

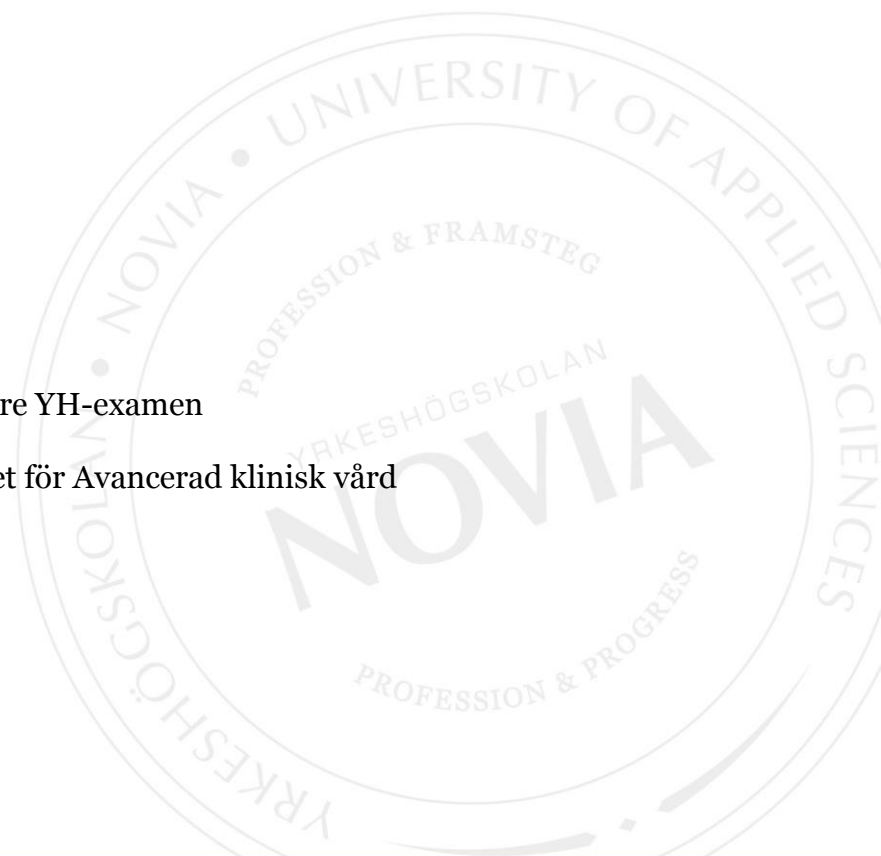
**Vårdpersonalens kunskaper
i mötet med person utsatt för
sexuellt övergrepp**

Tomas Bodman

Examensarbete för högre YH-examen

Utbildningsprogrammet för Avancerad klinisk vård

Vasa 2016



EXAMENSARBETE

Författare: Tomas Bodman

Utbildningsprogram och ort: Social- och hälsovård högre YH, Vasa

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Klinisk avancerad vård

Handledare: Rika Levy-Malmberg

Titel: Vårdpersonalens kunskaper i mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp

Datum: 22.11.2016

Sidantal: 96

Bilagor: 14

Abstrakt

Både män och kvinnor kan bli offer för ett sexuellt övergrepp. I de flesta fall är det dock kvinnorna som utsätts för sexuella övergrepp. Vårdpersonalen är i många fall de personer som först möter offret. En rättsmedicinsk undersökning görs vanligen på offret (i vissa situationer även på den misstänkte gärningsmannen). I samband med undersökningen tillvaratas prover som bevismaterial för ett brott som skett. Vårdpersonalen har nödvändigtvis inte tillräckliga eller adekvata kunskaper i bemötande av person utsatt för ett sexuellt övergrepp.

Syftet med denna studie var att utveckla vårdprocessen av person utsatt för sexuellt övergrepp. En kvantitativ och kvalitativ metodkombination användes för att insamla data om vårdpersonalens kunskaper och upplevelser i mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp. Datainsamlingen gjordes med en enkät med öppna och slutna frågor. Den kvantitativa delen redovisas med deskriptiv statistik. Den kvalitativa delen bearbetas med innehållsanalys. Den teoretiska referensramen för studien är Benner, P. teori från Novis till Expert och Eriksson, K. teori om helhetsvård.

Informanterna (n=29) i studien representerade 32% av vårdpersonalen på en akutmottagning i västra Finland. I resultatet ses att det finns ett behov av tilläggsutbildning oberoende av ålder, utbildning och arbetserfarenhet. I bemötandet upplever vårdpersonalen speciellt den rättsmedicinska undersökningen som besvärlig. Förbättrade anvisningar kunde hjälpa vårdpersonalen att på ett förtroendefullt sätt bemöta person utsatt för sexuellt övergrepp.

Språk: Svenska

Nyckelord: Sexual abuse, sexual assaulted, sexual violence, rape, nursing knowledge, nursing attitude, encounter

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Tomas Bodman

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Sosiaali ja terveys ylempi AMK, Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Kliininen asiantuntiahoitaja

Ohjaajat: Rika Levy-Malmberg

Nimike: Vårdpersonalens kunskaper i mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp

Päivämäärä: 22.11.2016

Sivumäärä: 96

Liitteet: 14

Tiivistelmä

Sekä miehet ja naiset voivat joutua seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi. Naisten osuus on kuitenkin suurin joutua seksuaalisesti hyväksikäytetyksi verrattuna miehiin.

Hoitohenkilökunta tapaa monesti uhrin ensimmäisenä. Oikeuslääketieteellinen tutkimus tehdään uhrille (ja joskus myös epäillylle tekijälle). Tutkimuksessa kerätään näytteitä todisteeksi siitä, että rikos on tapahtunut. Hoitohenkilökunnalta puuttuu monesti kokemus tästä potilasryhmästä.

Opinnäytetyön tavoite oli kehittää seksuaalista hyväksikäyttöä kokeneen henkilön hoitolinjaa. Kartoittaakseni hoitohenkilökunnan taidot ja kokemukset uhria kohdatessa, käytin määrällistä ja laadullista lähestymistapaa. Tiedot keräsin kyselykaavakella avoimilla ja suljetuilla kysymyksillä. Teoreettisena taustatietona käytin Benner, P. teoria Noviiisista Experttiin ja Eriksson, K. teoria kokonaishoidosta.

Tutkimusryhmä (n=29) edusti 32% koko päivystyksen henkilökunnasta yhdessä Länsi-Suomessa sijaitsevassa keskussairaalassa. Tuloksissa nähdään lisäkoulutuksen tarvetta hoitohenkilökunnan iästä, koulutustaustasta tai työkokemuksesta riippumatta.

Kohtaamisessa koettiin varsinkin oikeuslääketieteellinen tutkimus hankalaksi. Parannettu ohjeistus voisi auttaa hoitohenkilökuntaa kohtamaan paremmin seksuaalista väkivaltaa kokeneen henkilön.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Sexual abuse, sexual assaulted, sexual violence,

rape, nursing knowledge, nursing attitude, encounter

MASTER'S THESIS

Author: Tomas Bodman

Degree Programme: Health care, Masters degree, Vasa

Specialization: Advanced clinical nursing

Supervisors: Rika Levy-Malmberg

Title: Vårdpersonalens kunskaper i mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp

Date: 22.11.2016

Number of pages: 96

Appendices: 14

Abstract

Man, and women can become subject for sexual abuse, however the number of women are greater. Healthcare personals i.e., practical nurse, registered nurses and specialist nurses are usually the first to meet the sexual abused person. Among other exam a forensic exam is conducted to the victim (and sometimes even to the suspected abuser) to collect DNA sample as an evidence for the crime. However, healthcare personal does not necessary have an adequate knowledge and the ability to have successful and trustful encounter with the abused person. The theoretical framework of this study is based on Benner, P. theory from Novice to Expert and Eriksson, K. theory of Caring.

The aim of this study was to develop a nursing care process for sexually abused person. The methods used were both qualitative and quantitative to gather enhanced data about healthcare personals knowledge and attitude when meeting the sexually abused person. Data were collected with the help of questioner, with open and closed questions. The quantitative part was analyzed by descriptive statistics and the qualitative part where analyzed by content analysis methods.

The group of informants (n=29) represent 32% of the healthcare personal at the emergency department (ED) at a central hospital in west of Finland. The main results indicate a clear need for further education and training for the healthcare personal working in the ED. This need is not depending on age, previous education or work experience. Moreover, the encounter with the abused person was difficult mainly when conducting the forensic exam therefore improved guideline from nursing perspective is needed with clear pathway to meet the needs of those person within the nursing process.

Language: Swedish

Key words: Sexual abuse, sexual assaulted, sexual violence, rape, nursing knowledge, nursing attitude, encounter

INNEHÅLL

1 Inledning.....	1
2 Syfte och problemprecisering	3
3 Teoretisk bakgrund	3
3.1 Sexuellt övergrepp	4
3.2 Strafflagens 20 kapitel om sexualbrott	13
3.3 Brottanmälan till polisen	15
3.4 Handboken akut hjälp för våldtagna	16
3.5 Rättsmedicinsk undersökning vid misstanke om sexualbrott.....	19
3.6 Bearbetningen av en traumatisk händelse	23
4 Teoretisk referensram.....	26
4.1 Helhetsyn enligt Katie Eriksson.....	26
4.2 Från novis till expert enligt Patricia Benner	29
5 Metod.....	32
6 Resultatredovisning.....	34
6.1 Resultatredovisning av den kvantitativa delen	36
6.2 Resultatredovisning av den kvalitativa delen.....	76
7 Tolkning av resultaten	79
8 Kritisk granskning	84
9 Diskussion.....	88
Litteratur	92

Tabellförteckning

Tabell 1.	Kön.....	37
Tabell 2.	Åldersfördelning.....	38
Tabell 3.	Arbetserfarenhet på nuvarande arbetsplats.....	39
Tabell 4.	Utbildning.....	40
Tabell 5.	I mitt arbete möter jag personer som blivit utsatta för sexuellt övergrepp...41	
Tabell 6.	Jag har deltagit i undersökning av person utsatt för sexuellt övergrepp.....42	
Tabell 7.	Jag har på min arbetsplats deltagit i skolning angående vården och undersökningen av person som blivit utsatt för sexuellt övergrepp.....43	
Tabell 8.	Har du bekantat dig med enhetens anvisning för sexualbrottsundersökning vid misstanke om sexuellt våld	44
Tabell 9.	Jag har tillräckligt med kunskap om undersökningar som görs i samband med sexuellt övergrepp	46
Tabell 10.	Jag har tillräckligt med kunskap om att ge psykisk första hjälp åt den utsatte.....	47
Tabell 11.	Jag har tillräckligt med kunskap om traumatiska krisreaktioner	48
Tabell 12.	Jag har tillräckligt med kunskap om den fortsatta vården av person utsatt för sexuellt övergrepp	49
Tabell 13.	Jag har tillräckligt med kunskap om det sexuella övergreppets påverkan på individen.....	50
Tabell 14.	Jag har tillräckligt med kunskap om strafflagen om sexuellt våld.....	51
Tabell 15.	Jag har tillräckligt med kunskap om betydelsen av dokumentationen i samband med undersökningen.....	52
Tabell 16.	Jag behöver mera skolning om undersökningar som görs vid sexuellt övergrepp	53
Tabell 17.	Jag behöver mera skolning i att ge psykisk första hjälpen åt offret.....	54
Tabell 18.	Jag behöver mera skolning om de rättsmedicinska proverna som tas.....	55
Tabell 19.	Jag behöver mera skolning om eftervården av offret	56
Tabell 20.	Jag behöver mera skolning om vilka stödformer som finns att erbjuda offret.....	57
Tabell 21.	Jag behöver mera skolning om strafflagen angående sexuellt våld.....	58

Tabell 22.	Jag behöver mera skolning om dokumentering som görs i samband med undersökningen	59
Tabell 23.	Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp tar jag upp saken med personen	60
Tabell 24.	Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp uppmanar jag personen att göra en brottsanmälan	61
Tabell 25.	Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp kan undersökningen göras utan en brottsanmälan	62
Tabell 26.	Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp är det viktigt att ta de rättsmedicinska proverna genast	63
Tabell 27.	I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att skapa ett tillförlitligt vårdförhållande	64
Tabell 28.	I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att tro på personen.....	65
Tabell 29.	I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att vårda utan att skuldsätta denne	66
Tabell 30.	I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att skapa trygghetskänsla	67
Tabell 31.	I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att visa medlidande och respekt	68
Tabell 32.	I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att respektera självbestämmanderätten	69
Tabell 33.	I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp skrämmar offrets känsloreaktioner mig	70
Tabell 34.	I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp upplever jag undersökningen som besvärlig	71
Tabell 35.	I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp vet jag vilka saker som är viktiga i undersökningen	72
Tabell 36.	I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp vet jag varifrån jag får konsultationshjälp vid behov	73
Tabell 37.	I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp saknar jag bra anvisningar i undersökningen	74
Tabell 38.	I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp kan undersökningen inte göras mot offrets vilja	75

Figurförteckning

Figur 1.	Kön.....	37
Figur 2.	Åldersfördelning.....	38
Figur 3.	Arbetserfarenhet på nuvarande arbetsplats.....	39
Figur 4.	Utbildning.....	40
Figur 5.	I mitt arbete möter jag personer som blivit utsatta för sexuellt övergrepp.....	41
Figur 6.	Jag har deltagit i undersökning av person utsatt för sexuellt övergrepp.....	42
Figur 7.	Jag har på min arbetsplats deltagit i skolning angående vården och undersökningen av person utsatt för sexuellt övergrepp	43
Figur 8.	Har du bekantat dig med enhetens anvisning för sexualbrottsundersökning vid misstanke om sexuellt våld.....	44
Figur 9.	Använder olika anvisningar i samband med vården av person utsatt för sexuellt övergrepp.....	45
Figur 10.	Jag har tillräckligt med kunskap om undersökningar som görs i samband med sexuellt övergrepp.....	46
Figur 11.	Jag har tillräckligt med kunskap om att ge psykisk första hjälp åt den utsatte	47
Figur 12.	Jag har tillräckligt med kunskap om traumatiska reaktioner.....	48
Figur 13.	Jag har tillräckligt med kunskap om den fortsatta vården av person utsatt för sexuellt övergrepp.....	49
Figur 14.	Jag har tillräckligt med kunskap om det sexuella övergreppets påverkan på individen	50
Figur 15.	Jag har tillräckligt med kunskap om strafflagen om sexuellt våld	51
Figur 16.	Jag har tillräckligt med kunskap om betydelsen av dokumentationen i samband med undersökningen	52
Figur 17.	Jag behöver mera skolning om undersökningar som görs i samband vid sexuella övergrepp	53
Figur 18.	Jag behöver mera skolning i att ge psykisk första hjälp åt offret.....	54
Figur 19.	Jag behöver mera skolning om de rättsmedicinska proverna som tas	55
Figur 20.	Jag behöver mera skolning om eftervården av offret	56
Figur 21.	Jag behöver mera skolning om vilka stödformer som finns att erbjuda offret.....	57
Figur 22.	Jag behöver mera skolning om strafflagen angående sexuellt våld	58
Figur 23.	Jag behöver mera skolning om dokumenteringen som görs i samband med undersökningen	59

Figur 24.	Om jag misstänker att en person utsatts för sexuellt övergrepp tar jag upp saken med personen	60
Figur 25.	Om jag misstänker att en person utsatts för sexuellt övergrepp uppmanar jag personen att göra en brottsanmälan	61
Figur 26.	Om jag misstänker att en person utsatts för sexuellt övergrepp kan undersökningen göras utan en brottsanmälan	62
Figur 27.	Om jag misstänker att en person utsatts för sexuellt övergrepp är det viktigt att ta de rättsmedicinskaproverna genast	63
Figur 28.	I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att skapa ett tillförlitligt vårdförhållande	64
Figur 29.	I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att tro på personen.....	65
Figur 30.	I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att vårda utan att skuldsätta denne	66
Figur 31.	I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att skapa trygghetskänsla	67
Figur 32.	I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att visa medlidande och respekt	68
Figur 33.	I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att respektera självbestämmanderätten	69
Figur 34.	I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp skrämmar offrets känsloreaktioner mig	70
Figur 35.	I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp upplever jag undersökningen som besvärlig	71
Figur 36.	I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp vet jag vilka saker som är viktiga i undersökningen	72
Figur 37.	I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp vet jag varifrån jag får konsultationshjälp vid behov	73
Figur 38.	I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp saknar jag bra anvisningar för undersökningen.....	74
Figur 39.	I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp kan undersökningen inte göras mot offrets vilja.....	75

Bilagor

- Bilaga 1. Godkännandet att göra undersökningen
- Bilaga 2. Enkäten
- Bilaga 3. Figur 40. Jämförelse mellan ålder och arbetserfarenhet på nuvarande arbetsplats
Figur 41. Jämförelse mellan ålder och utbildning
- Bilaga 4. Figur 42. Jämförelse mellan ålder och jag har tillräckligt med kunskap om undersökningarna
Figur 43. Jämförelse mellan åldern och jag behöver mera skolning i undersökningar
- Bilaga 5. Figur 44. Jämförelse mellan utbildning och jag behöver mera skolning i undersökningar
Figur 45. Jämförelse mellan utbildning och jag har tillräckligt med kunskap om undersökningarna
- Bilaga 6. Figur 46. Jämförelse mellan arbetserfarenhet och jag har tillräckligt med kunskap om undersökningarna
Figur 47. Jämförelse mellan arbetserfarenhet och behov av mera skolning om undersökningar
- Bilaga 7. Tabell 46. Jämförelse mellan åldersfördelning, i vården av person utsatt för sexuellt övergrepp kan undersökningen inte göras mot offrets vilja och arbetserfarenhet på nuvarande arbetsplats
- Bilaga 8. Tabell 39. ANOVA variansanalys med faktorn ålder
- Bilaga 9. Tabell 40. ANOVA variansanalys med faktorn ålder
- Bilaga 10. Tabell 41. ANOVA variansanalys med faktorn arbetserfarenhet
- Bilaga 11. Tabell 42. ANOVA variansanalys med faktorn arbetserfarenhet
- Bilaga 12. Tabell 43. ANOVA variansanalys med faktorn arbetserfarenhet
- Bilaga 13. Tabell 44. ANOVA variansanalys med faktorn utbildning
- Bilaga 14. Tabell 45. ANOVA variansanalys med faktorn utbildning

1 Inledning

Finsk lagstiftning tillåter frivilliga sexuella förhållanden mellan två personer som är 16 år fyllda. För flickor och unga kvinnor kan det vara oklart vad som är normalt inom sexuella förhållanden och vad man måste gå med på. I Finland görs årligen ca 600 brottsanmälningar angående sexualbrott. Våldtäkter sker uppskattningsvis 15 000 st / år. Unga personer vet sällan sina rättigheter och kan därför lämna en brottsanmälan ogjord. Skammen, rädslan för hämnd och anklagelser att vara skyldig gör att offret sällan gör en brottsanmälan. Antalet minderåriga utsatta för sexualbrott har ökat de senaste åren. (Linnainmaa, 2008, s. 137).

Våld utgör ett allvarligt hot mot kvinnors liv och säkerhet. Att vara utsatt för våld, psykiskt, fysiskt och sexuellt, eller hot om våld påverkar hälsotillståndet. WHO har konstaterat att våldet är en av de fem främsta olägenheterna för kvinnors hälsa i världen. Våldsutsatta kvinnor har sämre hälsa och konsumerar mera läkemedel. Många kvinnor utsatta för våld har haft besvär med huvudvärk, magbesvär, hjärtklappning, illamående och yrsel. (Heimer, 2008, s. 111).

Under de senaste 100 åren har samhället blivit våldsammare ur en kvinnlig synvinkel. Sannolikheten att en kvinna dödas är 2,5 gånger större nu än i början på 1900-talet. Kvinnan dör till följd av brott mot liv när hon är på väg att ta skilsmässa eller är redan skild. Brott mot liv som riktar sig mot kvinnor sker i huvudsak inom parförhållanden. Gärningsmannen är vanligen maken eller exmaken eller en manlig vän. Familjeförhållanden blir allt mera våldsamma. Våldtäkterna har ökat de senaste åren. (Linnainmaa, 2008, s. 61).

Sexuellt våld är ett tydligt exempel på handlingar som bryter ner kvinnokroppens gränser. Redan i tonåren utsätts kvinnan för tafsande och sexuella trakasserier och anmärkningar om sina kroppsliga former. Trakasserier förmedlar synen på kvinnokroppens gränser

som kränkbara och ostabila. Detta medför att kvinnokroppen utsätts för risker och är i behov av försiktighet. (Oinas, 2007, s. 152).

Hälso- och sjukvårdspersonalen utgör ofta patientens första länk till rättsväsendet enligt Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK (2010, s. 12). Många inom sjukvården saknar nödvändig kunskap att klara av denna patientgrupp, att ta de rättsmedicinska proverna och samla in bevis för DNA-bestämning. Dessa uppgifter ligger utanför den dagliga normala verksamheten på en akutmottagning. Det är viktigt för att kunna ge offren ett så bra stöd som möjligt genom att ha bra kunskap och träning. (Schofield, 2006, s. 10).

Syftet med den rättsmedicinska undersökningen som görs i samband med sexualbrott är dels att samla rättsmedicinska prover som bevismaterial på ett brott som skett och dels att ta andra behövliga prover och påvisa eventuell graviditet eller sjukdom som kan ha uppstått på grund av det misstänkta brottet. Ett rättsmedicinskt bevismaterial kan vara biologiskt eller annat material, som hittas på offret eller den misstänkte, som härstammar från en annan person. (Laitinen et al., 2014, s. 69).

I akuta våldtäktssituationer är läkaren ofta ångestfylld och osäker. Patienten har rätt att bli undersökt och få alla fynden noggrant dokumenterade, enligt rättsmedicinska riktlinjer för att säkerställa rättsskyddet. (Brusila, 2001, s. 4195).

Sexuell handling, sexuellt antastande, sexuellt utnyttjande, sexuellt övergrepp, sexuellt våld och våldtäkt är vanliga begrepp som används inom lagstiftningen och i litteraturen. Begreppen används olika beroende på vilken handling och hur grov handlingen är. I detta examensarbete används benämningen sexuellt övergrepp för alla grader av sexuellt våld, offret eller undersökningsspersonen är den person som är utsatt för det sexuella övergreppet. Examensarbetet omfattar endast vuxna (över 18 år) kvinnor och män, som har blivit utsatta för ett sexuellt övergrepp eller det finns misstanke om det.

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med detta examensarbete var att utveckla vårdprocessen av personer utsatta för sexuellt övergrepp. För att få en uppfattning om vårdpersonalens kunskaper och upplevelse i samband med den rättsmedicinska undersökningen, som görs på person utsatt för sexuellt övergrepp, formulerades följande frågor:

- Hur upplever vårdpersonalen mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp?
- Hurdana kunskaper har vårdpersonalen om den rättsmedicinska undersökning som genomförs på person utsatt för sexuellt övergrepp?

Examensarbetets hypoteser är följande:

- Äldre vårdpersonal har mera kunskap och förståelse om hur bemöta person utsatt för sexuellt övergrepp.
- Vårdpersonal med längre (mera) utbildning har mera kunskap i bemötandet av person utsatt för sexuellt övergrepp.
- Vårdpersonal med längre arbetserfarenhet har mera kunskap i bemötandet av person utsatt för sexuellt övergrepp.
- Vårdpersonal med mindre arbetserfarenhet upplever ett behov av mera skolning.

3 Teoretisk bakgrund

Detta kapitel belyser bakgrundsfakta från tidigare forskningar och litteratur som berör ämnet. Forskningar söktes via olika databaser som Ebsko och Chinal. Statistikuppgifter

hämtades från Statistikcentralen. Våldtäktskriscentralen Tukinainen i Finland (www.tukinainen.fi), är en riksomfattande resurscentral som på svenska, finska och engelska ger stöd och handledning till kvinnor och flickor som utsatts för sexuellt våld. Tukinainen erbjuder också olika yrkesgrupper, myndigheter, organisationer och läroinrättningar samarbete, konsult hjälp och utbildning. Handboken akut hjälp för våldtagna (RAP- handboken), ses som ett viktigt hjälpmedel för vårdpersonal i mötet med person utsatt för sexuellt våld. Handboken finns på svenska och finska på Tukinainens hemsidor. Hur en rättsmedicinsk undersökning i samband med en sexualbrottsundersökning skall utföras, sammanställdes från Institutet för hälsa och välfärds (IHV) och centralkriminalpolisens (CKP) anvisningar och Terveysportti.

3.1 Sexuellt övergrepp

Enligt Norstedts ordbok (2001, s. 479) förklaras sexuell och sexual med köns-, kön(s)lig. Svenska akademien (2015, s. 1529) förklarar våldta/ våldtaga med att ta med våld, tvinga någon till samlag. Våld definieras som fysisk påtryckning/ tvång ofta med misshandel. Våldföra är att med våld förgripa sig på någon, övergrepp är ett kränkande angrepp.

Förenta Nationerna (FN) definierar våld mot kvinnor som en akt eller ett hot av våld, som leder till eller med stor sannolikhet leder till fysisk, sexuell eller mental skada eller lidande, oavsett om det händer offentligt eller privat (Hägglom, 2005, s. 235). Rättsväsendet i USA definierar sexuell övergrepp och sexuell våld som en fullbordad eller ett försök till sexuell aktivitet, som sker utan tillåtelse (Bimber, 2014, s. 32).

Sexuellt våld är en gärning där offret attackeras eller berörs på ett sådant vis som känns sexuell kränkande. Sexuellt ofredande är en gärning som räknas som oönskat sexuell beteende, det är ensidigt och kan innehålla tvång. Legaliserat sexuell våld kan t.o.m. ses inom sjukvården i samband med undersökning och vårdåtgärder, som ett respektlöst

beteende där individens intimitet och önskemål inte beaktas. Dåligt skötta undersökningstillstånd kan lämna långvariga traumatiska och skrämmande spår, som kan skada den sexualiska identiteten hos individen. (Brusila, 2001, s. 4195)

Enligt WHO kommer en tredjedel av alla flickor och kvinnor i världen någon gång eller flera gånger utsättas för våldtäkt eller annat fysiskt våld. UNICEF betecknar våldet mot kvinnor som en global pandemi. Uppskattningsvis leder våld mot kvinnor till att 3,5 miljoner kvinnor och flickor dödas varje år. Den farligaste platsen för kvinnan är hemmet. Vardagsvåldet som främst drabbar de heterosexuella kvinnorna i vanliga parförhållanden syftar till att vidmakthålla den underordnade ställning kvinnan har till mannen. Våld mot kvinnor grundar sig ofta i en dubbelmoral som begränsar kvinnors men inte mäns sexualitet. Detta ger männen ”rätt” att bestraffa kvinnor. Väpnade konflikter ökar våldet mot kvinnor, vilket leder till övergrepp och kontroll av kvinnor. FN:s deklaration om våldet mot kvinnor 1993, definierar våld mot kvinnor enligt följande: ”Varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet”. (Heimer, 2008, s. 21-23).

Senaste tidens nyheter om sexuellt ofredande har gett orsak att fundera över vad sexuellt ofredande är och vem är det som bestämmer denna definition. Likaså bör man fundera över definitionen på sexuellt våld när det i lagens mening inte direkt handlar om våldtäkt. I lagen definieras klart de olika formerna av sexuellt våld, men sexuellt ofredande är inte kriminaliserat. Olika kulturer, barndomshemmets uppfostringsmiljö och livserfarenhet formar individens personliga definition på vad våld är. (Brusila, 2001, s. 4195).

Våldet mot kvinnor förekommer i alla sociala kategorier, vissa kvinnor är speciellt sårbara. Orsaken kan vara att inte bli trodda eller att de har svårt att söka stöd. Kvinnans situation i en våldsam relation är alltid sårbar. Partners i homosexuella, transsexuella och bisexuella förhållanden kan innebära risker pga att heterosexualiteten fortfarande ses som en norm. Andra sårbara grupper är invandrarkvinnor och kvinnor som blivit utsatta för

människohandel och prostitution. Kvinnor med invandrabakgrund löper en större risk att vara extra sårbara. Bristande språkkunskaper, saknad av släkt och vänner, dåliga erfarenheter av myndigheter och bristande kunskaper om sina rättigheter, vart hon skall vända sig för att få stöd, kan vara bidragande orsaker till den ökade sårbarheten. En invandrarkvinna kan ha svårt att berätta om övergrepp som kopplas till sexualitet. Hennes kulturella bakgrund kan ha stor betydelse för hur omgivningen reagerar på sexuella övergrepp. Släkten kan ta avstånd till henne om det blir känt att hon utsatts för sexuella övergrepp. Hemlandets lagar kan hindra henne att ta skilsmässa. Vissa män har dokumenterat utnyttjat Sveriges lag om uppehållstillstånd, genom att importera kvinnor, utsätta henne för misshandel och sexuella övergrepp för att sedan överge henne innan tvåårsgränsen passerat som ger henne permanent uppehållstillstånd i landet. Detta medför att kvinnan enligt lag bör utvisas ur landet. (Heimer, 2008, s. 75-76).

Unga flickor i Kanada och USA har i stor utsträckning blivit utsatta för övergrepp av unga män sk "dating violence". Flickvännen utsätts för fysiska, psykiska och sexuella övergrepp. Flickorna konstaterades ha en tolerans för sådant våld och lade ansvaret på sig själva. Pojkarna tenderade också att flytta ansvaret för det skedda på flickan. Även i Sverige är trenden den samma. Ungdomarna hade en glidande skala på vad som är bra sex och vad som uppfattades som våldtäkt och inte våldtäkt. Tjejens sätt att svara nej, var hon förälskad, deras alkoholpåverkan, hennes rykte som "hora", samt en föreställning om att fina killar våldtar inte, ingick i "förhandlingsutrymmet". (Heimer, 2008, s. 78-81).

Internet skapar nya risker för ungdomar att utsättas för sexuella övergrepp. Personer med nedsatta förmågor riskerar också att utsättas för övergrepp. Missbrukande kvinnor riskerar att inte bli trodda. De kan ha svårt med kontakten till polisen och socialtjänsten. (Heimer, 2008, s. 78-81).

Ett stort antal kvinnor utsätts för sexuellt övergrepp, en uppskattning är att en amerikansk kvinna av fyra till fem blir våldtagen. Mindre än en våldtäkt av tio anmäls och endast 1 %

av våldtäkterna leder till att förövaren arresteras och döms. (Smith & Kelly, 2001, s. 337-338).

I Sverige har antalet våldtäkter som anmälts till polisen ökat mellan åren 1985 och 2007 från 1024 till 4754 per år. År 2004 var fyra procent av dessa anmälningar gjorda av män. Hälften av offren var mellan 15-24 år (15 % under 15 år). Av dessa hade 35 % en nära relation eller var bekant (40 %) med gärningsmannen. Våldtäkterna skedde inomhus (79 %) i offrets eller gärningsmannens bostad (60 %). Överfallsvåldtäkterna där en främmande man överföll kvinnorna utomhus stod för 9 %. (NCK, 2010, s. 14).

Under åren 1998-1999 gjordes 1018 anmälningar angående våldtäkt eller försök till våldtäkt i Finland. Av dessa var fyra offer män. Vanligen är offret en kvinna och förövaren en man. Våldtäkter gjorda av en okänd person var 270 st. (26,5 %). Vanligen sker våldtäkten i offrets eller förövarens hem och personerna känner varandra sedan tidigare. Hälften av våldtäkterna som anmäldes skedde mellan bekanta eller vid första mötet. I 13 % av fallen handlade det om ett intimt eller annat förhållande, då var gärningsmannen den nuvarande eller tidigare maken. (Kainulainen, 2014).

Under åren 1999-2003 gjordes det i Finland i medeltal 535 anmälningar om våldtäkt/år till polisen. Lagstiftningen i Finland angående sexualbrott ändrades 1.1.1999 (L 563/1998). Före lagförnyelsen år 1999 gjordes det 432 anmälningar i medeltal/år under de föregående fem åren. År 2003 var det 573 gjorda anmälningar. Anmälningar angående våldtäkt leder sällan till åtal. År 1998 ledde 10 % av anmälningarna till åtal. Åtalade för våldtäkt under åren 1999-2002 var i medeltal 82 personer, av dessa dömdes i medeltal 65 st. (Kainulainen, 2014).

År 2014 registrerades av Statistikcentralen i Finland 1009 brott som kommit till polisens kännedom under benämningen våldtäkt. Detta var 32 st flera än föregående år. Våldtäkter har under de senaste 10 åren varit i medeltal 800 st. (Tilastokeskus, 2015).

Av ovanstående material kan ses tre huvudgrupper av våldtäkt. Våldtäkt av en okänd person, våldtäkt som sker vid första mötet eller våldtäkt av en känd person i ett parförhållande. I dessa olika grupper ses olika orsaker varför ärendet inte framskrider i brottsprocessen. Åtal väcktes sällan när en okänd person var angripare (8 %). Detta för att personen förblev okänd. I dessa fall är det viktigt att brottsprocessen genomförs omsorgsfullt och genom att säkra DNA-spår. Det är viktigt att offret genomgår en rättsmedicinsk undersökning. (Kainulainen, 2014).

I brottsanmälan finns olika dokumentationer på att offret vill dra sig ur brottsundersökningen. Under år 1999 fanns det 60 anmärkningar vilket motsvarade 11 % av alla anmälningar. Orsaken varför offren ville dra sig ur brottsundersökningen angavs vara skamkänsla, skuldkänsla, en närstående persons negativa attityd eller rädsla för förövaren. Även hur polisen har skött utredningen hade betydelse för viljan att fortsätta processen. (Kainulainen, 2014).

Förhöret av offret är en viktig del i brottsprocessen. Förhöret kan försvåras av att offret är traumatiserat. Polisen kan med det egna arbetssättet påverka hur förhöret går till. Om offret upplever att brottsanmälan inte tas på allvar, upplever hon att det är bättre att dra sig ur. För en bättre trygghetskänsla kan stödperson användas. (Kainulainen, 2014).

Sexualiteten är människans intimaste område och våld som riktas mot det är ytterst kränkande och följderna är att offret upplever att självbestämmanderätten, identiteten och självrespekten har försvunnit. (Brusila, 2001, s. 4196).

Att bli utsatt för brott leder ofta till känslomässiga reaktioner. De fysiska och ekonomiska skadorna som ett brott medför, hanteras vanligen bättre än de psykiska reaktionerna av att med avsikt ha blivit kränkt eller skadad. Sexualbrott leder till allvarligare psykiska reaktioner än andra våldsbrott. Förnekande eller bortträngning är vanliga

försvarsmekanismer som brottsoffer använder för att hantera ångesten. Känslomässiga reaktioner hålls borta. Att hålla sorgen och vreden inom sig ger mindre kraft att klara det dagliga livet. Genom strategisk glömska undviks det omedelbara obehaget av de mest hotande delarna av övergreppet. Bortträngningen av det skedda kan vara ett sätt att successivt orka bearbeta det som hänt. Hur krisen efter ett våldsbrott utvecklas beror på omgivningen, familjen, vännerna och de professionella. Brottsoffren poängterar vikten att få berätta fritt utan att bli avbruten och att inte upplevelsen bagatelliseras eller ifrågasätts. Betydelsen av tillit ökar i relation till graden av våldsbrottet, vilket är betydande för att få korrekt information av offret. En smärtsam psykisk eller fysisk kränkning som man inte kan fly från kan ge upphov till att en annan skyddsmekanism tar över. Genom att man psykiskt lämnar kroppen kan den psykiska överlevnaden bli möjlig (dissociation). Detta medför att den traumatiska händelsen blir svårare att minnas, speciellt små detaljer kan vara svåra att återge. (Heimer, 2008, s. 63-64).

I akuta situationer kan det verka som om offret är okänslig och lugn, men i verkligheten är offret i chock och använder alla krafter att hålla ihop. I detta skede kan offret neka betydelsen av händelsen och avvisa all utomstående hjälp och är inte själv kapabel att söka hjälp. (Brusila, 2001, s. 4196).

Sexualbrott åstadkommer mera skamkänslor och skuldsättning än andra brott. Ofta anklagas offret för att det egna agerandet ledde till händelsen (Linnainmaa, 2008, s. 137). Skam- och skuldkänslor leder till att offret inte söker eller dröjer med att söka hjälp. Våld i parförhållanden är det mest skamfulla och nedtystade, inte ens åt vännerna berättas det om situationen. Till skammen hör också att inte bli betrodd. Enligt Statistikcentralen upplevde 21 % nedvärderande bemötande av vårdpersonalen när man sökte hjälp. 23 % upplevde nedvärderande bemötande av polisen i liknande situationer. (Brusila, 2001, s. 4195).

Våld i hemmen är ett hälsoproblem som har långvariga konsekvenser för speciellt kvinnor. Vårdpersonalen inom öppna vården har en viktig roll i att känna igen och reagera vid misstanke om våld. Vårdpersonalen upplever våld i hemmet som svårt att ta upp med

patienten. För att motivera och uppmana personalen att ta tag i våldet, vore det viktigt att ha en bra anvisning eller process för att känneteckna och reagera på våldsutsatta personer. (Bradbury-Jones, 2013, s. 47).

När man gör en bedömning av vem som är offer för en traumatisk händelse eller situation, är det viktigt att förstå att vi inte reagerar enbart på vad som verkligen hände, utan även på det som kunde ha hänt. (Saari, 2008, s. 33-34).

