvalet skulle beröra syftet och med hänsyn till författarnas tidsram. Urvalet överensstämde med litteraturstudiens syfte och gav ett adekvat underlag. Studier som inte berörde våldtagna kvinnor i det akuta skedet, exkluderades för att syftet var att om möjligt få en inblick hur kvinnorna upplevde vårdmötet i det akuta skedet. Det fanns många studier som berörde kvinnor som blivit våldtagna från krigsdrabbade länder. Dessa exkluderades med avseende till mer trauma och lidande relaterat till krig och då syftet var att studera en kvinnans upplevelse av vårdmötet i det akuta skedet. Årtalsbegränsning, med syftet att få en aktuell sammanställning av tidigare studier, kan ha medfört att författarna gått miste om relevant kunskap. Valet att endast inkludera dessa studier resulterade i att antalet som kunde användas var begränsat, kanske hade ett annorlunda och breda resultat påvisas om även äldre studier inkluderats. Dock anses de inkluderade studierna svara på föreliggande studies syfte. Språkförståelsen hos författarna gjorde att sökning efter studier var på svenska och engelska, det kan ha bidragit till att användbara studier har exkluderats.

Från de studier som inkluderades framkom det att Rebecca Campbell var forskare till många av studierna. Campbells karriär började år 1991 då hennes kandidatuppsats handlade om våld mot kvinnor. År 1996 tog hon forskarexamen vid Michigan State University och forskar och fokuserar på våld mot kvinnor, specifikt inom sexuella övergrepp, hur hälso- och sjukvården och rättsväsendet tillgodoser den våldtagna kvinnans behov (Campbell, 2008a; Michigan State University, 2015). Campbell har ett samarbete med flera rättsliga-, statliga- och lokala organisationer genom att arbeta fram olika programutvecklingar för kvinnor som är utsatta för våld (Campbell, 2008a).

Frisökning på Campbell i Author gjordes för att ytterligare få fram intressanta studier som kunde svara på föreliggande studies syfte. Manuell sökning från hämtade studiers referenslista gjordes, men inga ytterligare relevanta studier hittades till föreliggande studiens syfte. Campbell är aktiv inom sitt forskningsområde, men resultatet hade sannolikt inte påverkats om Campbells studier inte inkluderats i föreliggande studie, då resultatet även bygger på studier från andra forskare inom samma område.

Initialt inkluderades sju kvalitativa och en kvantitativ men den kvantitativa exkluderades i ett senare skede då den inte svarade på studiens syfte. Studien som exkluderades berörde sambandet mellan profylax mot graviditet och posttraumatisk stressyndrom (PTSD). PTSD kan utvecklas i ett senare skede för kvinnan, men då syftet var att belysa den våldtagna kvinnan i det akuta skedet ansågs studien inte längre vara aktuell. författarna i De studier som valdes ut lästes av båda författarna. För identifiering av tema till resultat arbetade författarna enskilt för att upptäcka likheter och skillnader i studierna. Därefter sammanställdes bådas anteckningar i en gemensam tabell och färgkodades utifrån likheter och skillnader, därefter skapades teman. Det var ett bra arbetssätt då författarna ansåg att bådas tolkning av resultatet lyftes upp och diskuterades.

Styrkan i denna kandidatuppsats är att den inkluderar studier med kvalitativ ansats och resultatet bygger på intervjuer som gjorts med våldtagna kvinnor och deras upplevelser med vårdmötet i det akuta skedet, därför anses resultatet var pålitligt. Utifrån epistemologin (Kristensson, 2014) är den säkra kunskapen den som baseras på kvinnans erfarenheter.

Kandidatuppsatsen svaghet är att resultatet bygger övervägande på studier gjorda i USA. En önskan hade varit att liknande studier hade gjorts i Sverige och att föreliggande studies

resultat hade byggts på dessa. För att få mer insikt och kunskap från de våldtagna kvinnorna som har upplevt vårdmötet med sjuksköterskor i Sverige.

