



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Hur patienter med diagnosen HIV upplever bemötandet inom sjukvården – en litteraturöversikt

How patients diagnosed with HIV experience hospital care – a literature review

Examensarbete nr:

Författare: Johanna Lindén & Linnéa Dahl-Hellström

Handledare: Maria Moberg

Examinator: Birgitta Jönsson

Granskare: Maria Forsner

Ämne/Huvudområde: Omvårdnad

Poäng: 15 högskolepoäng

Betygsdatum: 120120

Högskolan Dalarna

791 88 Falun

Sweden

Tel 023-77 80 00

SAMMANFATTNING

Syfte: Syftet med denna studie var att beskriva hur personer med HIV upplevde bemötandet inom vården i I-länder. **Metod:** Studien genomfördes som en litteraturöversikt.

Artikelsökningarna gjordes i databaserna Cinahl och Pubmed. Både kvalitativa och kvantitativa studier hittades men författarna har enbart använt sig av de kvalitativa studierna (n=11). Studierna granskades sedan med modifierade granskningsmallar för

kvalitetsbedömning. **Resultat:** De funna studiernas resultat granskades och utifrån detta identifierade författarna fyra teman; *Att hållas på avstånd*, *Att bli annorlunda bemött*, *Att få en stämpel* och *Positivt bemötande*. Resultatet visade att vårdpersonalen höll avstånd från patienter genom att använda sig av överdrivna hygienrutiner, och i vissa fall förekom det att patienterna blev nekade vård på grund av sin HIV diagnos. Att bli annorlunda bemött handlade i många fall om att patienterna blev utsatta för kränkande behandling. Flera patienter beskrev hur de upplevde att personalen kategoriserade dem och gav dem en stämpel på grund av sin diagnos. De upplevde även att vårdpersonalen offentliggjorde deras diagnos genom att bryta mot sekretessen. Resultatet visade att patienter upplevt positivt bemötande och att vårdpersonalen gett dem stöd. Litteraturöversikten visade också att flera patienter föredrog att söka vård på specialistkliniker. **Slutsats:** Många patienter kände sig kränkta och annorlunda bemötta i möte med sjukvårdspersonal. De föredrog att söka vård på speciella HIV kliniker eftersom de kände att personalen där hade bättre förståelse för sjukdomen.

Nyckelord: HIV, bemötande, upplevelser

Keywords: HIV, nurse – patient relations, experiences,

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	5
Smittvägar.....	5
Behandlingar.....	6
Att leva med HIV.....	6
Förebyggande inom vården.....	6
Fördomar inom vården.....	7
Sjuksköterskans ansvar.....	7
Problemformulering	8
Syfte	8
Frågeställning	8
METOD	9
Design.....	9
Urval av litteratur.....	9
Sökväg.....	9
Inklusions- och exklusionskriterier.....	9
Kvalitetvärdering	9
Analys.....	10
Tillvägagångssätt.....	10
Forskningsetiska aspekter	10
RESULTAT	12
Att hållas på avstånd.....	12
Att uppleva distansering.....	12
Att uppleva överdrivna hygienrutiner.....	12
Att bli vägrad vård.....	13
Att bli annorlunda bemött.....	14
Att få en stämpel.....	15
Att få ett fördomsfullt bemötande.....	15
Att bli offentliggjord.....	16
Positivt bemötande.....	16
Specialistvård.....	17

DISKUSSION	19
Sammanfattning av huvudresultat	19
Resultatdiskussion	19
Metoddiskussion	21
Konklusion/slutsats	23
Kliniskt värde	23
REFERENSLISTA	25
Bilaga 1 - Redovisning av artikelsökning.....	29
Bilaga 2 - Granskningsmall för studier med kvalitativ ansats.....	31
Bilaga 3 - Sammanfattning av artiklar valda till resultatet	33

INTRODUKTION

Humant Immunbrist Virus (HIV) är en virussjukdom som tros ha sitt ursprung i ett virus från en schimpansart. HIV upptäcktes på 1980-talet, men det första kända fallet av viruset har daterats till 1959 från sparad blod. Viruset påverkar kroppens egna celler och försämrar kroppens immunförsvar. HIV infektionens slutstadium är Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), då kroppens försvar blivit så försvagat att även infektioner som kroppen i vanliga fall kan hantera blir livshotande, och vanligt är också att olika tumörsjukdomar uppkommer (Ericson & Ericson, 2009). Många som får HIV vet inte om att de blivit smittade, eftersom sjukdomen kan vara helt symtomfri i början, eller endast ge lindriga symtom som feber, utslag, ledvärk och förstörade lymfkörtlar (UNAIDS). Dessa symtom klingar vanligtvis av efter några veckor, och sjukdomen kan sedan ligga latent i flera år. Det varierar hur lång tid det tar innan AIDS utvecklas, men medeltalet ligger mellan 8-10 år. Vissa kan dock bära på smittan i upp till 20 år utan att sjukdomstillståndet förvärras (Ericson & Ericson, 2009). Enligt World Health Organisation (WHO) levde 33,3 miljoner människor i världen med HIV/AIDS 2009 (WHO, 2011).

