

Rettsmedisinsk sykepleie i norske overgrepsmottak

Linda Mølgaard Gustavsen

Avansert klinisk allmennsykepleier og leder
Overgrepsmottaket i Vestfold

Valborg Baste

Statistiker, forsker II og førsteamanuensis
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre og
Høgskulen på Vestlandet

Kjersti Alsaker

Forsker I og professor
NORCE, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og Institutt for helse og
funksjon, Høgskulen på Vestlandet, campus Bergen

Sykepleier

Seksuelle overgrep

Overgrepsmottak

Rettsmedisin

Tverrsnittsstudie

Sykepleien Forskning 2020 15 (82185) (e-82185)

DOI: 10.4220/Sykepleienf.2020.82185

Sammendrag

Bakgrunn: Seksuelle overgrep innebærer alvorlig kriminalitet som kan medføre store lidelser og tap av helse. Norske overgrepsmottak tilbyr et helhetlig helsetilbud med vekt på medisinske oppgaver som skadebehandling og forebygging av seksuelt overførbare sykdommer og graviditet. De tilbyr også psykososial ivaretagelse og ivaretagelse av det juridiske perspektivet gjennom rettsmedisinsk undersøkelse og dokumentasjon. Tilbudet gis av leger og sykepleiere. Det er lite kunnskap om hvilke oppgaver som utføres av sykepleiere, og hvilken kompetanse sykepleierne har i norske overgrepsmottak.

Hensikt: Studiens formål er å få kunnskap om sykepleiernes kompetanse og utførelse av oppgaver i overgrepsmottak.

Metode: Nettbasert spørreundersøkelse blant ansatte sykepleiere ved overgrepsmottak i Norge.

Resultat: Studien hadde en svarprosent på 50 prosent (n = 142). Sykepleiere fra alle de 24 overgrepsmottakene i Norge var representert. Alle var kvinnelige sykepleiere, og to av tre hadde over ti års yrkeserfaring. En av fire sykepleiere hadde gjennomført rettsmedisinsk kurs. Ved rettsmedisinske oppgaver som sporsikring av ytre kropp og munnhule rapporterte tre av fem sykepleiere at de utførte dette selvstendig eller delegert fra undersøkende lege. Ingen sykepleiere rapporterte om selvstendig eller delegert sporsikring av kjønnsorgan eller endetarm. Kurs i klinisk rettsmedisin ser ikke ut til å ha innvirkning på sykepleiernes selvstendighet og delegert utøvelse av rettsmedisinske oppgaver. Sykepleiere som hadde fått kompetanse gjennom grunnkurs eller klinisk rettsmedisinsk kurs, eller som hadde mer enn fem års arbeidserfaring i overgrepsmottak, rapporterte oftere at de utførte og dokumenterte psykososial ivaretagelse og medisinske oppgaver enten selvstendig eller delegert fra undersøkende lege, sammenliknet med dem som ikke hadde slik kompetanse. Ni av ti sykepleiere ønsket mer kompetanse.

Konklusjon: Sykepleiere i norske overgrepsmottak deltar i eller utfører alle oppgaver innen akutttilbudet til seksuelt overgrepsutsatte, også rettsmedisinske oppgaver. Gjennomført rettsmedisinsk kurs ser ut til å påvirke sykepleiernes rolle i psykososiale og medisinske oppgaver, men ikke i rettsmedisinske oppgaver. Studien viser at en av fire sykepleiere ønsker seg en egen videreutdanning med spesialisitet innenfor klinisk rettsmedisinsk arbeid.

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er seksuelle overgrep et omfattende samfunnsproblem som finnes i alle kulturer og samfunnslag verden over (1, 2). Seksuelle overgrep innebærer alvorlig kriminalitet, som kan gi den utsatte store lidelser og tap av helse (3).

Seksuelle overgrep i strafferettslig sammenheng er seksuell eller uanstendig atferd, seksuell handling eller seksuell omgang uten informert samtykke (4, 5). I den daglige talen brukes ulike begreper som seksualisert vold, voldtekt og seksuelle overgrep, som alle omfatter fysisk og/eller psykisk krenkelse av en persons seksuelle integritet (6).

I en norsk studie fra 2014 rapporterte 9,4 prosent kvinner og 1,1 prosent menn at de hadde opplevd voldtekt i løpet av livet (7). I 2017 oppsøkte 2000 personer Norges 24 overgrepsmottak (8).

Hva innebærer rettsmedisinsk undersøkelse?

Mennesker som er utsatt for seksuelle overgrep, har behov for et helhetlig helsetilbud, som inkluderer akutt skadebehandling, psykososial ivaretagelse og forebygging av seksuelt overførbare sykdommer og graviditet, men også rettsmedisinsk undersøkelse og dokumentasjon (2).

Rettsmedisinsk undersøkelse har til hensikt å undersøke og dokumentere skader og funn relatert til en kriminell handling. Den overgrepsutsattes kropp er «åstedet», og undersøkelsen må gjøres så tidlig som mulig og på helt riktig måte (9, 10). Arbeidet må utføres med høy kvalitet, da bevisene kan være avgjørende for utfallet av den rettslige forhandlingen (9).

Tilbudene ved overgrepsmottak

Ut fra behovet for en spesialisert tjeneste til overgrepsutsatte ble Norges første voldtektsmottak etablert i 1986 i Oslo. I handlingsplanen «Vendepunkt. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008–2011)» kom tiltak for og finansielle midler til å etablere overgrepsmottak i alle fylker (11).