## Resultatdiskussion

Den våldtagna kvinnans behov och kvinnans upplevelser av vårdmötet med sjuksköterskan var två teman som framkom. Kvinnorna uttryckte behov av trygghet, beröring, värme och mat när de sökte vård vilket ingår i sjuksköterskans centrala omvårdnadsområde (ICN, 2014). Det har likheter med Erikssons teori (1987b), att omsorg är att tillgodose patienters grundläggande behov. Det är viktigt att se kvinnan som en helhet, en individ, som har olika behov och önskemål och att sjuksköterskan ska ge personcentrerad vård (Eriksson, 1987b; NCK, 2008; Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Det optimala mötet, mellan den våldtagna kvinnan och sjuksköterskan, bör bygga på respekt, ödmjukhet, förståelse och tydlig information. Sjuksköterskan leder in kvinnan i ett enskilt rum och tar sig tid med kvinnan. Beröring från sjuksköterskan, genom att hålla kvinnan i handen eller omfamna henne under vårdsamtalet, kan ge trygghet till kvinnan. Under vårdtillfället finns sjuksköterskan hela tiden vid kvinnans sida och lämnar inte henne förrän hon är utskriven och eventuell remiss skriven (Campbell, 2008b; Patterson et al., 2006).

I de framtagna resultaten framkom det att kvinnorna i vissa fall fick dessa basala behov täckta, men andra studier visade på motsatsen. Det överensstämmer med Maier (2012), då det upptäcktes brister i bemötandet från allmänsjuksköterskan till den våldtagna kvinnan, innan ett SANE-program hade upprättats på en akutmottagning i USA. Allmänsjuksköterskan tog emot en våldtagen kvinna, som snabbt blev undersökt och fick sedan sitta ut i väntrummet, för att nästa kvinna skulle bli undersökt. Detta tillgodosåg inte kvinnans basala och emotionella behov. Numera har ett SANE-program upprättats på samma akutmottagning och det är en specialistsjuksköterska som tar emot den våldtagna kvinnan när hon anländer. Specialistsjuksköterskan lämnar inte kvinnans sida för att behandla annan patient, så om vårdmötet tar fyra eller åtta timmar och det upplevde kvinnorna som en trygghet (a.a.).

Det framkom att sjuksköterskans närvaro är betydelsefull i mötet med den våldtagna kvinnan och att sjuksköterskan tar sig tid att lyssna, ge bekräftelse och skapa förtroende, vilket framhävs i hälso- sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) samt bekräftas av Maier (2012) som

fann att snabbt omhändertagande från specialistsjuksköterskan minskade sekundär traumatisering. Det kopplas även till en ontologisk utgångspunkt med hur viktigt det är att vara närvarande och uppmärksamma kvinnans verklighet, att sjuksköterskan bör se kvinnan som en helhet och ge henne bekräftelse så inte ett vårdlidande uppstår (Kristensson, 2014; Eriksson, 1994).

Sjuksköterskan ansåg att information hade lämnats till kvinnan, men däremot upplevde kvinnan att informationen inte varit tillräcklig eller förekommit överhuvudtaget. Det överensstämmer med Rönnerberg och Hammarström (2000) som fann att flera kvinnor rapporterade att personalen inte informerade om deras lagliga rättigheter eller om vilka stödgrupper som fanns tillgängliga.

Sjuksköterskan har brist i sin kompetens om det inte finns förståelse om att kvinnan har svårare att ta till sig information när hon är i chockfasen (Cullberg, 2006). Anpassad och upprepad information i vårdmötet skapar trygghet hos kvinnan och ett förtroende för sjuksköterskan samt en känsla av gott omhändertagande vilket även Svensk sjuksköterskeförening (2014) bekräftar, att patienten har rätt till information och krav på informerat samtycke vid vård och behandling.

Om sjuksköterskan inte tar hänsyn till kvinnan och hennes valmöjligheter kan det ge henne en känsla av att hennes egen vilja inte har något värde. Konsekvenserna av ett oprofessionellt bemötande kan utsätta kvinnan för en sekundär traumatisering eller den andra våldtäkten och det kan leda till psykisk ohälsa (Campbell et al., 2001; Campbell, 2006; Campbell, 2008b). Maier (2012) belyser i sin studie att lång väntan på vård är ofta den primära källan till sekundär traumatisering. Även Rönnerberg och Hammarström (2000) studie belyser att kvinnan som utsätts för lång väntetiderna kan göra att hon lämnar sjukvården innan hon fått behandling. Ett trovärdigt vårdmöte ska byggas på god information, respekt och tydlighet i vad som kommer att hända, allt för att det inte ska upplevas som ett nytt övergrepp (Ejd, 2011).