Smittvägar

HIV smittar via kontakt med kroppsvätskor; genom smittat blod, vid sexuella kontakter och från mor till barn. Blodsmittan kan bara ske genom direkt kontakt från blodbana till blodbana, exempelvis genom sprutor. Sexuell överföring räknas som den vanligaste smittvägen.

Heterosexuell smitta är det vanligaste även om homosexuella, bisexuella män och intravenösa narkotikamissbrukare tidigare förknippats med HIV-smitta. Överföringen mellan mor och barn kan ske under graviditeten, under förlossningen eller vid amning. Tidigare har risken för att överföra smittan från mor till barn beräknats upp till 30 % risk men på grund av ny medicinsk behandling så har denna siffra sjunkit till 1 %. Det har på senare tid framkommit att HIV viruset har dålig överlevnadsförmåga och låg smittsamhet (Andreassen, Hægeland & Wilhelmsen, 2002).

Enligt Smittskyddslagen (SFS 2004:168) räknas HIV som en allmänfarlig sjukdom som kan förebyggas genom åtgärder riktade mot den smittade personen. Lagen tar upp den smittades ansvar att använda sig av åtgärder för att inte utsätta andra för smittan. Den smittade patienten har även ansvar för att lämna upplysningar om vilka denna kan ha överfört smittan till som en

del av smittspårningen (Smittskyddslagen, SFS 2004:168).

Behandling

Det finns inget botemedel mot HIV. Behandlingen riktar in sig på att bromsa sjukdomsförloppet, lindra symptomen, förlänga de symptomfria perioderna och att förlänga levnadstiden. Vår tids behandling består av en kombination av flera läkemedel där det viktiga är att sätta in behandling tidigt och att denna genomförs konsekvent. Dagens behandling består även i att terapialternativ byts regelbundet, detta för att undvika att HIV utvecklar resistens mot något av läkemedlen (Ericson & Ericson, 2009).

Att leva med HIV

I en studie av Cowgill, Bogart, Corona, Ryan och Schuster (2008) framkommer det hur det kan påverka det dagliga livet att vara HIV-positiv, både för den sjuke och dennes anhöriga. I studien framkommer det att i två tredjedelar av familjer med en HIV-smittad förälder förekommer rädsla för smitta, och att vardagslivet anpassas för att undvika att föra smitta vidare. Den största rädslan hos den smittade föräldern var att utsätta sina barn för smitta genom kontakt med blod. Rädslan för smitta hos barnen kunde i en del fall grunda sig på felaktig information och uttryckte sig genom rädsla för till exempel kramar och pussar eller att äta mat från samma tallrik som föräldern (Cowgill et al., 2008).

Att få diagnosen HIV kan vara dramatisk. Studier visar att upplevelsen av att få diagnosen HIV eller att komma i kontakt med sjukdomen på andra sätt allvarligt kan påverka människors psykiska hälsa (Theuninck, Lake & Gibson, 2010). Roets och Ziady (2008) visar att sjukvårdspersonal som utsatts för HIV-smitta genom sitt arbete kan bli känslomässigt och psykiskt påverkade en lång tid efter händelsen. Deltagarna i studien beskrev bland annat känslor som förnekelse, rädsla och ilska.

Förebyggande inom vården

HIV är en blodsmitta och därför gäller det att vårdpersonal är noggranna med basala hygienrutiner. Detta innebär god handhygien, användning av handskar vid kontakt med biologiskt material och eventuell användning av skyddsrock vid vård nära patienten, beroende på situation. Det är viktigt att det finns godkända rutiner på varje vårdavdelning för hur skär-

eller sticksskador ska förebyggas men även hur det ska hanteras när det uppstått en sticksskada (Dalheim, Herud, Jørs, Koch & Skaug, 2006).