Overgrepsmottakene gir et døgnåpent akutttilbud, uavhengig av anmeldelse, til voksne fra fylte 14 år (9, 12).

Overgrepsmottakene dekker ulikt befolkningsgrunnlag, og antallet saker varierer fra 7–552 per år.

Det er store variasjoner innenfor overgrepsmottakene knyttet til organisasjonsform, tjenestetilbud og kvalitet på det rettsmedisinske arbeidet (13). Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for at det gis tilbud til seksuelt overgrepsutsatte.

Selve tilbudet gis både ved overgrepsmottak organisert ved legevakter (kommunehelsetjenesten) og ved gynekologisk avdeling (spesialisthelsetjenesten). I mottakene arbeider det i hovedsak leger og sykepleiere i mindre deltidstillinger i ulike vaktordninger med både tilstedeværelse og/eller beredskapsvakt (13).

I Norge er de fleste overgrepsmottak organisert ut fra at rettsmedisinsk arbeid tradisjonelt er ansett som en legeoppgave. Den nasjonale dokumentasjonsprotokollen og sporsikringspakker er tilpasset denne modellen.

I noen få overgrepsmottak har sykepleierne definert ansvar og oppgaver også innenfor det rettsmedisinske arbeidet. Overgrepsmottakenes arbeid er beskrevet i veileder IS1457, «Overgrepsmottak – en veileder for helsetjenesten» (9).

I henhold til helsepersonelloven er det krav om at helsepersonell skal gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp ut fra situasjonen, arbeidets karakter og egne kvalifikasjoner (14). Helsepersonell er profesjonelle. Det innebærer å være kompetent – noe som igjen knyttes til autonomi og kvalifikasjoner (15).

Klinisk rettsmedisin i andre land

I Europa er klinisk rettsmedisin hovedsakelig et fagområde for leger, men med en begynnende spesialisering også for sykepleiere (16, 17). I USA og Canada er dette et veletablert fag- og arbeidsområde også for sykepleiere.

Innen *forensic nursing* (rettsmedisinsk sykepleie) finnes Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) – en gruppe sykepleiere med spesialkompetanse på akutttilbudet til seksuelt overgrepssatte (18).

Klinisk rettsmedisin i Norge

I Norge er klinisk rettsmedisinsk arbeid ingen spesialitet, verken for leger eller sykepleiere. Det foreligger ingen formelle krav til kompetanse for å arbeide i overgrepsmottak.

Kompetansetilbudet innenfor fagfeltet er basert på enkeltstående kurs av kort varighet, arrangert av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM).

Kursene består av grunnkurs for ansatte i overgrepsmottak som gir en generell innføring i de ulike delene av akutttilbudet, oppfølgingskurs med ulike temaer og et spesifikt tredagerskurs i klinisk rettsmedisin ved seksualovergrep. Tredagerskurset er primært for leger, men sykepleiere kan søke om å delta.

Utfordringer knyttet til kvaliteten på det rettsmedisinske arbeidet er påpekt i flere rapporter (13, 19). NKLM sier at kvalitetsmanglene blant annet innebærer at det ikke har vært klare faglige krav til personellet på mottakene, og at man «undervurderer hvor krevende det er å bygge opp god rettsmedisinsk praksis» (19).

Veilederen gir ingen tydelig anbefaling om ansvar og oppgavefordeling (9), og i den nasjonale protokollen, som ofte fungerer som rettsmedisinsk legeerklæring, kommer ikke oppgavefordelingen tydelig frem. Legen er ansvarlig, og sykepleierens arbeid blir tilnærmet «usynlig» i rettsmedisinsk sammenheng.

Det er ingen tilgjengelig norsk forskning som beskriver dagens praksis i norske overgrepsmottak knyttet til oppgavefordeling og utøvelse av oppgaver i akutttilbudet. Det finnes heller ingen forskning om hvilken kompetanse sykepleierne i norske overgrepsmottak innehar.

Hensikten med studien

Studiens hensikt var å få kunnskap om sykepleiernes kompetanse og utøvelse av oppgaver i overgrepsmottak, som et grunnlag for å kvalitetssikre og utvikle sykepleiernes kompetanse innenfor akutttilbudet til overgrepsutsatte.

Studien tok utgangspunkt i to forskningsspørsmål:

- 1) Hvilke oppgaver i det helhetlige akutttilbudet i overgrepsmottak deltar sykepleiere i eller utføres av sykepleiere?

- 2) Er noen av følgende faktorer assosiert med hvorvidt sykepleiere er de som utfører og dokumenterer psykososiale, medisinske og rettsmedisinske oppgaver selvstendig eller delegert: antallet år med arbeidserfaring i overgrepsmottak, videreutdanning, kurs eller organisering og størrelse på mottak?

Metode

Design

Studien var en kvantitativ tverrsnittundersøkelse og ble gjennomført som en nettbasert spørreundersøkelse.

Utvalg

Inklusjonskriteriene var ansatt som sykepleiere i de 24 overgrepsmottakene i Norge i det aktuelle tidspunktet for undersøkelsen.

Rekruttering av respondenter

Vi rekrutterte respondentene via den administrative lederen i overgrepsmottakene. Lederne videreformidlet e-post til de ansatte sykepleierne med informasjonsskriv og lenke til spørreundersøkelsen i Questback.

Dataprogrammet ivaretok anonymitet ved at respondentens e-postadresse eller identitet ikke kunne koples opp mot svarene. Datainnsamlingen foregikk i perioden 10.10.2017–01.12.2017.