Den forensiska undersökningen är frivillig, men undersökningen kan bara vara frivillig om kvinnan fått information om vilka valmöjligheter hon har (NCK, 2008). I likhet med Maier (2012) och Rönnerberg & Hammarström (2000) som betonade vikten av att inte döma kvinnan samt att få kvinnans tillåtelse till forensisk undersökning. Det är viktigt med valmöjlighet för att bevara kvinnans autonomi och integritet. Kvinnan ska även få information om att hon kan

välja att genomgå den medicinska undersökningen och behandling utan att genomföra en spårsäkring (Maier, 2012; NCK, 2008). Det kan vara en fördel för kvinnan om hon väljer att genomgå en spårsäkring trots att hon upplever undersökningen som obehaglig och svår. Heffron, Busch-Armendariz, Vohra, Johnson & Camp (2014) lyfter att när kvinnan befinner sig i det akuta skedet, kan hon ha svårt för att ta beslut om att göra en polisanmälan. Därför är det viktigt att sjuksköterskan informerar om att hon kan genomföra en forensisk undersökning och kan ta beslut senare om hur hon vill gå vidare med en polisanmälan. Maier (2012) anser det viktigt att sjuksköterskan respekterar kvinnans beslut och inte dömer henne för vad hon bestämmer sig för.

För att kunna se till kvinnans integritet och välbefinnande, att lindra lidande (Eriksson, 1994), belyser Maier (2012) att sjuksköterskan underlättar för den våldtagna kvinnan genom att vara närvarande i vårdmötet och bekräfta kvinnan. Bekräftelse genom att lyssna på hennes berättelse kan sjuksköterskan stötta kvinnan med att hantera sina känslor av rädsla, skuld och skam och även se till kvinnans emotionella behov genom krisen (Campbell, 2008b; Patterson et al., 2006). Resultatet visar att kvinnan behöver god information om hur omvårdnadsprocessen kommer att se ut. Det visar även att oprofessionellt bemötande och brist i information till kvinnan hämmar hennes återhämtning och det kan leda till att sjuksköterskan utsätter kvinnan för ett vårdlidande (Eriksson, 1994; Campbell et al., 2001; Campbell, 2006; Campbell, 2008b).

Sjuksköterskan med utbildning inom forensisk omvårdnad får en god grund till att utföra sitt arbete professionellt, det kan ha en positiv inverka på kvinnans psykiska hälsa. Rönnberg och Hammarström (2000) framhäver att för att kunna ge kvinnan bekräftelse krävs det kunskap om hur omhändertagandet av våldtagna kvinnor ska utföras. Specialistsjuksköterskan gav god information till kvinnan redan från början i vårdmötet och den minskade risken för missförstånd. Heffron et al. (2014) betonar att kvinnorna upplever specialistsjuksköterskan som omsorgsfull och förstående och att kvinnornas lidande blev bekräftat.

Det ingår i sjuksköterskans ansvarsområde att förebygga sjukdom, främja hälsa, lindra lidande och återställa hälsa (ICN, 2014) vilket i resultatet framkom att det var utmärkande för de sjuksköterskor som hade specialistutbildning. Det ska inte spela någon roll var kvinnan söker vård professionellt bemötande ska ges oberoende vilken mottagning det sker på. Det är viktigt med utbildning till vårdpersonal som gör att kvinnan kan få den professionella vård som hon är berättigad till (NCK, 2008).



Det uppmärksammades i resultatet en kompetensbrist hos allmänsjuksköterskan i vårdmötet med kvinnan, samtidigt som en del kvinnor upplevde att några specialistsjuksköterskor agerade oprofessionellt i sitt bemötande. Enligt Rönnerberg och Hammarström (2000) studie kunde personalen beskylla kvinnorna för att ta upp en sängplats för någon annan patient som var i ett större behov av den. Risken är stor att kvinnan objektifieras om sjuksköterskan inte närmar sig henne, lyssnar på vad hon har att säga eller försöka förstå kvinnans situation (Eriksson, 1987a).

Resultaten från studierna är inte entydiga och mycket forskning återstår att genomföra innan det med säkerhet kan sägas om det är specialistsjuksköterskan med sin kompetens som ger den professionella vården eller det i grunden har med sjuksköterskans personlighet att göra.

### **Slutsats och kliniska implikationer**

I studien framkom det att en våldtagen kvinna hamnar oftast i en akut krissituation och det kan bli ett omvårdnadsproblem om sjuksköterskan brister i sin kompetens och inte bemöter kvinnan på ett värdigt sätt. Det är nödvändigt med tydlig information till kvinnan samt vårdprogram och skriftliga rutiner för att kunna säkerställa omvårdnad av hög kvalitet. Studiens resultat visar att det finns ett behov av specialistsjuksköterskor inom forensisk omvårdnad för att minska sekundär traumatisering för den våldtagna kvinnan.