Enligt Kurkilahti (2011, s. 48-49) upplevde personalen att man hade för lite kunskap i hur man sköter en patient i en traumatisk kris, tilläggsutbildning i psykisk första hjälp önskades. De flesta upplevde det som svårt att sköta våldtagna personer. En person skrev att ”en sådan här patient får alltid hela polikliniken att bli till ett kaos, därför är det endast ett fåtal som möter dessa patienter”.

Offer för sexuellt våld hänvisas oftast till akutmottagningarna. Akutmottagningen är ofta offrets första kontakt för att söka hjälp. De flesta som söker hjälp har inga fysiska skador och inte i behov av akutvård (livshotande skador). I flera fall har läkare och vårdpersonal inte förstått behovet av att personer utsatt för sexuellt våld också kräver akutvård. Därför rekommenderas att alla akutmottagningar har anvisning för hur personer utsatta för sexuellt våld skall omhändertas, för att garantera en god vård. (Bimber, 2014, s. 32).

För att offer utsatta för sexualbrott, skall få kvalificerat och korrekt omhändertagande krävs att samtliga myndigheter och instanser har kunskap, kompetens och tydliga rutiner att hantera sexualbrottsoffer. (NCK, 2014, s. 4).

Vårdpersonalen uppger att det är svårt att ställa frågor om våld till patienterna. Hur skall man reagera, vad skall man säga och hur man skall bete sig är orsaker vårdpersonalen uppger att inte ta upp saken med patienten. En del vårdare ignorerade patientens behov för att de hade annat att göra eller kände sig oerfarna. (Hägglom, 2005, s. 240).

Kommunikationen inom hälso- och sjukvården har en allt större betydelse. Det är viktigt att både vårdaren och patienten förstår varandra. (Fossum red, 2013, s. 25).

För att förstå människors beteende är det viktigt att kunna skapa fungerande relationer till sina klienter för att kunna ställa de rätta frågorna och sedan ha svaren som grund för ett konkret tillvägagångssätt. Att kunna skapa en tillitsfull relation så att man kan lyssna på människors personliga berättelser. Beteendet kan definieras som ”den totalitet i psyket som inbegriper impulser, motiv, önsknings, behov, begär och medfödda drivkrafter, vilka kommer till uttryck i en individs beteende eller motoriska aktivitet”. (Parrish, 2012, s. 11).

Bemötandet är svårt. Att som vårdpersonal hela tiden bemöta vänligt, artigt, stödande, respektfullt och bekräftande är en utmanande uppgift för att vården skall fungera optimalt. Blir vi inte vänligt bemötta på banken eller caféet kanske vi byter bank eller café. Samma gäller kanske inte inom vården, man flyttar inte från kommunen för att man inte blivit bemött som man väntat sig. Det är inte självklart att byta hälsovårdscentral eller sjukhus. Bemötandet är en central del inom läkekonsten, det som sker i relationen mellan vårdare och patient. När patienter tillfrågas om vården, är det vanligen bemötandet som är orsaken till missnöje. Enligt patienter och närstående är det bemötandet som är den viktiga delen i vården. (Fossum red, 2013, s. 33-35).

Att förstå vad en annan säger och menar är svårt. Det är viktigt att man talar så att andra förstår. Rösten, tonfallet, är läkaren eller vårdaren stressade eller hur man uttrycker sig har betydelse för hur patienten upplever situationen. Det kan vara svårt för patienten att ställa frågor eller berätta saker som kräver tid, förtroende och engagemang. Medicinska uttryck, sjukhusspråk och termer som kan misstolkas bör helst undvikas. (Fossum red, 2013, s. 346).

Varje möte är individuellt. Att etablera en relation till patienten. Skapa förutsättningar för professionalitet och kvalitet. Att lyssna är basen i kommunikationen med patienten. Lyssnandet är en färdighet som utvecklas med hjälp av goda förebilder och ständigt

skiftande möten och kontakter. Ett aktivt lyssnande bygger på intresset för patientens berättelse, att anstränga sig att uppfatta och förstå den man samtalar med utan att värdera eller bedöma. (Fossum red, 2013, s. 113-114).

Kvinnan behöver professionella vårdare som är stödande, empatiska och icke dömande. Vårdarna bör hjälpa henne att återfå förtroende och känna sig säker. Vårdarna bör påminna om att återhämtande är en process som är individuell. De professionella måste förstå betydelsen av sina uttalanden. Stödande uttalanden kan vara av stor betydelse för kvinnan. (Smith & Kelly, 2001, s. 349).

En pilotstudie som gjordes på Åland 1999, visade att 42 (n 91) kvinnor hade utsatts för våld i ett intimt förhållande. En del av kvinnorna rapporterade att de blivit anklagade för att vara ett offer av de professionella. (Hägglom, 2005, s. 235).

Smith & Kelly (2001, s. 342) intervjuade 7 st kvinnor som blivit våldtagna. Upplevelsen av återhämtning efter en våldtäkt ses som ett personligt val, vilket kan vara svårt. Efter våldtäkten känner kvinnan sig rädd och sårbar. Två kvinnor i undersökningen upplevde att de gick in i kokong (cocoon) för att känna sig säkra. För att återhämtningen skall ske måste personen komma ur kokongen. En av kvinnorna kände sig säker på sjukhuset, hon ville inte lämna sjukhuset, en annan kvinna upplevde att återhämtningen började när hon märkte att våldtäkten hämmade de vardagliga sysslorna och känslorna. Efter att kvinnan beslutat sig att påbörja återhämtningen, börjar en lång och svår period som kräver tid.

”Återhämtningen var smärtsammare än våldtäkten. Jag hade en svår våldtäkt, men återhämtningen var värre. Det tar tid, det är tiden som läker. Det var ingen lampa som släcktes, det var en kontinuerlig process.” (Smith & Kelly, 2001, s. 343).

Återhämtningen efter en våldtäkt kan ses som tre faser. Strecka sig ut (reaching out), sätta nya rammar på våldtäkten (reframing the rape), omvärdera situationen och sig själv

(redefinition of self). De tre faserna har inga klara gränser. Kvinnorna förklarade återhämtningen mera som olika beteenden. Beteendet och definitionen på återhämtning ändrade över tid. Återhämtningen kan liknas med en cirkel, där man går från den yttre kanten till cirkelns mittpunkt. Kvinnorna beskriver återkommande känslor av rädsla, vrede och hämnd. Läkningen är en process där dessa känslor ständigt konfronteras. (Smith & Kelly, 2001, s. 343).

Återhämtningen börjar med att strecka sig ut mot andra (cirkelns yttersta kant). Under denna period fokuserar man på yttre behov och önskemål. Genom att sträcka sig ut mot andra hjälper det henne att komma tillbaka till de dagliga rutinerna, prata utan att gråta, kontrollera tvångstankar och återfå möjligheten att röra sig fritt i omgivningen. Kvinnan tar hjälp av andra kvinnor som blivit våldtagna, familjemedlemmar, terapeuter, eller andra hjälpande organisationer. På vägen mot centrum av cirkeln som står för läkande och återhämtning, måste kvinnan få en förståelse för vad som har hänt henne. Kvinnan utmanar sig själv att se det positiva i återhämtningen från traumat, att få ett nytt perspektiv på livet, hon behöver ej längre få bekräftelse av andra på vad som har hänt. I cirkelns mitt återfås vad som har förlorats pga våldtäkten, man uppnår en inre förståelse, en inre frid där man förlåter sig själv och våldtäktsmannen, en inre kärlek uppstår. (Smith & Kelly, 2001, s. 344-346).

De sociala följderna av en våldtäkt är att man undviker platser som kan påminna om övergreppet, att man mera sällan går ut och att man känner ett behov att skydda sig själv. Rädslan att bli våldtagen på nytt är starkare om våldtäkten gjordes av en främling. (Parrish, 2012, s. 208).

3.2 Strafflagens 20 kapitel om sexualbrott

Lagstiftningen i Finland angående sexualbrott förnyades 1.1.1999 (L 563/1998). Sexualbrott graderades i tre grupper enligt allvarlighetsgraden till våldtäkt, grov våldtäkt eller tvingande till sexuell handling. Man ändrade också åtalsrätten till att våldtäkt och

grov våldtäkt ligger under allmänt åtal. Tvingande till sexuell handling är målsägandebrott, vilket betyder att personen själv måste besluta om att väcka åtal. (Tilastokeskus, 2015).

Den som genom våld på person eller med hot om sådant våld tvingar någon till samlag skall för **våldtäkt** dömas till fängelse i minst ett och högst sex år. För våldtäkt skall också den dömas som genom utnyttja att någon till följd av medvetlöshet, sjukdom, handikapp, rädsla eller något annat hjälplöst tillstånd inte kan försvara sig eller inte förmår utforma eller uttrycka sin vilja, har samlag med honom eller henne. Om våldtäkten med hänsyn till hotet varit ringa eller andra omständigheter vid brottet bedömd som en helhet är mindre allvarliga än de gärningar som avses i 1 och 2 mom., ska gärningsmannen dömas till fängelse i minst fyra månader och högst fyra år. På samma sätt döms den som med annat hot än sådant som avses i 1 mom. tvingar någon till samlag. Detta moment tillämpas inte, om våld brukats vid våldtäkten. (Strafflagen 24 kap 1§ om 27.6.2014/509).

Om någon uppsåtligen tillfogas svår kroppsskada, en allvarlig sjukdom eller försätts i livshotande läge eller om brottet begås av flera personer eller genom brottet orsakar synnerligen kännbart psykiskt eller fysiskt lidande, om brottet begås mot barn under 18 år, om brottet begås på ett synnerligen rått, grymt eller förnedrande sätt eller det används skjut- eller eggvapen eller något annat livsfarligt hjälpmedel eller annars hotas med allvarligt våld skall våldtäkten bedöms som grov. Även försök är straffbart. Gärningsmannen som döms för **grov våldtäkt** skall dömas till fängelse i minst två och högst tio år. (Strafflagen 24 kap 2§ 27.6.2014/509).

Den som med våld eller hot tvingar en annan att företa eller underkasta sig någon annan sexuell handling än en sådan som avses i 1§ och handlingen väsentligen kränker den andras sexuella självbestämmanderätt, skall för **tvingande till sexuell handling** dömas till böter eller fängelse i högst tre år. För tvingande till sexuell handling ska också den dömas som genom att utnyttja att någon till följd av medvetlöshet, sjukdom, handikapp, rädsla eller något annat hjälplöst tillstånd inte kan försvara sig eller förmår utforma eller uttrycka

sin vilja, förmår honom eller henne att företa en avsedd sexuell handling eller att underkasta sig en sådan handling och denna handling väsentligt kränker hans eller hennes sexuella självbestämmanderätt (13.5.2014/495). (Strafflagen 24 kap 4§ 24.7.1998/563).

Den som genom att utnyttja sin ställning förmår en person som är under 18 år och i en skola eller annan inrättning som står under gärningsmannens bestämmanderätt eller övervakning eller i något annat därmed jämförbart underordnat förhållande till gärningsmannen, en person som vårdas på ett sjukhus eller en annan inrättning och på grund av sjukdom, handikapp eller något annat svaghetstillstånd har en väsentlig nedsatt förmåga att försvara sig eller utforma eller uttrycka sin vilja (27.6.2014/509), eller är synnerligen beroende av gärningsmannen, som grovt missbrukar beroendeställningen, till samlag eller att företa eller underkasta sig någon annan sexuell handling som väsentligt kränker hans eller hennes sexuella självbestämmanderätt, skall för **sexuellt utnyttjande** dömas till böter eller fängelse i högst fyra år. (Strafflagen 24 kap 5§ 24.7.1998/563).

Den som genom beröring utsätter en person för sexuell handling som är ägnad att kränka personens sexuella självbestämmanderätt ska, om inte straff för gärningen föreskrivs i någon annanstans i detta kapitel, för **sexuellt antastande** dömas till böter eller till fängelse i högst sex månader. (Strafflagen 24 kap 5a§ 27.6.2014/509).

3.3 Brottsoanmälan till polisen

Vid misstanke om sexualbrott lämnas en brottsoanmälan till polisen. Polisen utreder saken genom att höra offret, den misstänkte gärningsmannen och eventuella vittnen. Förundersökningen som gjorts av polisen ges åt åklagaren, som bestämmer om åtal skall väckas mot den misstänkte. En del av sexualbrotten ligger under allmänt åtal, vilket

betyder att åklagaren väcker åtal oberoende om offret gjort en brottsanmälan eller inte. Under allmänt åtal ligger våldtäkt, grov våldtäkt, sexuellt utnyttjande (till en viss del), sexuellt utnyttjande av barn, grovt sexuellt utnyttjande av barn samt koppleri. (Linnainmaa, 2008, s. 139).

Tiden har betydelse att en polisanmäld våldtäkt går vidare till åtal. Vid en genomgång av polisanmälda våldtäkter år 2005 i Uppsala län, fann man att 8 anmälningar av 53 anmälningar (15%) ledde till åtal. 6 st av dessa anmälningar var gjorda inom ett dygn, alla 8 var gjorda inom en månad. Många brott anmäls inte. Ett flertal studier från olika delar av världen påvisar att mellan var fjärde och varannan kvinna har någon gång utsatts för våldtäkt, våldtäktsförsök eller sexuellt tvång. (NCK, 2010, s. 15).

En person över 18 år kan vägra göra brottsanmälan. Vårdpersonalen är i dessa fall bunden av tystnadsplikten. Vårdpersonalen bör alltid uppmana offret att göra en brottsanmälan, även efter en längre tid, rätten att väcka åtal kan variera mellan 10-20 år beroende på brottsrubriceringen. Offret kan göra brottsanmälan på vårdinrättningen, när polisen tillkallats. När en brottsanmälan är gjord, startar polisen en förundersökning. De somatiska undersökningarna görs då på polisens begäran om tjänstehjälp. Då är undersökningsmaterialet inte längre patientjournaluppgifter. Endast en del av förundersökningarna leder till åtal. (Unkila-Kallio & Vuori-Holopainen, 2016).

3.4 Handboken akut hjälp för våldtagna

Handboken akut hjälp för våldtagna (RAP-handboken) finns att laddas ner på www.tukinainen.fi. Handboken är ett hjälpmedel för att förbättra undersökningen av våldtagen person. Det är extremt viktigt att alla prover blir gjorda. Handboken är indelad i olika kapitel. Först ges en kort information om hur handboken skall användas. Handboken delas sedan upp i olika delar. Första kapitlet del A, handlar om akutvården och den kris

som en våldtagen person hamnar i och hurudan krishjälp, psykisk första hjälp offret behöver. De viktigaste principerna vid omhändertagande av våldtagen är att tro på offret, skuldbelägg inte, lyssna, visa empati och omsorg, samt vägled offret till krishjälp. (Brandt, et al., 2002).

En person som har blivit våldtagen söker kanske hjälp endast för akut prevention eller är orolig för könssjukdomar. Försök att ta reda på vad som har hänt. Ett offer för våldtäkt kan ha svårt att tala om det som hänt, det är önskvärt att offret inte behöver upprepa uppgifterna mera än en gång under besöket. Trygga patientens identitet, fråga rakt ut vad som har hänt, låt personen berätta själv, dokumentera om möjligt. Uppmuntra patienten att det var rätt att söka vård. Ta sakligt ställning till vad som hänt, ”det var inte ditt fel”. Tig inte. Ge psykiskt stöd genom att vara empatisk och närvarande. Berätta klart och tydligt vilka medicinska undersökningar som krävs och varför. Fråga om rädslor inför undersökningen. Uppmuntra personen att göra en brottsanmälan om den inte redan är gjord. Undersökningen är viktig att göra genast, trots att polisanmälan inte görs. En polisanmälan kan göras senare. (Brandt, et al., 2002).

Planera undersökningen utgående från personens tillstånd och rädslor. Om personen är hotad eller inte har något stöd, är det vårdarens uppgift att hjälpa till att ordna med skyddshem eller annat stöd. I väntesituationer bör undersökningsspersonen inte lämnas ensam för längre stunder. Platsen där personen väntar bör vara lugn och skyddad för andras blickar. Kontrollera om personen vill ringa någon stödperson. På en del orter kan det finnas stödpersoner från krisgrupper eller brottsofferjouren, som genast kan ge akut psykiskt stöd. Ett våldtäktsoffer kan pga sina rädslor ha svårt att låta läkaren utföra undersökningen. Viktigt vore att skapa ett bra förtroende genom att vara lugn och ha en lyssnande och respektfull attityd. Det är viktigt att hela tiden informera om undersökningen och vad som undersöks och varför. Vanligen är det vårdinrättningens vårdare som också är närvarande vid undersökningen. En eventuell stödperson i form av anhörig övervägs från fall till fall. Det är viktigt att komma ihåg att våldtäkt sker vanligtvis i nära relationer. (Brandt, et al., 2002).

Efter själva undersökningen är det viktigt att informera vad händer sen? Allt material som ges borde ges skriftligen. En plan på vad som händer den närmaste tiden borde göras. Var få svar på prover om könssjukdomar? När ta kontakt med polisen? Om ingen polisanmälan görs undersöks inte de rättsmedicinska proverna (Laitinen et al., 2014, s. 68). Hur fås kontakt med läkaren? Behövs det ytterligare medicinska undersökningar? Sjukskrivning? Krishjälp? Andra undersökningsresultat, vem ger svaren? Det är alltid viktigt att kartlägga offrets livssituation och sociala nätverk. Kan offret vara trygg hemma. Offret kan vara i behov av stöd de närmaste dagarna. Om ingen hjälp finns i det akuta skedet måste vårdinrättningen överväga inläggning för att trygga offret om inget skyddshem finns tillgängligt. (Brandt, et al., 2002).

Följande kapitel i handboken handlar om den medicinska undersökningen. Del B är ett undersöknings- och vårdprotokoll för vårdinrättningen. Protokollet är 20 sidor långt och innehåller allt från bakgrundsuppgifter, grundlig anamnes och en undersökningsdel. Undersökningens syfte är att samla bevis för polisen och en eventuell rättegång och måste därför göras omsorgsfullt. Undersökningstillfället är vanligen på efternatten. Undersökningsprotokollet bifogas till patientjournalen. Efter undersökningen görs ett utlåtande på undersökningen (dock inte i samband med det akuta skedet). Utlåtande har en juridisk betydelse. (Brandt, et al., 2002).

Efter undersökningen ges del C till offret och del D till anhörig. Dessa delar behandlar reaktioner och känslor som kan uppstå i samband med våldtäkt hos offret och anhörig, samt hur man går vidare. Handbokens del E behandlar läkarens instruktioner för uppgörandet av utlåtandet gällande själva undersökningen som gjorts tidigare. Läkarens utlåtande görs utifrån undersöknings- och vårdprotokollen. Till läkarutlåtandet (del E) bifogas resultaten från laboratorieprover, skisser, samt eventuella kopior av fotograferade skador. Del F innehåller utförliga instruktioner hur det psykiska tillståndet skall utvärderas hos den person som utsatts för sexuellt våld. Den psykiatriska utvärderingen görs inte i det akuta skedet. Utlåtandet ges av psykiater eller erfaren egenläkare. (Brandt, et al., 2002).

3.5 Rättsmedicinsk undersökning vid misstanke om sexualbrott

Institutet för hälsa och välfärd (IHV) och centralkriminalpolisen (CKP) har 2014 utfärdat en anvisning angående sexualbrottsundersökningar (SERI) inom hälsovården. Den somatiska SERI-undersökningen görs inom sju dagar efter händelsen. Till undersökningen hör insamling av förhandsuppgifter, tagandet av de rättsmedicinska proverna, en gynekologisk undersökning, dokumentering av eventuella skador på kroppen, provtagning för sexuellt överförbara sjukdomar. Antibiotika påbörjas vid misstanke om infektion. Behovet av medicinering vid misstanke om blodsmitta (HIV, hepatit), stelkrampsvaccination vid sårskador och ”dagen efter piller” vid risk för graviditet bedöms individuellt. Undersökningen görs i lugn miljö, en skriftlig anvisning för eftervården och den psykiska första hjälpen är nödvändiga för offrets återhämtning. Om offret (över 18 år) överväger att inte göra brottsanmälan, kan undersökningen utföras med offrets godkännande. I detta fall sparas de brottstekniska proverna på vårdinrättningen i 1 år. (Unkila-Kallio & Vuori-Holopainen, 2016).

Den kliniska undersökningen och provtagningen för de rättsmedicinska proverna görs vanligen på polisens begäran om tjänstehjälp. Undersökningen kan också begäras av offret eller offrets anhörig, barnskyddsmyndigheten, läkare eller annan som misstänker att ett brott har skett. Offret har rätt att bli undersökt utan att en brottsanmälan är gjord. Läkaren är skyldig att se till att undersökningen blir gjord om offret inte av någon orsak själv kan uttala sin vilja. En fullvuxen person kan själv bestämma om man vill göra en brottsanmälan. När det gäller minderåriga (under 18 år), samt vid grova brott är läkaren alltid skyldig att göra en brottsanmälan till polisen. Om offret är medvetslöst kan de rättsmedicinska proverna tas i samband med den kliniska undersökningen som görs. När offret i ett senare skede kan uttala sin vilja, kan denne vägra att proverna som tagits används i brottsprocessen eller i rätten. (Laitinen et al., 2014, s. 65).

När polisen begär en rättsmedicinsk undersökning med stöd av lagen om tjänstehjälp eller undersökningen görs mot någons vilja (misstänkt gärningsman), måste läkaren som gör

undersökningen vara anställd i tjänsteförhållande på en statlig- eller kommunal vårdinrättningen. Detta grundar sig på sjukvårdslagens 31§, där begäran om myndighetshjälp är utövande av offentlig makt. De tekniska proverna kan tas av annan person med sjukvårdsutbildning, men läkare i tjänsteförhållande måste övervaka provtagningen när personuppgifterna kontrolleras, proverna tas och märks. I de situationer där offret själv tar kontakt med vårdinrättningen och vill bli undersökt kan läkare utan tjänsteförhållande utföra eller övervaka den rättsmedicinska provtagningen (läkare anställda via bemanningsföretag på samjourer eller hälsovårdscentraler). (Laitinen et al., 2014, s. 65-66).

CKP:s anvisning angående den rättsmedicinska provtagningen går i detalj genom SERI-undersökningen. Hur man tar de olika proverna? I vilken ordning proverna tas. Hur gör man med offrets kläder? Hur dokumenteras skador? Vilka prover tas vid misstanke om droganvändning? Vilka prover tas för att utesluta könssjukdomar? Vad gör man vid misstanke om möjlig graviditet? De rättsmedicinska proverna tas med materialet i CKP:s SERI-förpackning. Förpackningen innehåller tre blanketter och fem anvisningar för läkaren. Efter undersökningen ges kopior av blanketterna åt polisen och originalet sparas i ett låst utrymme skilt från patientjournalen på vårdinrättningen. I patientjournalen dokumenteras de övriga sakerna som berör vården av offret. (Unkila-Kallio & Vuori-Holopainen, 2016).

De rättsmedicinska proverna tas inom 7 dygn eller enligt bedömning också efter en längre tid. Offer och misstänkt gärningsman skall i mån av möjlighet undersökas i skilda undersökningsrum och av olika personer. Den misstänkte gärningsmannen undersöks först, förutsatt att offret inte är i livsfara. Provtagningsprincipen är att från torra fläckar tas prov med fuktad bomullstops och från våta fläckar med torr bomulls tops. Alla prover märks tydligt och förvaras så att ansvarskedjan för provet alltid är obruten. I SERI-förpackningen finns bomulls tops, objektglas, rör för nagelprov, tejp och färdiga kuvert för tillvaratagande av hår och fibrer. (Laitinen et al., 2014, s. 71-72).

Utrymmet där undersökningen görs bör vara ändamålsenligt, intimiteten hos den undersökte bör skyddas. Till undersökningen reserveras 1,5-2 timmar. Läkaren behöver vanligen skötare som assisterar (Unkila-Kallio & Vuori-Holopainen, 2016). Personer från samma händelse undersöks i skilda utrymmen om möjligt. Personuppgifterna på den undersökte kontrolleras enligt normal praxis från ett bildföret dokument med personens namnteckning. Om undersökningen sker på polisens begäran om tjänstehjälp är det på polisens ansvar att kontrollera identiteten på den undersökte. Provtagningen och behandlingen av de tagna proverna bör ske ansvarsfullt. Det får inte finnas risk att proverna förväxlas, kontamineras eller förfalskas. De tagna proverna bör förses med personuppgifter av vem provet är taget, vad det är för ett prov, varifrån provet är taget, när provet togs (klockslag, datum), namnet på vem som tagit provet, och var provet togs (vårdinrättningen). Provtagningsmaterialet borde vara tillverkat och uppbevarats på ett sådant sätt att kontamination undviks. (Laitinen et al., 2014, s. 67, 78).

SERI-förpackningen kan användas för olika situationer. Förpackningen är gjord för undersökning av tonåringar och vuxna. Förpackningen innehåller anvisningar och material för provtagning vid sexualbrott, misshandel- eller våldsbrott samt drogrelaterade brott (knockoutdroppar). Det är viktigt att vårdinrättningar har SERI-förpackningar reserverade för eventuell provtagning, samt en arbetsplatsrelaterad anvisning hur den rättsmedicinska provtagningen är ordnad olika tider på dygnet. (Laitinen et al., 2014, s. 67, 78).

SERI-förpackningen öppnas och kompendiet med anvisningar tas ur lådan. Man uppmanar att läsa anvisningen 1-5 före undersökningen börjar. Blanketten för förhandsuppgifter (tre sidor) ifylls av läkaren och undersökspersonen före själva undersökningen börjar. Förhandsuppgifterna fungerar som stöd för minnet för läkaren om vad som är viktigt att fråga. På blanketten ger målsäganden lov att överlåta undersökningsmaterialet åt polisen. På blanketten dokumenteras också de personer som deltar i undersökningen. (Laitinen et al., 2014, s. 78-80).

Undersökningspersonalens egna kläder, beröring med bara händer, nysningar osv. kan kontaminera fiber- och DNA-prover. För att undvika kontamination används skyddsutrustning för engångsbruk av personerna som gör undersökningen. Skyddsutrustning finns i SERI-förpackningen (munskydd, engångs skyddsrock och talkfria undersökningshandskar). (Laitinen et al., 2014 s. 77).

Provtagningsblanketten (två sidor) är en minneslista för de prover som skall tas. De prover som tagits kryssas för på listan. På blanketten finns rum för tilläggsanteckningar och för en noggrannare beskrivning på varifrån proven tagits, fynd angående skador eller fläckar och annat som kan ha betydelse för undersökningen. Provtagningsblanketten följer ordningen som skall tillämpas vid undersökningen. Provtagningsordningen är händer, kläder, huvud, kropp, genitalier och analområde, dokumentering av skador och sist prover för konstaterande av smittosamma sjukdomar och rusmedel. (Laitinen et al., 2014, s. 81-82).

Vid avklädning används alltid ett underlag som undersökningspersonen skall stå på när denne tar av sig kläderna. Underlaget finns i SERI-förpackningen. Före avklädningen registreras och ev. fotograferas yttre observationer angående klädsel och hur det sitter. Undersökningspersonen tar av sig kläderna i den ordning de är på. De kläder som tillvaratas sätts var för sig i papperspåsar. Underbyxor tas alltid tillvara, även om de har bytts. Papperspåsar tillsluts och förses med begärda uppgifter. Avklädningsunderlaget viks slutligen ihop och sätts i en papperspåse. Kläder är viktiga bevismaterial i en eventuell rättegång. (Laitinen et al., 2014, s. 77).

När de rättsmedicinska proverna är tagna, dokumenteras eventuella skador på kroppen. Skadorna beskrivs noggrant med hjälp av kroppskarta (PAKE-blankett), fotografering och mätning. Kroppskartan finns som bilaga i kompendiet med anvisningar i SERI-förpackningen. (Laitinen et.al., 2014, s. 76).

Laboratorieprover som rekommenderas av offret i samband med sexualbrott är graviditetstest, klamydia, gonorrè, hepatit A, B, C och HIV. Ovanstående prover tas också på den misstänkte gärningsmannen. (Laitinen et al., 2014, s. 73).

Om man misstänker att undersökningsspersonen är drogad (brottsoffer) tas blod- och urinprov i enlighet med SERI-anvisningen. När det gäller den brottsmisstänkte används polisens förpackning för rusmedelsundersökning (RATTI). (Laitinen et al., 2014, s. 75).

Efter undersökningen förseglas förpackningen och överlåtelsedokumentet som finns i plastfickan på lådans ovansida ifylls (Laitinen et al., 2014 s. 77). Om den rättsmedicinska undersökningen begärts av polisen, ges proverna genast åt polisen. Om undersöksspersonen inte gjort en brottsanmälan är det undersökningsenheten som ansvarar för bevaringen av proverna, så att förloppet (ansvarskedjan) är dokumenterad. Kläder och fibrer förvaras torrt i låst utrymme. Laboratorieprover sparas enligt gällande anvisningar på enheten. Provtagningen, provets typ och information om lagringstiden dokumenteras alltid i både patientjournalen och i laboratoriesystemet. Alla förändringar angående proverna skall dokumenteras. Förändringar kan vara att förvaringsplatsen ändras, proverna analyserats, proverna har överlåtits åt annan instans, proverna har blivit oanvändbara, försvunnit eller kasserats. Enligt gällande anvisning sparas de rättsmedicinska prover tagna i samband med sexuellt våld i 1 år på vårdinrättningen. När tiden gått ut meddelas undersöksspersonen att proverna kommer att förstöras och ges en möjlighet att hämta eventuellt beslagtagna föremål och kläder. (Laitinen et al., 2014, s. 68).

3.6 Bearbetningen av en traumatisk händelse

Traumatiska händelser och erfarenheter har många likheter med varandra trots att de är unika och individuella händelser. Katastrofer, storolyckor och andra speciella händelser är lätta att känna igen. Desto mindre och mera avgränsad en händelse är, desto svårare är det

att fatta ett beslut om det borde inledas krisarbete eller inte. Ur en katastrofpsykologisk synvinkel är krisarbetet som bäst om det inleds utgående från en händelse och inte på grund av människans psykiska och fysiska reaktioner. Kännetecknen på en traumatisk händelse är att händelsen eller situationen uppstår oväntat, som en blixtnedslag från en klar himmel. I en traumatisk kris händer allting snabbt och våldsamt. Vi kan inte kontrollera det som händer oss utifrån och vi har inte kontroll på de inre reaktionerna. (Saari, 2008, s. 10, 22).

När vi får vetskap om något uppskakande eller är med om en uppskakande händelse är vår första reaktion psykisk chock. Det vi hört eller varit med om känns inte verkligt, trots att vi varit med om händelsen. När vi hamnar i ett tillstånd av psykisk chock, skyddar kroppen oss från sådan information som vi inte kan ta emot eller bearbeta. Hjärnans kapacitet är större än normalt. Sinnena är öppna för intryck och de lagras direkt i hjärnan utan sedvanlig filtrering. Därför är sinnesuttrycken kraftiga, detaljerade och klara. Intrycken kan vara så starka att de orsakar s.k. ”flashbacks”. Personer offret möter och vad de säger under chockfasen, kan ha en kraftig inverkan på offret. Endast någon minuts kontakt med någon person kan färglägga hela händelsen positivt eller negativt. (Saari, 2008, s. 42-43).

En person som är i ett psykiskt chocktillstånd behöver bara stöd, inte någon aktiv handling för att bearbeta traumat. Stödformen som ges åt personer i chockfasen kallas för psykisk första hjälp. Under fasen av den psykiska chocken är det viktigt att skapa en lugn och trygg atmosfär, dit det hör omsorg och medlidande. Det väsentliga för den psykiska första hjälpen är att vara närvarande, ”rätta” ord för tillfället finns inte. I chockfasen behöver offret en lyssnare, inte en diskussionspartner eller en person som tar ställning till de saker som framkommer i berättelsen. Det är viktigt att låta offret prata, ibland kan det behövas någon fråga för att klargöra vissa saker. Efter en traumatisk händelse förlorar människan framtidsperspektivet. Man kan inte tänka sig en morgondag, nästa månad eller nästa år. Trots detta finns trösten i framtiden. Genom att tiden går och offret får distans till det skedda. Inom psykiska första hjälpen är det viktigt att ge rum för offrets reaktioner, tankar och känslor. (Saari, 2008, s. 142-143).

Det finns vissa betydande skillnader i att ge psykisk första hjälp om man är s.k. lekman (familjemedlem, släkting, kamrat, arbetskamrat, frivillig hjälpare) eller professionell hjälpare. Det är orimligt att kräva att en utbildad person skall känna igen ett hjälpbehov, samtidigt som hjälparen borde kunna kontrollera och behärska egna känslor, så att de inte påverkar hjälpsituationen. En person utbildad i krisarbete borde kunna detta. En professionell person bör kunna ge offret det utrymme denne behöver, utan att reagera med egna erfarenheter, inte ge råd, inte tröstar på sådant vis att det begränsar offrets reageringsmöjligheter. Den professionella hjälparen lyssnar och tar till sig offrets känslor men återger dem inte till offret. Ett sådant förfarande kräver erfarenhet och skolning. (Saari, 2008, s. 147).

Med beröring kan man bäst förmedla att man bryr sig. Det är helt naturligt att krama en person i psykisk chock, trots att man inte känner personen sedan tidigare. Beröring är lugnande, ger en känsla av trygghet, förmedlar empati och godkännande. (Saari, 2008, s. 147).

Den psykiska chockens uppgift är att skydda jaget från sådana uppgifter och erfarenheter som inte kan behandlas. Så länge denna funktion pågår så får den fortgå. Om chockreaktionen förlängs kan det leda till att hämma krishanteringsprocessen. Personen kan då inte gå vidare till följande fas i krishanteringen. I en situation med en förlängd psykisk chock vore det mest ändamålsenliga att få processen vidare. Om händelsen lämnar obehandlad utvecklas ett psykiskt trauma. Den positiva eller negativa verkan av den psykiska chockfasen är svår att känna igen. Därför borde en lekman eller en frivillig hjälpare aldrig försöka påverka chockfasens längd. Deras roll är endast ge stöd och närvaro åt offret. (Saari, 2008, s. 147-148).

Skam- och skuld känslan, samt att inte bli betrodd gör att en person som är våldtagen kan ha svårt att prata om de som har skett. Offret känner vanligen av hjälparens reaktioner och attityd. Vårdpersonalen bör uppträda lugnt och tillmötesgående, vara saklig, och försäkra offret att hon är oskyldig till det som har hänt och det är viktigt och rätt att söka hjälp. Det

är viktigt för offret att hon märker att den vårdande personalen kan lyssna och kan handskas med situationen. Personalens tillmötesgående ställningstagande har visat sig minska på de traumatiska reaktionerna efter en våldtäkt. (Immonen-Räihä, et al. 2010).

4 Teoretisk referensram

I detta examensarbete valde respondenten att använda sig dels av Katie Erikssons teori om helhetssyn och dels av Patricia Benners teori om sjukskötarens utveckling från novis till expert. Enligt Eriksson (2014, s. 28-29) bildar helhetssynen på människan vårdvetenskapens människobild. Vårdprocessen möter människan, patienten som kropp, själ och ande. Vårdprocessen bygger på en helhetssyn, oberoende av i vilken del hälsohindret finns. Benner (1993, s. 24, 27) säger att teori ett utmärkt redskap när man förklarar något och vill komma med förutsägelser. Med teorin kan man systematiskt granska händelser och utforma frågor. Kunskapsutvecklingen består i att utvidga den praktiska kunskapen genom teoribaserade vetenskapliga undersökningar och genom klinisk erfarenhet i den praktiska verksamheten.

4.1 Helhetssyn enligt Katie Eriksson

Människan består av ett oändligt antal delar, endast genom att förstå delarna kan man få en insikt i helheten. Helhetssynen innebär att vi samtidigt inser att vårt eget val är en möjlighet bland många tänkbara lösningar på de aktuella problemen, vi är medvetna om att allting samverkar eller det finns ett samband mellan de olika delarna. Helhetssynen kan tolkas utifrån flera modeller. Oberoende av vilken dimension som används påverkas helheten. Valet av perspektiv eller dimension är ett slumpmässigt eller medvetet sökande från människan i behov av vård. I vissa situationer kan flera perspektiv användas

samtidigt. Vi kan arbeta tvärvetenskapligt eller fungera i team. Kropp, själ och ande är dimensioner som människan kan indelas i. Helhetssynen representeras av områden mellan dessa dimensioner. Vi utgår från att det finns en samverkan mellan dimensionerna. Vi kan medvetet utgå från ett perspektiv. Om vi utgår från det somatiska (kroppen) som det centrala, så beaktar vi också växelverkan mellan de andra delarna (själen och anden). (Eriksson, 2000, s. 60-63).

Relationen patient-vårdare utgör grunden för vårdandet. I relationen med vårdaren skall patienten få utrymme att uttrycka sina aktuella behov, begär och problem. Patient-vårdarrelation kan benämnas vårdförhållande. Ett vårdförhållande grundar sig på kunskap. Vårdrelationen är kärnan i vårdprocessens olika faser. En vårdprocess som inte grundar sig på en relation är att endast utföra olika uppgifter. Patientanalysen beskriver patientens totala situation för att vårdaren skall förstå patientens hela livssituation som helhet. Den humanistiska hållningen betyder att vi närmar oss varsamt, öppet och ödmjukt för att ge och ta. Vårdaren är lyhörd och förnimmer varje skiftning hos patienten. Rutin och slentrian bör undvikas, det finns inga standardproblem. Att se, höra och känna är metoder som används när vi samlar in data. (Eriksson, 2014, s. 55-57, 62).