Spørreskjemaet

I litteratursøk fant vi ingen tidligere utviklede spørreskjemaer som passet til kartleggingen. Derfor utarbeidet vi et spørreskjema, som ikke er validert, med følgende temaer: demografiske data, psykososiale, medisinske og rettsmedisinske oppgaver, egenrapportert kompetanse og ønsket kompetanseutvikling.

Det elektroniske spørreskjemaet inneholdt 85 spørsmål. I forkant ble spørreskjemaet gjennomgått av tre ledere for overgrepsmottak. De vurderte hvorvidt spørsmålene var entydige og relevante. Denne vurderingen medførte ingen endringer.

Tabell 1 viser hovedspørsmålsformuleringen med svaralternativer i spørreskjemaet. Spørreskjemaet er for omfattende til å ha med som vedlegg, men førsteforfatteren kan kontaktes for mer informasjon om skjemaet.

Spørsmålene hadde gjensidig utelukkende svaralternativer, men en oppsettfeil i det elektroniske spørreskjemaet gjorde at spørsmålene knyttet til psykososial ivaretagelse og medisinsk behandling fikk flervalgsmulighet.

Der respondentene hadde to svaralternativer, ble høyeste grad av selvstendighet brukt basert på hierarki i synkende rekkefølge: selvstendig, delegert, veiledende og assisterende. Hvis respondenten hadde brukt tre eller flere svaralternativer, kategoriserte vi svaret under svaralternativet «Annet».

I tillegg spurte vi sykepleierne om de dokumenterte sine egne observasjoner av pasientens psykiske tilstand, og om de merket og pakket sporsikringskonvoluttene. Spørsmålene hadde ja/nei-svaralternativ.

Tabell 1. Spørreskjemaets oppbygging

Spørsmålsformulering og svaralternativer

Hovedspørsmål: «Hvis du som sykepleier utfører «oppgaven», gjør du det?»

Svaralternativer:

- **Selvstendig:** Sykepleier dokumenterer og er ansvarlig for utøvelsen av oppgaven selv.*
- **Delegert fra undersøkende lege:** Sykepleier utfører og dokumenterer, men legen står ansvarlig.
- **Veiledende:** Sykepleier forklarer legen hvordan oppgaven bør utføres. Legen står ansvarlig.
- **Assisterende:** Legen utfører, dokumenterer og er ansvarlig. Sykepleier assisterer.
- **Legen utfører alene.**
- **Ivaretas av annet personell.**
- **Annet:** Mulighet for utfyllende kommentar.

Spørsmålene var delt i tre temaer, der «oppgaven» var:

1. Tema: Psykososial oppgaver:

- Psykososial ivaretagelse
- Dokumentasjon av pasientens psykiske status
- Samtale om den aktuelle hendelsen

2. Tema: Medisinske oppgaver:

- Informasjon om smittsomme sykdommer
- Igangsette forebyggende smittebehandling
- Vurdere og gi nødprevensjon

3. Tema: Rettsmedisinske oppgaver:

- Rusmiddelprøvetaking
- Fotografering
- Sporsikring på kropp/munn/skjede/endetarm
- Sikring av tøy
- Skadedokumentasjon av ytre kropp

*Selvstendig utøvelse av medisinske oppgaver er definert ut fra at sykepleieren utførte oppgaven på generell delegasjon fra overgrepsmottakets faglig ansvarlige lege eller delegert fra undersøkende lege.

Analyse

Materialet er beskrevet med antall og prosent samt gjennomsnitt, standardavvik (SD), median og variasjonsbredde for de kontinuerlige variablene.

Vi testet mulige assosiasjoner mellom demografiske og organisatoriske variabler og sykepleiernes selvstendige eller delegerte utøvelse av oppgaver ved å bruke kjiqvadrattester. P-verdier ble ansett som signifikante hvis de var under 0,05 ($p < 0,05$). Alle analysene ble utført i SPSS Statistics 25.

I analysene delte vi respondentene i to grupper, der de som rapporterte at de utførte og dokumenterte oppgaven som sykepleiere, enten selvstendig eller delegert fra undersøkende lege, var én gruppe.

Den andre gruppen var de som rapporterte at de hadde en veiledende eller assisterende rolle i oppgavene, eller at en lege eller annet helsepersonell utførte oppgaven.

I psykososiale oppgaver inngår ivaretagelse og samtale om hendelsen. I de medisinske oppgavene inngår forebyggende smittearbeid og vurdering av nødprevensjon i akuttundersøkelsen. I rettsmedisinske oppgaver inngår rusmiddelprøvetaking, fotografering, biologisk sporsikring av ytre kropp og munn samt sporsikring av tøy.

Overgrepsmottakene ble inndelt etter størrelse, ut fra antallet seksuelle overgrep i 2017, på følgende måte: stort mottak: over 100 saker, mellomstort mottak: 40–99 saker og lite mottak med under 40 saker.

I analysen ble overgrepsmottakene inndelt ut fra om tilbudet ble gitt i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten.

Etiske hensyn

Studien ble godkjent 26.06.2017 av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referansenummer 54683). Sammen med forespørselen om å delta fikk informantene et informasjonsskriv om frivillig deltakelse og muligheten for å trekke seg fra studien.

Vi registrerte besvarelse på undersøkelsen som samtykke til å delta i studien. Dataene er anonymisert og ble oppbevart i lukket arkivsystem.

Resultater

Alle de 24 overgrepsmottakene i Norge var representert. 142 sykepleiere av 283 svarte på spørreskjemaet, med en responsrate på 50 prosent. Alle respondentene var kvinnelige sykepleiere, og gjennomsnittsalderen var 43,5 år (SD = 10,0).