Föreliggande studie kan ge vårdpersonal information om vilket behov en våldtagen kvinna har då hon söker vård. Det skulle vara önskvärt att den vårdpersonal som tar emot den våldtagna kvinnan har kunskap om vilken vårdenhet som ska kontaktas för att kvinnan ska få rätt vård från början. Sjukvården måste ta sitt ansvar med att utbilda och fortbilda sin vårdpersonal inom forensisk omvårdnad, som våldsutsatta kvinnor är i behov av.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Arbetsfördelningen har varit jämt fördelat och båda författarna har tagit lika stort ansvar.

## Referenser

Award for distinguished early career contributions to psychology in the public interest:

Rebecca Campbell. (2008a). *American Psychologist*, 63(8), 699-717.

Björck, A. (2010). Att fråga om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården kräver utbildning. *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. (S. 191-196).

Brottsförebyggande rådet. (2014). *Våldtäkt och sexualbrott*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Hämtad 27 november, 2014, från <https://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/valdtakt-och-sexualbrott.html>

Campbell, R., & Raja, S. (1999). Secondary Victimization of Rape Victims: Insights from Mental Health Professionals Who Treat Survivors of Violence. *Violence and Victims*, 14(3), 261-275.

Campbell, R. (2006). Rape Survivors' Experiences With Legal and Medical Systems. Do Rape Victim Advocates Make a Difference? *Violence Against Women*, 12(1), 30-45.

Campbell, R. (2008b). The Psychological Impact of Rape Victims' Experiences With legal, Medical, and Mental Health Systems. *American Psychologist*, 63(8), 702-717.

\*Campbell, R. (2005). What Really Happened? A Validation Study of Rape Survivors' Help-Seeking Experiences With the Legal and Medical Systems. *Violence And Victims*, 20(1), 55-68.

\*Campbell, R., & Adams, A. E. (2009). Why do rape survivors volunteer for face-to-face interviews? A meta-study of victims' reasons for and concerns about research participation. *Journal Of Interpersonal Violence*, 24(3), 395-405.

Campbell, R., Wasco, S., Ahrens, C., Sefl, T., & Bames, H. (2001). Preventing the "second rape": rape survivors' experiences with community service providers. *Journal Of Interpersonal Violence*, 16(12), 1239-1259.

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. (5. omarb. och utök. utg.) Stockholm: Natur och kultur.

\*Du Mont, J., White, D., & McGregor, M. J. (2009). Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women. *Social Science & Medicine*, 68(4), 774-780.

Ejd, M. (2011). *Forensisk omvårdnad. Kunskap som kan fälla brottsling*. Hämtad 2 december, 2014, från <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/tidningen/2011/Nr-6-2011-6/Forensisk-omvardnad-Kunskap-som-kan-falla-brottsling/>

\*Ericksen, J., Dudley, C., McIntosh, G., Ritch, L., Shumay, S., & Simpson, M. (2002). Sexual assault: clinical issues. Clients' experiences with a specialized sexual assault service. *JEN: Journal Of Emergency Nursing*, 28(1), 86-90.

Eriksson, K. (1987a). *Pausen: en beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1987b). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. (1. uppl.) Stockholm: Liber utbildning.

\*Fehler-Cabral, G., Campbell, R., & Patterson, D. (2011). Adult Sexual Assault Survivors' Experiences With Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs). *Journal Of Interpersonal Violence*, 26(18), 3618-3639.

Grände, J. (2007). *Utsatt för våldtäkt?: en bok till dig som blivit drabbad*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.

Heffron, L. C., Busch-Armendariz, N. B., Vohra, S. S., Johnson, R. J., & Camp, V. (2014). Original research: Giving sexual assault survivors time to decide: an exploration of the use and effects of the nonreport option. *The American Journal Of Nursing*, 114(3), 26.

Heimer, G., Björck, A., Stenson, K., & Andréasson, C. (2006). *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor*. Uppsala: Rikskvinnocentrum, Uppsalas universitet.

Heimer, G.M., Björck, A., & Kunosson, C. (red.) (2014). *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Helsingforsdeklarationen. (2013). *Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 19 december, 2015, från

<https://www.slf.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>

International Council of Nurses Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Linnéuniversitetet. (2012). *Forensisk omvårdnad*. Hämtad 13 maj, 2015, från

<http://lnu.se/institutioner/institutionen-for-halso--och-varldvetenskap/forskning/forensisk-omvardnad>

Linnéuniversitetet. (2015). *Introduktion till forensisk omvårdnad*. Hämtad 13 maj, 2015, från

[http://lnu.se/utbildning/kurser/4VÅ118#semester\\_20151](http://lnu.se/utbildning/kurser/4VÅ118#semester_20151)

Maier, S. L. (2012). Sexual Assault Nurse Examiners' Perceptions of the Revictimization of Rape Victims. *Journal Of Interpersonal Violence*, 27(2), 287-315.