Helhetssyn och specifik yrkeskompetens kan förstås utifrån tanken om en teknisk och en dialektisk förståelse. Den tekniska förståelsen refererar till vårt konkreta arbete och den dialektiska till helheten. Helheten är människan i förhållandet till omgivningen. Tankegången utgår från vårdens olika nivåer, den vetenskapliga, den teknologiska och den konstnärliga. Då vi arbetar utifrån den holistiska idén ser och förstår vi helheten i tanke och handling. I den specifika konkreta aktiviteten har vi en teknisk kompetens, som är en del av helheten. Kunskapen, handlingen på den konstnärliga nivån utgör en förening av etisk, estetisk, teoretisk och praktiskt kunnande. Syntesen bildar en unik helhet som är mera än summan av de olika delarna. Tro, hopp och kärlek är centrala element i denna förmåga att genom ett kreativt, självständigt handlande, som innebär ett personligt risktagande, tro på en möjlighet att ingripa och förändra. (Eriksson, 2000, s. 67-69).

Vårdarens yrkeskicklighet grundar sig i en ständig fördjupning av kunskaper om den unika människan. Varje människa är unik. Det finns aldrig två identiska vårdprocesser. Respekt och vördnad är grunden för humanistisk vård. I den humanistiska hållningen vågar vi möta den lidande människan, vi vågar ge något av oss själva. Helhetssynen innefattar också en helhetssyn på livet. Människan har livsvilja, hopp, tankar, önskningsar, fantasi, känslor, tro, drömmar osv. Den levande människan vill vara med och skapa liv och alla dessa livsdimensioner bör beaktas i vårdprocessen som bygger på helhetssyn. Människan påverkas av världen hon lever i. (Eriksson, 2014, s. 28-29).

För att helhetssynen skall fungera bör alla som arbetar tillsammans ha en gemensam nämnare. Tvärvård innebär att arbeta tillsammans. Att ha ett gemensamt intresse som de vill förverkliga. Tvärvård kan förverkligas som arbete i grupp eller genom konsultation av annan person. Flexibiliteten i vården hämmas av yrkesgruppernas specialisering och differentiering. Detta speglar sig i den praktiska vårdverksamheten. Varje yrkeskategori har sina egna fasta regler och referensramar. För att kunna genomföra tvärvård som är helhetsbetonad, måste det bildas gemensamma referensramar, ett gemensamt språk och gemensamma strategier. (Eriksson, 2000, s. 69-70).

I dagens samhälle har den naturliga vården fått ersättas av den professionella. Självvård är ett mellanting mellan naturlig och professionell vård. Den naturliga vården stöds av själv vården, vilket innebär att man på något sätt stöds av en yrkesarbetande vårdare. Vårdandet kan ses som en balansering mellan naturlig vård, självvård och andras vård (den professionella). Vårdandet är en ömsesidig och interaktiv process. Att utgå från att människan är en passiv mottagare, ett objekt i vården, är ett resultat av en ensidig teknologisk utveckling inom vården. Vårdandet förutsätter en hög grad ömsesidighet mellan patient och vårdare med element av tro, hopp och kärlek. (Eriksson, 2000, s. 10).

Alla människor har ett behov av naturlig vård. Den naturliga vården innehåller allt som människan behöver oberoende av graden av hälsa. Varje människa behöver relation med sig själv och andra. Människan behöver ha en relation med en annan människa, men även

en relation till någon form av gud. Varje människa behöver tro på någonting, som ger hopp. Naturlig vård är det som vänner spontant gör för varandra. Människan som har ohälsa känner sig vanligen otrygg och ensam. Vänskap har stor betydelse för människans hälsa. (Eriksson, 2014, s. 79-80).

Då den naturliga vården tillfälligt blir otillräcklig skall den yrkesmässiga vården finnas till och primärt fungera som ett stöd för den naturliga vården. Den yrkesmässiga vården tar sin utgångspunkt i en helhetssyn, men bör samtidigt betona en specifik yrkeskompetens. (Eriksson, 2000, s. 67).

Vårdandet av patienten bör ske på ett sådant sätt att istället för att bära honom till målet (hälsan), visar vi honom vägarna till målet. Själv vården handlar om en ansvarsfördelning mellan patient och vårdare. Vid goda förhållanden utvecklas förmågan till självvård genom mognad och inläring. Själv vården förutsätter kännedom om de egna psykiska och fysiska resurserna, samt de resurser som finns i omgivningen. Det är vårdarens uppgift att ge patienten resurserna, samt att kompensera och avhjälpa brister. Trots självvård lämnas inte patienten ensam. Människor behöver människor. Ibland behöver patienter sjuksköterskan, fast han kan göra saker och ting själv. (Eriksson, 2014, s. 84-85).

4.2 Från novis till expert enligt Patricia Benner

Sjuksköterskor har lärt sig förvänta ett visst händelsemönster utifrån observationer av den kliniska utvecklingen för många likartade och olikartade patienter. Sjuksköterskorna utvecklar också ett övergripande mönster, en benägenhet att handla på ett visst sätt i en viss situation. (Benner, 1993, s. 27).

Veta hur förvärvas genom erfarenhet. Problemlösningen skiljer sig från ny sjukskötare jämfört med en skicklig sjuksköterska eller expertsjuksköterska. Klinisk kunskap skaffas med tiden. Expertsjukskötaren uppfattar situationen som helhet, emedan den yngre sjukskötaren i en ny situation måste lita till en problemlösningssprocess som är medveten, övervägd och analytisk. (Benner, 1993, s. 24-25).

För att fastställa och förstå skillnader i kliniska kunskaper hos nyblivna sjuksköterskor och expertsjuksköterskor valdes 21 sjuksköterskor (med olika lång erfarenhet) ut från tre sjukhus. Sköterskorna intervjuades om gemensamma vårdssituationer. Genom analys av situationerna och genom att tillämpa Dreyfusmodellens fem olika stadier, novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert blev det möjligt att beskriva de utförda prestationerna på varje nivå. (Benner, 1993, s. 32-37).

Novisen (nybörjaren) saknar erfarenhet att prestera i olika situationer. Novisen förväntas prestera. Genom objektiva mätvärden som blodtrycksmätning och mätning av temperatur ges undervisning om situationen. Detta ger novisen erfarenhet och möjlighet att fullföra sina uppgifter. Vanligen är dessa rutinuppgifter som kan identifieras utan erfarenhet av vårdssituationer. Novisen saknar erfarenheter av de situationer den möter. Beteendet är stelt och begränsat. Novis kan också vara en äldre sjuksköterska som kommer till en ny miljö där erfarenheten av patienterna saknas och målen och medlen är obekanta. (Benner, 1993, s. 37-38).

En avancerad nybörjare kan vanligen uppvisa goda prestationer. De har antingen självständigt eller med handledare klarat av ett tillräckligt antal vårdssituationer, för att kunna urskilja de betydelsefulla beståndsdelarna (aspekter) i situationen. För att kunna bedöma patientens villighet att lära sig krävs det att man har tidigare erfarenhet av patienter med liknande behov. Novisen och den avancerade nybörjaren har inte möjlighet att uppfatta hela situationen, den är för ny, för främmande. Den avancerade nybörjaren behöver stöd i grund- och avdelningsutbildningen i kliniska sammanhang. De behöver hjälp med att prioritera. En avancerad nybörjare arbetar enligt allmänna riktlinjer, som

först nu börjar se betydelsefulla mönster i det kliniska arbetet. För att säkerställa den avancerade nybörjarens omvårdnad av patienter behöver de understöd av sjuksköterskor på minst kompetent nivå. Detta för att den avancerade nybörjaren ännu inte kan avgöra vad som är mest betydelsefullt gällande patientens behov. En ny utexaminerad sjukskötare är i de flesta fall på en avancerad nybörjares nivå. (Benner, 1993, s. 38-39, 201).

Den kompetenta sjukskötaren har arbetat med samma uppgifter i två till tre år. Sjukskötaren upplever att hon behärskar situationerna och kan ta itu med oförutsedda händelser. Den kompetenta sjukskötaren saknar den skicklige sjukskötarens snabbhet och förmåga att anpassa sig. Kompetensen utvecklas när sjuksköterskan ser handlingarna som långsiktiga mål eller planer och är medvetna om dem. I detta stadi är den kliniska vården organiserad. Alla pusselbitar har fallit på plats. Praktiska övningar där man övar planering, samordning och komplicerad omvårdnad kan vara nyttig för den kompetenta sjukskötaren. (Benner, 1993, s. 40-41).

Skickliga sjuksköterskor tolkar situationerna som helheter. Handlingarna styrs av maximer. Maximer är svårtolkade instruktioner som blir meningsfulla endast om mottagaren är mycket väl insatt i situationen. Perspektivet kommer av sig själv och grundas på nyligen upplevda situationer och tidigare erfarenheter. Med hjälp av den erfarenhetsbaserade förmågan märker den skickliga sjukskötaren avsaknaden av den normala bilden hos patienten. Denna holistiska förståelse bidrar till att förbättra sjuksköterskans beslutsfattande. Beslutsfattandet blir mindre ansträngande, när bara de viktigaste attributen och aspekterna ingår. Den skickliga sjukskötaren vägleds av maximer. Detta kräver en djupare förståelse. Maximer återspeglar nyanser i situationen, som måste tas med i beräkningen. För en novis eller kompetent sjukskötare, är maximer obegripliga nyanser av situationen. En skicklig sjukskötare känner vanligen igen de ”tidiga varningssignalerna”, förändringar till det sämre hos patienten. Övergången från kompetent till skicklig sjukskötare uppskattas till tre till fem år. (Benner, 1993, s. 29, 42-43).

Experten behöver med sin enorma erfarenhetsbakgrund inte längre förlita sig på regler, riktlinjer och maximer för att förstå situationen och hitta en lämplig åtgärd. Experten uppfattar situationen intuitivt och tar tag i problemet utan att slösa tid mellan otaliga diagnoser och andra lösningar. Experten har en grundlig förståelse över helheten, som är svår att förklara ”det bara kändes rätt” eller ”det verkade bra”. Experten använder sig också av analytiska redskap i de situationer där tidigare erfarenhet saknas. Om experter tvingas följa regler, en modell, föreskrifter så försämras deras prestationer. En konsekvens av detta är att olika modeller inte kan beskriva de högre nivåerna av kliniska prestationer i det vårdarbetet. (Benner, 1993, s. 29, 45-47, 49-50).

Enligt Benner (1999, s. 27) bygger sjukskötarens kunskap om patienten på hans historia, reaktionsmönster och hur sjukdomen har format honom, samt på sjukskötarens kliniska kunskaper som erhållits genom erfarenhet av liknande situationer. Erfarenheten syftar inte enbart på den gånga tiden eller till de många tjänsteåren. Det är mötet med de många praktiska situationerna den process där föreställningar och teorier möts och förfinas, som lägger nyanser och betydelskillnader till teorin. Teorin vägleder och ger hjälp att ställa de rätta frågorna. En sjukskötare, som har mött många människor har fått en grund, som bidrar till förmågan att tolka nya situationer (Benner, 1993, s. 29, 48-49).

5 Metod

En kvantitativ och kvalitativ metodkombination (mixed metod) valdes för att bäst belysa vårdpersonalens kunskaper och upplevelser i mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp. För att kunna avge frekvenser eller ange i procent hur ett visst antal av befolkningen tycker säger Trost (2012, s. 23) att man ska göra en kvantitativ studie och vill man förstå människors handlingsmönster, sätt att reagera eller resonera, skall man välja en kvalitativ studie. Det kan vara en fördel att kombinera kvantitativa och kvalitativa metoder (Eliasson, 2006, s. 30). Bjereld & Demker & Hinnfors (2009, s. 118) säger att

Kvalitativa metoder är ett samlingsnamn av olika metoder där forskaren är intresserad av kvaliteter och egenskaper, som hjälper att förstå företeelsen.

Kvantitativa metoder försöker kvantifiera materialet och sedan hitta samband eller mönster mellan olika kategorier av företeelser, resultaten kan bearbetas med statistiska tekniker (Bjereld & Demker & Hinnfors, 2009, s. 118). Med kvalitativa metoder strävar man till att karaktärisera eller gestalta något. Det är en systematiserad kunskap hur man går tillväga för att gestalta beskaffenheten hos något. Förståelsen måste alltid relateras till helheten för att få någon innebörd. Vi har alltid en förförståelse av det som skall tolkas. Fakta är alltid perspektivberoende. Förförståelsen förändras i tolkningsprocessen. Genom att beskriva förförståelsen gör man tolkningen tydlig för att inte undanhålla läsaren forskarens perspektiv. (Starrin & Svensson, 1994, s. 164-165).

Genom att använda olika metoder för att undersöka samma sak kan en forskare stärka sin tilltro till fyndets träffsäkerhet. Forskaren kan i linje med principerna för triangulering kontrollera resultaten med flera olika metoder. Genom triangulering betraktar man saker ur flera perspektiv. Genom att använda alternativa metoder gör det möjligt att jämföra svaren från en metod med en annan (kvalitativa och kvantitativa data). Forskaren kan således få en bättre förståelse om det som undersöks. (Denscombe, 2009, s. 151, 184-185).

Den kvantitativa delen av examensarbetet redovisas med deskriptiv statistik. Enligt Patel (2011, s. 111) används deskriptiv statistik för att ange det insamlade materialet i siffror. Den kvalitativa delen bearbetas med en induktiv, manifest och latent innehållsanalys. En manifest innehållsanalys beskriver det synliga i textmaterialet och den latent innehållsanalysen arbetar med textmaterialet och forskaren tolkar det som ligger bakom orden (Olsson & Sörensen, 2011, s. 209). Innehållsanalys är en metod för att analysera skriven, muntlig och visuell kommunikation. Innehållsanalys passar bra för att analysera fenomen inom vården. En fördel är att stora mängder text med olika ursprung kan hanteras. (Elo & Kyngäs, 2008, s. 107-115).

Innehållsanalysen är ett sätt att analysera dokument systematiskt och objektivt. Det är ett sätt att ordna, beskriva och kvantifiera det undersökta fenomenet. Innehållsanalysen kan göras utgående från materialet (induktivt) eller utgående från tidigare uppgjorda klassificeringsramar (deduktiv). I innehållsanalysen strävar man till att bygga sådana modeller, som presenterar det undersökta fenomenet på ett begripligt och hanterbart sätt. Med innehållsanalys strävar man till att få en beskrivning på det undersökta fenomenet i en komprimerad och allmän form. Slutresultatet av analysen bildar kategorier som beskriver fenomenet. (Kygäs & Vanhanen 1999 s. 3, 4)

För att förstå en viss innebörd i ett beteende eller skede, måste man förstå sammanhanget (kontexten). När man förstår sammanhanget blir innebörden i ett beteende till en relevant och hanterbar helhet. Den tolkande ansatsen är alltid beroende av situationens speciella kontext (tidpunkt, innebörder och intentioner). En sats blir inte begriplig genom att endast analysera orden. Satsen bör ses som en större helhet. Praktisk kunskap på expertnivå måste ses ur ett holistiskt perspektiv. (Benner, 1993, s. 51).

6 Resultatredovisning

Studien beställdes av ett centralsjukhus i västra Finland. Lovet att göra studien på vårdpersonalen vid samjouren beviljades av överskötare för enheten (Bilaga 1). Populationen (informanterna) valdes och urvalet gjordes utgående från syftet med examensarbetet att utveckla vårdprocessen av personer utsatta för sexuellt övergrepp. Studiens frågor var hur upplever vårdpersonalen mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp? Huruvida kunskaper har vårdpersonalen om den rättsmedicinska undersökning som genomförs på person utsatt för sexuellt övergrepp?

Urvalsramen var arbetslistor för den period enkäten var tillgänglig för informanterna. Personalgrupperna på samjouren är närvårdare (primärskötare, medikalvaktmästare) och sjukskötare. Sjukskötarna på akutmottagningen kan ha olika specialutbildningar eller inriktningar (t.ex. hälsovårdare, barnmorska, psykiatri, förstavård). På samjouren har också området dejourerande psykiatriska sjukskötare sin mottagning (kvällar och veckoslut). Hela vårdpersonalen på samjouren kan komma i kontakt med person utsatt för sexuellt övergrepp i samband med deras arbetsuppgifter. Under dessa två veckor hade uppskattningsvis 91 personer (vårdpersonal) möjlighet att besvara enkäten. Hela populationen uppskattades således till 91 personer utgående från arbetslistor. Enligt Denscombe (2009, s. 40) är det viktigt att använda en urvalsram. Urvalsramen är en förteckning på populationen varifrån forskaren gör sitt urval. Under idealiska förhållanden skall förteckningen innehålla alla i populationen för undersökningen.

Datinsamlingen gjordes med en enkät med öppna och slutna frågor. Efter litteraturgenomgången utformades frågorna som bildar den strukturerade svensk- och finskspråkiga enkäten (Bilaga 2). Enkätens utformning och frågeformulering inspirerades av tidigare forskning inom ämnet (Kurkilahi, 2011). En liten pilotundersökning gjordes på en lärare och en i vårdpersonalen. Enkäten uppfattades som relevant, förståelig och lättläst. Några språkliga korrigeringar gjordes efter pilotundersökningen. Enkäten innehöll ett följebrev med 39 st slutna och 3 st öppna frågor. Enkäten kopierades dubbelsidigt, så att följebrevet kom på första sidan. I följebrevet förklarades examensarbetets syfte och instruktioner gavs för ifyllandet av enkäten. Informanternas konfidentialitet och anonymitet garanterades, samt möjlighet att ta del av de presenterade resultaten senare i det färdiga arbetet.

Enkäten och svarslådan lämnades på avdelningen. Svarstiden var två veckor. Via e-posten sändes två påminnelser, den första påminnelsen sändes efter fem dagar och den andra påminnelsen efter 10 dagar. Ett tack och en inbjudan till presentationen av examensarbetet sändes per e-post till avdelningens förmän och personal efter avslutad undersökning. Enligt Trost (2012, s. 9-11) kommer enkät från franska språket och betyder ordagrant rundfråga. I nuläget har språkbruket lett till att enkät betyder att frågor besvaras med

svarandens egen hand. Enkätformulär är ett mätinstrument, med vilket man mäter beteendet, åsikter och känslor. Förhoppningsvis mäter mätinstrumentet det man avser att mäta. Svar erhöles på 29 st enkäter. Svartsprocenten blev 32%.

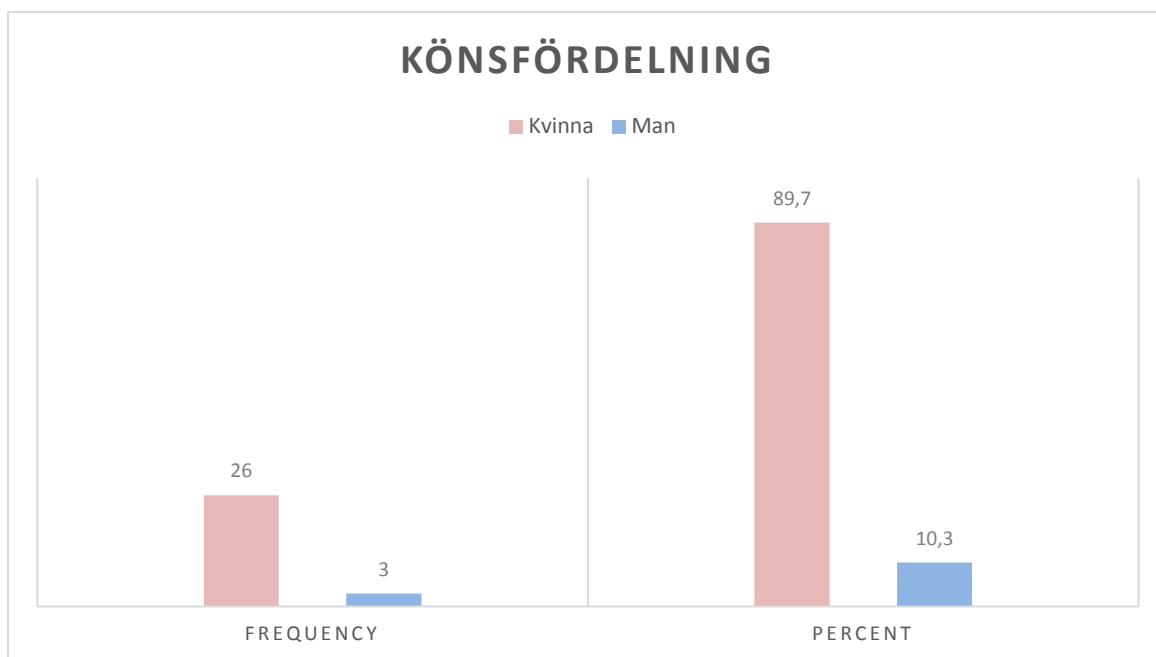
6.1 Resultatredovisning av den kvantitativa delen

Bakgrundsinformation och svaren på de slutna frågorna har behandlats med statistikanalyseringsprogrammet IBM SPSS statistiks. Svaren på frågorna presenteras separat i form av förklaringar, figurer och enkla frekvenstabeller för att på ett mångsidigt sätt belysa resultatet. Tolkningen av resultatet sker i kapitel 7 (tolkning av resultaten).

Ålder, arbetserfarenhet och utbildning har jämförts med hjälp av korstabeller med några av de frågor som berör kunskaper och upplevelser i mötet av person utsatt för sexuellt övergrepp. Resultatet presenteras i figurer och en tabell (se Bilagorna 3-7, Figurerna 40-47 och Tabell 46).

För att kontrollera om det finns en statistisk signifikans (Sig) gjordes en variansanalys ANOVA på ett antal variabler. ANOVA är en variansanalys som testar om medelvärden är lika. Är Sig. mindre än 0,05 (5%) tyder det på en skillnad mellan variablerna som inte är beroende av slumpen. (Wahlgren, 2012, s. 116). Variansanalysen ANOVA gjordes med ålder, arbetserfarenhet och utbildning som faktor. Frågor som berör kunskaper och upplevelser i mötet av person utsatt för sexuellt övergrepp bildade beroende variabler (Bilagorna 8-14, Tabell 39-45).

Vilket kön har du. Av informanterna var majoriteten kvinnor. Kvinnorna var 26 till antalet (89,7%). I undersökningen deltog 3 män (10,3%). (Figur 1 och Tabell 1).

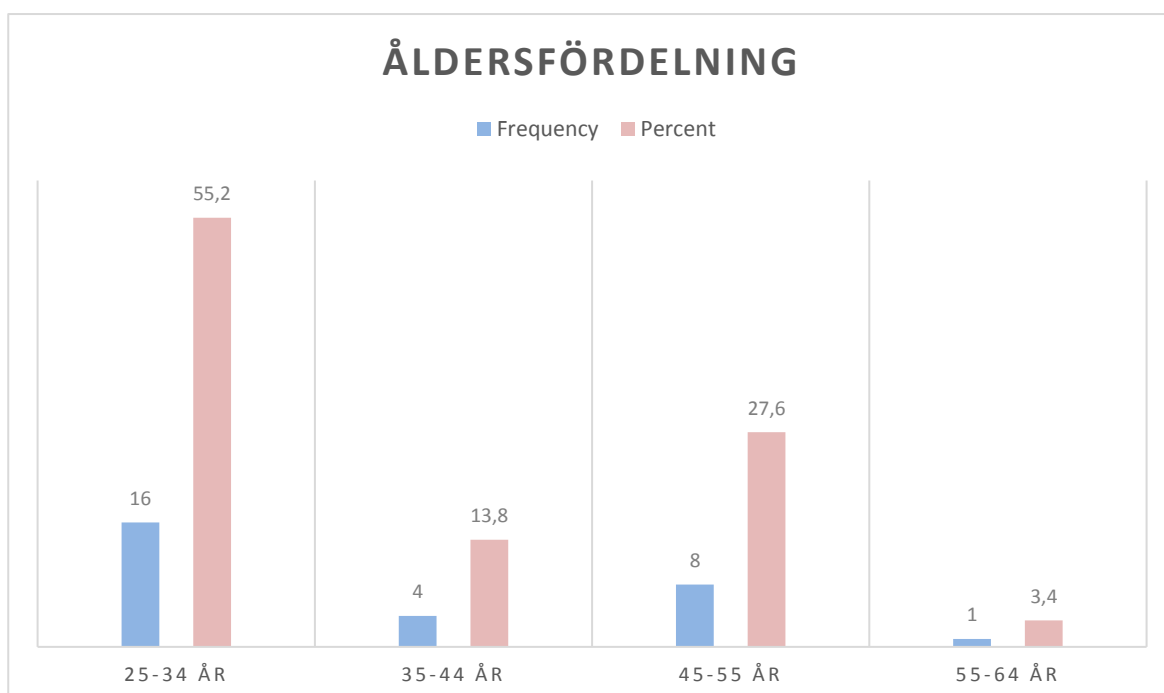


Figur 1. Kön (N=29)

Tabell 1. Kön

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kvinna	26	89,7	89,7	89,7
Man	3	10,3	10,3	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Hur gammal är du. Informanterna var i en ålder mellan 25-64 år. Ingen person var mellan 18-24 år. Den största gruppen på 16 personer var i åldern mellan 25-34 år (55,2%). I åldern mellan 45-64 år var det 9 personer (31%), en av dem var mellan 55-64 år (3,4%). (Figur 2 och Tabell 2).

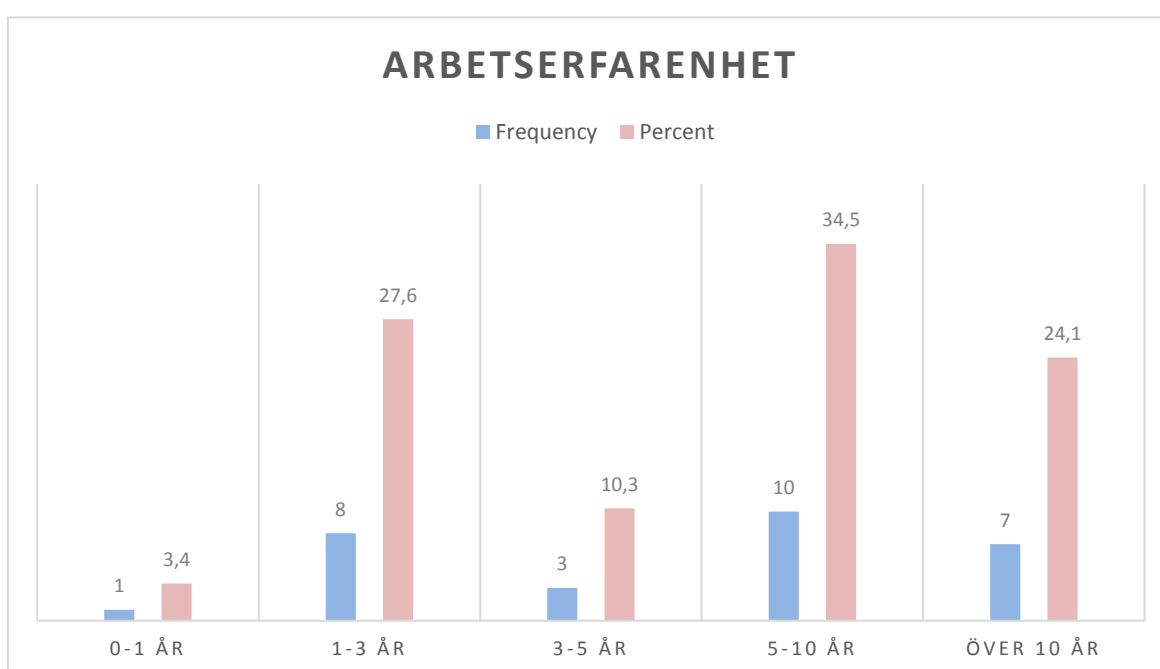


Figur 2. Åldersfördelning (N=29)

Tabell 2. Åldersfördelning

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
25-34 år	16	55,2	55,2	55,2
35-44 år	4	13,8	13,8	69,0
45-55 år	8	27,6	27,6	96,6
55-64 år	1	3,4	3,4	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Hur lång arbetserfarenhet har du på nuvarande arbetsplats. Arbetserfarenheten hos informanterna kan ses som tre större grupper. 1-3 års arbetserfarenhet hade 8 personer (27,6%), 5-10 års arbetserfarenhet hade 10 personer (34,50%) och 7 personer hade över 10 års arbetserfarenhet (24,1%). Mindre än 1 års arbetserfarenhet hade en person och 3-5 års arbetserfarenhet hade 3 st. Över 5 års arbetserfarenhet hade 17 personer (58,6). (Figur 3 och Tabell 3).

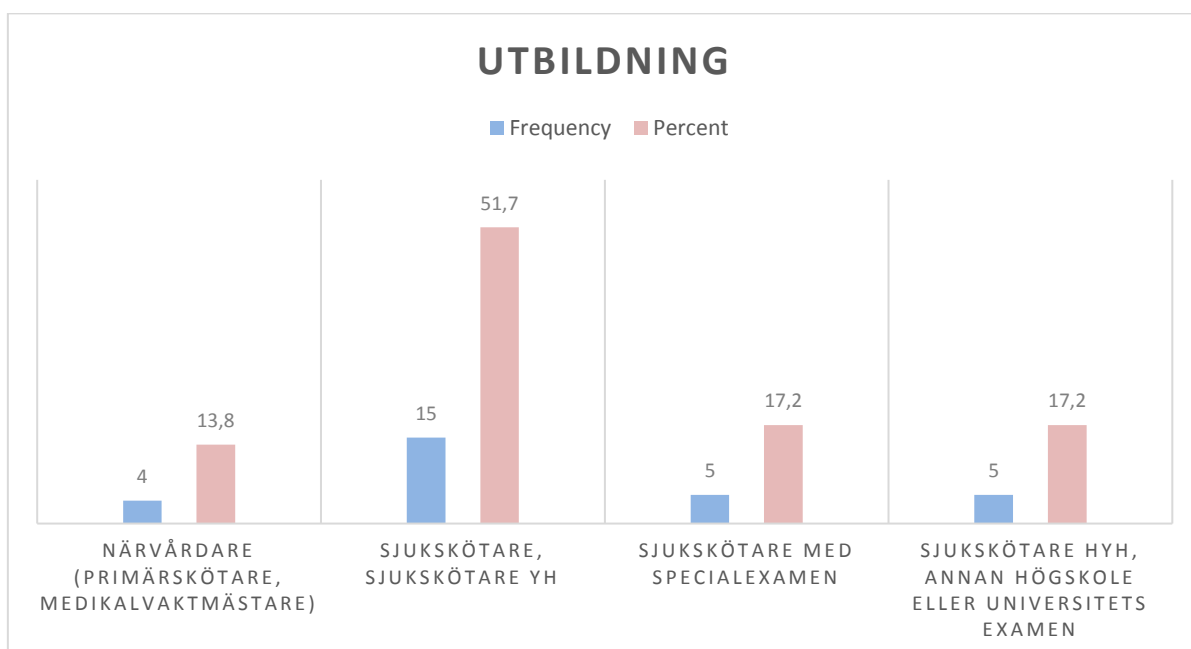


Figur 3. Arbetserfarenhet på nuvarande arbetsplats (N=29)

Tabell 3. Arbetserfarenhet på nuvarande arbetsplats

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-1 år	1	3,4	3,4	3,4
1-3 år	8	27,6	27,6	31,0
3-5 år	3	10,3	10,3	41,4
5-10 år	10	34,5	34,5	75,9
Över 10 år	7	24,1	24,1	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Min utbildning är. Utbildningen hos informanterna var i huvudsak sjukskötare (86,2%) på olika nivåer. Gruppen närvårdare (primärskötare och medikalvaktmästare) var 4 st (13,8%). Gruppen sjukskötare och sjukskötare med utbildning från yrkeshögskola var 15 st (51,7%). I grupperna sjukskötare med specialexamen (t.ex. hälsovårdare, barnmorska, psykiatri, förstavård) och sjukskötare med examen från högre yrkeshögskola, högskola eller universitets utbildning var det 5 st personer i vardera gruppen (17,2%). (Figur 4 och Tabell 4).

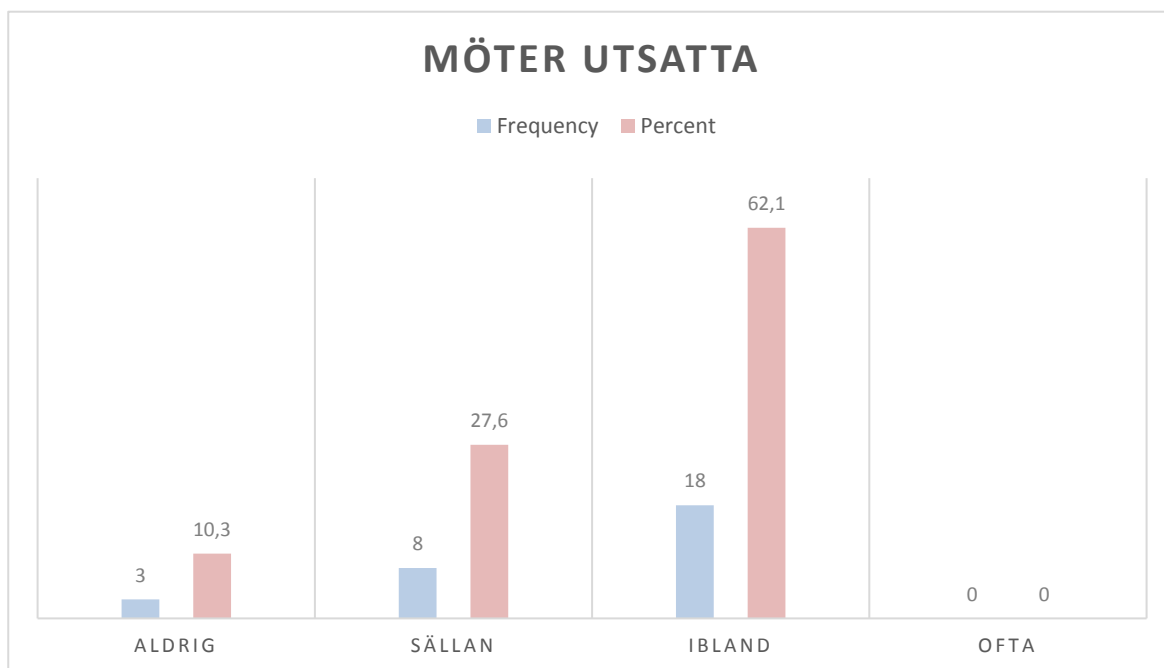


Figur 4. Utbildning (N=29)

Tabell 4. Utbildning

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Närvårdare	4	13,8	13,8	13,8
Sjukskötare, sjukskötare YH	15	51,7	51,7	65,5
Sjukskötare med specialexamen	5	17,2	17,2	82,8
Sjukskötare HYH, högskola eller universitets examen	5	17,2	17,2	100,0
Total	29	100,0	100,0	

I mitt arbete möter jag personer utsatta för sexuellt övergrepp. På frågan om informanterna möter personer utsatt för sexuellt övergrepp i det egna arbetet svarade 3 personer (10,3%) aldrig, 8 personer (27,6%) svarade sällan och 18 personer (62,1%) svarade att de ibland möter personer utsatta för sexuellt övergrepp. Ingen möter person utsatt för sexuellt övergrepp ofta. (Figur 5 och Tabell 5).

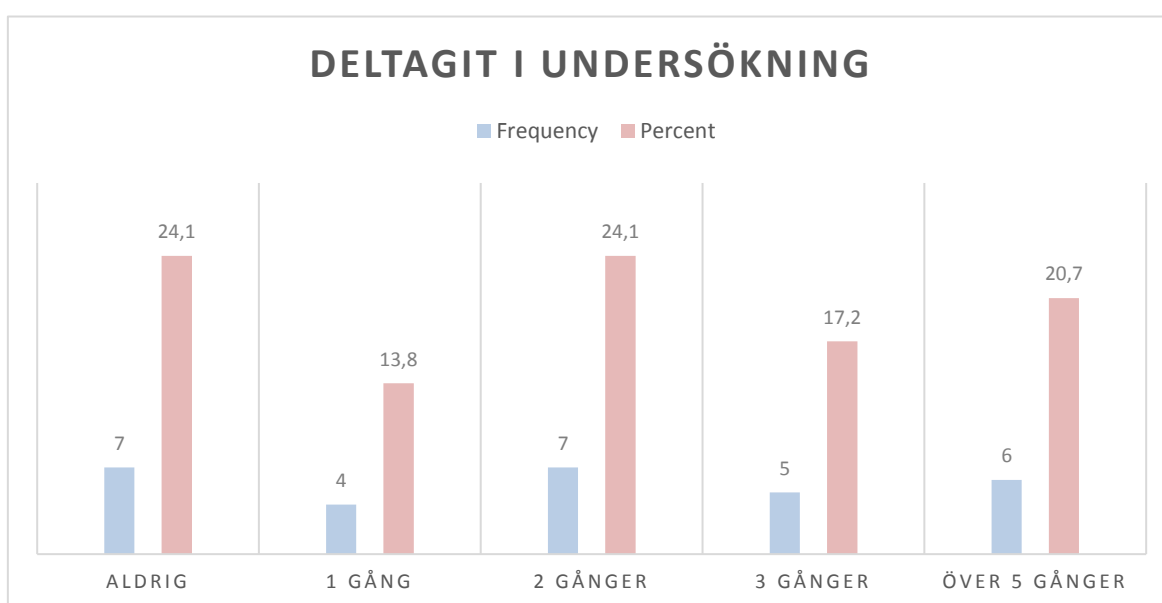


Figur 5. I mitt arbete möter jag personer som blivit utsatta för sexuellt övergrepp (N=29)

Tabell 5. I mitt arbete möter jag personer som blivit utsatta för sexuellt övergrepp

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Aldrig	3	10,3	10,3	10,3
Sällan	8	27,6	27,6	37,9
Ibland	18	62,1	62,1	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Jag har deltagit i undersökning av person utsatt för sexuellt övergrepp. I den rättsmedicinska undersökningen som görs vid misstanke om sexuellt övergrepp hade 6 av informanterna deltagit över 5 gånger (20,7%). 7 personer (24,1%) hade aldrig deltagit i undersökningen. De övriga 16 personerna (55,1%) hade deltagit 1- 3 gånger i undersökning av person utsatt för sexuellt övergrepp. (Figur 6 och Tabell 6).