Sykepleierne oppga at de hadde deltatt i fra 0 til over 300 akuttundersøkelser, og medianen var 20 undersøkelser (gjennomsnittlig 37, SD = 59,0).



«Sykepleierne oppga at de hadde deltatt i fra 0 til over 300 akuttundersøkelser.»

Tabell 2 viser sykepleiernes arbeidserfaring, utdanning og deltakelse på aktuelle kurs. Av sykepleierne oppgav 58,5 prosent at de arbeidet i kommunehelsetjenesten, og 41,5 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Av respondentene arbeidet 36,6 prosent i små mottak (<40 saker), mens 45,1 prosent arbeidet i mellomstore mottak (40–100 saker) og 18,3 prosent i store mottak (>100 saker).

Tabell 2. Bakgrunnsfaktorer for arbeidsforhold, utdanning og erfaring blant sykepleiere ved overgrepsmottak i Norge

	Antall	%
Stilling i mottaket		
sykepleier	124	87,3
fagutvikler	5	3,5
koordinator	4	2,8
leder	8	5,6
annet	1	0,7
Antall yrkesaktive år		
0–5 år	13	9,2
5–10 år	35	24,6
11–15 år	19	13,4
16–20 år	29	20,4
over 20 år	46	32,4
Antall år som sykepleier i mottak		
under 1 år	12	8,5
1–2 år	31	21,8
2–5 år	34	23,9
6–10 år	32	22,5
over 10 år	33	23,2
Videreutdanning høyskole/universitet		
ja	70	49,3
nei	72	50,7
Gjennomført intern opplæring		
ja	136	95,8
nei	6	4,2
Gjennomført NKLMs grunnkurs		
ja	118	83,1
nei	24	16,9
Gjennomført en eller flere oppfølgingskurs		
ja	72	50,7
nei	70	49,3
Klinisk rettsmedisinsk kurs for mottak		
ja	36	25,4
nei	106	74,6
Arbeider i mottak organisert i		
spesialisthelsetjenesten	59	41,5
kommunehelsetjenesten	83	58,5
Arbeider i		
små mottak	52	36,6
mellomstore mottak	64	45,1
store mottak	26	18,3

Utførelse av oppgaver i akuttundersøkelsen

Av oppgavene i akuttundersøkelsen rapporterte 33,8 prosent av sykepleierne at de utfører psykosial ivaretagelse selvstendig. Sykepleierne rapporterte om selvstendig sporsikring av ytre kropp (30,1 prosent) og sporsikring av munn (32,4 prosent).

Ingen rapporterte om sporsikring av kjønnsorgan eller endetarm. Ved sporsikring av kjønnsorgan eller endetarm rapporterte 9,0 prosent at de veiledet legen (tabell 3).

Tabell 3. Sykepleiernes rolle i akuttundersøkelse av seksuelt overgrepssatte i overgrepsmottak

Oppgaver	Sykepleierens rolle													
	Selvstendig ¹		Delegert ²		Veiledende ³		Assisterende		Lege alene ⁵		Annet personell ⁶		Annet ⁷	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Psykososiale														
Psykososial ivaretagelse	48	33,8	15	10,6	7	4,9	50	35,2	0	0	0	0	21	14,8
Samtale om hendelsen	37	26,1	12	8,5	13	9,2	57	40,1	0	0	7	4,9	16	11,3
Medisinske														
Informasjon om smittsomme sykdommer	25	17,6	29	20,4	1	0,7	61	43,0	4	2,8	0	0	22	15,5
Forebyggende smittebehandling	28	19,7	63	44,4	3	2,1	43	30,3	1	0,7	0	0	4	2,8
Vurdere nødprevensjon	32	22,5	46	32,4	7	4,9	44	33,8	5	3,5	0	0	4	2,8
Rettsmedisinske														
Rusmiddelprøve	59	41,5	51	36,0	2	1,0	22	16,0	2	1,0	3	2,0	3	2,0
Fotografering	34	23,9	41	28,9	6	4,2	53	37,3	2	1,4	0	0	6	4,2
Sporsikring på kropp	44	30,1	38	26,8	1	0,7	47	33,1	10	7,0	0	0	2	1,4
Sporsikring i munn	46	32,4	39	27,5	3	2,1	43	30,3	11	7,7	0	0	0	0,0
Skadedokumentasjon i munn	18	12,7	18	12,7	6	4,2	74	52,1	23	16,2	0	0	3	2,0
Sporsikring i skjede/endetarm	0	0	1	1,0	13	9,2	105	73,9	18	12,7	1	1,0	4	2,8
Sporsikre av tøy	75	52,8	42	29,6	2	1,4	19	13,4	0	0	0	0	4	2,8
Skadedokumentasjon av kropp	16	11,3	7	4,9	4	2,8	88	62,0	7	4,9	0	0	6	4

¹Selvstendig = Sykepleieren utfører og dokumenterer og er selv ansvarlig for utførelsen av oppgaven

²Delegert = Sykepleieren utfører og dokumenterer, men legen står ansvarlig.

³Veiledende = Sykepleieren forklarer legen hvordan oppgaven bør utføres, og legen står ansvarlig.

⁴Assisterende = Legen utfører, dokumenterer og er ansvarlig, mens sykepleieren assisterer.

⁵Lege alene = Legen utfører oppgaven alene.

⁶Annet personell = Annet personell utfører oppgaven.

⁷Annet = Mulighet for utfyllende kommentar.