Michigan State University. (2015). *Campbell, Rebecca, Ph.D.* Hämtad 1 juni, 2015, från

<http://vaw.msu.edu/people/campbell/>

Nationellt centrum för kvinnofrid (2008). *Handbok: nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet.

Patterson, D., Campbell, R., & Townsend, S. (2006). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program goals and patient care practices. *Journal Of Nursing Scholarship*, 38(2), 180-186.

\*Ranjbar, V., & Speer, S. A. (2013). Revictimization and recovery from sexual assault: Implications for health professionals. *Violence And Victims*, 28(2), 274-287.

Rönnerberg, A K., & Hammarström, A. (2000). Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, (3), 222-229.

SFS 1962:700. *Brottsbalk*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 21 november, 2014, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Brottsbalk-1962700\\_sfs-1962-700/#K6](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Brottsbalk-1962700_sfs-1962-700/#K6)

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

\*Smith, M. E., & Kelly, L. M. (2001). The journey of recovery after a rape experience. *Issues In Mental Health Nursing*, 22(4), 337-352.

SOU 2001:14. *Sexualbrotten. Ett ökat skydd för den sexuella integriteten och angränsande frågor*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SOU 2004:11. *Kommittédirektiv: Ombildning av Rikskvinnocentrum till ett nationellt institut*. Stockholm: Socialdepartementet.

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Unizon. (2014). *100 våldtäkter varje dag*. Hämtad 28 april, 2015, från <http://unizon.se/mans-vald-mot-kvinnor/sexuellt-vald>

Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I. (red.) (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2012). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.



3	Ericksen, J., et al.  2002  Kanada	Journal of emergency nursing  <b>Clients' experiences with a specialized sexual assault service</b>	Förstå de våldtagna kvinnornas upplevelse från sexuella övergrepp och vårdandet på en akutmottagning.	Åtta kvinnor som vårdats på en specialistavdelning för sexuella övergrepp intervjuades två månader senare  Kvalitativ	9 tema Bli respekterad Ssk närvaro Känna sig trygg Bli berörd Ha kontroll Bli lugnad Dokumenterad kompetens Få information Bortom sjukhusväggarna	Godkänd av University of British Columbia School of Nursing McMillan Fund  Hög
4	Du Mont, J., et al.  2008  Kanada	Social Science and medicine  <b>Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women</b>	Undersöka patienternas upplevelse av forensisk undersökning	Face-to-face intervju med 19 kvinnor  Kvalitativ	Kvinnor som genomförde forensisk undersökning hade en förhoppning om att få objektiv bevis för att bli trodd av socialt nätverk. Kvinnorna ansåg att vårdpersonalen var förstående i mötet och de kände sig tillfredsställda  Förväntningar- få bevis, identifiera förövaren Erfarenheter- främst se till hälsan  Missförstånd om att undersökningen är frivillig	Godkänd av Social sciences and Humanities Research Council of Canada  Hög
5	Campbell, R  2005  USA	Violence and Victims  <b>What really happened? A validation study of rape survivors help-seeking experiences with the legal and medical systems</b>	våldtäktsoffer som sökte akutvård intervjuades innan utskrivning från sjukhus om vilka tjänster de fått och hur de behandlades, jämförelse med vad vårdpersonal har för syn på vården som ges	Intervju med 81 deltagande som var våldtäktsoffer. Även de läkare och sjuksköterskor som vårdade offren  Kvalitativ	Finns skillnad på hur patienten upplever sitt vårdmöte i jämförelse med hur sjuksköterskan och läkaren upplever det.	Godkänd av två stora stadssjukhus i USA  Hög