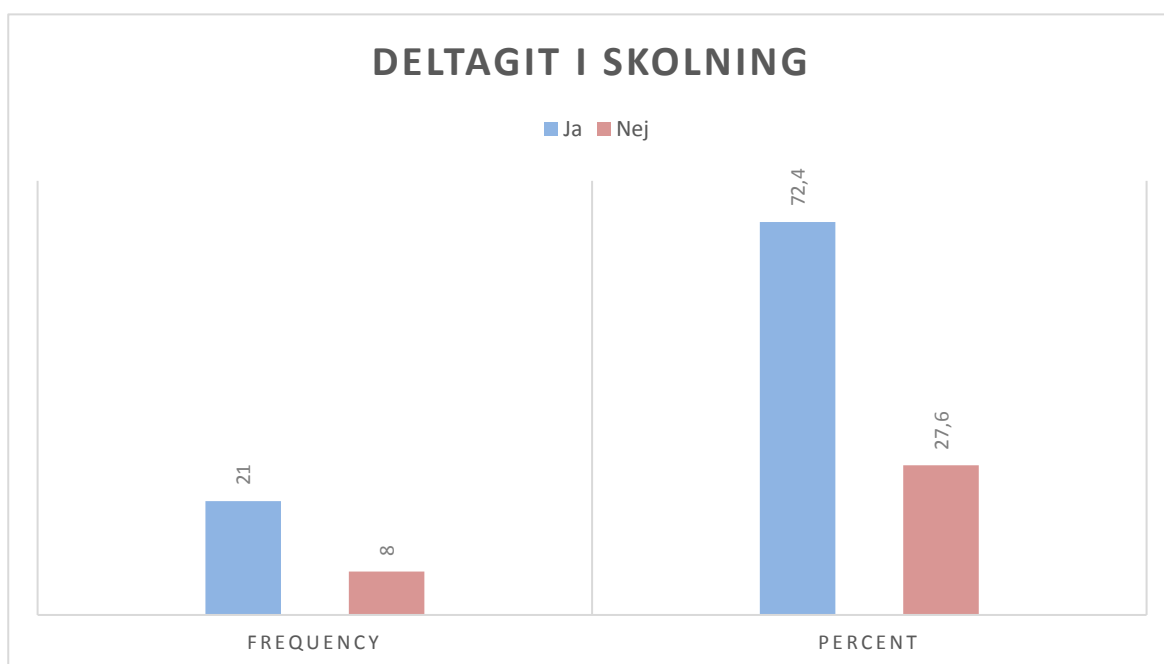


Figur 6. Jag har deltagit i undersökning av person utsatt för sexuellt övergrepp (N=29)

Tabell 6. Jag har deltagit i undersökning av person utsatt för sexuellt övergrepp

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Aldrig	7	24,1	24,1	24,1
1 gång	4	13,8	13,8	37,9
2 gånger	7	24,1	24,1	62,1
3 gånger	5	17,2	17,2	79,3
Över 5 gånger	6	20,7	20,7	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Jag har på min arbetsplats deltagit i skolning angående vården och undersökningen av person utsatt för ett sexuellt övergrepp. I arbetsplatsen skolning angående vården och undersökningen av person utsatt för sexuellt övergrepp hade 21 personer deltagit (72,4%). (Figur 7 och Tabell 7).

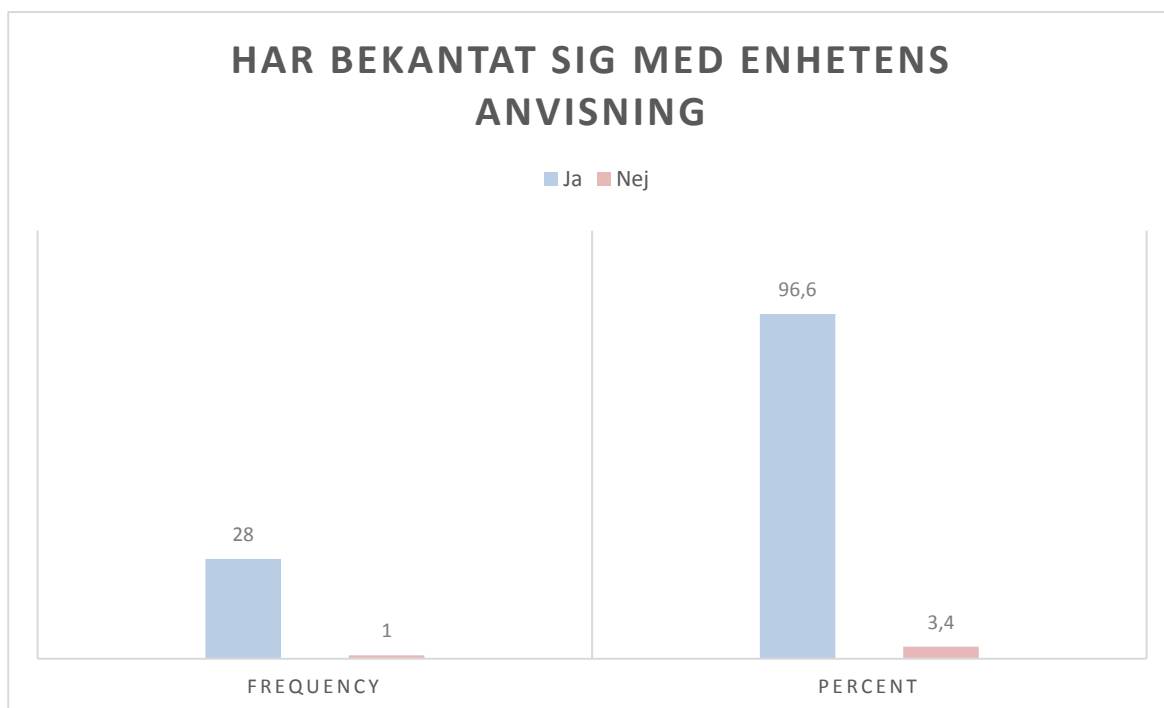


Figur 7. Jag har på min arbetsplats deltagit i skolning angående vården och undersökningen av person som blivit utsatt för sexuellt övergrepp (N=29)

Tabell 7. Jag har på min arbetsplats deltagit i skolning angående vården och undersökningen av person som blivit utsatt för sexuellt övergrepp

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ja	21	72,4	72,4	72,4
Nej	8	27,6	27,6	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Har du bekantat dig med enhetens anvisning för sexualbrottsundersökning vid misstanke om sexuellt våld. 28 personer (96,6%) hade bekantat sig med enhetens anvisning för sexualbrottsundersökning vid misstanke om sexuellt våld. (Figur 8 och Tabell 8).

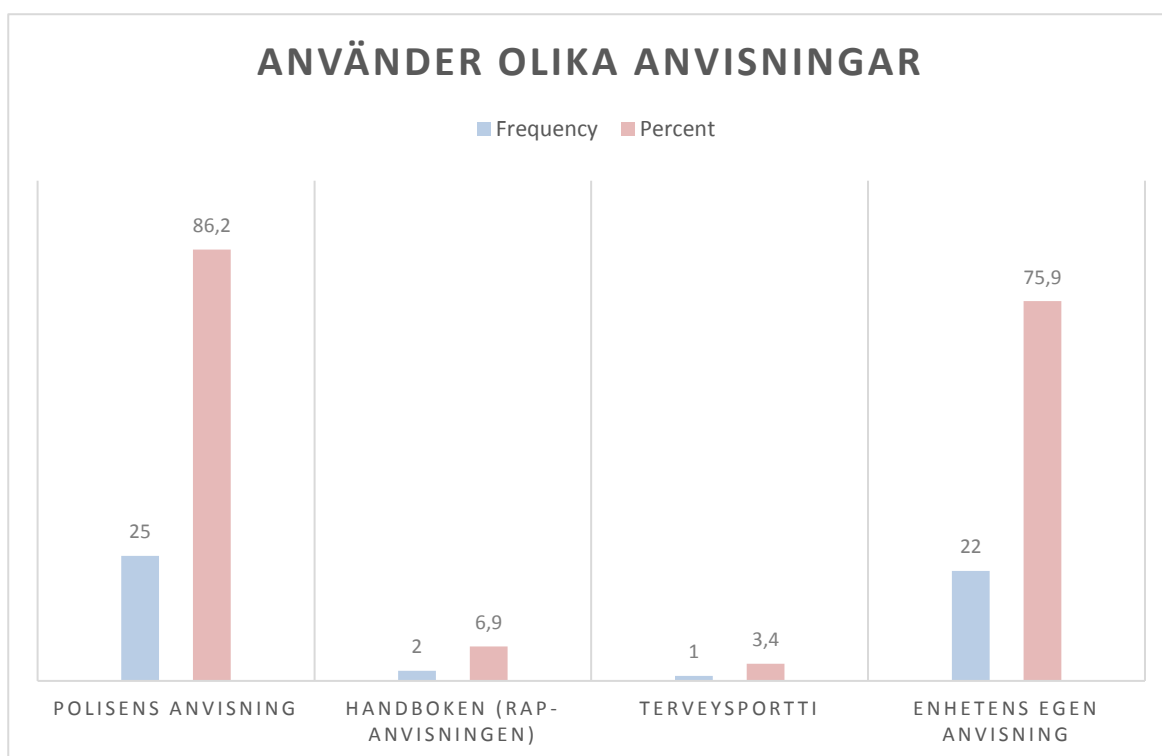


Figur 8. Har du bekantat dig med enhetens anvisning för sexualbrottsundersökning vid misstanke om sexuellt våld (N=29)

Tabell 8. Har du bekantat dig med enhetens anvisning för sexualbrottsundersökning vid misstanke om sexuellt våld

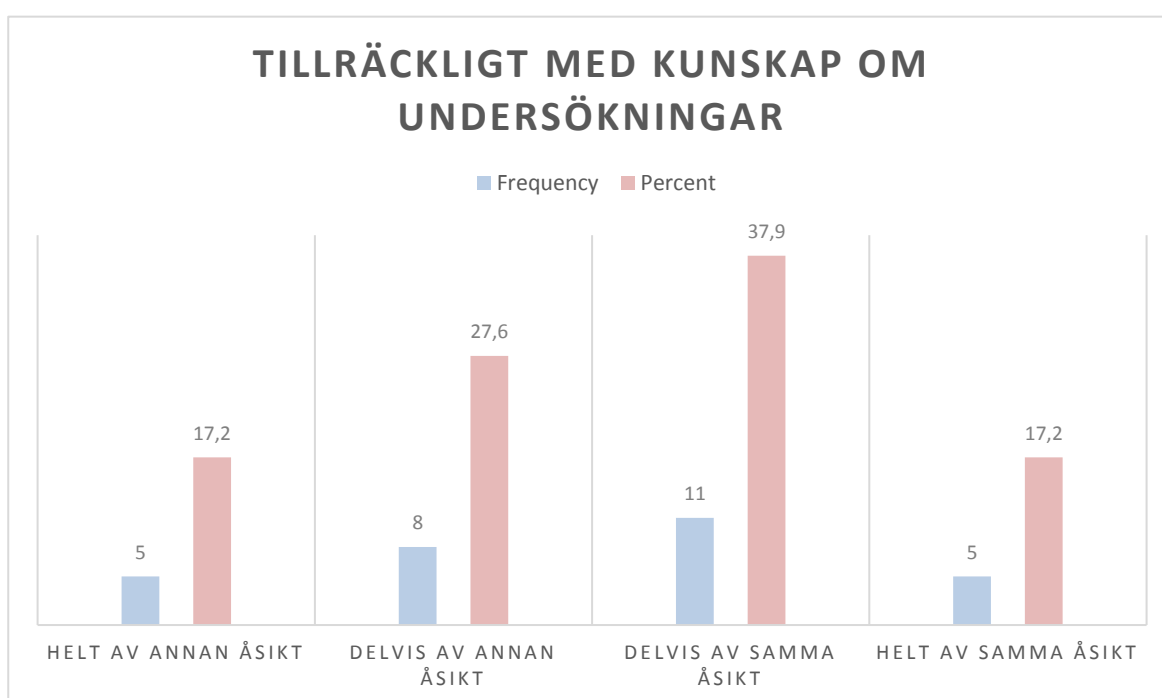
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ja	28	96,6	96,6	96,6
Nej	1	3,4	3,4	100,0
Total	29	100,0	100,0	

I samband med vården av person utsatt för sexuellt övergrepp använder du dig av följande anvisningar. 25 personer (86,2%) använder sig av polisens anvisning. 2 personer (2,9%) svarade att de använde handboken akut hjälp för våldtagna (RAP-anvisningen). Anvisningen angående undersökning av person utsatt för våldtäkt i Terveysportti, användes av 1 person (3,4%). Den egna enhetens anvisning använde 22 personer (75,9%). Frågan använder du dig av annat fick ett svar (3,4%), som inte kunde tolkas som anvisning. Flera personer använde sig av olika anvisningar. (Figur 9).



Figur 9. Använder olika anvisningar i samband med vården av person utsatt för sexuellt övergrepp (N=29)

Jag har tillräckligt med kunskap om undersökningar som görs i samband med sexuellt övergrepp. Delvis och helt av samma åsikt var 16 personer (55,2%). Helt av annan åsikt var 5 personer (17,2%). (Figur 10 och Tabell 9).

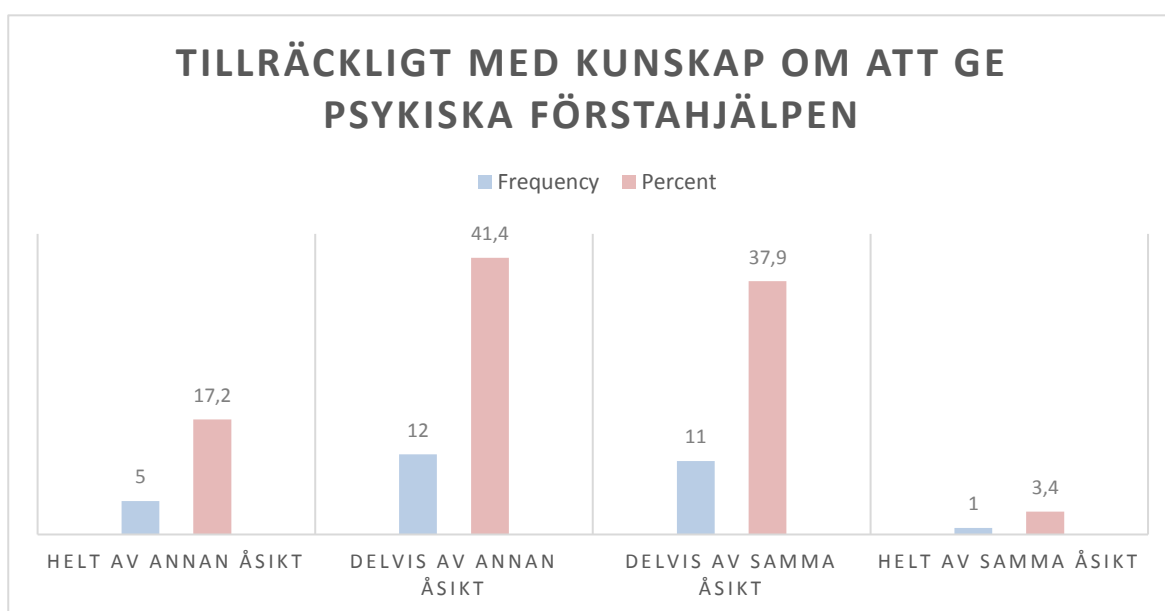


Figur 10. Jag har tillräckligt med kunskap om undersökningar som görs i samband med sexuellt övergrepp (N=29)

Tabell 9. Jag har tillräckligt med kunskap om undersökningar som görs i samband med sexuellt övergrepp

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	5	17,2	17,2	17,2
Delvis av annan åsikt	8	27,6	27,6	44,8
Delvis av samma åsikt	11	37,9	37,9	82,8
Helt av samma åsikt	5	17,2	17,2	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Jag har tillräckligt med kunskap om att ge psykisk första hjälp. 1 person (3,4%) var helt av samma åsikt. Delvis av samma åsikt var 11 personer (37,9%). Helt eller delvis av annan åsikt var 17 personer (58,6%). (Figur 11 och Tabell 10).

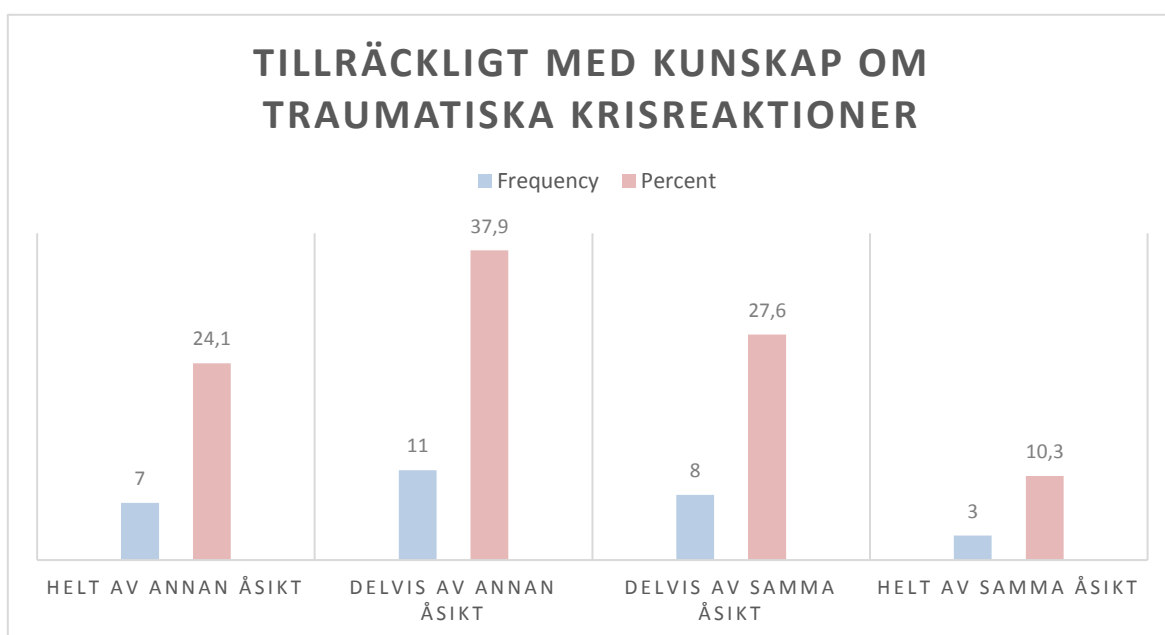


Figur 11. Jag har tillräckligt med kunskap om att ge psykisk första hjälp åt den utsatte (N=29)

Tabell 10. Jag har tillräckligt med kunskap om att ge psykisk första hjälp åt den utsatte

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	5	17,2	17,2	17,2
Delvis av annan åsikt	12	41,4	41,4	58,6
Delvis av samma åsikt	11	37,9	37,9	96,6
Helt av samma åsikt	1	3,4	3,4	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Jag har tillräckligt med kunskap om traumatiska krisreaktioner. Helt eller delvis av annan åsikt var 18 personer (62,1%) på frågan om jag har tillräckligt med kunskap om traumatiska krisreaktioner. Helt av annan åsikt var 7 personer (24,1%). Helt av samma åsikt var 3 personer (10,3%). (Figur 12 och Tabell 11).

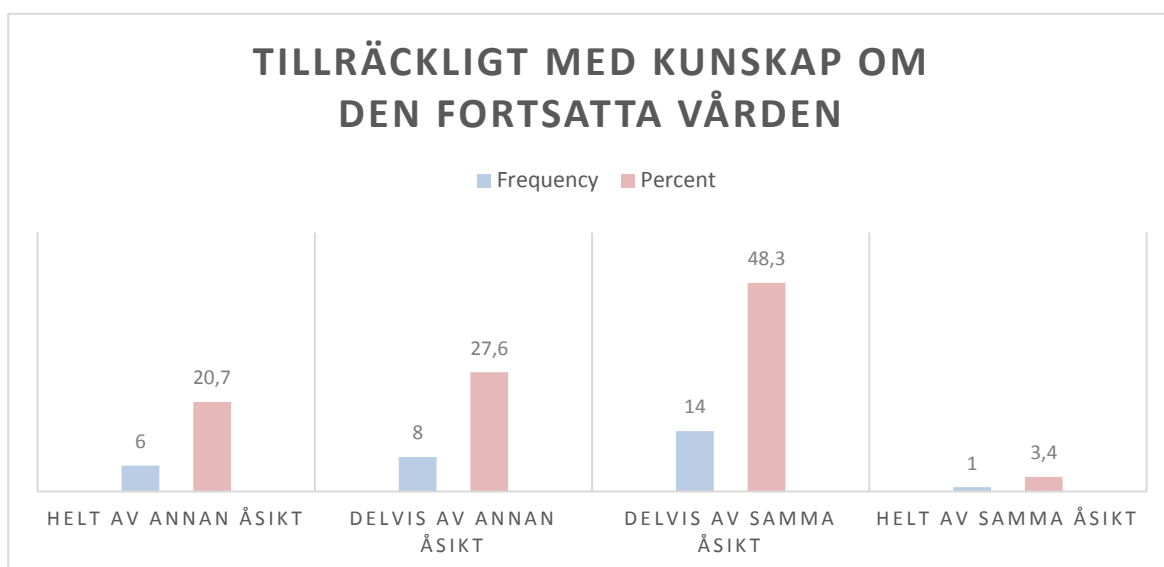


Figur 12. Jag har tillräckligt med kunskap om traumatiska krisreaktioner (N=29)

Tabell 11. Jag har tillräckligt med kunskap om traumatiska krisreaktioner

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	7	24,1	24,1	24,1
Delvis av annan åsikt	11	37,9	37,9	62,1
Delvis av samma åsikt	8	27,6	27,6	89,7
Helt av samma åsikt	3	10,3	10,3	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Jag har tillräckligt med kunskap om den fortsatta vården av person utsatt för sexuellt övergrepp. Helt av samma åsikt var 1 person (3,4%). Delvis av samma åsikt var 14 personer (48,3%). Helt av annan åsikt var 6 personer (20,7%). (Figur 13 och Tabell 12).

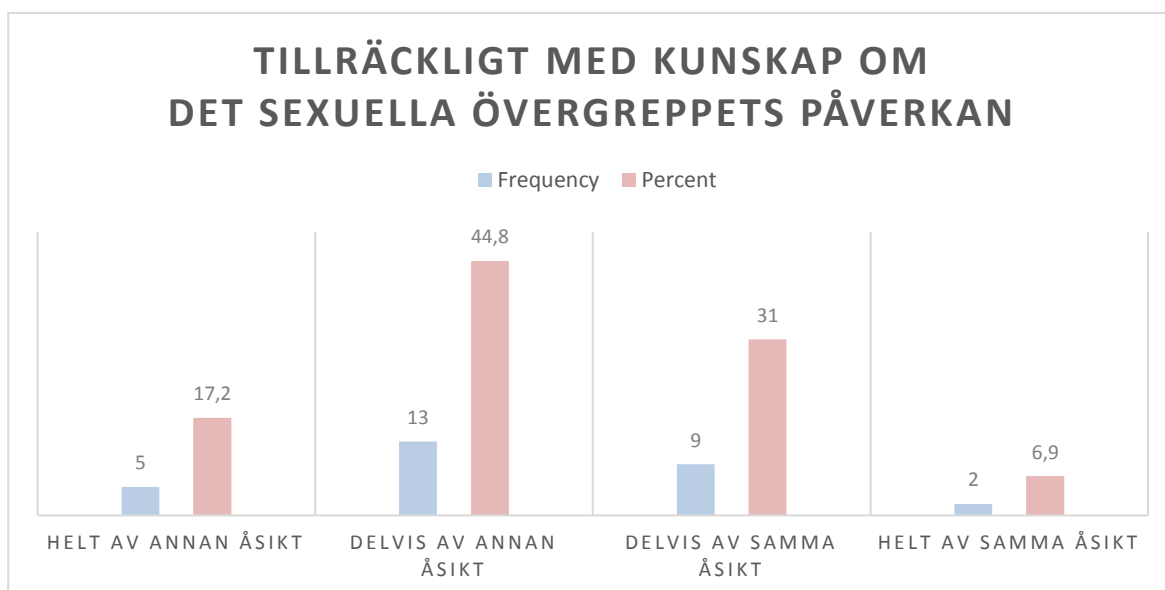


Figur 13. Jag har tillräckligt med kunskap om den fortsatta vården av person utsatt för sexuellt övergrepp (N=29)

Tabell 12. Jag har tillräckligt med kunskap om den fortsatta vården av person utsatt för sexuellt övergrepp

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	6	20,7	20,7	20,7
Delvis av annan åsikt	8	27,6	27,6	48,3
Delvis av samma åsikt	14	48,3	48,3	96,6
Helt av samma åsikt	1	3,4	3,4	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Jag har tillräckligt med kunskap om det sexuella övergreppets påverkan på individen. 2 personer (6,9%) var helt av samma åsikt. Helt av annan åsikt var 5 personer (17,2%). 13 personer (44,8%) var delvis av annan åsikt. (Figur 14 och Tabell 13).

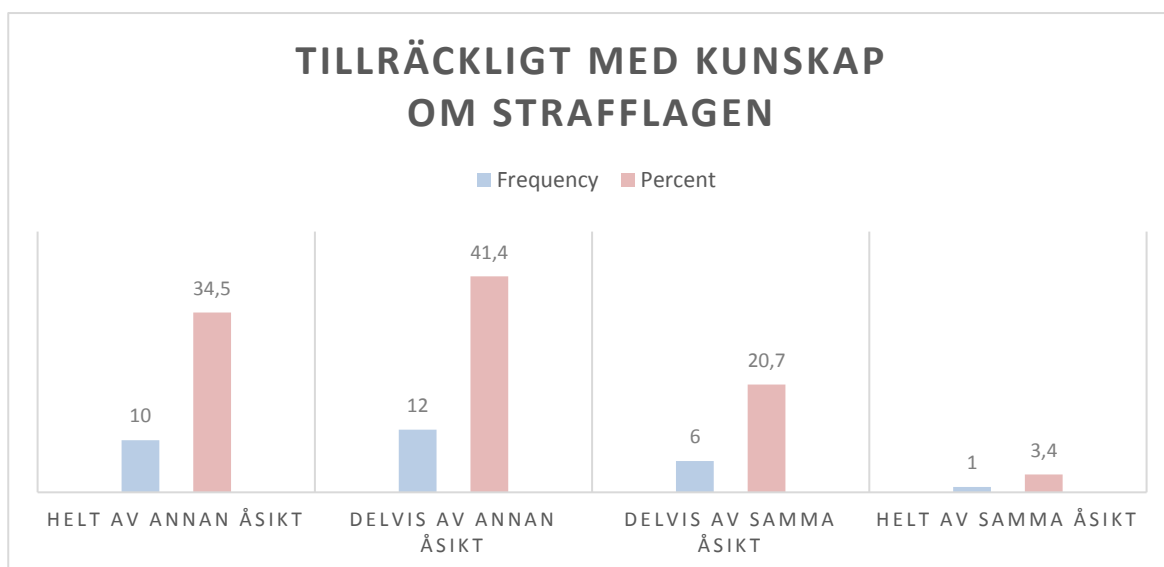


Figur 14. Jag har tillräckligt med kunskap om det sexuella övergreppets påverkan på individen (N=29)

Tabell 13. Jag har tillräckligt med kunskap om det sexuella övergreppets påverkan på individen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	5	17,2	17,2	17,2
Delvis av annan åsikt	13	44,8	44,8	62,1
Delvis av samma åsikt	9	31,0	31,0	93,1
Helt av samma åsikt	2	6,9	6,9	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Jag har tillräckligt med kunskap om strafflagen om sexuellt våld. 22 personer (75,9%) var av helt eller delvis av annan åsikt på frågan jag har tillräckligt med kunskap om strafflagen om sexuellt våld. Helt eller delvis av samma åsikt var 7 personer (24,1%). (Figur 15 och Tabell 14).

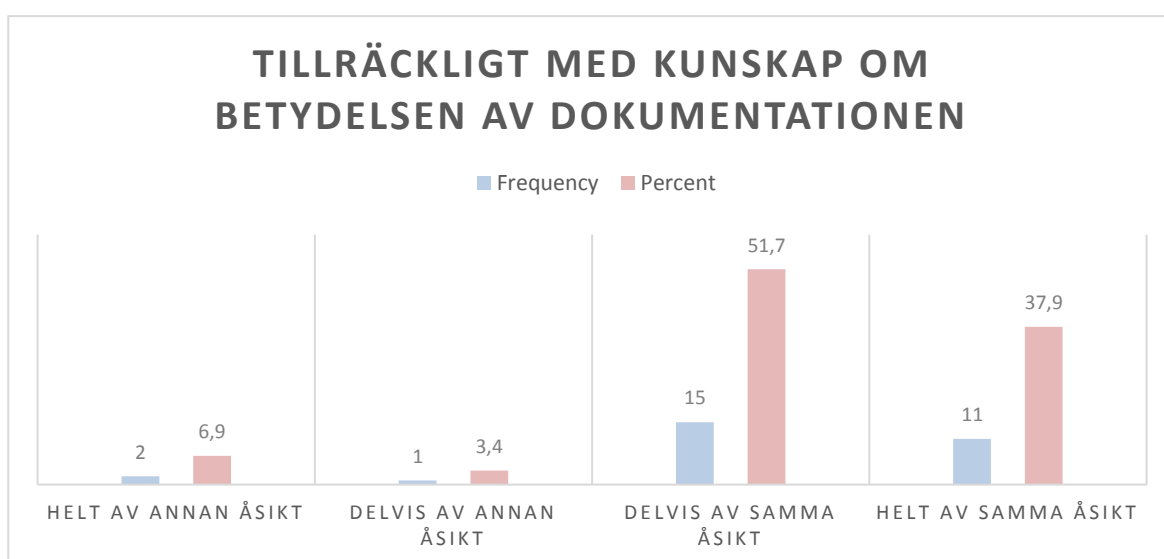


Figur 15. Jag har tillräckligt med kunskap om strafflagen om sexuellt våld (N=29)

Tabell 14. Jag har tillräckligt med kunskap om strafflagen om sexuellt våld

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	10	34,5	34,5	34,5
Delvis av annan åsikt	12	41,4	41,4	75,9
Delvis av samma åsikt	6	20,7	20,7	96,6
Helt av samma åsikt	1	3,4	3,4	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Jag har tillräckligt med kunskap om betydelsen av dokumentationen i samband med undersökningen. 26 personer (89,6%) var helt eller delvis av samma åsikt på frågan jag har tillräckligt med kunskap om betydelsen av dokumentationen i samband med undersökningen. (Figur 16 och Tabell 15).

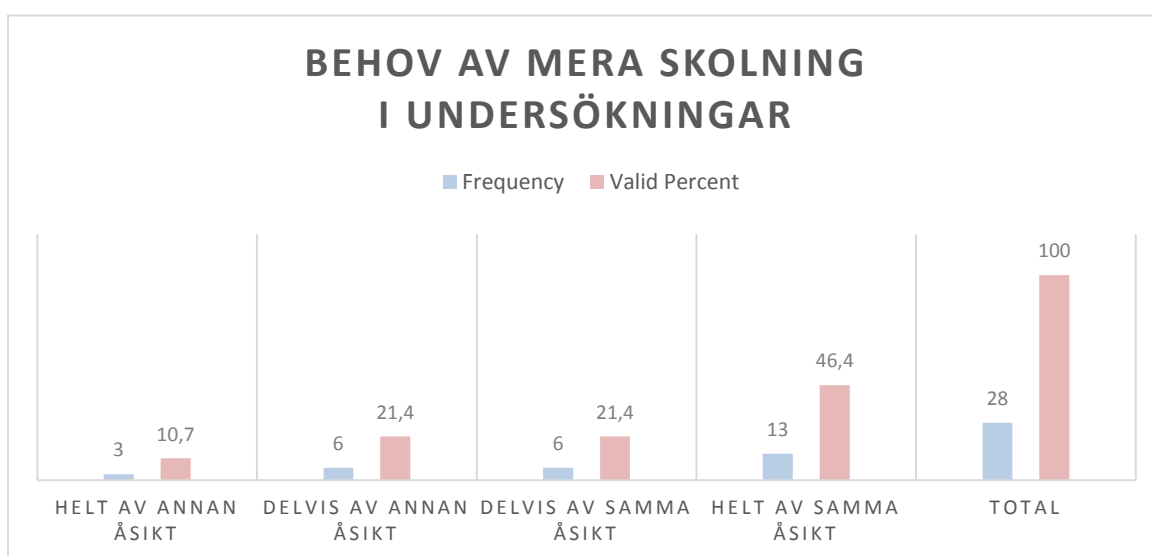


Figur 16. Jag har tillräckligt med kunskap om betydelsen av dokumentationen i samband med undersökningen (N=29)

Tabell 15. Jag har tillräckligt med kunskap om betydelsen av dokumentationen i samband med undersökningen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	2	6,9	6,9	6,9
Delvis av annan åsikt	1	3,4	3,4	10,3
Delvis av samma åsikt	15	51,7	51,7	62,1
Helt av samma åsikt	11	37,9	37,9	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Jag behöver mera skolning om undersökningar som görs vid sexuellt övergrepp. 13 personer (46,4%) var helt av samma åsikt. Helt av annan åsikt var 3 personer (10,7%). Delvis av annan åsikt och delvis av samma åsikt var 6 personer i vardera gruppen (21,4%). 1 person svarade på två alternativ vilket gjorde att svaret inte kunde tas med i undersökningen. (Figur 17 och Tabell 16).

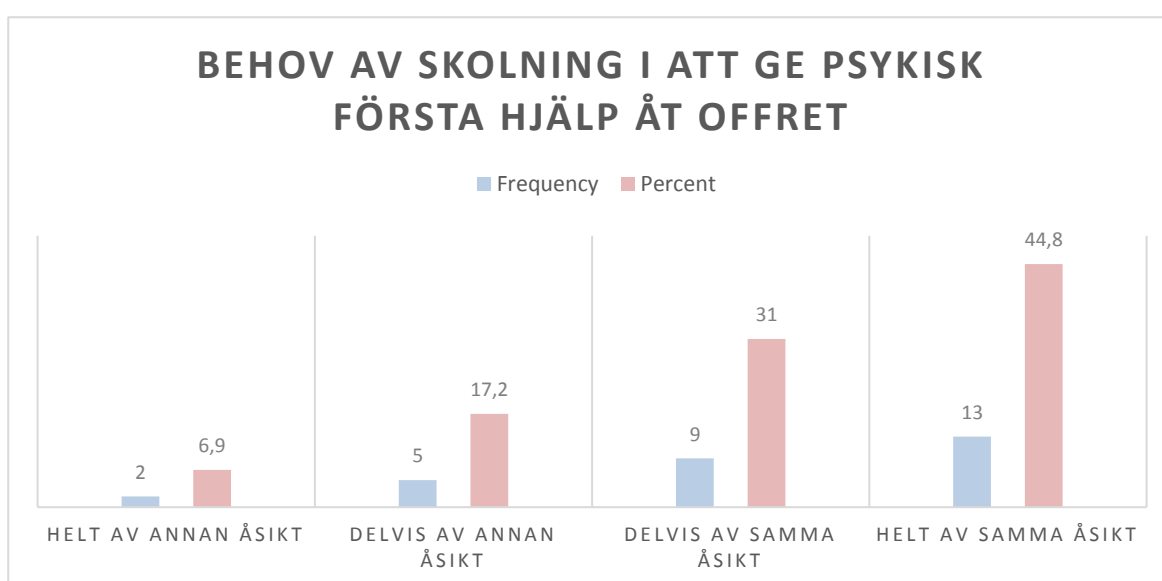


Figur 17. Jag behöver mera skolning om undersökningar som görs vid sexuellt övergrepp (N=28)

Tabell 16. Jag behöver mera skolning om undersökningar som görs vid sexuellt övergrepp

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helt av annan åsikt	3	10,3	10,7	10,7
	Delvis av annan åsikt	6	20,7	21,4	32,1
	Delvis av samma åsikt	6	20,7	21,4	53,6
	Helt av samma åsikt	13	44,8	46,4	100,0
	Total	28	96,6	100,0	
Missing	kan ej bedömas, två svar på samma fråga (2 och 3)	1	3,4		
Total		29	100,0		

Jag behöver mera skolning i att ge psykisk första hjälp åt offret. Helt av samma åsikt var 13 personer (44,8%) och delvis av samma åsikt var 9 personer (31%) på frågan jag behöver mera skolning i att ge psykisk första hjälp åt offret. Helt av annan åsikt var 2 personer (6,9%). (Figur 18 och Tabell 17).