Sekstire prosent av sykepleierne dokumenterte egne observasjoner av pasientens psykiske tilstand. Sykepleierne rapporterte at de utfører merking og pakking av sporsikringskonvoluttene ved sporsikring av munn (99,0 prosent) og ved sporsikring av ytre kropp (100 prosent).

Kurs i klinisk rettsmedisin var assosiert med selvstendig eller delegert utførelse og dokumentasjon av psykososiale oppgaver ($p = 0,014$) og medisinske oppgaver ($p = 0,010$) (tabell 3), men ikke rettsmedisinske oppgaver.

Mer enn fem års arbeidserfaring som sykepleier i overgrepsmottak var assosiert med å utføre og dokumentere psykososiale oppgaver selvstendig eller delegert ($p = 0,020$).

Blant dem som hadde deltatt på NKLMs grunnkurs, var det en høyere andel som utførte og dokumenterte psykososiale oppgaver selv, enten selvstendig eller delegert (29,7 prosent), sammenliknet med dem som ikke hadde deltatt på kurset (8,3 prosent) ($p = 0,030$) (tabell 4).

Tabell 4. Sykepleiernes utførelse av oppgaver, selvstendig eller delegert

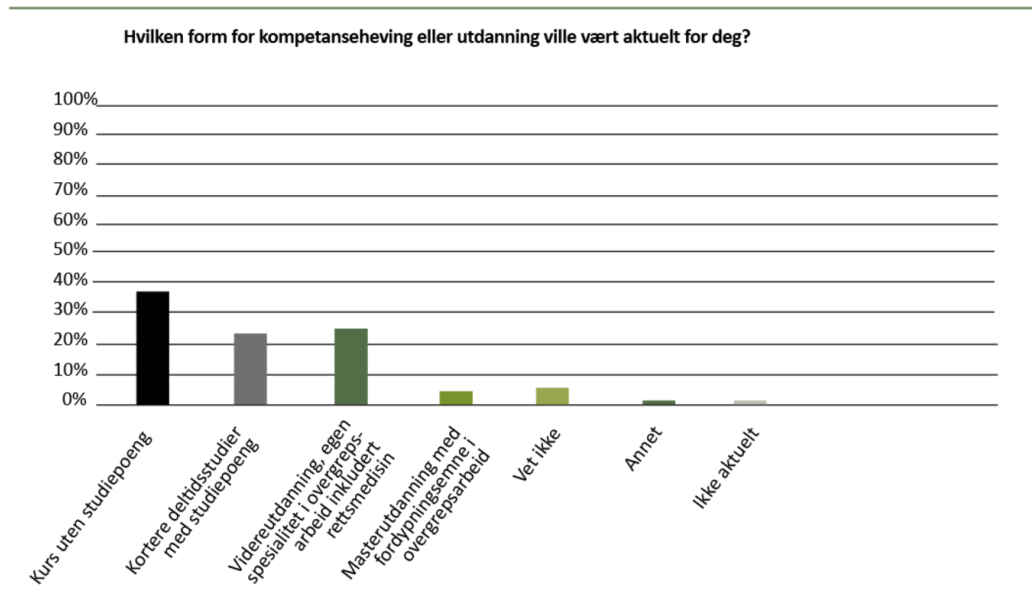
	Selvstendig eller delegert utførelse av:									
	Psykososiale oppgaver				Medisinske oppgaver			Rettsmedisinske oppgaver		
	n	Ja %	Nei %	p-verdi	Ja %	Nei %	p-verdi	Ja %	Nei %	p-verdi
Antall år som sykepleier i mottak										
1–5 år	77	18,2	81,8	0,020	26,0	74,0	0,224	28,6	71,4	0,748
6+ år	65	35,4	64,6		35,4	64,6		26,2	73,8	
Videreutdanning høyskole/universitet										
Ja	70	32,9	67,1	0,069	34,3	65,7	0,306	24,3	75,7	0,403
Nei	72	19,4	80,6		26,4	73,6		30,6	69,4	
Gjennomført NKLMs grunnkurs										
Ja	118	29,7	70,3	0,030	31,4	68,6	0,537	28,8	71,2	0,425
Nei	24	8,3	91,7		25,0	75,0		20,8	79,2	
Klinisk rettsmedisinsk kurs for mottak										
Ja	36	41,7	58,3	0,014	47,2	52,8	0,010	38,9	61,1	0,075
Nei	106	20,8	79,2		24,5	75,5		23,6	76,4	
Arbeider i mottak organisert i										
Spesialisthelse-tjenesten	59	28,8	71,2	0,528	25,4	74,6	0,288	32,2	67,8	0,286
Kommunehelse-tjenesten	83	24,1	75,9		33,7	66,3		24,1	75,9	
Arbeider i										
Små mottak	38	32,1	67,9	0,061	32,1	67,9	0,389	26,8	73,2	0,987
Mellomstore mottak	40	29,8	70,2		35,1	64,9		28,1	71,9	
Store mottak	23	8,0	92,0		20,0	80,0		28,0	72,0	

Sykepleiernes rapportering om selvstendig eller delegert utførelse av oppgaver ved akuttundersøkelser ved overgrepsmottak og assosiasjoner med ulike faktorer: antallet år som sykepleier i mottak, videreutdanning og kurs samt organisering og størrelse på mottak.

Det var ingen signifikante forskjeller mellom sykepleierne som arbeidet i små og store overgrepsmottak, og heller ikke mellom de som jobbet i mottak som var organisert i kommune- eller spesialisthelsetjeneste når det gjaldt graden av selvstendighet i hvordan oppgavene ble utført.