6	Ranjbar, V., et al.  2013  GBR	Springer Verlag:  <b>Revictimization and recovery from sexual assault: Implications for Health Professionals</b>	Syftet med studien var att undersöka de våldtagna kvinnornas syn på deras återhämtning från sexuella övergrepp, och identifiera vilken syn de har på deras vård efter en våldtäkt. Var den tillmötesgående eller hindrade den deras återhämtningsprocess?	27 st deltog i en enkätundersökning online  Kvalitativ	Deltagarna konstaterade ofta att återhämtning tar tid och tålamod. Först tar det tid för att inse vad som hänt och definiera det som ett sexuellt övergrepp. Därefter mer tid till vad som krävs för att bekräfta upplevelsen och acceptera det som en del av jaget. För de flesta deltagarna, innebar också återhämtningen att man blev fri från sina traumasymptom i samband med den erfarenhet och att man kunde gå vidare med sina liv utan ångest attacker, mardrömmar, blickar. Deltagarna rapporterade övervägande negativa möten med hälso- och sjukvården efter en våldtäkt och hur detta hindrade deras återhämtningsprocess. Vårdpersonalens oerfarenhet i att hantera de som blivit utsatta för sexuella övergrepp; vårdpersonal "ansluter sig till våldtäktsmyter och stereotyper; och respektlöst eller hänsynslös behandling av överlevande.	Godkänd av University Manchester's Faculty of Medical and Human Sciences  Hög
7	Campbell, et al.  2009  USA	Journal of Interpersonal Violence  <b>Why Do Rape Survivors Volunteer for Face-to-Face Interviews?</b>	varför våldtäktsoffer väljer att delta i samhällsbaserad, ansikte mot ansikte intervjuer	Studien var annonseras via affischer, flygblad och i Personliga presentationer till grupper av kvinnor Intervju med 102 kvinnor  Kvalitativ	De ville hjälpa andra Hjälpa sig själv Stödja forskningen Få ekonomisk ersättning	Informerat samtycke  Hög



**Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod***Beskrivning av studien* .....

Finns det ett tydligt syfte?	Ja	Nej	Vet ej
------------------------------	----	-----	--------

Patientkaraktäristiska	Antal.....		
------------------------	------------	--	--

Ålder.....			
------------	--	--	--

Man/Kvinna.....			
-----------------	--	--	--

Är kontexten presenterad?	Ja	Nej	Vet ej
---------------------------	----	-----	--------

Etiskt resonemang?	Ja	Nej	Vet ej
--------------------	----	-----	--------

*Urval*

-Relevant?	Ja	Nej	Vet ej
------------	----	-----	--------

-Strategiskt?	Ja	Nej	Vet ej
---------------	----	-----	--------

*Metod för*

-Urvalsförfarande tydligt beskrivet?	Ja	Nej	Vet ej
--------------------------------------	----	-----	--------

-Datainsamling tydligt beskriven?	Ja	Nej	Vet ej
-----------------------------------	----	-----	--------

-Analys tydligt beskriven?	Ja	Nej	Vet ej
----------------------------	----	-----	--------

*Giltighet*

-Är resultatet logiskt, begripligt?	Ja	Nej	Vet ej
-------------------------------------	----	-----	--------

*Kommunicerbarhet*

-Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja	Nej	Vet ej
--	----	-----	--------

- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	Ja	Nej	Vet ej
---	----	-----	--------

**Huvudfynd**

.....

.....

.....

.....

.....

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

Hög

Medel

Låg

**Kommentar**

.....  
.....  
.....

**Granskare sign**.....

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

## Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Beskrivning av studien

*Forskningsmetod*

- RCT  
 CCT (ej randomiserad)  
 Kontrollgrupper.....

*Patientkaraktäristiska*

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

*Kriterier för inkludering/exkludering*

Adekvat inkludering/exklusion

- Ja       Nej

*Intervention:* .....

*Vad avsåg studien att studera?*

Urvalsförfarandet beskrivet?

- Ja       Nej

Representativt urval?

- Ja       Nej

Randomiseringsförfarandet beskrivet?

- Ja       Nej       Vet ej

Likvärdiga grupper vid start?

- Ja       Nej       Vet ej

Blindning av vårdare?

- Ja       Nej       Vet ej

Blindning av patienter?

- Ja       Nej       Vet ej

Blindning av forskare?

- Ja       Nej       Vet ej

*Bortfall*

Bortfallsanalysen beskriven?

- Ja      Nej

Bortfallstorleken beskriven?

- Ja      Nej

Adekvat statistisk metod?

- Ja      Nej

Etiskt resonemang?

- Ja      Nej

*Hur tillförlitligt är resultatet?*

Är instrumenten valida?

Ja

Nej

Är instrumenten reliabla?

Ja

Nej

Är resultatet generaliserbart?

Ja

Nej

Huvudfynd

.....  
.....  
.....

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

 Hög

 Mellan

 Låg

Kommentar

.....  
.....

Granskare sign.....

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.