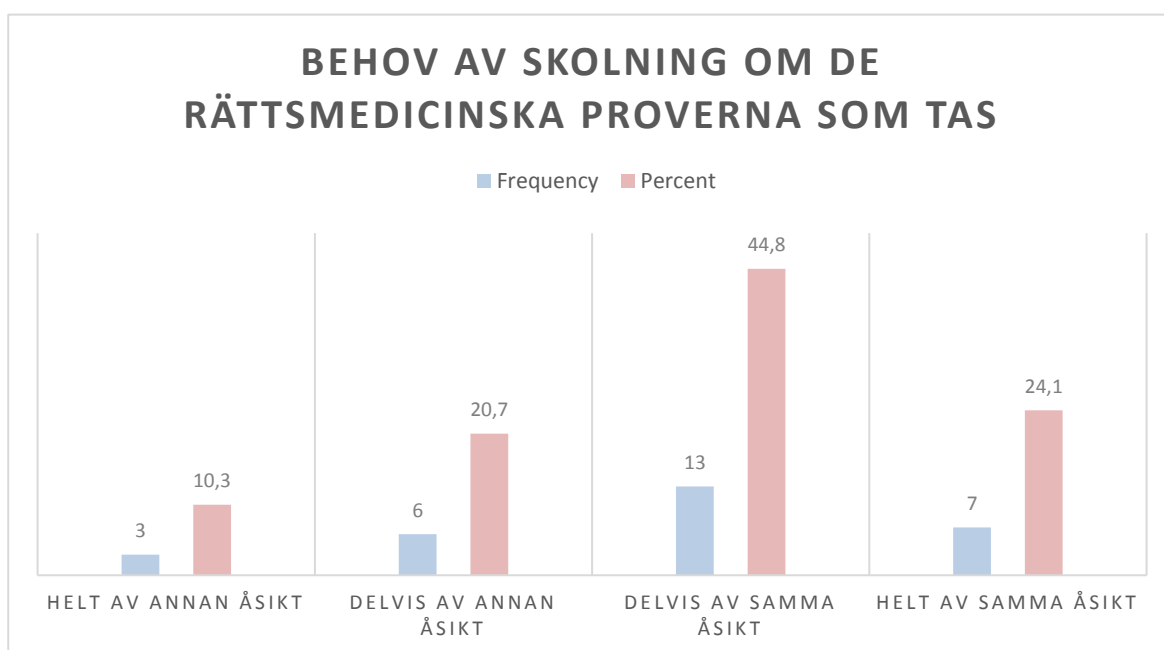


Figur 18. Jag behöver mera skolning i att ge psykisk första hjälp åt offret (N=29)

Tabell 17. Jag behöver mera skolning i att ge psykisk första hjälp åt offret

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	2	6,9	6,9	6,9
Delvis av annan åsikt	5	17,2	17,2	24,1
Delvis av samma åsikt	9	31,0	31,0	55,2
Helt av samma åsikt	13	44,8	44,8	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Jag behöver mera skolning om de rättsmedicinska proverna som tas. Delvis av samma åsikt var 13 personer (44,8%). Helt av samma åsikt var 7 personer (24,1%). Helt av annan åsikt var 3 personer (10,3%). (Figur 19 och Tabell 18).

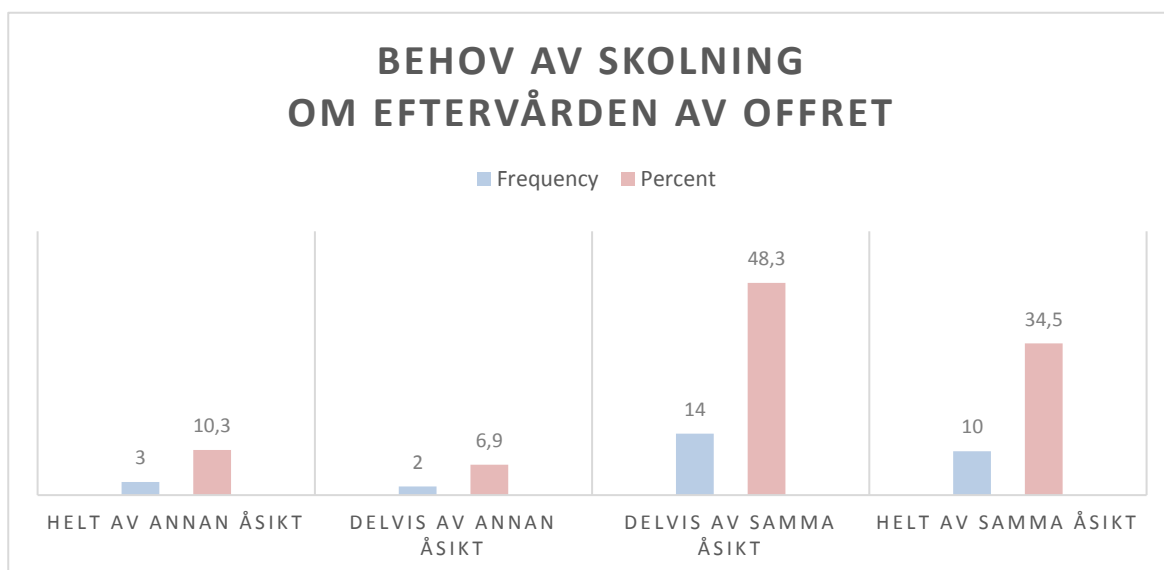


Figur 19. Jag behöver mera skolning om de rättsmedicinska proverna som tas (N=29)

Tabell 18. Jag behöver mera skolning om de rättsmedicinska proverna som tas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	3	10,3	10,3	10,3
Delvis av annan åsikt	6	20,7	20,7	31,0
Delvis av samma åsikt	13	44,8	44,8	75,9
Helt av samma åsikt	7	24,1	24,1	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Jag behöver mera skolning om eftervården av offret. Delvis av samma åsikt och helt av samma åsikt var 24 personer (82,8%). Helt av annan åsikt var 3 personer (10,3%). (Figur 20 och Tabell 19).

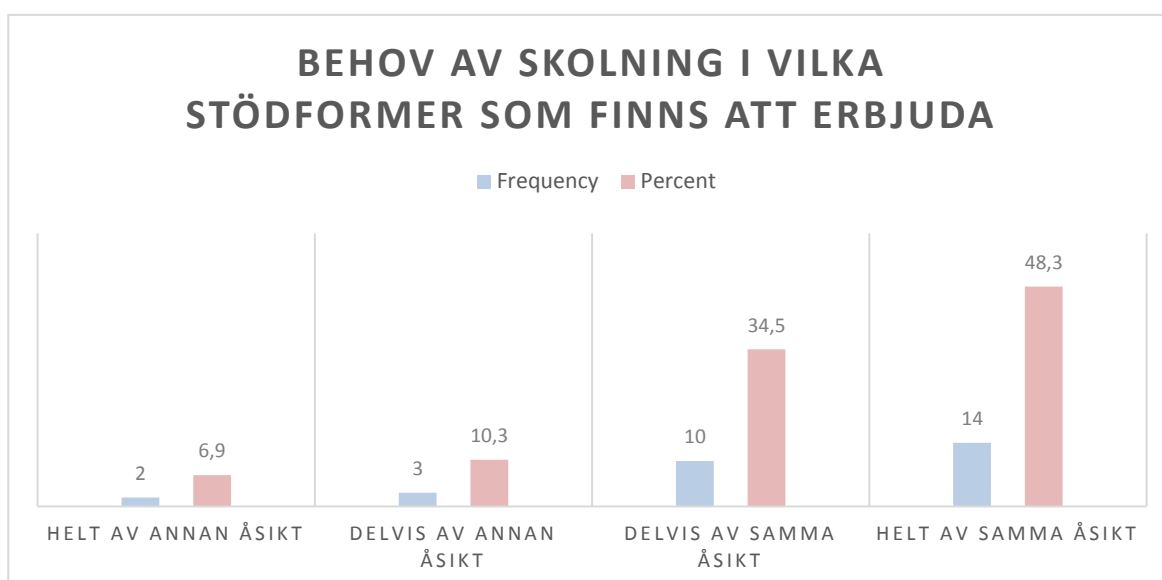


Figur 20. Jag behöver mera skolning om eftervården av offret (N=29)

Tabell 19. Jag behöver mera skolning om eftervården av offret

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	3	10,3	10,3	10,3
Delvis av annan åsikt	2	6,9	6,9	17,2
Delvis av samma åsikt	14	48,3	48,3	65,5
Helt av samma åsikt	10	34,5	34,5	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Jag behöver mera skolning om vilka stödformer som finns att erbjuda offret. Delvis av samma åsikt var 10 personer (34,5%) och helt av samma åsikt 14 personer (48,3%). Helt av annan åsikt var 2 personer (6,9%). (Figur 20 och Tabell 19).

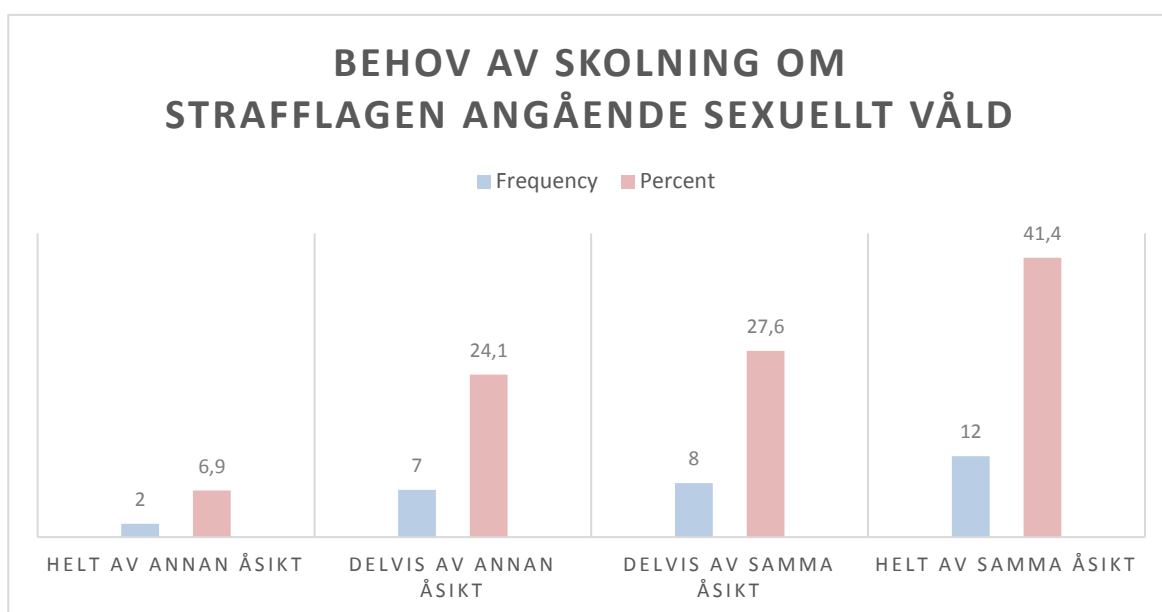


Figur 21. Jag behöver mera skolning om vilka stödformer som finns att erbjuda offret (N=29)

Tabell 20. Jag behöver mera skolning om vilka stödformer som finns att erbjuda offret

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	2	6,9	6,9	6,9
Delvis av annan åsikt	3	10,3	10,3	17,2
Delvis av samma åsikt	10	34,5	34,5	51,7
Helt av samma åsikt	14	48,3	48,3	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Jag behöver mera skolning om strafflagen angående sexuellt våld. Helt av samma åsikt var 12 personer (41,4%). Delvis av samma åsikt var 8 personer (27,6%). Helt av annan åsikt var 2 personer (6,9%). (Figur 20 och Tabell 19).

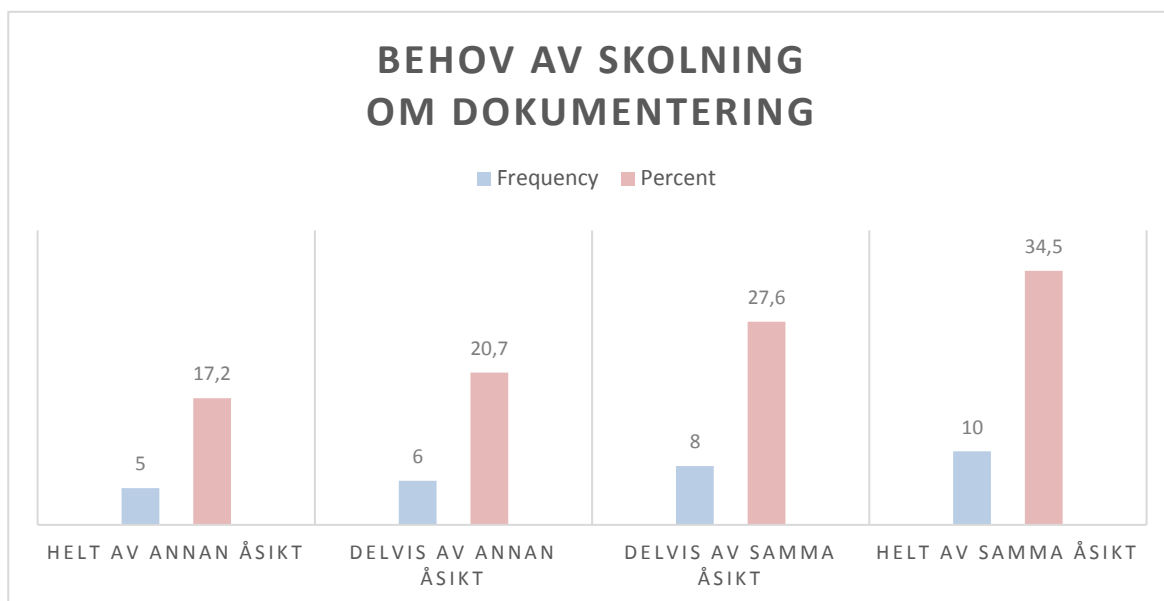


Figur 22. Jag behöver mera skolning om strafflagen angående sexuellt våld (N=29)

Tabell 21. Jag behöver mera skolning om strafflagen angående sexuellt våld

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	2	6,9	6,9	6,9
Delvis av annan åsikt	7	24,1	24,1	31,0
Delvis av samma åsikt	8	27,6	27,6	58,6
Helt av samma åsikt	12	41,4	41,4	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Jag behöver mera skolning om dokumentering som görs i samband med undersökningen. Helt av samma åsikt var 10 personer (34,5%) och delvis av samma åsikt var 8 personer (27,6%). Helt av annan åsikt och delvis av annan åsikt var 11 personer (37,9%). (Figur 23 och Tabell 22).

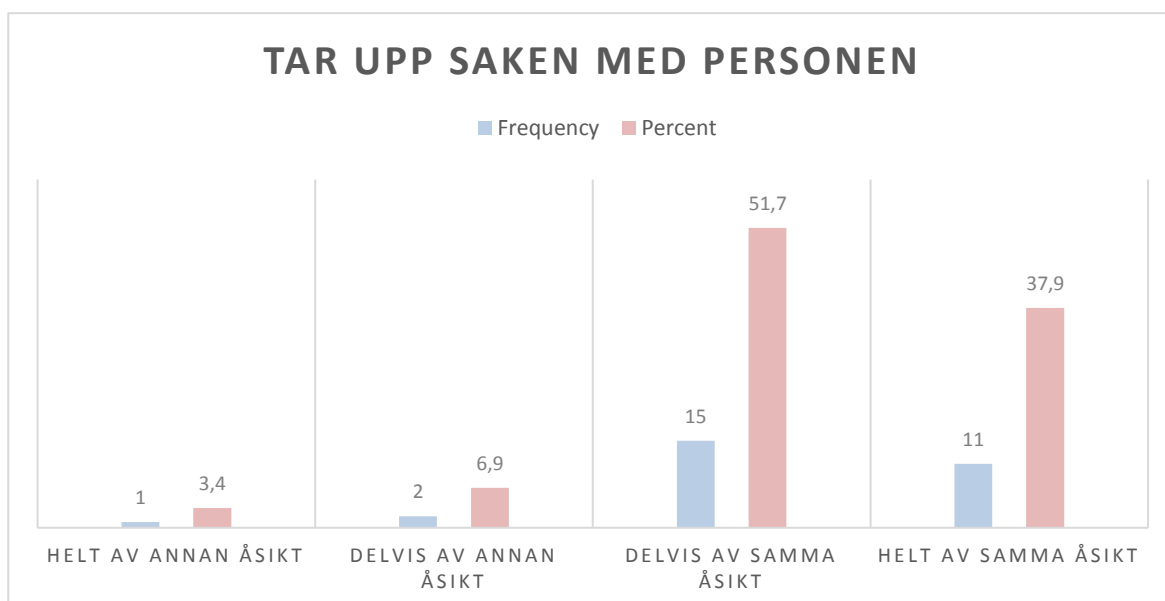


Figur 23. Jag behöver mera skolning om dokumenteringen som görs i samband med undersökningen (N=29)

Tabell 22. Jag behöver mera skolning om dokumenteringen som görs i samband med undersökningen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	5	17,2	17,2	17,2
Delvis av annan åsikt	6	20,7	20,7	37,9
Delvis av samma åsikt	8	27,6	27,6	65,5
Helt av samma åsikt	10	34,5	34,5	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp tar jag upp saken med personen. 1 person (3,4%) var helt av annan åsikt och 2 personer (6,9%) delvis av annan åsikt. Delvis och helt av samma åsikt var 26 personer (89,6%). (Figur 24 och Tabell 23).

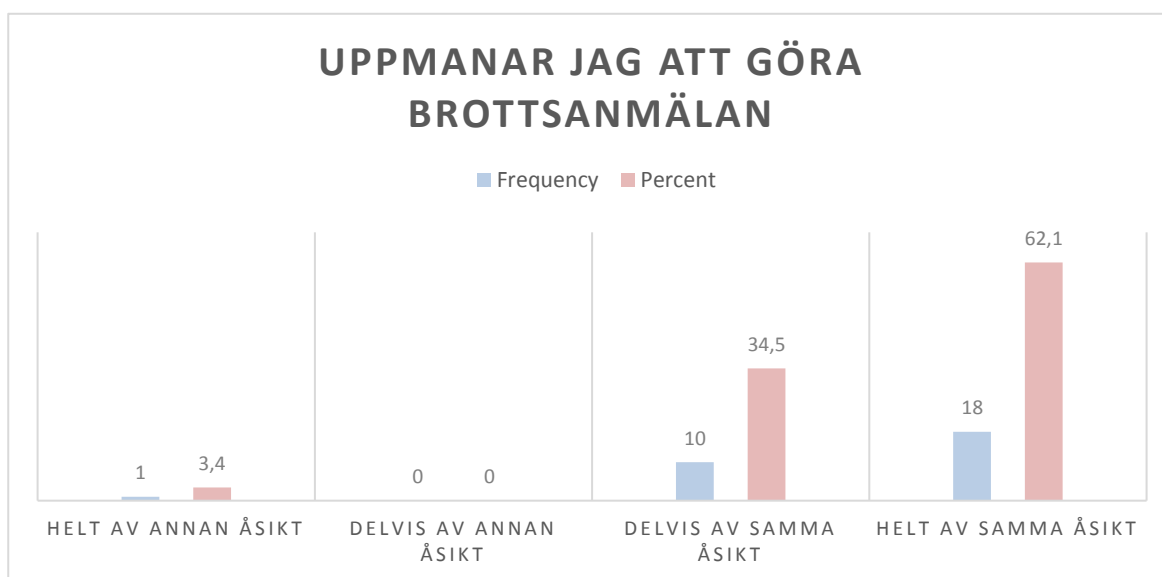


Figur 24. Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp tar jag upp saken med personen (N=29)

Tabell 23. Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp tar jag upp saken med personen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	1	3,4	3,4	3,4
Delvis av annan åsikt	2	6,9	6,9	10,3
Delvis av samma åsikt	15	51,7	51,7	62,1
Helt av samma åsikt	11	37,9	37,9	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp uppmanar jag personen att göra en brottsanmälan. Helt av samma åsikt var 18 personer (62,1%). Delvis av samma åsikt var 10 personer (34,5%). Helt av annan åsikt var 1 person (3,4%). Ingen person var av delvis annan åsikt. (Figur 25 och Tabell 24).



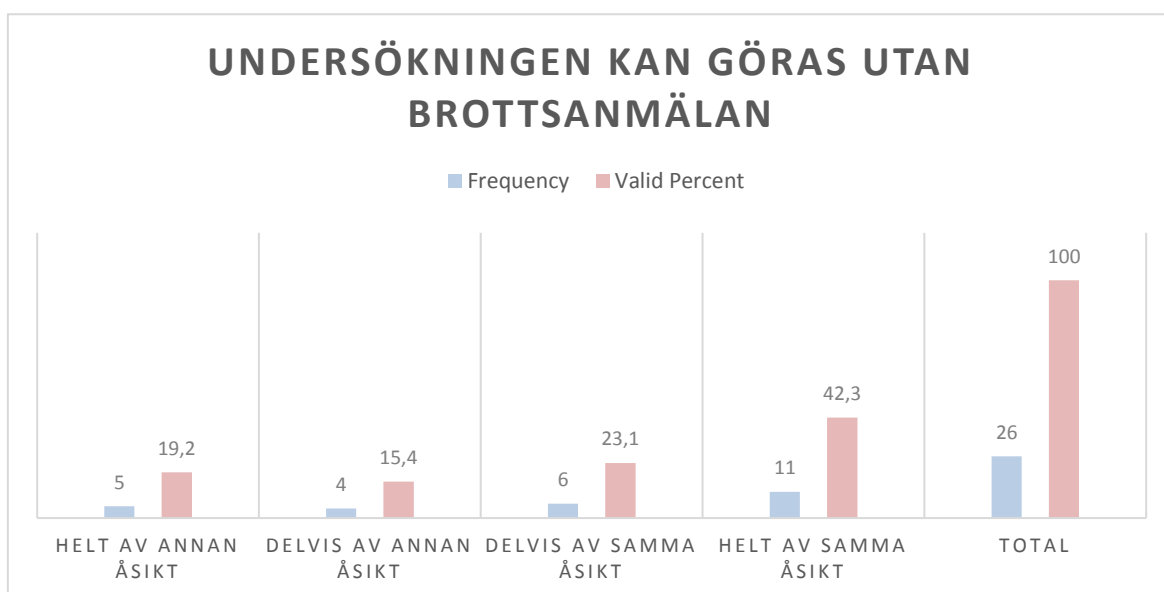
Figur 25. Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp uppmanar jag personen att göra en brottsanmälan (N=29)

Tabell 24. Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp uppmanar jag personen att göra en brottsanmälan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	1	3,4	3,4	3,4
Delvis av samma åsikt	10	34,5	34,5	37,9
Helt av samma åsikt	18	62,1	62,1	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp kan

undersökningen göras utan en brottsanmälan. 5 personer (19,2%) var helt av annan åsikt och 4 personer (15,4%) svarade att de är delvis av annan åsikt. Helt av samma åsikt var 11 personer (42,3%). 3 personer lämnade frågan obesvarad. (Figur 26 och Tabell 25).

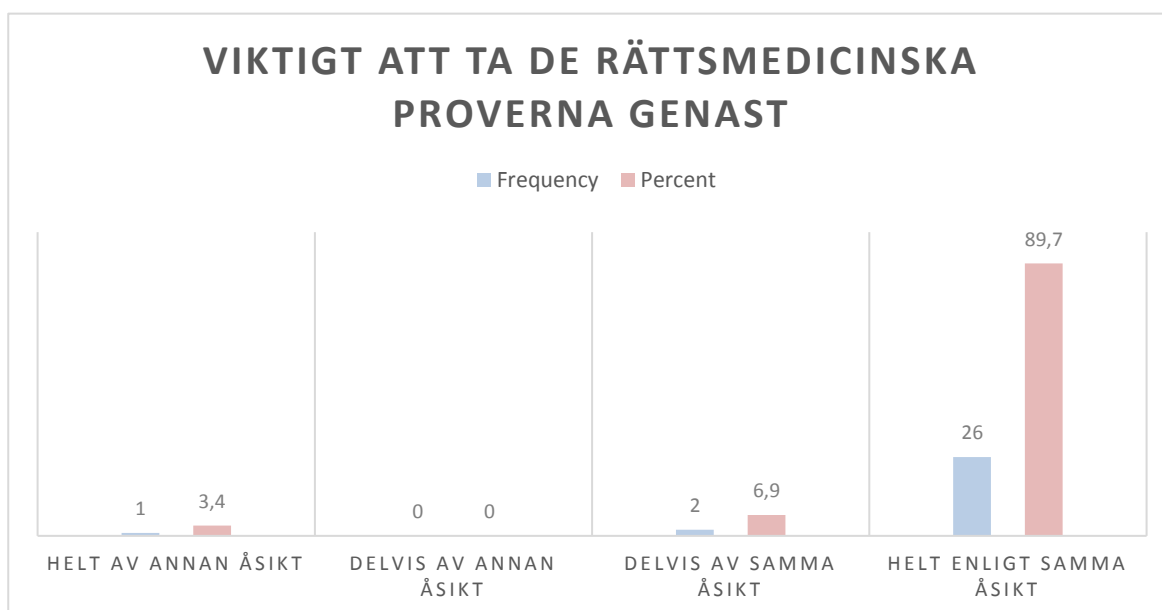


Figur 26. Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp kan undersökningen göras utan en brottsanmälan (N=26)

Tabell 25. Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp kan undersökningen göras utan en brottsanmälan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helt av annan åsikt	5	17,2	19,2	19,2
	Delvis av annan åsikt	4	13,8	15,4	34,6
	Delvis av samma åsikt	6	20,7	23,1	57,7
	Helt av samma åsikt	11	37,9	42,3	100,0
	Total	26	89,7	100,0	
Missing	Obesvarad	3	10,3		
Total		29	100,0		

Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp är det viktigt att ta de rättsmedicinska proverna genast. 26 personer (89,7%) svarade att de är helt av samma åsikt. Helt av annan åsikt var 1 person. Delvis av annan åsikt var ingen person. Delvis av samma åsikt var ingen person. (Figur 27 och Tabell 26).

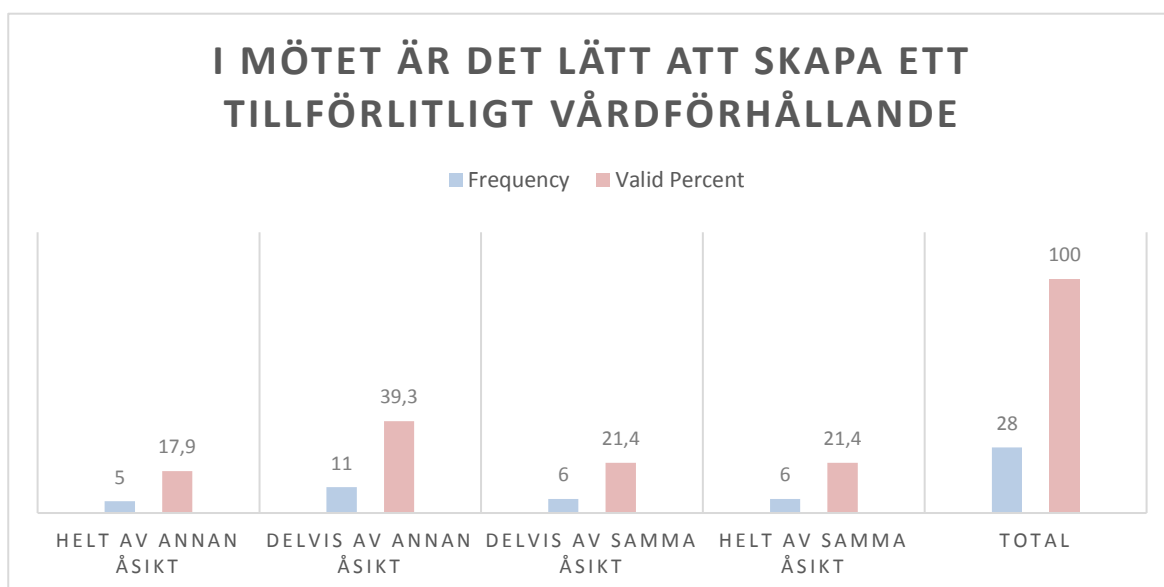


Figur 27. Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp är det viktigt att ta de rättsmedicinska proverna genast (N=29)

Tabell 26. Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp är det viktigt att ta de rättsmedicinska proverna genast

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	1	3,4	3,4	3,4
Delvis av samma åsikt	2	6,9	6,9	10,3
Helt enligt samma åsikt	26	89,7	89,7	100,0
Total	29	100,0	100,0	

I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att skapa ett tillförlitligt vårdförhållande. 5 personer (17,9%) var helt av annan åsikt och 11 personer (39,3%) var delvis av annan åsikt på frågan om det är lätt att skapa ett tillförlitligt vårdförhållande i mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp. Delvis av samma åsikt och helt av samma åsikt var 6 personer (21,4%) i vardera gruppen. En person lämnade obesvarat. (Figur 28 och Tabell 27).

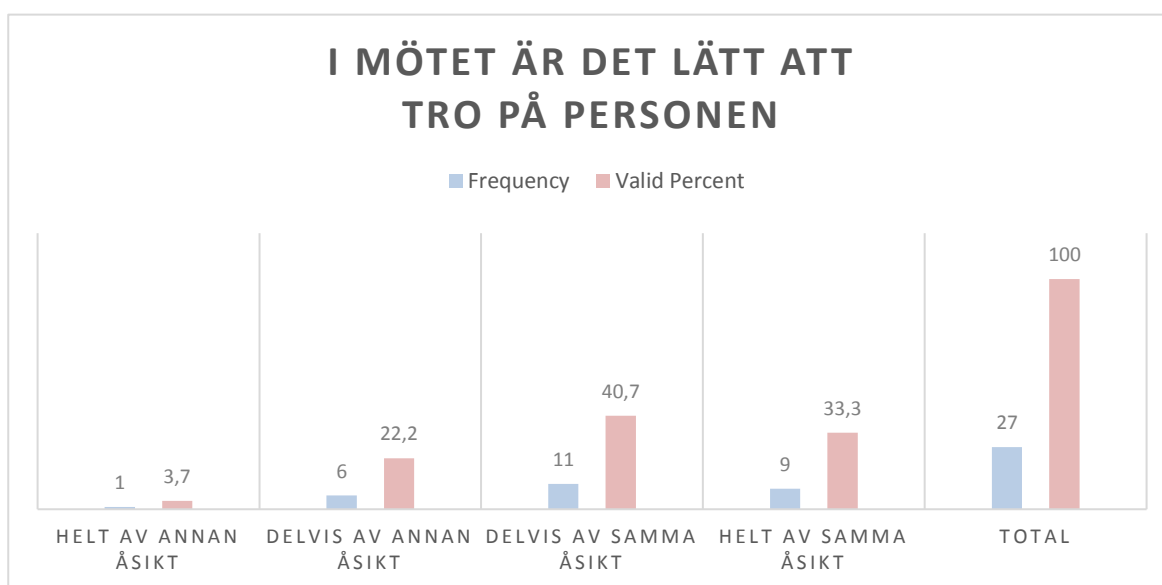


Figur 28. I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att skapa ett tillförlitligt vård förhållande (N=28)

Tabell 27. I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att skapa ett tillförlitligt vårdförhållande

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helt av annan åsikt	5	17,2	17,9	17,9
	Delvis av annan åsikt	11	37,9	39,3	57,1
	Delvis av samma åsikt	6	20,7	21,4	78,6
	Helt av samma åsikt	6	20,7	21,4	100,0
	Total	28	96,6	100,0	
Missing	Obesvarat, ej deltagit i SERI	1	3,4		
Total		29	100,0		

I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att tro på personen. 20 personer (74%) var helt eller delvis av samma åsikt att det är lätt att i mötet tro på person utsatt för sexuellt övergrepp. Helt av annan åsikt var 1 person (3,7%). En person lämnade frågan obesvarad och en person hade gett två svar på samma fråga, vilket gjorde att den inte kunde bedömas. (Figur 29 och Tabell 28).

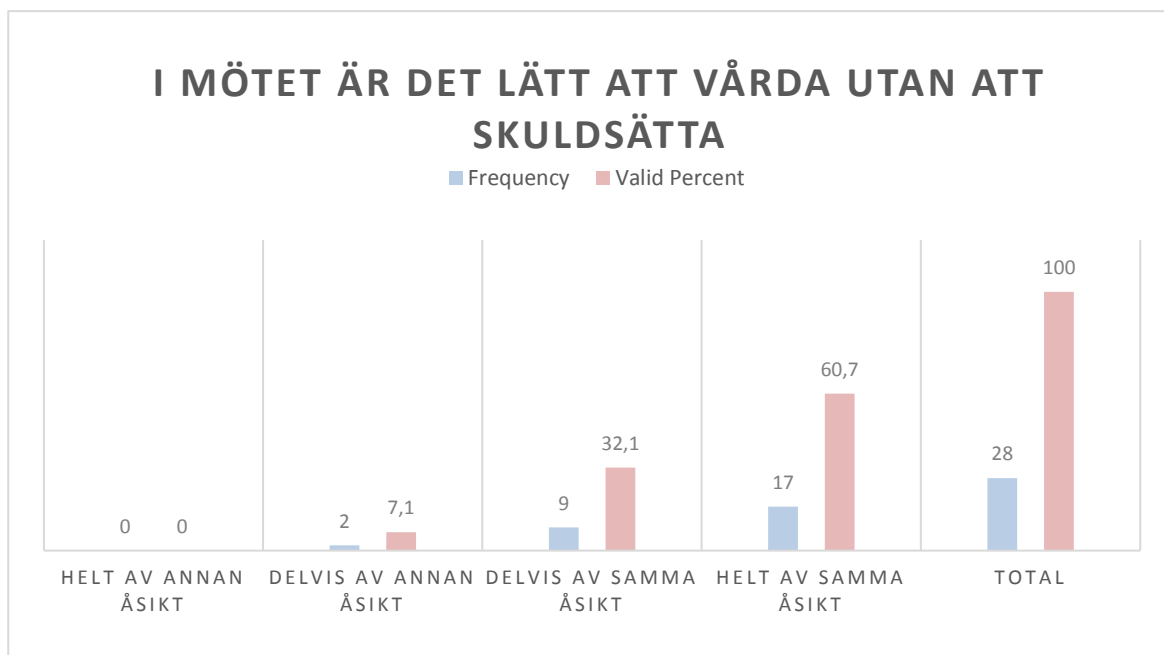


Figur 29. I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att tro på personen (N=27)

Tabell 28. I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att tro på personen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helt av annan åsikt	1	3,4	3,7	3,7
	Delvis av annan åsikt	6	20,7	22,2	25,9
	Delvis av samma åsikt	11	37,9	40,7	66,7
	Helt av samma åsikt	9	31,0	33,3	100,0
	Total	27	93,1	100,0	
Missing	Kan ej bedömas, två svar på samma fråga (2 och 3)	1	3,4		
	Obesvarat, ej deltagit i SERI	1	3,4		
	Total	2	6,9		
Total		29	100,0		

I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att vårda utan att skuldsätta denne. 17 personer (60,7%) var helt av samma åsikt. Delvis av samma åsikt var 9 personer (32,1%). Ingen person var av helt annan åsikt. En person lämnade frågan obesvarad. (Figur 30 och Tabell 29).