Blant sykepleierne rapporterte 93 prosent at de ønsket kompetanseheving, der 25,4 prosent ønsket videreutdanning med egen spesialitet innen klinisk rettsmedisinsk arbeid (figur 1).

Figur 1. Ønsket kompetanseutvikling blant sykepleiere i overgrepsmottak



Diskusjon

Sykepleiere i norske overgrepsmottak deltok i alle typer oppgaver innen akuttilbudet til seksuelt overgrepsutsatte, inkludert rettsmedisinsk arbeid. Sykepleierne rapporterte om ulik grad av ansvar for utøvelsen av de forskjellige oppgavene, fra å assistere legen til å utføre og dokumentere oppgavene selvstendig.

Blant dem som hadde deltatt på klinisk rettsmedisinsk kurs, var det en høyere andel som rapporterte om selvstendig eller delegert utførelse av medisinske og psykososiale oppgaver.

Imidlertid var det å delta på kurset ikke assosiert med å utøve rettsmedisinske oppgaver. Studien viser at de fleste sykepleierne på overgrepsmottakene har lang yrkeserfaring, og halvparten har videreutdanning.

Psykososial ivaretagelse

I studien vår rapporterte nesten alle at de deltok i psykososial ivaretagelse av pasienten, men det var en mindre gruppe (33,8 prosent) som oppga at de utførte dette arbeidet selvstendig. Samtidig dokumenterte de fleste sykepleierne sine egne observasjoner knyttet til psykisk status (63,0 prosent).

Psykososial ivaretagelse ved ulike former for krise inngår i grunnutdanningen og anses som en sykepleiefaglig oppgave. Vår studie viser ingen sammenheng mellom videreutdanninger eller høyskole etter grunnutdanningen og sykepleiernes rapportering om selvstendig eller delegert utøvelse.

Studien viser derimot at de sykepleierne som utførte psykososiale oppgaver selvstendig eller delegert, oftere hadde gjennomført grunnkurs og rettsmedisinsk kurs og hadde lengre arbeidserfaring enn fem år i overgrepsmottak.

Sykepleiernes kompetanse kan ha stor betydning i møte med pasienten (20). Du Mont og medarbeidere viser til at overgrepsutsatte oppgir at helsepersonellens kompetanse til å vise respekt, lytte og ikke tvile på historien, er viktig (21).



«Nesten alle rapporterte at de deltok i psykososial ivaretagelse av pasienten.»

«Handlingsplan mot voldtekt (2019–2022)» peker på at forutsetningen for god og helhetlig hjelp er avhengig av at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse (2). Funnene i studien vår kan indikere at spesifikk kompetanse, mer enn generell kompetanse, kan påvirke sykepleiernes utøvelse.

I handlingsplanen påpekes det at personellet på overgrepsmottakene skal ha nødvendig kompetanse, men den inneholder ingen nærmere spesifisering av typen kompetanse og/eller tiltak for kompetanseheving (2).

Samtale om overgrepshendelsen er en del av den psykososiale ivaretagelsen, men den er også et viktig ledd i den rettsmedisinske undersøkelsen, da den kan ha avgjørende betydning for en adekvat sporsikring og skadedokumentasjon (22, 23).

I en rettslig forhandling kan ikke alltid sporsikring og skadedokumentasjon alene gi svar på skyldspørsmålet. Pasientens psykiske og emosjonelle tilstand kan ha avgjørende betydning for utfallet av straffesaken (24).

Hvordan sykepleiernes observasjoner brukes som grunnlag for psykososial ivaretagelse av pasientens helse, eller ved at de også inngår i den rettsmedisinske dokumentasjonen, gir studien ikke svar på. Funnene peker på aktuelle problemstillinger knyttet til utøvelse og dokumentasjon av helsehjelp som også har betydning i rettslig sammenheng.

Medisinske oppgaver

Det er viktig for pasientene med forebyggende behandling av smittsomme sykdommer og graviditet. Denne studien viste at sykepleierne i høy grad var de som informerte og igangsatte smitteforebyggende arbeid, og at legen sjelden utførte medisinske oppgaver alene (0,7–3,5 prosent).

I spørreundersøkelsen ble selvstendig utøvelse av medisinske oppgaver definert ut fra at sykepleierne utførte oppgaven på generell delegasjon fra overgrepsmottakets faglig ansvarlige lege eller fra undersøkende lege.

Funnene samsvarer med det faktumet at det er en vanlig sykepleieoppgave å sette i gang medikamentell behandling, forordnet av lege.

Et interessant funn er at det er signifikant sammenheng mellom det å ha deltatt på rettsmedisinsk kurs og det at sykepleierne rapporterte om selvstendig eller delegert utøvelse og dokumenterte de medisinske oppgavene.

Vår studie belyser ikke årsakssammenhengen, men peker på at spesifikk kompetanse også påvirker sykepleiernes utøvelse av medisinske oppgaver.

I videre utviklingsarbeid bør kompetanseutvikling ses opp mot oppgaveutøvelse siden sykepleierne er de som ofte utøver forebygging av seksuelt overførbare sykdommer og graviditet. En mulig modell er SANE-utdanning, som gir spesialisert kunnskap om smitteforebyggende behandling og sertifiserer for forordning av aktuell medisinsk behandling (18).

Rettsmedisinske oppgaver

En rettsmedisinsk undersøkelse består av ulike oppgaver, der noen krever medisinsk kunnskap, mens andre er mer knyttet til tekniske prosedyrer som sporsikring, sikring av tøy og fotografering. Biologisk sporsikring kan være med på å bekrefte eller avkrefte et hendelsesforløp og/eller knytte en bestemt person til hendelsen (23, 24).