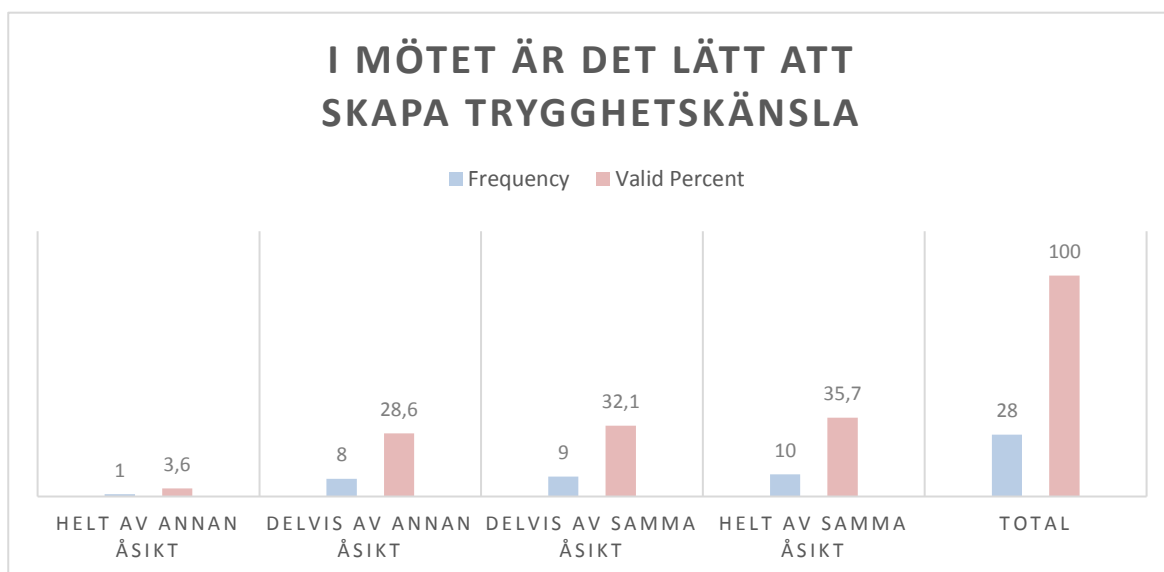
Figur 30. I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att vårda utan att skuldsätta denne (N=28)

Tabell 29. I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att vårda utan att skuldsätta denne

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Delvis av annan åsikt	2	6,9	7,1	7,1
	Delvis av samma åsikt	9	31,0	32,1	39,3
	Helt av samma åsikt	17	58,6	60,7	100,0
	Total	28	96,6	100,0	
Missing	Obesvarat, ej deltagit i SERI	1	3,4		
Total		29	100,0		

I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att skapa

trygghetskänsla. Helt av annan åsikt var 1 person (3,6%). Helt av samma åsikt var 10 personer (35,7). Delvis av samma åsikt var 9 personer (32,1%). En person lämnade frågan obesvarad. (Figur 31 och Tabell 30).

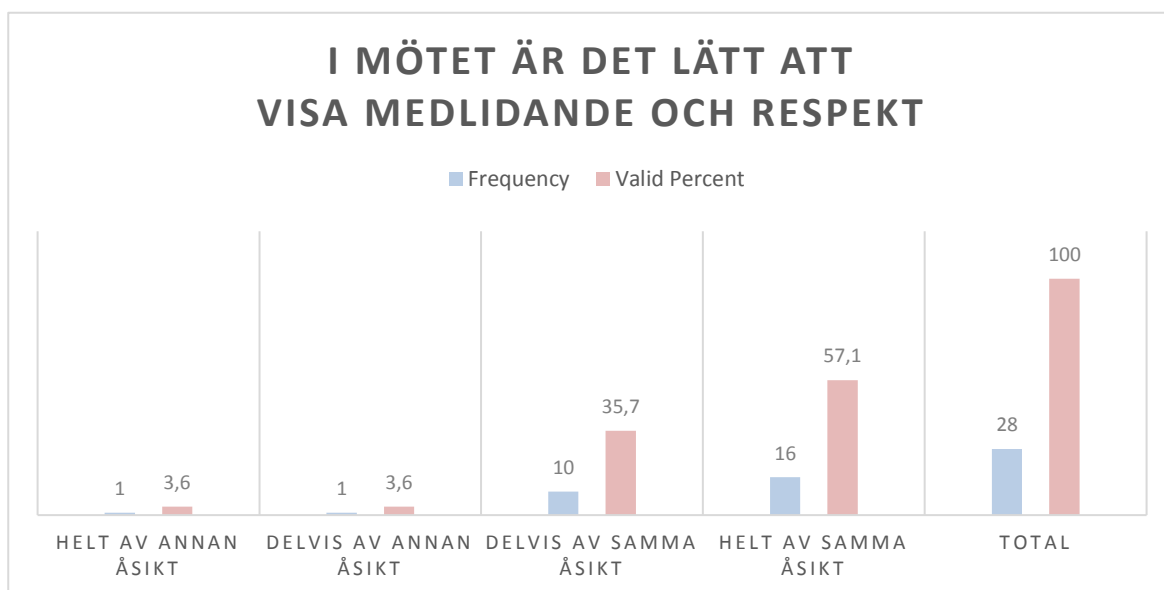


Figur 31. I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att skapa trygghetskänsla (N=28)

Tabell 30. I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att skapa trygghetskänsla

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helt av annan åsikt	1	3,4	3,6	3,6
	Delvis av annan åsikt	8	27,6	28,6	32,1
	Delvis av samma åsikt	9	31,0	32,1	64,3
	Helt av samma åsikt	10	34,5	35,7	100,0
	Total	28	96,6	100,0	
Missing	Obesvarat, ej deltagit i SERI	1	3,4		
Total		29	100,0		

I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att visa medlidande och respekt. På frågan svarade 16 personer (57,1%) att de var helt av samma åsikt. Delvis av samma åsikt var 10 personer (35,7%). Helt och delvis av annan åsikt var det 1 person i vardera gruppen. En person lämnade frågan obesvarad. (Figur 32 och Tabell 31).

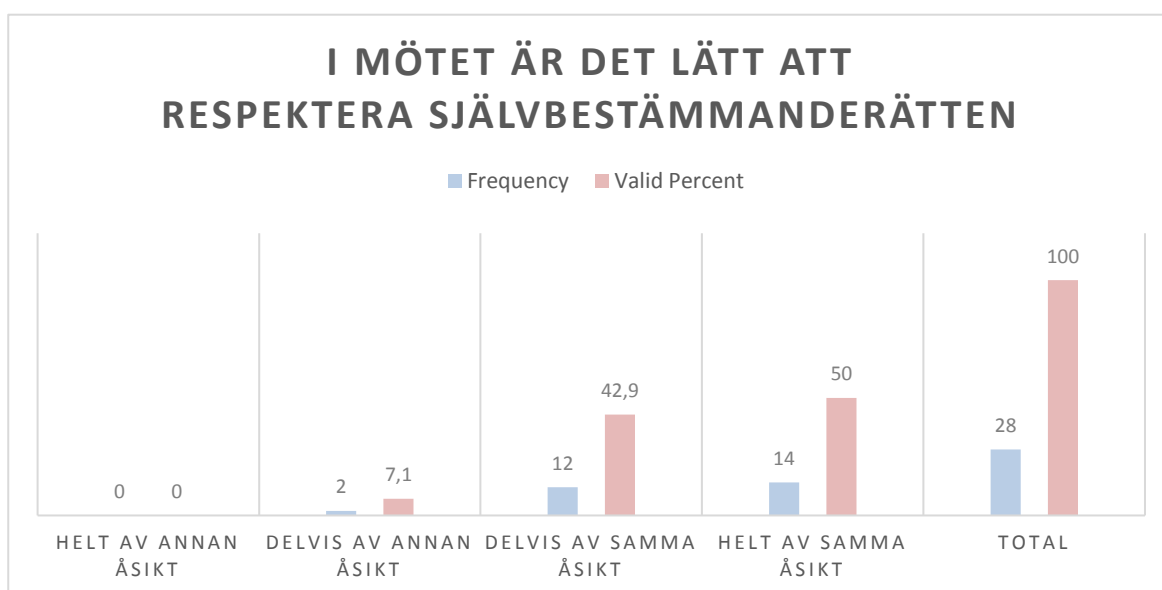


Figur 32. I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att visa medlidande och respekt (N=28)

Tabell 31. I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att visa medlidande och respekt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helt av annan åsikt	1	3,4	3,6	3,6
	Delvis av annan åsikt	1	3,4	3,6	7,1
	Delvis av samma åsikt	10	34,5	35,7	42,9
	Helt av samma åsikt	16	55,2	57,1	100,0
	Total	28	96,6	100,0	
Missing	Obesvarat, ej deltagit i SERI	1	3,4		
Total		29	100,0		

I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att respektera självbestämmanderätten. Helt av samma åsikt var 14 personer (50%) och delvis av samma åsikt var 12 personer (42,9%). Ingen var av helt annan åsikt. Frågan lämnades obesvarad av en person. (Figur 33 och Tabell 32).

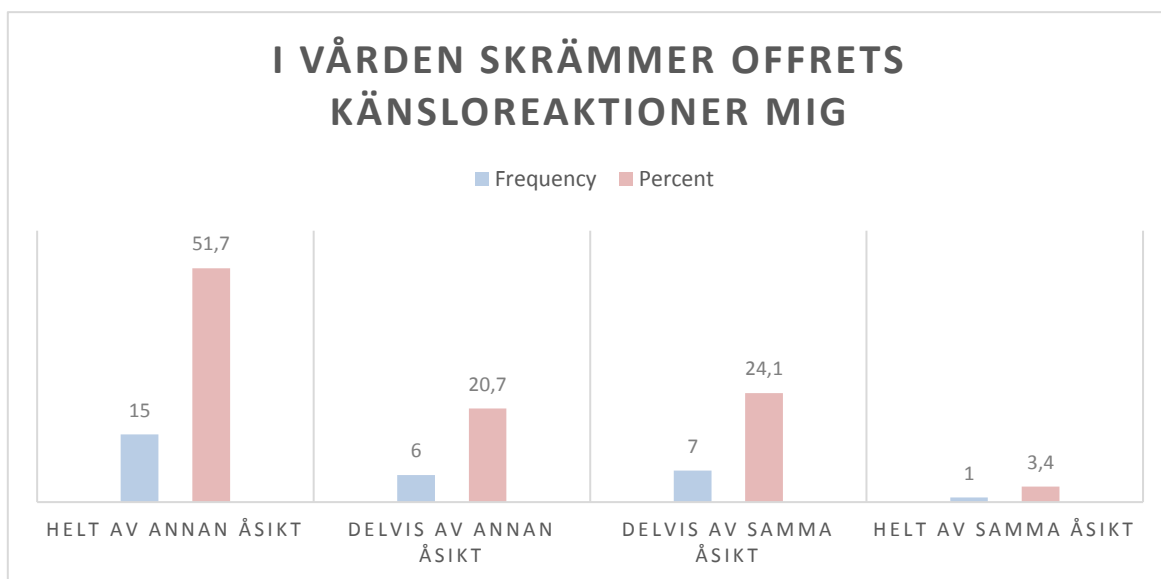


Figur 33. I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att respektera självbestämmanderätten (N=28)

Tabell 32. I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att respektera självbestämmanderätten

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Delvis av annan åsikt	2	6,9	7,1	7,1
	Delvis av samma åsikt	12	41,4	42,9	50,0
	Helt av samma åsikt	14	48,3	50,0	100,0
	Total	28	96,6	100,0	
Missing	Obesvarat, ej deltagit i SERI	1	3,4		
Total		29	100,0		

I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp skrämmer offrets känslreaktioner mig. 15 personer (51,7%) var av helt annan åsikt. Delvis av annan åsikt var 6 personer (20,7%). Delvis och helt av samma åsikt var 8 personer (27,5%). (Figur 34 och Tabell 33).

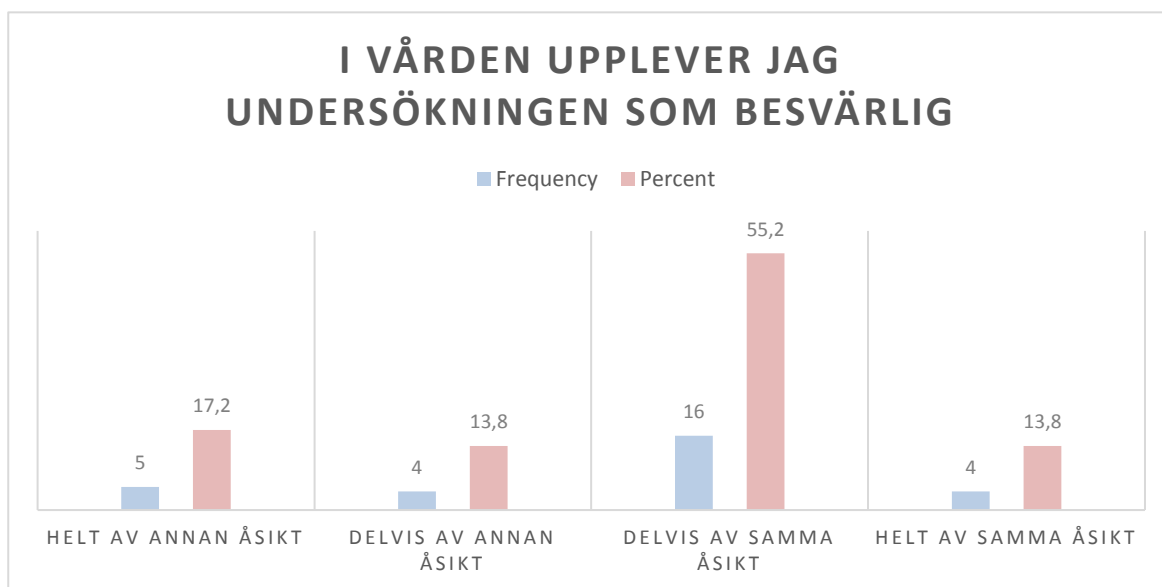


Figur 34. I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp skrämmer offrets känslreaktioner mig (N=29)

Tabell 33. I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp skrämmer offrets känslreaktioner mig

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	15	51,7	51,7	51,7
Delvis av annan åsikt	6	20,7	20,7	72,4
Delvis av samma åsikt	7	24,1	24,1	96,6
Helt av samma åsikt	1	3,4	3,4	100,0
Total	29	100,0	100,0	

I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp upplever jag undersökningen som **besvärlig**. Delvis av samma åsikt var 16 personer (55,2%). 4 personer (13,8%) var helt av samma åsikt. (Figur 35 och Tabell 34).

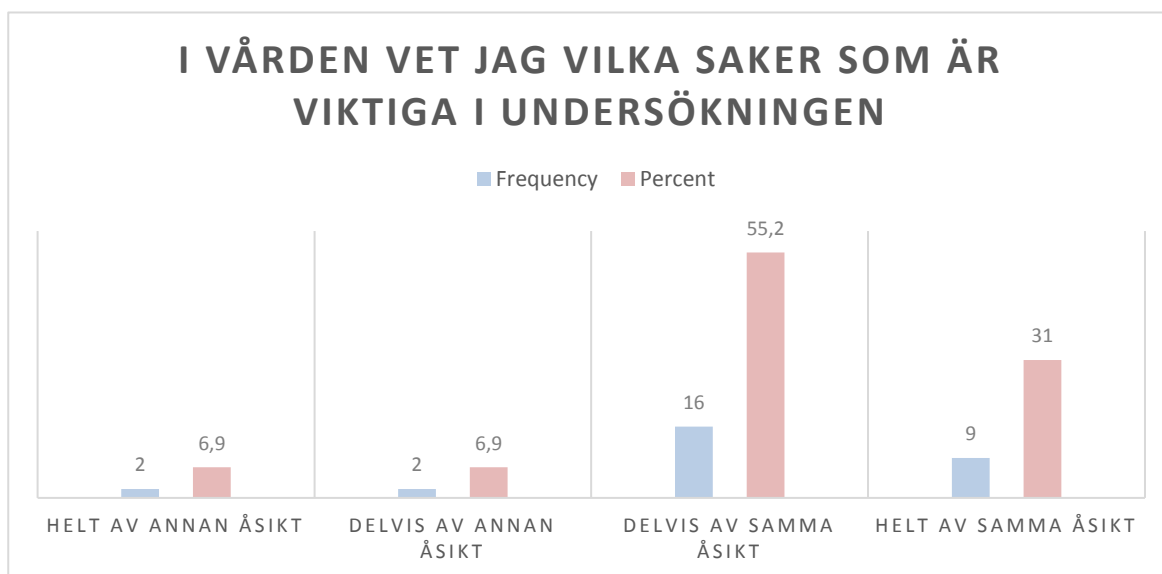


Figur 35. I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp upplever jag undersökningen som besvärlig (N=29)

Tabell 34. I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp upplever jag undersökningen som besvärlig

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	5	17,2	17,2	17,2
Delvis av annan åsikt	4	13,8	13,8	31,0
Delvis av samma åsikt	16	55,2	55,2	86,2
Helt av samma åsikt	4	13,8	13,8	100,0
Total	29	100,0	100,0	

I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp vet jag vilka saker som är viktiga i undersökningen. Helt av samma åsikt var 9 personer (31%) och delvis av samma åsikt var 16 personer (55,2%). (Figur 36 och Tabell 35).

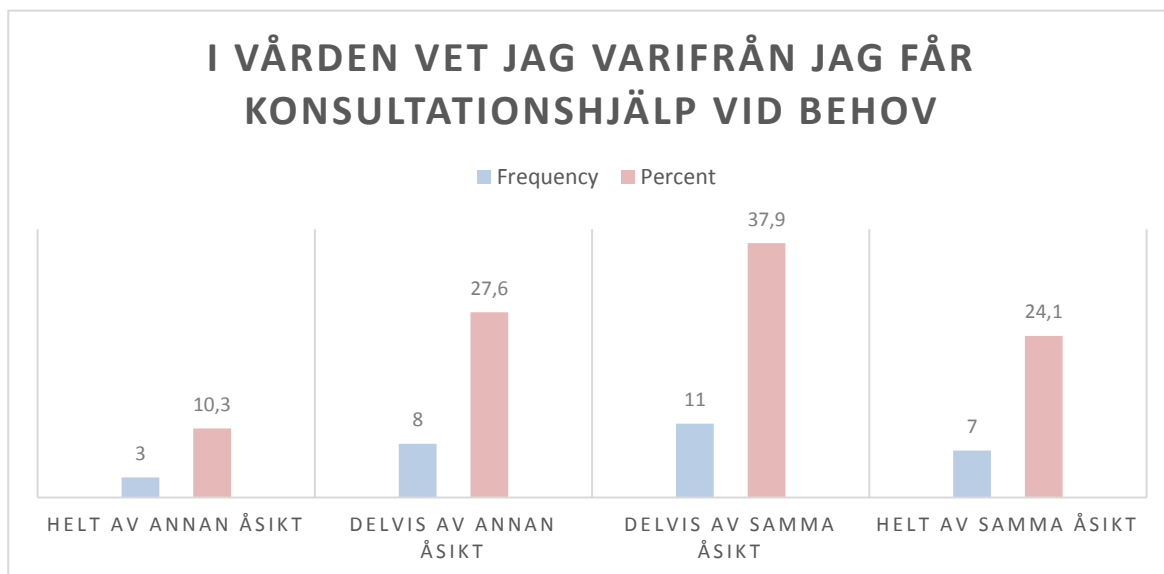


Figur 36. I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp vet jag vilka saker som är viktiga i undersökningen (N=29)

Tabell 35. I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp vet jag vilka saker som är viktiga i undersökningen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	2	6,9	6,9	6,9
Delvis av annan åsikt	2	6,9	6,9	13,8
Delvis av samma åsikt	16	55,2	55,2	69,0
Helt av samma åsikt	9	31,0	31,0	100,0
Total	29	100,0	100,0	

I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp vet jag varifrån jag kan få konsultationshjälp vid behov. Helt eller delvis av samma åsikt var 18 personer (62%). Delvis av annan åsikt var 8 personer (27,6). (Figur 37 och Tabell 36).

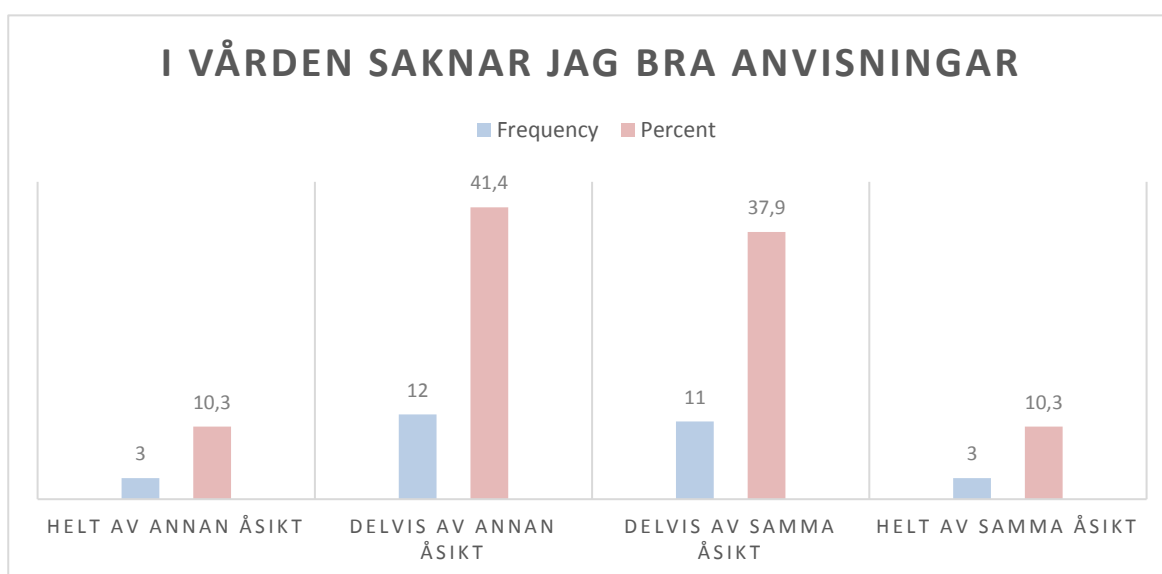


Figur 37. I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp vet jag varifrån jag kan få konsultationshjälp vid behov (N=29)

Tabell 36. I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp vet jag varifrån jag kan få konsultationshjälp vid behov

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	3	10,3	10,3	10,3
Delvis av annan åsikt	8	27,6	27,6	37,9
Delvis av samma åsikt	11	37,9	37,9	75,9
Helt av samma åsikt	7	24,1	24,1	100,0
Total	29	100,0	100,0	

I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp saknar jag bra anvisningar för undersökningen. Helt eller delvis av annan åsikt var 15 personer (51,7%). Delvis av samma åsikt var 11 personer (37,9%). Helt av samma åsikt var 3 personer (10,3%). (Figur 38 och Tabell 37).

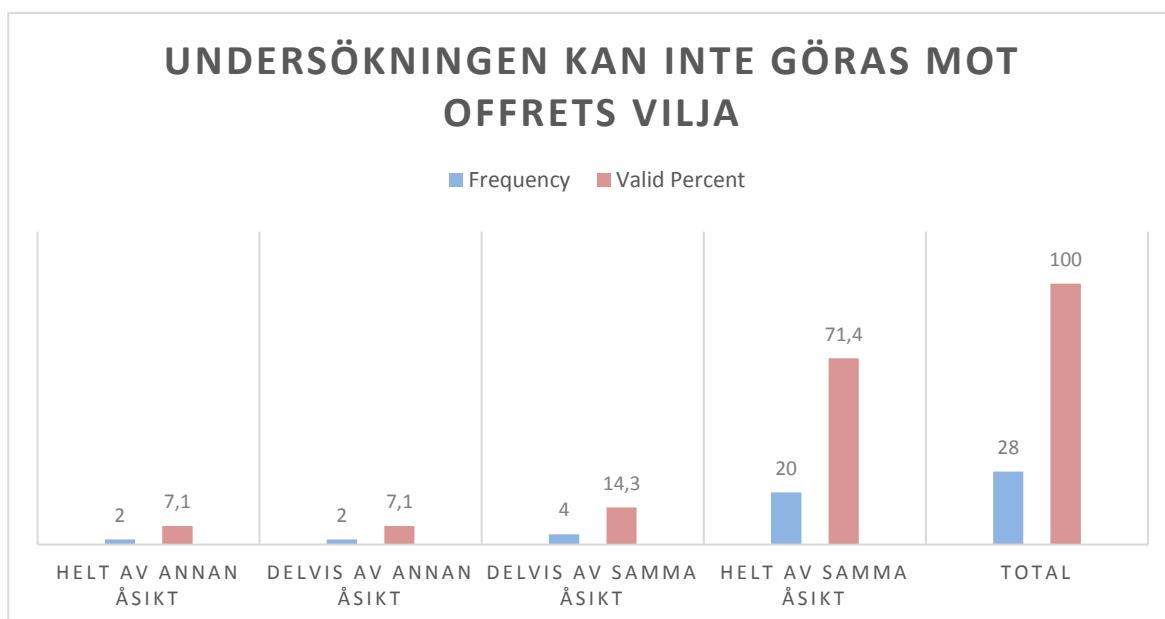


Figur 38. I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp saknar jag bra anvisningar för undersökningen (N=29)

Tabell 37. I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp saknar jag bra anvisningar för undersökningen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt av annan åsikt	3	10,3	10,3	10,3
Delvis av annan åsikt	12	41,4	41,4	51,7
Delvis av samma åsikt	11	37,9	37,9	89,7
Helt av samma åsikt	3	10,3	10,3	100,0
Total	29	100,0	100,0	

I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp kan undersökningen inte göras mot offrets vilja. Helt av samma åsikt var 20 personer (71,4%). Delvis av samma åsikt var 4 personer (14,3%). Helt och delvis av annan åsikt var det 2 personer (7,1%) i respektive grupp. En person lämnade frågan obesvarad. (Figur 39 och Tabell 38).



Figur 39. I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp kan undersökningen inte göras mot offrets vilja (N=28)

Tabell 38. I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp kan undersökningen inte göras mot offrets vilja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helt av annan åsikt	2	6,9	7,1	7,1
	Delvis av annan åsikt	2	6,9	7,1	14,3
	Delvis av samma åsikt	4	13,8	14,3	28,6
	Helt av samma åsikt	20	69,0	71,4	100,0
	Total	28	96,6	100,0	
Missing	Obesvarad	1	3,4		
Total		29	100,0		

6.2 Resultatredovisning av den kvalitativa delen

Personalen på samjouren är tvåspråkiga. Svaren på de öppna frågorna var både på svenska och på finska. Citaten valdes att presenteras på det språk undersökningspersonen använde. De teman som steg fram ur materialet var känslor i bemötandet, skolning och anvisning om undersökningen.

Känslor i bemötandet

På frågan hur upplever du mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp var det känslor och upplevelser i bemötandet och känslor i samband med undersökningen som beskrevs. Mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp beror mycket på hur patienten beter sig. Patienten kan vara mycket påverkad av det som har hänt. Det kan vara svårt att hålla sig neutral. Ofta är alkohol inblandat.

”Svårt mycket känslor med...”

”...känns också lite förnedrande att göra undersökningen med många personer i rummet”

”...besvärligt...”

”Obehagligt, svårt att veta hur pat. vill att de skall behandlas”

”Möten med person som blivit utsatt för all typ av sexuellt övergrepp är för det mesta jobbiga...”

Ofta upplevdes undersökningen som besvärlig eller svår. Även egna känslor beskrevs. Det kan vara svårt psykiskt att vårda patienter utsatta för sexuellt övergrepp.

”...mutta henkisellä tasolla hoitaminen on vaikeaa/vaikeampaa”

”Tekemällä töitä se onnistuu paremmin, kun tekee mitä tekee...”

”...pitäisi olla joku/jokin mistä myös yöaikaan saa intoa”

Gärningsmannen kan vara känd/okänd. Det är ofta oklart vad som har hänt. Det är svårt att veta hur man skall bemöta patienten och vad man skall säga.

”Hankalaa tietää miten suhtautua potilaaseen ja mitä sanoa, vai onko parempi olla hiljaa.”

”Ibland skulle de behöva mera stöd och omtanke”

Den rättsmedicinska undersökningen som görs i samband med sexuellt övergrepp upplevdes av många som svår och jobbig, men också utmanande och tidskrävande. Orsaken kan vara att undersökningen görs av en oerfaren läkare eller det kan vara att länge sedan man deltagit i en undersökning. Vårdaren kan vara den som handleder läkaren i undersökningen.

”Jobbigt undersökningarna hemska efter att pat. först varit med om en våldtäkt och sen skall undersökningarna göras som utsätter pat. i liknande situation”

”...haasteellisuus tulee myös siitä, että usein lääkäri ei ole tehnyt tutkimusta koskaan ja kaikki täytyykin aloittaa taas opastuksella.”

”...kräver mycket resurser på enheten”

”...situationen gjordes så behaglig och okomplicerad som det bara gick”

Bemötandet måste vara lugnt och professionellt. Undersökningstillfällena måste vara väl förberedda. Tillräckligt med tid bör reserveras för undersökningen. Varje undersökningstillfälle är unikt.

”Kohtaaminen... rauhallista ja ammattitaitoista... täytyy hyvin valmistella tutkimustilanne lääkärin kanssa, että on selvillä mitä tehdään ja missä järjestyksessä...”

”...jokainen SERI- tutkimus on omanlaisensa, joten usein riittää pähkäiltävää...”

Undersökningen görs vanligen på offret men i vissa fall också på den misstänkte gärningsmannen.

”...pga ilskan och avskyn för förövaren inte skall komma fram från oss”

”Kan ibland kännas svårt att hålla sig helt neutral om man ser att offret blivit utsatt för grova, våldsamma övergrepp”

Skolning

Flera personer beskrev ett behov av skolning även för läkaren. Skolningen och informationen som ges borde vara regelbunden. Det kan vara långa perioder mellan undersökningarna för vårdpersonalen. Vårdpersonalens storlek och skiftesarbete reglerar hur ofta vårdpersonalen kommer i kontakt med en undersökning i samband med ett sexuellt övergrepp.

”Tycker överlag att situationen är otrevlig och jag känner mig inte säker själv på hela undersökningsprocessen. Önskar mera skolning”

”Lääkäreille myös koulutus”

”...varit med en osäker och stressad läkare, då kändes det svårt att få en så behaglig miljö som möjligt för patienten”

”Utmanande, kräver kunskande i bemötandet”

”Beror på vilken läkare som undersöker..”

”...andra gången var det en lugn läkare och fast det var första gången hon utförde undersökningen, men då flöt allt på bra...”

Flera upplevde att de har fått tillräckligt med skolning om materialet och anvisningen. Mera skolning om hur polisen undersöker materialet och hurudant bevisvärde materialet har önskades.

”Ne on minun mielestä hyvin käyty läpi töissä”

”Jag tycker att jag fått tillräckligt med skolning gällande SERI- undersökningen och dess material och anvisning”

”skulle gärna vilja ha mer skolning tex av polis...”

”...hur de vidare undersöker prover vi tar, vad de kan få beviset av prover vi tar”

Anvisningar om undersökningen.

I enkäten fanns frågan hur du upplever SERI- lådans anvisning? De flesta upplevde materialet och anvisningarna som klara, bra eller bättre än tidigare. Anvisningarna kunde uppfattas som komplicerade. Det är mycket material.

”Materialet kunde vara enklare att packa ihop, de blir fler prover som är omständiga att sätta i lådor etc. Anvisningarna inte helt klara”

”Anvisningarna bra, men mycket skall hållas reda på”

”..men det är mycket papper, så i början tar det mycket tid innan man vet vilka papper som skall fyllas i och läsas”

”..men det behöver ju vara noggrant också”

”Just nu är den ”nya” lådan bra, klara instruktioner”

Behovet att gå igenom anvisningarna före undersökningen påpekades. Antingen genast före undersökningen eller i samband med en avdelningstimme. Viktigt att läsa igenom materialet före undersökningen och vara en läkare och två skötare för att få

undersökningen smidigt gjord. Om varken läkaren eller skötaren tidigare gjort eller varit med om en undersökning uppfattades situationen som ”knepig”.

”Om man hinner gå igenom i lugn och ro innan undersökningen så är det bra direktiv...”

”...borde se igenom det oftare..”

”Ohjeet ihan hyvät, hyvä kun niitä on vielä käyty yhdessä läpi esim. osastotunnilla ja infossa...”

”...Selkeät. Vaativat toki ajoittain kertaamista”

”...mycket att komma ihåg”

”...men en sak som främst är knepig är om varken läkare eller skötare har gjort en SERI-undersökning tidigare...”

En åsikt var om undersökningen gjordes av läkare och skötare som har erfarenhet av dessa situationer och undersökningar, vore undersökningarna mycket pålitligare. Mera information om eftervården saknades.

”Mielestäni olisi ensiarvoisten tärkeää että tutkimuksen tekisivät hoitajat ja lääkärit, joilla olisi kokemus näistä tilanteista ja tutkimuksista...”

”...tutkimukset olisivat huomattavasti luotettavampia se tuskin nykytilanteessa toteudu juuri koskaan”

”mera info om eftervården, stöd åt den utsatte”

7 Tolkning av resultaten

Respondenten har en viss förförståelse av ämnet i fråga. Respondenten är med i den grupp som gjort anvisningen på den ifrågavarande enheten. Enligt Jacobsen (2012, s. 22) kan det vara en fördel att studera den egna arbetsplatsen. Man har en förstahandskännedom om saken som studeras, vilket gör att man lättare får tag på material, man vet vilka personer man skall vända sig till och man känner till organisationens historia och händelser. Det kan vara lättare att bedöma kvaliteten på informationen.

Informanterna var till största delen kvinnor. Vårdyrket är allmänt känt att vara kvinnodominerat. Ingen redovisning eller tolkning har gjorts separat angående kvinnor och mäns upplevelser i mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp.

Informanterna var mellan 25 och 64 år. Majoriteten var yngre vårdpersonal mellan 25-34 år. Majoriteten av informanterna var helt eller delvis av samma åsikt om att ha tillräckliga kunskaper om undersökningar som görs i samband med sexuellt övergrepp. På jämförelsen åldern och jag behöver mera skolning i undersökningar som görs i samband med sexuellt övergrepp, ses ingen nämnvärd skillnad beroende på åldern, de flesta av informanterna var helt- eller delvis av samma åsikt (Bilaga 4, Figur 42).

Kunskaper i att ge psykisk första hjälp, kunskaper om traumatiska krisreaktioner, kunskaper om det sexuella övergreppets påverkan på det fortsatta livet och kunskaper om strafflagen angående våldtäkt upplevdes som otillräckliga. Kunskaper om den fortsatta vården och betydelsen av dokumentationen i samband med undersökningen upplevdes vara tillräcklig. Behovet av skolning upplevdes som stort i att ge psykisk första hjälp åt offret, om de rättsmedicinska proverna som skall tas, om eftervården, om vilka stödformer det finns att erbjuda offret, om strafflagen angående sexuellt våld och om dokumentationen som görs i samband med undersökningen. Saari (2008, s 142-143) säger att en person som är i ett psykiskt chocktillstånd behöver bara stöd, inte någon aktiv handling för att bearbeta traumat. Under fasen av den psykiska chocken är det viktigt att skapa en lugn och trygg atmosfär, dit det hör omsorg och medlidande. I chockfasen behöver offret en lyssnare, inte en diskussionspartner eller en person som tar ställning till de saker som framkommer i berättelsen.

Utbildningen hos informanterna var i huvudsak sjukskötare/ sjukskötare YH. I jämförelsen med utbildningen och jag har tillräckligt med kunskap om undersökningarna (Bilaga 5, Figur 45), verkar utbildningen inte ha någon större roll. Sjukskötare med högre YH, högskole eller annan universitetsexamen var helt eller delvis av samma åsikt. Närvårdarna var jämt fördelade i alla kategorier. Ingen sjukskötare/ sjukskötare YH var helt av samma

åsiikt. På jämförelsen utbildning och frågan jag behöver mera skolning i undersökningar (Bilaga 5, Figur 44) var 9 sjukskötare/ sjukskötare YH helt av samma åsiikt. Gruppen med sjukskötare högre YH, högskole- och annan universitetsutbildning var av helt eller delvis av annan åsiikt. Sjukskötare med specialexamen är i båda jämförelserna representerade jämt i alla grupperna. I båda jämförelserna kan dock ses en liten skillnad i att gruppen sjukskötare högre YH, högskole- och annan universitetsutbildning upplever sig ha något mera tillräckliga kunskaper i undersökningar och är i behov av mindre skolning angående undersökningar än de övriga grupperna.

På frågan om jag misstänker att en person utsatts för sexuellt övergrepp tar jag upp saken med personen, svarade 11 informanter att de var helt av samma åsiikt och 15 informanter var delvis av samma åsiikt. Enligt Häggblom (2005, s. 240) uppger vårdpersonalen att det är svårt att ställa frågor om våld åt patienterna. Hur skall man reagera, vad skall man säga och hur man skall bete sig är orsaker vårdpersonalen uppger att inte ta upp saken med patienten. En del vårdare ignorerade patientens behov för att de hade annat att göra eller kände sig oerfarna. 18 informanter uppmanade personen till att göra en brottsanmälan. Brandt et al. (2002) säger att uppmuntra personen att göra en brottsanmälan om den inte redan är gjord. Undersökningen är viktig att göra genast, trots att polisanmälan inte görs. En polisanmälan kan göras senare. På frågan om undersökningen kan göras utan brottsanmälan var endast 11 informanter av samma åsiikt. Helt av annan åsiikt var 5 informanter. Om offret (över 18 år) överväger att inte göra brottsanmälan, kan undersökningen utföras med offrets godkännande enligt Unkila-Kallio & Vuori-Holopainen (2016). Nästan alla informanter var helt enligt samma åsiikt att det är viktigt att ta de rättsmedicinska proverna genast. Det är extremt viktigt att alla prover blir gjorda (Brandt, et al, 2002).

Arbetserfarenheten var relativt lång hos större delen av informanterna. Över 3 års arbetserfarenhet hade 20 informanter, över 5 års arbetserfarenhet hade 17 informanter och över 10 års arbetserfarenhet hade 7 informanter. Enligt Benner (1993, s. 32-50) är det möjligt att beskriva vårdpersonalens kunskap i fem olika stadier från novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig till expert, genom att tillämpa Dreyfusmodellen. I de olika

kategorierna beskrivs en uppskattad arbetserfarenhet i år för de olika stadierna i sjukskötarens utveckling. Novisen och den avancerade nybörjaren är nyutexaminerad, den kompetenta sjukskötaren har 2-3 års arbetserfarenhet, den skicklige sjukskötaren har 3-5 års arbetserfarenhet och expertens kompetens grundar sig i en mångårig arbetserfarenhet.

Ingen hade mött personer utsatta för sexuellt övergrepp ofta, 7 informanter hade aldrig deltagit i en rättsmedicinsk undersökning som görs i samband med sexuellt övergrepp. De flesta använder sig av polisens anvisning. De rättsmedicinska proverna tas med materialet i CKP:s SERI-förpackning, som innehåller material och anvisningar för provtagningen (Unkila-Kallio & Vuori-Holopainen, 2016). Endast 2 informanter (2,9%) svarade att de använde handboken akut hjälp för våldtagna (RAP-anvisningen). Handboken är ett hjälpmedel för att förbättra undersökningen av våldtagen person (Brandt, et al., 2002). Undersökningstillfällena sker sällan. Undersökningstillfällena bör vara väl förberedda. Vårdpersonalen är i behov av anvisningar för att undersökningen skall löpa smidigt. Eriksson (2014, s. 28-29) säger att vårdarens yrkesskicklighet grundar sig i en ständig fördjupning av kunskaper. Varje människa är unik. Det finns aldrig två identiska vårdprocesser. Respekt och vördnad är grunden för humanistisk vård.

Nästan alla hade bekantat sig med avdelningens anvisning. Enhetens egen anvisning använde 22 personer (75,9%). På akutupolikliniken vid centralsjukhuset gjordes år 2010 en processbeskrivning för person utsatt för våldtäkt. Processen beskrevs noggrant i samråd med sjukhusets gynekolog och kemist (laboratorieprover), polisens brottstekniska utredare och kriminallaboratoriet. Eftervården granskades och ett flertal möten hölls med områdets andra aktörer ss brottsofferjouren, hälsovårdscentralen, studenthälsovården och olika instanser som kan ge psykiskt stöd. En detaljerad anvisning gjordes utgående från polisens befintliga direktiv, hur vårdpersonalen skall omhänderta personer utsatta för våldtäkt i samband med den rättsmedicinska undersökningen som görs på akutmottagningen. Skolning har ordnats regelbundet, av informanterna svarade 21 st (72,4%) att de deltagit i skolning angående vården och undersökningen av person utsatt för sexuellt övergrepp.

I möte med personer utsatta för sexuellt övergrepp upplevde informanterna det svårt att skapa ett tillförlitligt vårdförhållande. I mötet är det lätt att tro på personen, vårdandet sker utan att skuldsätta offret, det är lätt att skapa en trygghetskänsla. Enligt Brandt et al. (2002) är de viktigaste principerna vid omhändertagande av våldtäkt är att tro på offret, skuldbelägg inte, lyssna, visa empati och omsorg, samt vägled offret till krishjälp. I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp respekterar informanterna självbestämmanderätten och visar medlidande och respekt. I vården skrämmer inte offrets känsloreaktioner informanterna. Den rättsmedicinska undersökningen upplevdes som besvärlig, helt eller delvis av samma åsikt var 69%. Det är mycket känslor med i undersökningstillfället. Undersökningssituationerna kan kännas förnedrande och obehagliga. Vårdpersonalen vet vilka saker som är viktigt i samband med undersökningen.Handledning kan stärka yrkesutövarens kompetens att klara av arbetet. Tveiten (2014, s. 23, 33) säger att handledning av yrkesutövare kan bidra till att förebygga utbrändhet och att utveckla relationen mellan yrkesutövaren och patienter eller klienter. Handledningen ökar förmågan att uttrycka känslor, ta ansvar och ge emotionell styrka. Handledning bidrar också till ökad motivation i arbetet, ökar samarbetsförmågan och stärker yrkesidentiteten.

Anvisningarna i samband med undersökningen upplevdes som tillräckliga, bättre än tidigare. Anvisningarna kan uppfattas som komplicerade och det är mycket att hålla reda på i samband med undersökningen. Enligt våldtäktskriscentralen Tukinainen erbjuds olika yrkesgrupper, myndigheter, organisationer och läroinrättningar samarbete, konsult hjälp och utbildning. 7 av informanterna var helt eller delvis av samma åsikt om att jag vet varifrån jag får konsultationshjälp vid behov. På frågan undersökningen kan inte göras mot offrets vilja var 20 informanter helt av samma åsikt. Unkila-Kallio & Vuori-Holopainen (2016) säger att om offret (över 18 år) överväger att inte göra brottsanmälan, kan undersökningen utföras med offrets godkännande. I detta fall sparas de brottstekniska proverna på vårdinrättningen i 1 år.

8 Kritisk granskning

Validiteten är ett mått på en vetenskaplig undersöknings giltighet, ett mått som talar om det fenomen som undersöks verkligen är det samma som avsikten var att undersöka. Inom forskningsansatser där uppfattningar eller erfarenheter av en företeelse beskrivs, finns inga självklara regler för hur validiteten skall prövas. Ett humanvetenskapligt validitetskrav är att forskaren diskuterar de teoretiska och metateoretiska utgångspunkter och de kontextuella faktorer som påverkat forskningen utformning och resultat, samt redovisar dessa. (Dahlberg, 1993, s. 96-98).

Enligt Dahlberg (1993, s. 96) är reliabilitet ett mått på tillförlitlighet och säkerhet hos metoden och anger att resultatet inte är slumpmässigt. Mätinstrumentets reliabilitet anger med vilken precision man mäter. Kravet är att resultatet av mätningen skall förbli den samma eller i huvudsak oförändrad om mätningen upprepas en andra gång eller om någon annan utför mätningen. (Carlsson, 1991, s. 88).

Begreppen validitet och reliabilitet är inte på samma sätt meningsfulla vid kvalitativa undersökningar som vid kvantitativa. Validiteten i kvalitativa undersökningar blir snarare en fråga om huruvida en annan person än forskaren t.ex. den som läser forskningsrapporten kan skapa sig en klar bild av det begrepp man studerar utifrån de beskrivningskategorier forskaren presenterar. Reliabiliteten i en sådan undersökning blir en fråga om hur bra dessa beskrivningskategorier lyckas med att kommunicera meningsinnehållet. Hur väl har man klargjort den kontext i vilket arbetet tillkommit och vilken möjlighet andra människor har att sätta sig in i hur forskaren resonerat blir alltså väsentliga inslag när man vill skapa sig en bild av den kvalitativa forskningsmetodens trovärdighet. (Carlsson, 1991, s. 97-98).

Forsknings och utredningsvetenskap syftar till att producera ny kunskap. Skillnaden mellan dem är att i forskningsarbete relateras den kunskap som produceras till vetenskapliga teorier. Forskaren har, till skillnad mot utredaren eller den som arbetar med

utvecklingsarbetet också vetenskapssamhällets krav och normer att leva upp till. (Patel, 2011, s.15).

Forskaren måste ta hänsyn till forskningsetiska aspekter. Målet med forskningen är att ta fram ny kunskap, som är så trovärdig som möjligt, samt viktig för oss som individer och för samhällets utveckling. Forskaren har därför krav på hur forskningen bedrivs men också på att forskningen inriktas på väsentliga frågor och att den håller hög kvalitet. Detta innebär att det måste finnas en balans mellan den allmänna nyttan med forskningen och skydd mot otillbörlig insyn i exempelvis individens livsförhållanden. Individen får inte utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning. I forskningsprojekt men även i mindre undersökningar bör de forskningsetiska aspekterna beaktas. (Patel, 2011, s.62).

Inom den humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningen har 4 olika övergripande etikregler formulerats av Vetenskapsrådet (svensk myndighet som förmedlar medel till forskning). Informationskravet, forskaren skall meddela de av forskningen berörda om den aktuella forskningens syfte. Samtyckeskravet, deltagarna i en undersökning har rätt att själv bestämma över sin medverkan. Konfidentialitetskravet, uppgifter om alla i en undersökning ingående personer skall ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem (offentlighet och sekretess). Nyttjandekravet, uppgifter insamlade om enskilda personer får endast användas för forskningsändamål. (Patel, 2011, s.62-63).

Belmontrapporten som publicerades i USA av en tillsatt kommitté 1979, tar upp följande tre etiska principer. En respekt för människan och personligheten. Göra gott/ nytta, inte göra skada, maximera eventuell nytta och minimera olägenheter och skada. Rättvisa, undersökningens nytta och resultat skall delas rättvist och alla skall behandlas likvärdigt. (Mäkinen, 2006, s. 22-23).

Alla uppgifterna måste behandlas konfidentiellt. Uppgifterna får inte lämnas åt utomstående, det får inte vara möjligt att identifiera en enskild individ när resultaten presenteras. Forskaren måste ha tänkt igenom vilka konsekvenser den planerade uppläggningsmedför redan i planeringsskedet av undersökningen, speciellt om undersökningen görs på en liten grupp. Undersökningsgruppen bör informeras om undersökningens syfte och vad deras medverkan kommer att innebära. Det bör också framgå att deras medverkan är frivillig och att de lämnade uppgifterna används endast för denna undersökning. Eftersom deltagandet är frivilligt bör individerna motiveras till att medverka, genom att klargöra betydelsen av undersökningen för att få ett så bra resultat som möjligt. Tillstånd att genomföra undersökningen behövs om personerna är verksamma i något företag, i en förening eller om man använder befintliga registeruppgifter av något slag. (Patel, 2011, s.63-64).

För att skydda undersökningspersonerna bör forskaren göra en bedömning av undersökningens risk-/ nyttoförhållande. Forskaren bedömer om medverkan i undersökningen är i linje med kostnader (de ekonomiska, sociala, psykiska och emotionella). Riskerna med att delta i undersökningen bör delges undersökningspersonerna. Risk-/ nyttoförhållandet bör också bedömas i proportion till nyttan av nytt material forskningen ger åt samhället och till vårdarbetet. Med att välja ett ämne som har potential att förbättra patientvården är ett första steg i försäkran om att undersökningen är etiskt försvarbar. I alla undersökningar förekommer risker, i många fall är risken minimal. Minimal risk definieras som att risken att delta i undersökningen inte förutses vara större än risker personen utsätts för i dagliga livet. I kvantitativa studier är vanligen alla detaljer angående undersökningen kända på förhand, därmed är det lättare att göra en adekvat risk-/nyttoförhållande bedömning än vid kvalitativa studier. (Polit, 2008, s.174-175).

Vid värderingen av risk-/ nyttoförhållandet, ses minimala risker med att utföra undersökningen på vårdpersonal. Dock kan det finnas obehandlade trauman även hos vårdpersonalen, som kan bli aktuella i och med frågorna som ställs i enkäten. I informationsbrevet informeras vårdpersonalen om syftet med undersökningen och ges en

möjlighet att inte delta. Enkätens frågor utformas för att minimera risken för traumatisering. I kvalitativa undersökningar är behovet av sensitivitet angående frågorna större än i kvantitativa undersökningar. (Polit, 2008, s.170). Vid uppgörande av enkäten utelämnades några frågor pga de kunde varit för känsliga. Nyttan med att göra forskningen på vårdpersonalen uppskattades som liten risk att traumatiseras. Det externa bortfallet kan bero på att personer valde att inte fylla i enkäten beroende på egna erfarenheter. Ett stort antal kvinnor utsätts för sexuellt övergrepp, en uppskattning är att en amerikansk kvinna av fyra till fem blir våldtagen (Smith & Kelly, 2001, s. 337-338). Det interna bortfallet var litet. Två frågor kunde inte analyseras pga flera svar, 7 frågor lämnades obesvarade av en person. En fråga lämnades obesvarad av 3 personer.

En av de mest centrala etiska principerna är nyttan av undersökningen. Nyttan av undersökningen för personerna som deltar i undersökningen eller för någon annan individ eller för samhället i stort. Forskaren har skyldighet att minimera skada och maximera nyttan av undersökningen. (Polit, 2008, s. 170).

Följebrevet saknade information om frivillighet. Enligt Patel (2011, s.63-64) bör det framgå att medverkan är frivillig. När bristen upptäcktes den femte dagen enkäten var utskickad sändes en påminnelse till avdelningens personal. Följebrevet kopierades med i meddelandet. Följebrevet hade ett tillägg om att svarandet är frivilligt. I påminnelsen informerades också att man kan delta i undersökningen trots att man vet att man inte deltagit i en sexualbrottsundersökning. Vid besök på avdelningen framkom det att personer valde att inte delta i enkäten när det frågades om man deltagit i undersökning av person utsatt för sexuellt övergrepp. Deltagande i enkäten var ämnat för alla i vårdpersonalen på sjukhusen oavsett om man mött eller deltagit eller inte deltagit i en sexualbrottsundersökning av person utsatt för sexuellt övergrepp. Detta borde ha förklarats tydligare i följebrevet.

På frågan jag har deltagit i undersökning av person utsatt för sexuellt övergrepp saknades svarsmöjligheten 4 år. På frågan hur gammal är du hade fel i övergången mellan

åldersgruppen 45-55 år och 55-64. år Det korrekta borde ha varit 45-54 år och 55-64 år. I frågan arbetserfarenhet på nuvarande arbetsplats fanns 5 kategorier 0-1 år, 1-3 år, 3-5 år, 5-10 år och över 10 år. Ett korrekt sätt hade varit att använda kategorierna 0-1 år, 2-3 år- 4-5 år- 6-10 år och över 11 år. Enligt Benner (1993, s. 32-50) är det möjligt att beskriva vårdpersonalens kunskap i fem olika stadier från novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert genom att tillämpa Dreyfusmodellen. I de olika kategorierna beskrivs en uppskattad arbetserfarenhet i år för de olika stadierna i sjukskötarens utveckling. Novisen och den avancerade nybörjaren är nyutexaminerad, den kompetenta sjukskötaren har 2-3 års arbetserfarenhet, den skicklige sjukskötaren har 3-5 års arbetserfarenhet och expertens kompetens grundar sig i en mångårig arbetserfarenhet. För att vara bättre överförbara till Benners teori från novis till expert, kunde kategorierna i frågan om arbetserfarenhet varit 0-1 år (novis, avancerad nybörjare), 2-3 år (kompetent), 4-6 år (skicklig) och över 7 år (expert).

Resultatet presenterades i antal och procent. I forskning presenteras vanligen medelvärdet och standardavvikelsen som mått på spridning av materialet. Variablerna i forskningen gällande kunskaper och bemötandet hör till ordinal- och nominaskala. Enligt Karjalainen (2010, s. 97) är en beräkning av medelvärdet ifrågasatt om variabelvärdet hör till nominal- eller ordinalskalan. Att använda standardavvikelsen som mått på spridning om variabeln hör till intervall- eller kvotskala är inte tillåtet.

9 Diskussion

Syftet med examensarbetet var att utveckla vårdprocessen av person utsatta för sexuellt övergrepp. Personerna är sällan i behov av den ”normala” vården man tänker på när man uppsöker en akutmottagning. Offret är vanligen i ett chocktillstånd, offret kan vara berusat eller drogat och kan ha svårt att berätta vad som har hänt, man är mera orolig för smittosamma sjukdomar och graviditet än att vara utsatt för ett sexualbrott.

Denna grupp av patienter kommer till akutmottagningen själva eller eskorterade av polisen. Utgående från händelseförlopp och initiala förhör rekommenderar polisen en rättsmedicinsk undersökning av offret och begär med stöd av lagen om tjänstehjälp en undersökning av misstänkt gärningsman. I detta skede vet man inte vilken den slutgiltiga brottsrubriceringen kommer att vara eller om ärendet går vidare till domstol.

När personen själv söker sig till vården är det vårdpersonalen som är de personerna som borde ha kunskapen om vad som är viktigt i detta skede. Vid misstanke att man utsatts för ett sexuellt övergrepp är det viktigt att genast göra en brottsanmälan till polisen (112). Polisen kan då säkra brottsplatsen och anhålla misstänkt gärningsman. Även utan brottsanmälan kan vårdpersonalen bedöma att ett sexuellt övergrepp skett och rekommendera offret att en rättsmedicinsk undersökning görs. För dessa situationer bör vårdinrättningen ha SERI-förpackningar och egna anvisningar hur man sparar proverna i enlighet med CKP- anvisning (CKP, 2015).

Vårdpersonalen var yngre sjukskötare med varierande utbildning med relativt lång arbetserfarenhet på nuvarande arbetsplats. Inga långtgående slutsatser kan dras av det insamlade materialet pga av att gruppen av informanter var relativt liten. Man kan dock se att det finns ett behov av skolning oberoende av ålder, utbildning och arbetserfarenhet. Dels upplevde informanterna ett behov av skolning och dels utgående från svaren på de frågor som berörde kunskaper i vården av person utsatt för sexuellt övergrepp. Äldre vårdpersonal upplevde sig ha tillräckligt med kunskap om undersökningar som görs i samband med sexuellt övergrepp, trots det önskades ändå skolning angående undersökningar.

I den ursprungliga forskningsplanen var metoden aktionsforskning. Med aktionsforskning hade situationen först kartlagts och utvärderats för att sedan utgående från resultatet ordna ett skolningstillfälle i de områden som informanterna saknade kunskaper om. Efter skolningstillfället var planen att göra en ny utvärdering för att se om kunskapen

förändrades. Tidsaspekten gjorde att metoden ändrades till kombinerad metod. Processen med kombinerad metod blev i stort sätt den samma. Den första kartläggningen av vårdpersonalens kunskaper gjordes enligt den ursprungliga planen, men den andra utvärderingen av kunskaperna efter ett skolningstillfälle förverkligades inte.

Utgångsläget för forskningen var att det fanns ett behov av skolning och bättre anvisningar i polisens SERI-förpackning, samt att eftervården i form av psykisk första hjälp, krishjälp eller annat stöd borde ordnas på ett mera heltäckande sätt. Informanterna upplevde dock att anvisningarna är bättre i den förnyade SERI-förpackningen, men att det är mycket att hålla reda på. I SERI-förpackningen är anvisningen och blanketterna gemensamma för vuxna kvinnor och män och tonåringar. Detta upplevs som besvärligt.

Resultatet motsvarade respondentens förväntningar om ett behov av skolning finns oberoende av ålder, utbildning och arbetserfarenhet. 4 hypoteser uppställdes för studien. En hypotes får stöd av studien (vårdpersonal med mindre arbetserfarenhet upplever ett behov av mera skolning). Undersökningstillfällena är få och personalen arbetar i 3 skiften, vilket gör att vårdpersonalen sällan kommer i kontakt med en SERI-undersökning. Undersökningstillfällena sker vanligen på nattsiftet. Övrigt var dock att 6 personer deltagit över 5 gånger i en undersökning. En informat föreslog att på enheten kunde denna grupp av patienter koncentreras till en mindre grupp vårdare för att få en bättre kvalitet på proverna. Det som lämnar oklart i denna forskning är hur många av de undersökningstillfällena som informanterna deltagit i var gjorda på offret och hur många på den misstänkte gärningsmannen?

Nya frågor väcktes under denna process. Förslag till fortsatt forskning kunde vara hur personer utsatta för sexuellt övergrepp (offret) upplever mötet med vårdpersonalen? Hur bemöter vårdpersonalen offret? Hur vill offret bli bemött? Hurdana kunskaper har läkaren om undersökningstillfället? Informanterna önskade skolning även åt läkarna. Ett förslag till en landsomfattande handbok, som detaljerat beskriver den rättsmedicinska undersökningen i olika situationer kommer att framföras åt IHV och CKP.

Som ett resultat av denna forskning kommer respondenten att ordna en skolningsdag där innehållet är det som informanterna upplevde att de saknade kunskaper om. Samarbetet med den lokala polisen är bra och i skrivandes stund har brottsofferjouren kallat till ett möte, där eftervården av person utsatt för sexuellt övergrepp diskuteras med de lokala organisationerna.

Erfarenheten syftar inte enbart på den gånga tiden eller till de många tjänsteåren. Det är mötet med de många praktiska situationerna, den process där föreställningar och teorier möts och förfinas, som lägger nyanser och betydelseskilnader till teorin. Teorin vägleder och ger hjälp att ställa de rätta frågorna. En sjukskötare, som har mött många människor har fått en grund, som bidrar till förmågan att tolka nya situationer (Benner, 1993, s. 29, 48-49).

Det är vårdarens uppgift att ge patienten resurserna, samt att kompensera och avhjälpa brister. Trots självvård lämnas inte patienten ensam. Människor behöver människor. Ibland behöver patienter sjuksköterskan, fast han kan göra saker och ting själv. (Eriksson, 2014, s. 84-85).

”Utmanande, kräver kunnande i bemötandet”

”...situationen gjordes så behaglig och okomplicerad som det bara gick”

”Mielestäni olisi ensiarvoisten tärkeää ett tutkimuksen tekisivät hoitajat ja lääkärit, joilla olisi kokemus näistä tilanteista ja tutkimuksista...”

”...men en sak som främst är knepig är om varken läkare eller skötare har gjort en SERI-undersökning tidigare...”

vårdpersonalen

Litteratur

Benner, P., 1993. *Från novis till expert*. Lund. Studentlitteratur.

Benner, P., Tanner, C.A. & Chesla, C.A., 1999. *Expertkunnande o omvårdnad*. Lund. Studentlitteratur.

Bjereld, U., Demker, M. & Hinnfors, J., 2009. *Varför vetenskap?*. Lund. Studentlitteratur.

Bimber, T., 2014. The medical/Legal Aspects of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs in Emergency Departments- *Journal of legal Nurse Consulting* 25(1), s.32-35

Bradbury-Jones, C. & Taylor, J., 2013. Establishing a domestic abuse care pathway: guidance for practice. *Nursing Standard*,27(27), s.42-47

Brandt, P., Brusila, P., Cacciatore, R., Raijas, R., Söderholm, A-L. & Vala, U., 2002. *Akut hjälp för våldtagna undersökning och vård av person som utsatts för sexuellt våld*.
www.tukinainen.fi

Brusila, P., 2001. Seksuaalinen väkivalta ja sen kohtaaminen. *Suomen lääkirilehti*, 56(41), s.4195-4197

Carlsson, B., 1991. *Kvalitativa forskningsmetoder*. Falköping: Almqvist & Wiksell

CKP (centralkriminalpolisens), 2015. SERI- förpackning.

Dahlberg, K., 1993. *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Denscombe, M. 2009. *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Studentlitteratur. Lund.

Eliasson, A., 2006. *Kvantitativ metod från början*. Lund. Studentlitteratur.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115.

Eriksson, K., 2014. *Vårdprocessen*. Stockholm. Liber Ab

Eriksson, K., 2000. *Vårdandets ide*. Stockholm. Liber AB.

Fossum, B. red., 2013. *Kommunikation samtal och bemötande i vården*. Lund: studentlitteratur

Heimer, G & Sandberg, D (red.). 2008. *Våldsutsatta kvinnor- samhällets ansvar*. Danmark: Studentlitteratur.

Hägglom, A.M.E., Hallberg, L.R.-M., Möller, A.R., 2005, Nurses attitudes and practices towards abused women. *Nursing and Health Sciences*.7, s. 235-242

Immonen-Räihä, P., Klami, R., Bildjuschkin, K., Rantanen, T., Koskinen, K., Taiminen, T., Kauhava, L., Tunturi, T., 2010. Tasavertaisuutta ja tukea raiskauksen uhreille. *Suomen lääkärilehti*, 45, s. 3720-3721a

Jacobsen, D-G., 2012. *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Lund. Studentlitteratur.

Kainulainen, H., 2004. Tutkimus raiskauksen käsittelemistä rikosprosessista. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos ja tilastokeskus, raportti 16.12.2014

Karjalainen, L., 2010. Tilastotieteen perusteet. Keuruu: Pii-kirjat.

Kurkilahti, K., 2011. *Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitaa seksuaaliväkivallan uhria päivystyspoliklinikalla*. Satakunnan ammattikorkeakoulu, Terveydenhoitotyön koulutusohjelma.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L., 1999. *Sisällön analyysi*. Hoitotiede Vol.11 (1), 3-12

Laitinen, R., Metsäpelto, L., Honkanen, V., Koivuranta-Vaara, P., Mäki, T., Reen, T., Sajantila, A., Sulkava, R., Virtanen, A. & Kauppila, R. 2014. *Oikeuslääketieteellinen näytteenotto Suomessa*. (32/2014). Tampere. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

Linnainmaa, L., 2008. *Naisen lakikirja*. Porvoo. WSOY.

Mäkinen, O., 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), 2010. Antologi sju perspektiv på våldtäkt: Uppsala: Uppsala universitet.

Norstedts ordbok, 2001. *Bonniers främmande ord*. Köpenhamn: Nordiskt Förlag A.S.

Olsson, H. & Sörensen, S. 2011. *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa processer*. Stockholm. Liber

Oinas, E & Ahlbeck-Rehn, J. red. 2007. *Kvinnor, kropp och hälsa*. Polen. Studentlitteratur.

Parrish, M., 2012. *Mänskligt beteende: perspektiv inom socialt arbete*. Helsingborg: Liber

Patel, R. & Davidson, B., 2011. *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. F. & Beck, C.T., 2008. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia.: Wolters Kluwer Health/ Lipincott Williams & Wilkins. 8th edition.

Saari, S., 2008. *Kuin salama kirkkaalta taivaalta*. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Schofield, S., 2006. *Body of evidence. Emergency nurse, 13 (9), s.9-11*

Smith, M.E., Kelly, M.L., 2001. *The journey of recovery after a rape experience. Mental health nursing, 22, s.337-352.*

Starrin, B. & Svensson, P-G. (red). 1994. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund. Studentlitteratur.

Strafflagens 19.12.1989/39 20 Kapitel om sexualbrott (24.7.1998/563), <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1889/18890039001#L20> [hämtats 20.3.2016 kl. 14:00]

Svenska Akademien, 2015. Svenska Akademiens ordlista över svenska språket. Stockholm: Svenska Akademien.

Tilastokeskus Rikosten määrä väheni 1,6% vuonna 2014 19.1 2015

Trost, T., 2012. *Enkät- boken*. Lund: Studentlitteratur

Tveiten, S., 2014. *Yrkesmässig handledning- mera än ord*. Lund: Studentlitteratur.

Unkila-Kallio, L. & Vuori-Holopainen, E. 2016. *Naispuolisen seksuaalirikosuhrien somaattinen tutkiminen*. 132(2) 159-164. Aikakauskirja Duodecim. www.terveysportti.fi [hämtat 20.3.2016]

Wahlgren, L., 2012. *SPSS steg för steg* (3. uppl.). Lund. Studentlitteratur.

Anomuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Vaasan sairaanhoitopiirissä tehtäviä ammatti-korkeakoulujen opinnäytetöitä varten". Hakemukseen liitetään tutkimussuunnitelma aineistonkeruulomakkeineen ja saattekirjeineen (empiirinen tutkimus) tai työsuunnitelma (toiminnallinen opinnäytetyö).

<p>Opiskelija</p> <p>Tomas Bodman</p> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	<p>Nimi</p> <p>Osoite, puhelinnumero ja sähköpostiosoite</p>
<p>Opiskelupaikka</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NOVIA <input type="checkbox"/> VAMK <input type="checkbox"/> Muu AMK</p> <p>Koulutusohjelma: HYH, Klinisk Avancerad Vård 90p</p>	
<p>Opinnäytetyö</p> <p>Opinnäytetyön nimi: Sexuellt utnyttjad -vårdpersonalens färdigheter i bemötandet av person utsatt för sexuellt våld i samband med polisens rättsmedicinska undersökning</p> <p>Toiminnallinen opinnäytetyö: tarkoitus, projektin toteuttamisen menetelmät, opinnäytetyön aikataulu ja valmistuminen.</p> <p>Syftet med undersökningen är att undersöka vårdpersonalens färdigheter i samband med den rättsmedicinska undersökning, som görs när någon anmäler ett sexuellt övergrepp/ polisen hämtar personen (misstänkt våldtäkt). Det framkommer ofta oklarheter hos personalen i hur den rättsmedicinska undersökningen går till trots bra anvisningar. Undersökningen görs av läkare, men alltid behövs även 1-2 skötare med under undersökningen. Undersökningen kan vara traumatisk för den person som undersöks, men också för personalen. Bra anvisningar om undersökningens förlopp och vilka prover som tas under undersökningen och efteråt gör att undersökningen går snabbare, alla vet sin roll i samband med undersökningen och även den undersökte känner sig tryggare.</p> <p>Färdigheterna hos personalen undersöks med en enkät. Resultatet analyseras och utgående från resultatet ges rekommendationer till ev. uppdatering av gällande anvisning/skolning av personalen.</p> <p>Målgruppen är akutens vårdpersonal (ca 80 personer) i och med att alla kan komma i kontakt med person som blivit sexuellt utnyttjad. Undersökningen görs i form av enkät i pappersformat eller elektroniskt. Enkätundersökningen görs hösten 2015 och examensarbetet färdigställs våren 2016.</p> <p>Metoden som används är aktionsforskning</p>	

Opinnäytetyön ohjaajat oppilaitoksessa Rika Levy-Malmberg Novia 328 5000 / 328 5377 rika.levy-malmberg@novia.fi <input checked="" type="checkbox"/> yhteisesti sovittu opiskelijan ja ohjaajan välillä 1 / 1 2012	 Nimi Puhelinnumero, sähköpostiosoite <input type="checkbox"/> yhteisesti sovittu opiskelijan ja ohjaajan välillä / 20
Yhteyshenkilö Vaasan keskussairaalassa Marjo-Riitta Himanen, ylihoitaja operatiivinen tulosyksikkö/päivystys 2135303 marjo-riitta.himanen@vshp.fi	
Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön lupa myönnetty anomuksen mukaan <input type="checkbox"/> Opinnäytetyön lupa hylätty <input type="checkbox"/> Opinnäytetyön luvan myöntäminen vaatii: <input type="checkbox"/> Vaasan keskussairaala -nimen saa mainita opinnäytetyössä <input type="checkbox"/> Vaasan keskussairaala -nimeä ei saa mainita opinnäytetyössä Päätöksentekijä § 16 2518 2015 Päivämäärä <i>Marjo-Riitta Himanen</i> Allekirjoitus ja virka-asema Nimenselvennys <i>Marjo-Riitta Himanen, ylihoitaja</i>	

LIITTEET

Tutkimussuunnitelma liitteineen (mm. kyselyn saatekirje)

sivua (sivumäärä yhteensä).

Bästa arbetskamrater!

Jag är Magisterstuderande på Novias yrkeshögskola i Vasa. Inriktningen är klinisk avancerad sjukskötare. Jag gör ett examensarbete där jag forskar i **vårdpersonalens kunskaper och upplevelser i mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp**. Syftet är att **utveckla vårdprocessen** för personer utsatta för sexuellt övergrepp. En person som blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp kommer vanligen själv eller eskorterad av polis till akutmottagningen. När en person utsatts för ett sexuellt övergrepp (våldtäkt) eller det finns misstanke om det, görs det i regel alltid en **rättsmedicinsk undersökning** med polisens sexualbrottsundersökningsmaterial. Materialet och anvisningarna för den rättsmedicinska undersökningen finns samlat av centralkriminalpolisen i en låda (SERI-låda).

För att bilda mig en uppfattning om vårdpersonalens **kunskaper och upplevelser** i mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp formulerades följande enkät. Jag hoppas att **du** har **en stund** för att svara på denna enkät. I enkäten används benämningen sexuellt övergrepp för alla former av sexuellt våld på vuxna (över 18år) kvinnor och män. Med undersökningen menas situationen där läkaren och vårdpersonalen gör en rättsmedicinsk undersökning med polisens sexualbrottsundersökningsmaterial (SERI-låda).

Svarstiden är till den 11.10.2016. Svaren lämnas i svarslådan i kafferummet. Undersökningen är anonym och svaren i undersökningen behandlas konfidentiellt. Svaren på undersökningen presenteras i examensarbetet och en kopia på examensarbetet tilldelas akuten.

Tack på förhand för din medverkan

Tomas Bodman

050 xxx xxxx

Examensarbetets handledare, Novia

Rika Levy-Malmberg

A. Bakgrundsinformation

kryssa för det rätta alternativet

Vilket kön har du?

- Kvinna
- Man

Hur gammal är du?

- 18-24 år
- 25-34 år
- 35-44 år
- 45-55 år
- 55-64 år

Hur lång arbetserfarenhet har du på din nuvarande arbetsplats?

- 0-1 år
- 1-3 år
- 3-5 år
- 5-10 år
- Över 10 år

Min utbildning är?

- Närvårdare, primärskötare, medikalvaktmästare
- Sjukskötare, sjukskötare YH
- Sjukskötare med specialexamen (t.ex. hälsovårdare, barnmorska, psykiatri, förstavård)
- Sjukskötare HYH, annan högskoleexamen eller magister från universitet

I mitt arbete möter jag personer som blivit utsatt för sexuellt övergrepp?

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta

Jag har deltagit i undersökning av person utsatt för sexuellt övergrepp?

- Aldrig
- 1 gång
- 2 gånger
- 3 gånger
- Över 5 gånger

Jag har på min arbetsplats deltagit i skolning angående vården och undersökningen av person som blivit utsatt för sexuellt övergrepp?

- Ja
- Nej

Har du bekantat dig med din enhets anvisning för sexualbrottsundersökning vid misstanke om sexuellt våld?

- Ja
- Nej

I samband med vården av person utsatt för sexuellt övergrepp använder du dig följande anvisningar?

- Anvisningen i Polisens SERI- undersökningslåda
- Handboken akuthjälp för våldtagna (RAP-anvisningen)
- Terveysportti (anvisning angående undersökning av person utsatt för våldtäkt)
- Den egna enhetens anvisning för sexualbrottsundersökning
- Annat _____

B. Vårdpersonalens kunskaper

Följande frågor besvaras med att ringa in den siffra som motsvarar din åsikt

1= helt av annan åsikt 2= delvis av annan åsikt 3= delvis av samma åsikt 4= helt av samma åsikt

Jag har tillräckligt med kunskap om

undersökningar som görs i samband sexuellt övergrepp	1	2	3	4
att ge psykisk förstahjälp åt den utsatte	1	2	3	4
traumatiska krisreaktioner	1	2	3	4
den fortsatta vården av person utsatt för sexuellt övergrepp	1	2	3	4
det sexuella övergreppets påverkan på individen	1	2	3	4
strafflagen om sexuellt våld	1	2	3	4
betydelsen av dokumentationen i samband med undersökningen	1	2	3	4

Jag behöver mera skolning

om undersökningar som görs vid sexuellt övergrepp	1	2	3	4
i att ge psykisk förstahjälp åt offret	1	2	3	4
om de rättsmedicinska proverna som tas	1	2	3	4
om eftervården av offret	1	2	3	4
om vilka stödformer som finns att erbjuda offret	1	2	3	4
om strafflagen angående sexuellt våld	1	2	3	4
om dokumenteringen som görs samband med undersökningen	1	2	3	4

Följande frågor besvaras med att ringa in den siffra som motsvarar din åsikt

1= helt av annan åsikt 2= delvis av annan åsikt 3= delvis av samma åsikt 4= helt av samma åsikt

Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp

tar jag upp saken med personen	1	2	3	4
uppmanar jag personen att göra en brottsanmälan	1	2	3	4
kan undersökningen kan göras utan brottsanmälan	1	2	3	4
är det viktig att de rättsmedicinska proverna tas genast	1	2	3	4

I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att

skapa ett tillförlitligt vård förhållande	1	2	3	4
tro på personen	1	2	3	4
vårda utan att skuldsätta denne	1	2	3	4
skapa trygghetskänsla	1	2	3	4
visa medlidande och respekt	1	2	3	4
respektera självbestämmanderätten	1	2	3	4

I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp

skrämmar offrets känslreaktioner mig	1	2	3	4
upplever jag undersökningen som besvärlig	1	2	3	4
vet jag vilka saker som är viktiga i undersökningen	1	2	3	4
vet jag varifrån jag kan få konsultationshjälp vid behov	1	2	3	4
saknar jag bra anvisningar för undersökningen	1	2	3	4
kan undersökningen inte göras mot offrets vilja	1	2	3	4

C. Vårdpersonalens upplevelser

Besvara följande frågor

Hur upplever du mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp?

Hur upplever du SERI- lådans material och anvisningar?

Finns det något du vill tillägga eller kommentera angående undersökning eller behandling?

Tack för svaren

Parhaat työkaverit!

Olen Maisteriopiskelija Novian ammattikorkeakoulusta Vaasassa. Suuntaudun asiantuntiahoitajaksi (klinisk avancerad sjukskötare). Teen päättötyöni **hoitajien taidoista ja kokemuksista kohdatessaan seksuaalista hyväksikäyttöä kokeneen henkilön**. Tavoite on kehittää seksuaalisen hyväksikäytön kohdanneen henkilön hoitoprosessia. Seksuaalista väkivaltaa kokenut henkilö tulee joko omatoimisesti tai poliisiin saattamana päivystykseen. Tavallista on, että henkilölle jolle on tapahtunut seksuaalista hyväksikäyttöä (raiskaus) tai kuin siitä on vahva epäily, tehdään **oikeuslääketieteellinen tutkimus** poliisin seksuaalirikostutkimus materiaalilla. Seksuaalirikostutkimus materiaali ja ohjeet on pakattu keskusrikospoliisin toimesta laatikkoon (SERI-laatikko).