Nesten alle sykepleierne rapporterte at de deltok i sporsikring av ytre kropp og munnhule. Ved sporsikring av munnhule oppga to tredjedeler at de som sykepleiere utførte dette, enten selvstendig (32,4 prosent) eller delegert (27,5 prosent). Det var ingen sykepleiere som rapporterte at de selv utførte sporsikring av kjønnsorgan og endetarm.

Vår studie viser at sykepleierne oftest sporsikrer munnhule, mens legen utfører sporsikring av skjede og endetarm. Studien belyser en ulik tilnærming til hulrommene. Det kan være av praktiske hensyn, som at sykepleieren ofte møter pasienten først, og biologiske spor i munnen tapes raskt og må sikres før pasienten kan drikke eller pusse tenner (9, 22).

Tradisjonell oppfattelse av lege- og sykepleieroppgaver, og at sporsikringsmateriellet er merket med «prøvetaker lege», kan også innvirke på sykepleiernes grad av selvstendighet i hvordan oppgavene utøves.

Undersøkelse av skjede og endetarm er en oppgave som krever spesifikk medisinsk kompetanse utover sporsikringskompetanse, da man må undersøke for skade eller sykdom samtidig med sporsikringsundersøkelsen. I straffeloven er inntrenging av penis i munn likestilt med inntrenging av penis i vagina og endetarm (4).

Kravet til riktig utført prøvetaking, forebygging av kontaminering og pakking og merking av prøvematerialet (9, 22) er likt for alle hulrom. Studien vår gir ikke svar på om sykepleierens utøvelse av sporsikring i munn er av lavere kvalitet enn legenes sporsikring.

Denne studien viser at sykepleiere utfører sporsikring i munnhulen, som kan ha betydning for det rettslige utfallet og straffeutmålingen, selv om få har rettsmedisinsk kurs (4, 25).

Funnene i vår studie peker på at det er behov for mer kunnskap om hvordan det rettsmedisinske arbeidet i sin helhet ivaretas i overgrepsmottakene, og at sporsikringsmateriellet bør tilpasses dagens praksis.

Kompetanse

Denne studien viser at sykepleiere utfører rettsmedisinske oppgaver som kan ha avgjørende betydning i rettslig sammenheng. Noe overraskende er det at kurs i klinisk rettsmedisinsk arbeid ikke ser ut til å innvirke på sykepleiernes selvstendighet og delegert utøvelse av rettsmedisinske oppgaver, men på psykososiale og medisinske oppgaver.

Funnene kan ha betydning for hvordan man skal se på fag- og kompetanseutviklingen innenfor fagområdet. Helsepersonelloven setter faglig forsvarlighet i sammenheng med kompetanse (14).

Da spesialisthelsetjenesten fikk ansvaret for overgrepsmottakene, skrev NKLM i sin uttalelse om faglige anbefalinger at sykepleiere har en sentral funksjon i mottakene og har dårligere tilgang til aktuelle kurs enn legene (19). Den som utfører oppgavene, må få mulighet til relevant kompetanseheving knyttet til oppgavene.



«Tilnærmet alle sykepleierne ønsket å utvikle kompetansen sin.»

I land som har innført rettsmedisinsk sykepleie for å ivareta seksuelt overgrepsutsatte, viser forskningen at det har hatt positiv effekt for psykososial ivaretagelse, medisinsk behandling som forebyggende smittearbeid og ikke minst utøvelse av rettsmedisinsk undersøkelse og dokumentasjon (25, 26).

Tilnærmet alle sykepleierne (92,3 prosent) ønsket å utvikle kompetansen sin, og halvparten var interessert i en formalisert kompetanseheving i form av utdanning innenfor høyskole eller universitet.

Det er i tråd med internasjonal praksis, der rettsmedisinsk sykepleie har beveget seg fra enkeltkurs til formaliserte utdanninger med sertifisering eller/og utdanning på høyskolenivå (18, 22).

Romain-Glassey (16) viser til at arbeidet til sveitsiske rettsmedisinske sykepleiere med vold i nære relasjoner følger, på flere kompetansenivåer, fotsporene til avansert klinisk sykepleie på masternivå.

Internasjonalt er rettsmedisinsk sykepleie i fremvekst for å møte samfunnets behov i arbeidet med å bekjempe vold og overgrep (27). Standardisert og systematisert kompetanseutvikling og utdanningsløp er helt sentralt for kvaliteten på tjenesten som utøves (28).

Styrker og begrensninger

Det er en svakhet ved studien at vi brukte et egenutviklet ikke-validert spørreskjema, samt at begrepet «rolle» ikke er entydig og kun er beskrevet innledningsvis i spørreundersøkelsen. Spørsmålsformuleringen kan ha betydning for respondentenes forståelse, noe som ses som en validitetstrussel (29).

Studiens svarprosent på 50 prosent er akseptabel i metodelitteraturen. Samtidig gjør dette at vi må være forsiktige med å generalisere funnene (29, 30).

Det er en styrke at sykepleiere fra alle overgrepsmottak deltok i studien, men det var ikke mulig å teste om deltakerne var representative med hensyn til demografiske variabler. Sykepleiernes opplevelse av temaets relevans, arbeidssituasjon, kursdeltakelse eller arbeidstid i mottak kan ha påvirket deltakelsen og dermed også resultatet.

Førsteforfatteren er leder og sykepleier ved det sykepleierorganiserte overgrepsmottaket i Vestfold. Hennes erfaring og kjennskap til fagfeltet har vært avgjørende for å kunne utforme og gjennomføre denne studien. På den andre siden kan erfaringene ha påvirket innfallsvinkelen i studien og på den måten vært begrensende for studien (29).

Konklusjon

Sykepleiere har en sentral rolle ved norske overgrepsmottak. Sykepleierne i studien deltok i eller utførte alle oppgaver innen akuttilbudet til seksuelt overgrepsofsatte, også rettsmedisinske oppgaver.

Det å ha gjennomført rettsmedisinsk kurs hadde en sammenheng med sykepleiernes rolle i utførelsen av psykososiale og medisinske oppgaver, men ikke i utførelsen av rettsmedisinske oppgaver.

Sykepleierne utførte rettsmedisinske oppgaver som kan ha betydning i rettslig sammenheng. Studien viste at 9 av 10 sykepleiere ønsker økt kompetanse i klinisk rettsmedisinsk arbeid.

Studien reiser aktuelle spørsmål som kan være et utgangspunkt for videre forskning på kompetanseutvikling for sykepleiere og sykepleieres rolle innen utvikling av klinisk rettsmedisinsk arbeid til overgrepssatte.

Referanser

1. Verdens helseorganisasjon (WHO). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Genève: WHO; 2003. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf;jsessionid=6FDCD13422467D64BDF6E6D544F7F759?sequence=1> (nedlastet 16.04.2020).
2. Justis- og beredskapsdepartementet. Handlingsplan mot voldtekt (2019–2022). Oslo: Justis- og beredskapsdepartement; 2019.
3. Kirkengen AL, Næss AB. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
4. Lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff (straffeloven). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-11#KAPITTEL_2-11 (nedlastet 28.08.2019).
5. Store norske leksikon. Seksuelle overgrep. Store norske leksikon; 2019. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/.search?query=seksuelle+overgrep> (nedlastet 06.09.2020).
6. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). Seksualisert vold mot gutter og menn. Bergen: NKLM; 2017.
7. Thoresen S, Hjemdal OK. Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2014.
8. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Årsmelding 2017. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse; 2018. Rapport nr. 1-2018. Tilgjengelig fra: https://norce.s3.amazonaws.com/Nklm_%C3%85rsmelding_2017.pdf (nedlastet 15.09.2020).
9. Sosial- og helsedirektoratet. Overgrepsmottak: Veileder for helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007.

10. Rognum TO, red. Lærebok i rettsmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
11. Justis- og politidepartementet. Vendepunkt: Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008–2011. Oslo: Justis- og politidepartementet; 2007.
12. Det kongelige barne- og likestillingsdepartement. Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021). Oslo: Det kongelige barne- og likestillingsdepartement; 2016–2017. Prop 12 S.
13. Eide AK, Fedreheim GE, Gjertsen H, Gustavsen A. «Det beste må ikke bli det godes fiende!» En evaluering av overgrepsmottakene. Bodø: Nordlandsforskning; 2012. Rapport nr.: 11/2012.
14. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2 (nedlastet 14.12.2019).
15. Skau GM. Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
16. Romain-Glassey N, Ninane F, de Puy J, Abt M, Mangin P, Morin D. The emergence of forensic nursing and advanced nursing practice in Switzerland: an innovative case Study Consultation. *Journal of Forensic Nursing*. 2014;10(3):144–52.
17. Cowley R, Walsh E, Horrocks J. The role of the sexual assault nurse examiner in England: nurse experiences and perspectives. *Journal of Forensic Nursing*. 2011;10(2):77–83.
18. International Association of Forensic Nurses. SANE, Sexual Assault Nurse Examiner: education guidelines 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.forensicnurses.org/page/EducationGuidelines> (nedlastet 28.08.2019).
19. Johnsen GE, Hunskaar S, Alsaker K, Nesvold H. Overgrepsmottak 2017. Status etter spesialisthelsetjenestens ansvarsovertakelse. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse; 2017.

20. Fehler-Cabral G, Campbell R, Patterson D. Adult sexual assault survivors' experiences with sexual assault nurse examiners (SANEs). *Journal of Interpersonal Violence*. 2011;26(18):3618-39.
21. Du Mont J, Macdonald S, White M, Turner L, White D, Kaplan S, et al. Client satisfaction with nursing-led sexual assault and domestic violence services in Ontario. *Journal of Forensic Nursing*. 2014;10(3):122-34.
22. Lynch VA, Duval JB. *Forensic nursing science*. St. Louis: Elsevier; 2010.
23. Tozzo P, Ponzano E, Spigarolo G, Nespeca P, Caenazzo L. Collecting sexual assault history and forensic evidence from adult women in the emergency department: a retrospective study. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1):383.
24. Politiet. *Voldtektssituasjonen*. Oslo: Kripos; 2014.
25. Dahl JY, Lomell HM. *Fra spor til dom – en evaluering av DNA-reformen*. Oslo: Politihøgskolen; 2013.
26. Campbell R, Patterson D, Lichty LF. The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: a review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma, Violence & Abuse*. 2005;6(4):313-29.
27. Verdens helseorganisasjon (WHO). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women WHO clinical and policy guidelines 2013*. Genève: WHO; 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/> (nedlastet 18.06.2019).
28. Simmons B. Graduate forensic nursing education: how to better educate nurses to care for this patient population. *Nurse Educator*. 2014;39(4):184-7.
29. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
30. Johannessen A, Christoffersen L, Tufte PA. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo: Abstrakt forlag, 2010.