Saadakseni käsityksen hoitajien **taidoista ja kokemuksista** heidän kohdatessaan seksuaalista väkivaltaa kokeneen henkilön muodostui seuraavanlainen kyselykaavake. Toivon, että **sinulla on hetki aikaa** vastata kyselyyn. Kyselykaavakkeessa tarkoitetaan seksuaalisella hyväksikäytöllä kaikkea seksuaalisen väkivallan eri muotoja aikuisilla (yli 18vuotta) naisilla ja miehillä. Tutkimuksella tarkoitetaan tilanne missä lääkäri ja hoitohenkilökunta tekevät oikeuslääkkeellistä tutkimusta poliisin seksuaalirikostutkimusmateriaalilla (SERI-laatikko).

Vastausaika on 11.10.2016 mennessä. Vastaukset jätetään kahvihuoneessa olevaan laatikkoon. Tutkimus on anonyyminen ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyn vastaukset esitetään päättötyössäni ja kopio päättötyöstä tuodaan päivystykseen.

Kiitos etukäteen osallistumisestasi

Tomas Bodman

050 xxx xxxx

Päättötyön ohjaava opettaja, Novialla

Rika Levy-Malmberg

A. Taustatietoa

Valitse rastilla oikea vaihtoehto

Sukupuoli

- Nainen
- Mies

Kuinka vanha olet?

- 18-24 vuotta
- 25-34 vuotta
- 35-44 vuotta
- 45-55 vuotta
- 55-64 vuotta

Kuinka pitkä työkokemus sinulla on nykyisessä työpaikassa?

- 0-1 vuotta
- 1-3 vuotta
- 3-5 vuotta
- 5-10 vuotta
- yli 10 vuotta

Koulutukseni on?

- Lähihoitaja/ perushoitaja/ lääkintavahtimestari
- Sairaanhoitaja/ sairaanhoitaja AMK
- Sairaanhoitaja erikoistutkinnolla (esim. terveydenhoitaja, kätilö, psykiatria, ensihoito)
- Sairaanhoitaja ylempi AMK, muu korkeakoulututkinto tai yliopiston maisterintutkinto

Töissäni kohtaan seksuaalista hyväksikäyttöä kohdanneita henkilöitä?

- En ole kohdannut
- Harvoin
- Joskus
- Usein

Olen osallistunut seksuaalista hyväksikäyttöä kokeneen henkilön tutkimuksiin?

- En koskaan
- 1 kerta
- 2 kertaa
- 3 kertaa
- Yli 5 kertaa

Olen työpaikallani osallistunut seksuaaliseen hyväksikäyttöön kokeneen henkilön hoitoon ja tutkimuksiin liittyvään koulutukseen?

- Kyllä
- Ei

Oletko tutustunut oman osastoosi ohjeeseen, seksuaalirikostutkimus seksuaalisen väkivallan yhteydessä?

- Kyllä
- Ei

Hoitaessani seksuaalisesti hyväksikäytettyä henkilöä, käytän seuraavia ohjeita?

- Poliisin SERI-tutkimuslaatikon ohjetta
- Raiskatun akuuttiapu ohjetta (RAP-kansio)
- Terveysportti (raiskauksen uhrin tutkiminen ja hoito)
- Oman osaston ohjetta, seksuaalirikostutkimuksesta
- Muuta _____

B. Hoitohenkilökunnan taidot

Ympäröi valitsemasi vastaus

1= täysin eri mieltä 2= Jokseenkin eri mieltä 3= Jokseenkin samaa mieltä 4= Täysin Samaa mieltä

Minulla on riittävästi tietoa

tutkimuksista joka tehdään seksuaalisen hyväksikäytön yhteydessä	1	2	3	4
annettavasta henkisestä ensiavusta uhrille	1	2	3	4
traumaattisista kriisireaktioista	1	2	3	4
seksuaalista hyväksikäyttöä kokeneen henkilön jatkohoidosta	1	2	3	4
seksuaalisen hyväksikäytön vaikutuksista ihmiseen	1	2	3	4
rikoslaista koskien seksuaalista väkivaltaa	1	2	3	4
tutkimuksen yhteydessä tehdyn dokumentaation tärkeydestä	1	2	3	4

Tarvitsen lisää koulutusta

tutkimuksesta joka tehdään seksuaalisen hyväksikäytön yhteydessä	1	2	3	4
henkisen ensiavun antamisesta uhrille	1	2	3	4
oikeuslääketieteellisistä näytteistä joka otetaan tutkimuksen aikana	1	2	3	4
uhrin jatkohoidosta	1	2	3	4
minkälaisia tukitoimia on tarjota uhrille	1	2	3	4
rikoslaista koskien seksuaalista väkivaltaa	1	2	3	4
tutkimuksen yhteydessä tehtävästä dokumentaatiosta	1	2	3	4

Ympäröi valitsemasi vastaus

1= täysin eri mieltä 2= Jokseenkin eri mieltä 3= Jokseenkin samaa mieltä 4= Täysin Samaa mieltä

Epäillessäni henkilöön kohdistuneen seksuaalista hyväksikäyttöä

otan asiaan puheeksi henkilön kanssa	1	2	3	4
kehotan henkilön tekemään rikosilmoitusta	1	2	3	4
tutkimusta voidaan tehdä ilman rikosilmoitusta	1	2	3	4
on tärkeitä ottaa rikostekniset näytteet heti	1	2	3	4

Kohdatessani seksuaalista hyväksikäyttöä kokeneen henkilön on helppoa

luoda luottamuksellinen hoitosuhde	1	2	3	4
uskoa henkilöön	1	2	3	4
hoitaa henkilöä syylistämättä	1	2	3	4
luoda turvallisuuden tunnetta	1	2	3	4
osoittaa myötätuntoa ja kunnioitusta	1	2	3	4
kunnioittaa itsemääräytymisoikeutta	1	2	3	4

Seksuaalisen hyväksikäytön henkilön tutkimustilanteessa

uhrin tunnereaktiot pelästyttävät minua	1	2	3	4
koen tutkimuksen hankalaksi	1	2	3	4
tiedän mitkä asiat ovat tärkeitä tutkimuksessa	1	2	3	4
tiedän mistä saan tarvittaessa konsultaatioapua	1	2	3	4
kaipaen hyviä ohjeita tutkimukseen	1	2	3	4
tutkimus ei voida tehdä ilman uhrin suostumusta	1	2	3	4

C. Hoitohenkilökunnan kokemukset

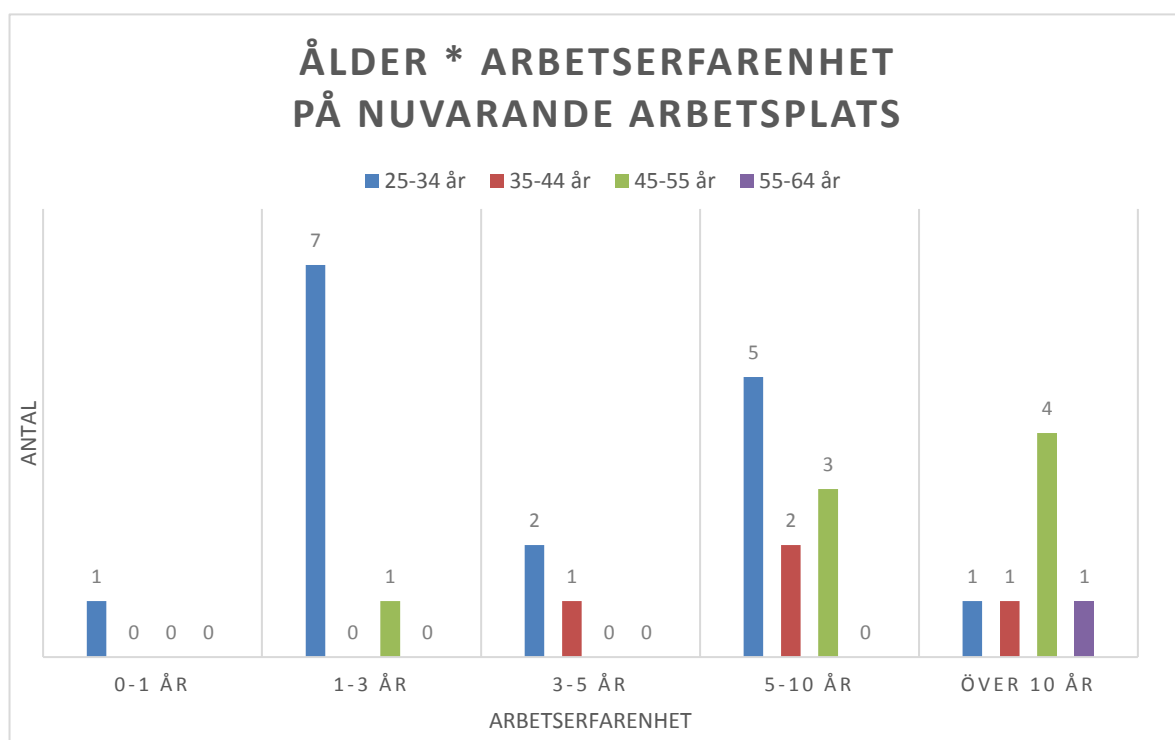
Vastaa avoimesti seuraaviin kysymyksiin

Miten koet seksuaalisesti hyväksikäytetyn henkilön kohtaaminen?

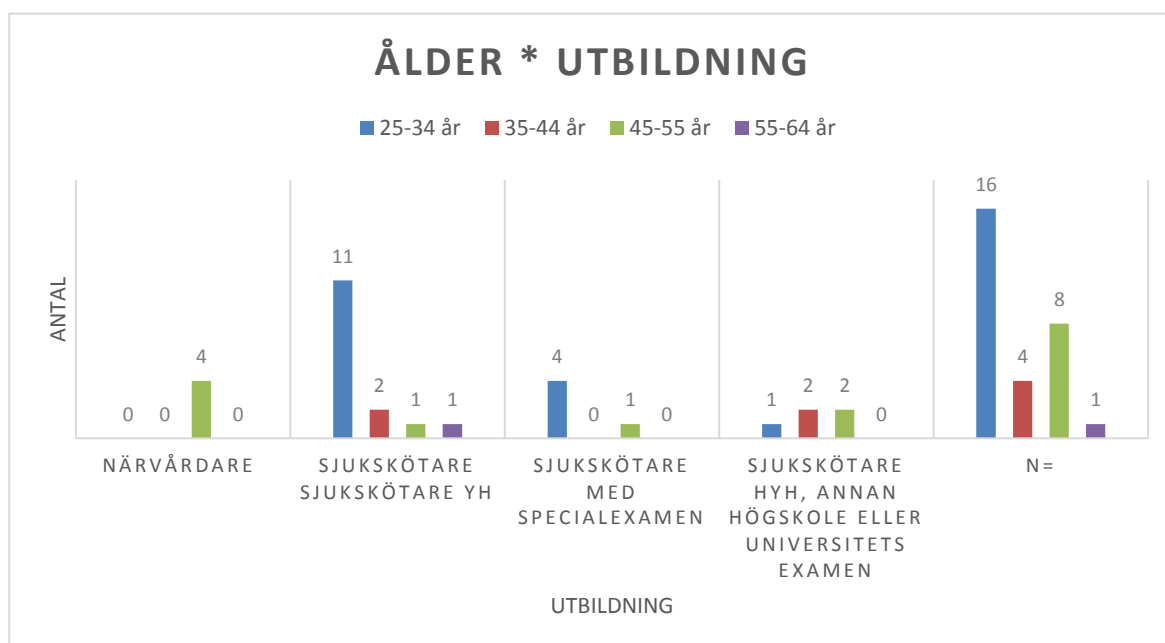
Miten koet SERI-tutkimuslaatikon materiaalit ja ohjeet?

Onko sinulla lisättävää tai kommentoitavaa seksuaalisesti hyväksikäytetyn uhrin tutkimuksiin tai hoitoon?

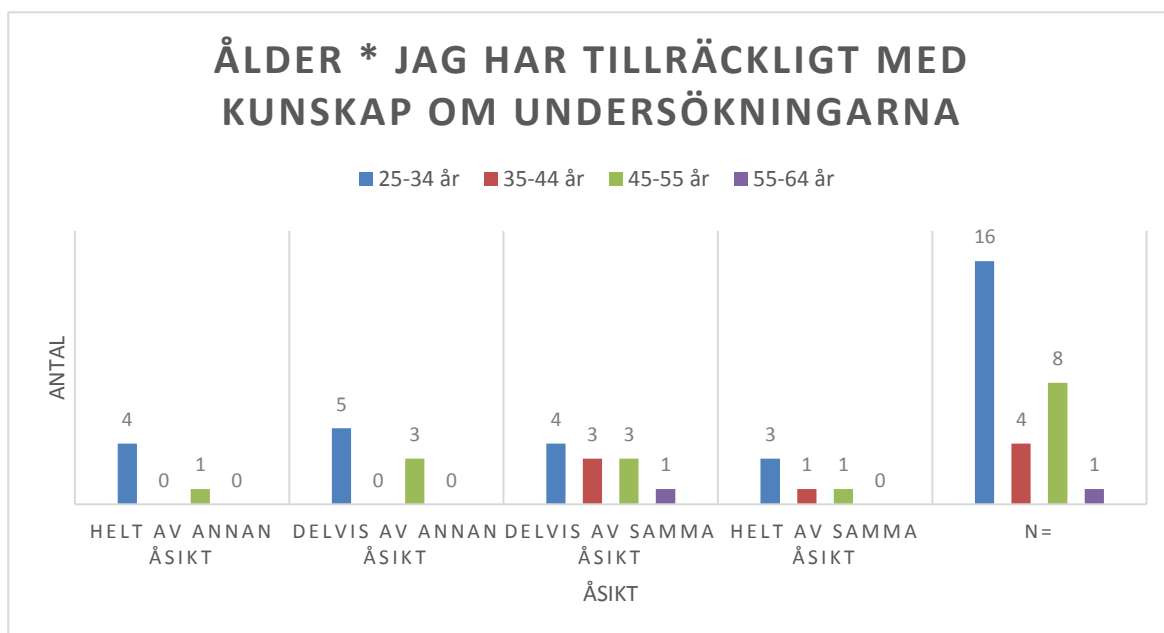
Kiitos vastauksista



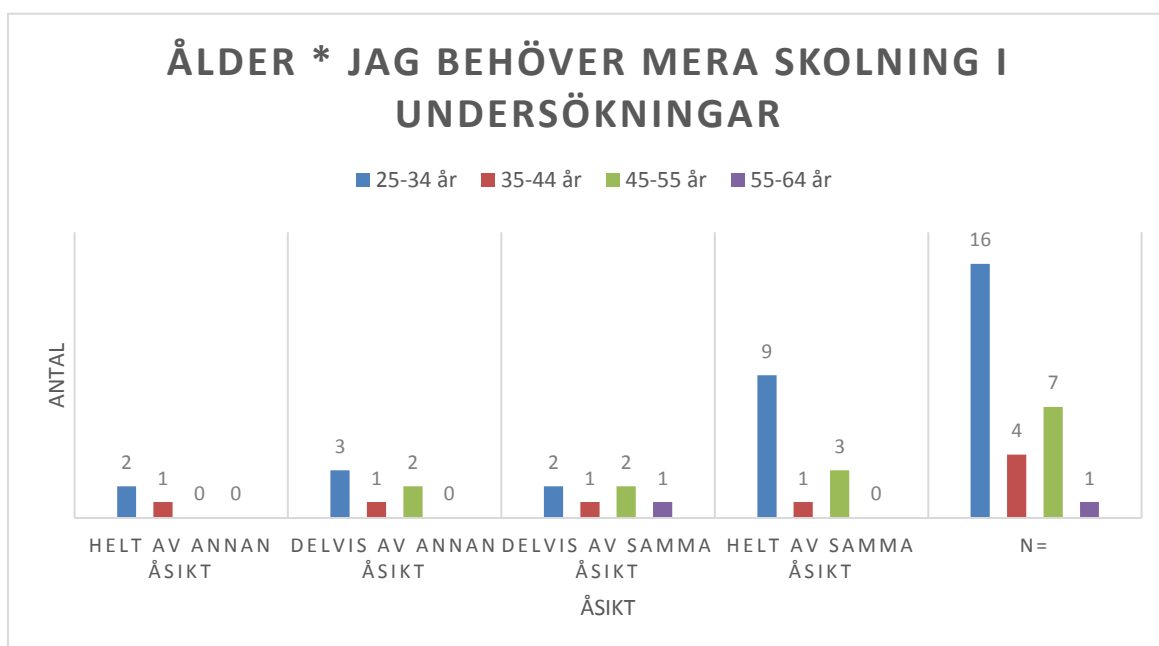
Figur 40. Jämförelse mellan ålder och arbetserfarenhet på nuvarande arbetsplats (N=29)



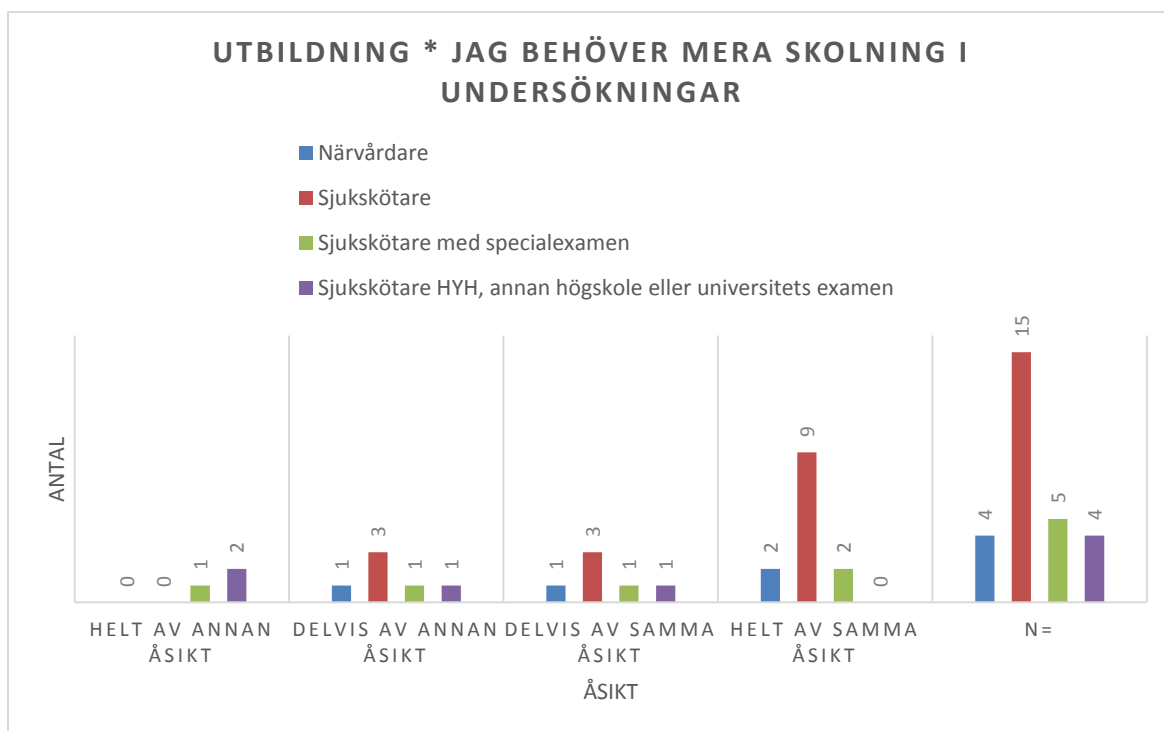
Figur 41. Jämförelse mellan ålder och utbildning (N=29)



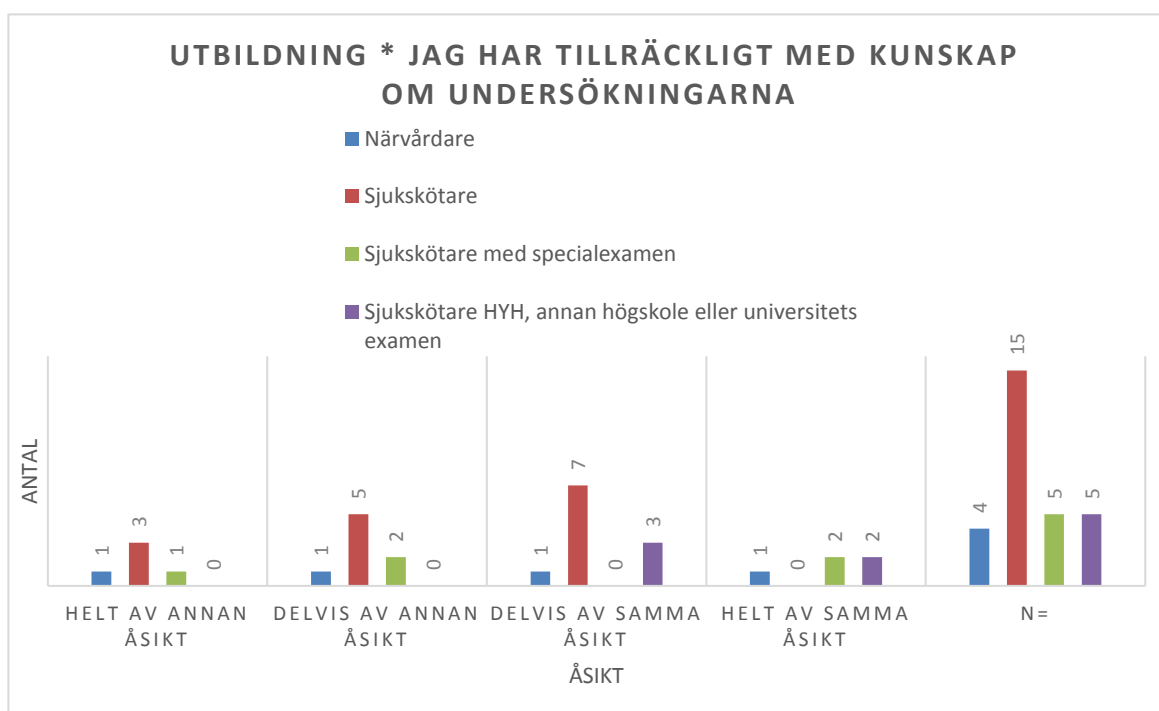
Figur 42. Jämförelse mellan ålder och jag har tillräckligt med kunskap om undersökningarna (N=29)



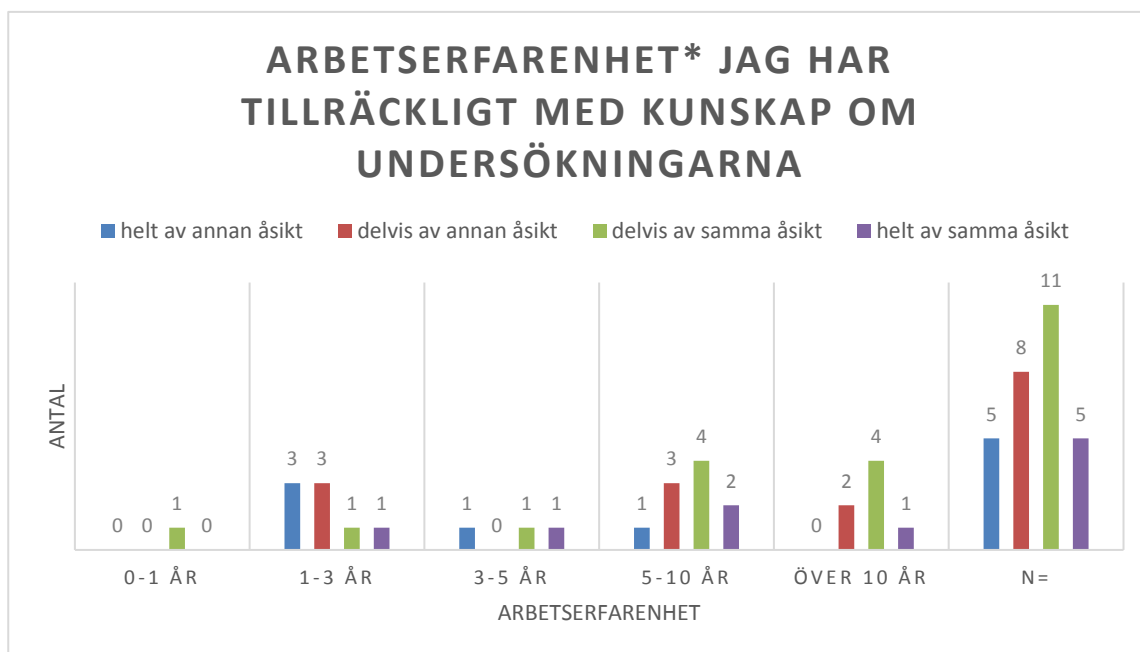
Figur 43. Jämförelse mellan ålder och jag behöver mera skolning i undersökningar (N=28)



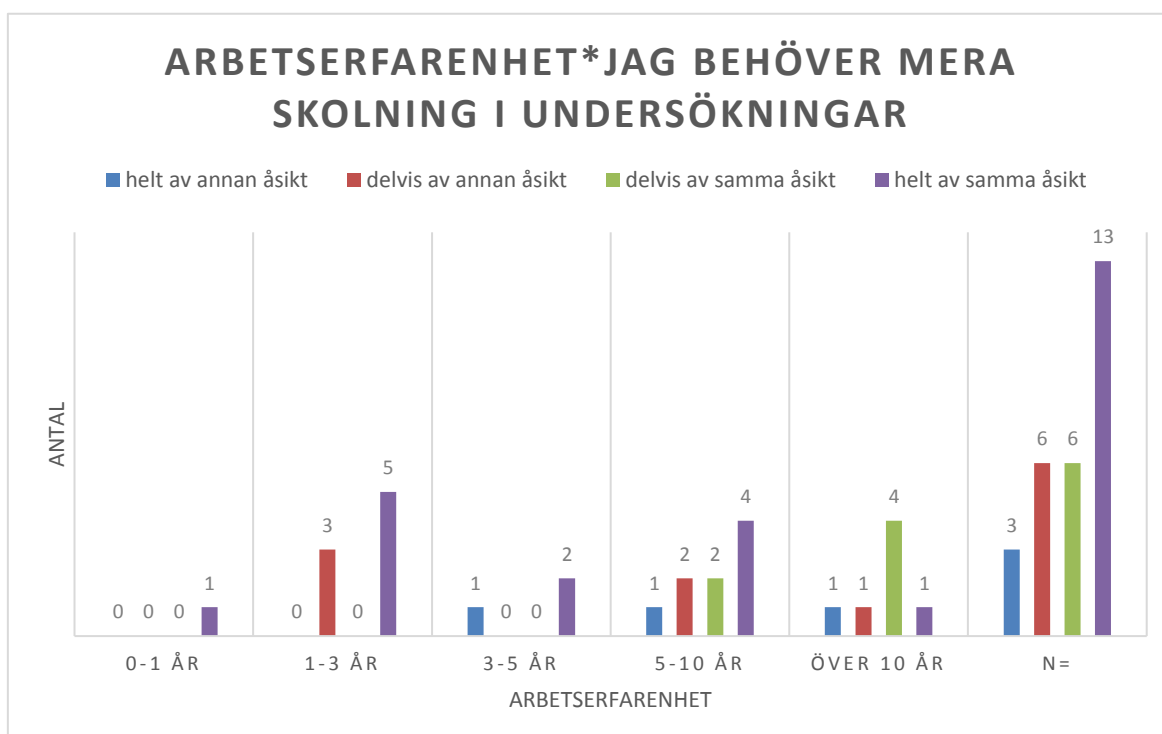
Figur 44. Jämförelse mellan utbildning och jag behöver mera skolning i undersökningar (N=28)



Figur 45. Jämförelse mellan utbildning mellan och jag har tillräckligt med kunskap om undersökningarna (N=29)



Figur 46. Jämförelse mellan arbetserfarenhet och jag har tillräckligt med kunskap om undersökningarna (N=29)



Figur 47. Jämförelse mellan arbetserfarenhet och behov av mera skolning i undersökningar (N=29)

Tabell 46. Jämförelse mellan åldersfördelning, i vården av person utsatt för sexuellt övergrepp kan undersökningen inte göras mot offrets vilja och arbetserfarenhet på nuvarande arbetsplats

Arbetserfarenhet på nuvarande arbetsplats			I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, kan undersökningen inte göras mot offrets vilja				Total
			helt av annan åsikt	delvis av annan åsikt	delvis av samma åsikt	helt av samma åsikt	
0-1 år	Åldersfördelning	25-34 år	1				1
	Total		1				1
1-3 år	Åldersfördelning	25-34 år			1	6	7
		45-55 år		1			1
	Total			1	1	6	8
3-5 år	Åldersfördelning	25-34 år				2	2
		35-44 år				1	1
	Total					3	3
5-10 år	Åldersfördelning	25-34 år			3	2	5
		35-44 år				2	2
		45-55 år	1			1	2
	Total		1		3	5	9
Över 10 år	Åldersfördelning	25-34 år				1	1
		35-44 år				1	1
		45-55 år		1		3	4
		55-64 år				1	1
	Total			1		6	7
Total	Åldersfördelning	25-34 år	1		4	11	16
		35-44 år				4	4
		45-55 år	1	2		4	7
		55-64 år				1	1
	Total		2	2	4	20	28

Tabell 39. ANOVA variansanalys med faktorn ålder

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att skapa ett tillförlitligt vårdförhållande	Between Groups	6,527	3	2,176	2,327	,100
	Within Groups	22,438	24	,935		
	Total	28,964	27			
I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att tro på personen	Between Groups	2,688	3	,896	1,266	,309
	Within Groups	16,275	23	,708		
	Total	18,963	26			
I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att vårda utan att skuldsätta denne	Between Groups	,298	3	,099	,223	,879
	Within Groups	10,667	24	,444		
	Total	10,964	27			
I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att skapa trygghetskänsla	Between Groups	3,708	3	1,236	1,622	,211
	Within Groups	18,292	24	,762		
	Total	22,000	27			
I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att visa medlidande och respekt	Between Groups	2,423	3	,808	1,545	,229
	Within Groups	12,542	24	,523		
	Total	14,964	27			
I mötet med person utsatt för sexuellt övergrepp är det lätt att respektera självbestämmanderätten	Between Groups	1,232	3	,411	1,024	,399
	Within Groups	9,625	24	,401		
	Total	10,857	27			

Tabell 40. ANOVA variansanalys med faktorn ålder

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, skrämmer offrets känslorreaktioner mig	Between Groups	,509	3	,170	,175	,912
	Within Groups	24,250	25	,970		
	Total	24,759	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, upplever jag undersökningen som besvärlig	Between Groups	,552	3	,184	,192	,901
	Within Groups	24,000	25	,960		
	Total	24,552	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, vet jag vilka saker som är viktiga i undersökningen	Between Groups	4,315	3	1,438	2,501	,083
	Within Groups	14,375	25	,575		
	Total	18,690	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, vet jag varifrån jag får konsultationshjälp vid behov	Between Groups	4,748	3	1,583	1,924	,151
	Within Groups	20,563	25	,823		
	Total	25,310	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, saknar jag bra anvisningar	Between Groups	,241	3	,080	,106	,956
	Within Groups	19,000	25	,760		
	Total	19,241	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, kan undersökningen inte göras mot offrets vilja	Between Groups	3,063	3	1,021	1,229	,321
	Within Groups	19,938	24	,831		
	Total	23,000	27			

Tabell 41. ANOVA variansanalys med faktorn arbetserfarenhet

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Jag har tillräckligt med kunskap om undersökningar som görs	Between Groups	3,549	4	,887	,901	,479
	Within Groups	23,624	24	,984		
	Total	27,172	28			
Jag har tillräckligt med kunskap om psykisk första hjälp	Between Groups	4,918	4	1,230	2,292	,089
	Within Groups	12,875	24	,536		
	Total	17,793	28			
Jag har tillräckligt med kunskap om traumatiska krisreaktioner	Between Groups	10,282	4	2,570	4,105	,011
	Within Groups	15,029	24	,626		
	Total	25,310	28			
Jag har tillräckligt med kunskap om det sexuella övergreppets påverkan på individen	Between Groups	1,012	4	,253	,323	,860
	Within Groups	18,781	24	,783		
	Total	19,793	28			
Jag har tillräckligt med kunskap om strafflagen om sexuellt våld	Between Groups	,720	4	,180	,226	,921
	Within Groups	19,142	24	,798		
	Total	19,862	28			
Jag har tillräckligt med kunskap om betydelsen av dokumentationen	Between Groups	2,763	4	,691	1,037	,409
	Within Groups	15,995	24	,666		
	Total	18,759	28			
Jag har tillräckligt med kunskap om den fortsatta vården	Between Groups	4,152	4	1,038	1,519	,228
	Within Groups	16,400	24	,683		
	Total	20,552	28			

Tabell 42. ANOVA variansanalys med faktorn arbetserfarenhet

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Jag behöver mera skolning i undersökningar som görs vid sexuella övergrepp	Between Groups	2,036	4	,509	,405	,803
	Within Groups	28,929	23	1,258		
	Total	30,964	27			
Jag behöver mera skolning i att ge psykisk första hjälp åt offret	Between Groups	9,649	4	2,412	3,665	,018
	Within Groups	15,799	24	,658		
	Total	25,448	28			
Jag behöver mera skolning om de rättsmedicinska proverna som tas	Between Groups	2,782	4	,695	,782	,548
	Within Groups	21,356	24	,890		
	Total	24,138	28			
Jag behöver mera skolning om eftervården av offret	Between Groups	5,381	4	1,345	1,747	,173
	Within Groups	18,481	24	,770		
	Total	23,862	28			
Jag behöver mera skolning i stödformer som finns att erbjuda offret	Between Groups	5,621	4	1,405	1,907	,142
	Within Groups	17,689	24	,737		
	Total	23,310	28			
Jag behöver mera skolning om strafflagen angående sexuellt våld	Between Groups	4,151	4	1,038	1,092	,383
	Within Groups	22,814	24	,951		
	Total	26,966	28			
Jag behöver mera skolning om dokumentering som görs i samband med undersökningen	Between Groups	2,603	4	,651	,486	,746
	Within Groups	32,156	24	1,340		
	Total	34,759	28			

Tabell 43. ANOVA variansanalys med faktorn arbetserfarenhet

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, skrämmar offrets känslorreaktioner mig	Between Groups	4,626	4	1,157	1,379	,271
	Within Groups	20,132	24	,839		
	Total	24,759	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, upplever jag undersökningen som besvärlig	Between Groups	,737	4	,184	,186	,944
	Within Groups	23,814	24	,992		
	Total	24,552	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, vet jag vilka saker som är viktiga i undersökningen	Between Groups	1,834	4	,458	,653	,631
	Within Groups	16,856	24	,702		
	Total	18,690	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, vet jag varifrån jag får konsultationshjälp vid behov	Between Groups	1,544	4	,386	,390	,814
	Within Groups	23,767	24	,990		
	Total	25,310	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, saknar jag bra anvisningar	Between Groups	,771	4	,193	,251	,907
	Within Groups	18,470	24	,770		
	Total	19,241	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, kan undersökningen inte göras mot offrets vilja	Between Groups	7,696	4	1,924	2,892	,045
	Within Groups	15,304	23	,665		
	Total	23,000	27			

Tabell 44. ANOVA variansanalys med faktorn utbildning

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp, tar jag upp saken med personen	Between Groups	2,827	3	,942	1,887	,158
	Within Groups	12,483	25	,499		
	Total	15,310	28			
Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp, uppmanar jag personen att göra en brottsanmälan	Between Groups	1,439	3	,480	1,022	,400
	Within Groups	11,733	25	,469		
	Total	13,172	28			
Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp, kan undersökningen göras utan en brottsanmälan	Between Groups	5,762	3	1,921	1,462	,252
	Within Groups	28,892	22	1,313		
	Total	34,654	25			
Om jag misstänker att en person utsatts för ett sexuellt övergrepp, är det viktigt att ta de rättsmedicinska proverna genast	Between Groups	2,188	3	,729	2,293	,103
	Within Groups	7,950	25	,318		
	Total	10,138	28			

Tabell 45. ANOVA variansanalys med faktorn utbildning

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, skrämmer offrets känsloreaktioner mig	Between Groups	1,425	3	0,475	0,509	0,680
	Within Groups	23,333	25	0,933		
	Total	24,759	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, upplever ja undersökningen som besvärlig	Between Groups	2,618	3	0,873	0,995	0,411
	Within Groups	21,933	25	0,877		
	Total	24,552	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, vet jag vilka saker som är viktiga i undersökningen	Between Groups	1,006	3	0,335	0,474	0,703
	Within Groups	17,683	25	0,707		
	Total	18,690	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, vet jag varifrån jag får konsultationshjälp vid behov	Between Groups	2,910	3	0,970	1,083	0,374
	Within Groups	22,400	25	0,896		
	Total	25,310	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, saknar jag bra anvisningar	Between Groups	1,708	3	0,569	0,812	0,499
	Within Groups	17,533	25	0,701		
	Total	19,241	28			
I vården av person utsatt för sexuellt övergrepp, kan undersökningen inte göras mot offrets vilja	Between Groups	3,517	3	1,172	1,444	0,255
	Within Groups	19,483	24	0,812		
	Total	23,000	27			