Fördomar inom vården

Det finns många fördomar om HIV och smittspridning och det visar sig även hos vårdpersonalen. En svensk studie av Røndahl, Innala och Carlsson (2003) visar att en stor andel av sjuksköterskor och undersköterskor skulle avstå från att vårda en HIV-smittad om möjligheten fanns. I många fall berodde detta på en rädsla men inte nödvändigtvis för att bli smittad utan en rädsla för det okända. Faktorer som moraliska värderingar och sociala normer var också tänkbara orsaker till oviljan att vårda dessa patienter (Røndahl, Innala & Carlsson, 2003). Dessa attityder bekräftas även i en senare studie (Tyer-Viola, 2007) som visar att sjuksköterskor på en obstetrikavdelning var mer villiga att ta hand om patienter som inte var HIV-smittade i jämförelse med de som var HIV positiva. Tyer-Viola (2007) har också visat att sjuksköterskorna var mer benägna att vårda en HIV-smittad patient som hade ett fast förhållande och en stabil ekonomisk situation. Dessa studier (Tyer-Viola, 2007; Røndahl, Innala & Carlsson, 2003) visar att det fortfarande finns fördomar om HIV, även hos sjuksköterskor. Detta kan leda till ett sämre bemötande av personer med HIV inom sjukvården, och att vården av dessa ges med mindre medkänsla (Røndahl, Innala & Carlsson, 2003). Det finns även exempel på att sjuksköterskor inte alltid gör skillnad på patienter med HIV och patienter som inte har HIV. Sjuksköterskorna som blev tillfrågade i studien uppgav att de behandlade HIV positiva patienter på samma sätt som alla andra patienter, och att de istället var mer oroliga för andra smittsamma sjukdomar. I samma studie framkommer också exempel på sjuksköterskor som uttrycker stor omtanke för patienter med HIV, och beskriver upprördhet över situationer där de upplevt att dessa patienter blivit negligerade och orättvist behandlade (Mullins, 2009).

Sjuksköterskans ansvar

Det finns olika teorier om omvårdnad, men de har gemensamt att det är patienten, människan, som är det viktigaste och fokus ligger på omsorgen om denna. Sjuksköterskan måste veta vem patienten är som person för att kunna anpassa hjälpen därefter (Jahren Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). Enligt Socialstyrelsens *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (2005) ska sjuksköterskan kommunicera med patienten på ett respektfullt, lyhört och

empatiskt sätt, och legitimerade sjuksköterskor är skyldiga att följa detta, oavsett patientens diagnos.

Problemformulering

Det finns fortfarande fördomar om HIV-smittade personer inom sjukvården och detta kan leda till särbehandling av denna patientgrupp (Tyler-Viola, 2007; Röndahl, Innala & Carlsson, 2003). Mot bakgrund av detta var det av intresse att undersöka hur personer med HIV upplevde bemötandet inom vården.

Syfte

Syftet var att beskriva hur personer med HIV upplevde bemötandet inom vården.

Frågeställning

Hur upplevde personer med HIV bemötandet inom vården?

METOD

Design

Examensarbetet genomfördes som en litteraturöversikt med deskriptiv design.

Urval av litteratur

Sökväg

Litteraturen samlades ihop genom sökningar i databaserna Cinahl och PubMed. Både Mesh-termer och fritextsökning användes och kombinerades på olika sätt. De Mesh-termer som i huvudsak användes var "HIV Infections", "Social Stigma", "Mass Screening", "Patient Acceptance of Health Care", "Prejudice", "Nurse –Patient Relations", "Quality of Healthcare", "Attitude of Health Personnel" och "HIV Seropositivity". Mesh-termerna "Mass screening", "HIV Seropositivity", "Patient Acceptance of Health Care" och "HIV Infections" kombinerades i vissa sökningar med underrubrikerna "Psychology", "Prevention and control" och "nursing". Sökord som kombinerades med Mesh-termerna i fritextsökningar var "nursing", "fear", "stigma" "patient care" och "experience". De sökningar som gav resultat redovisades i en tabell, se bilaga 1.

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier var kvalitativa artiklar skrivna på engelska, som publicerades mellan 2001-2011 och fanns tillgängliga i fulltext. Valet att använda endast kvalitativa studier grundar sig på att examensarbetets syfte var att beskriva patienters upplevelser. Exklusionskriterier var artiklar som bedömdes ha låg kvalitet enligt kvalitetsgranskningen och kvantitativa studier.

Kvalitetsvärdering

Artiklarnas kvalitet värderades efter Högskolan Dalarnas granskningsmall för kvalitativa artiklar, modifierade versioner av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) och Forsberg och Wengström (2008), se bilaga 2. Granskningsmallen för kvalitetsbedömning bestod av 25 frågor angående artikelns uppbyggnad, som besvarades med ja eller nej. En artikel med minst 60 % ja-svar hade en medelhög kvalitet, och en artikel med minst 80 % ja-svar hade en hög kvalitet.

Analys

I en kvalitativ dataanalys ingår det att sätta samman relaterande fakta till ett sammanhang, detta genom att identifiera olika teman och kategorier (Polit & Beck, 2008). Detta har gjorts med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Artiklarna lästes först förutsättningslöst för att få en övergripande bild av innehållet. Författarna fördjupade sig sedan i artiklarna och läste resultatdelarna upprepade gånger. Meningsbärande enheter identifierades, och dessa kondenserades. Att kondensera texten innebär att den meningsbärande enheten kortas ner, men kärnan i texten bevaras (Graneheim & Lundman, 2004). De kondenserade meningsbärande enheterna gavs koder som sedan sorterades in i olika teman, beroende på likheter och skillnader. Fyra teman och sex underteman identifierades på detta sätt.

Tillvägagångssätt

Arbetet inleddes med att författarna kontaktade Högskolan Dalarnas bibliotek för att få hjälp med att komma igång med litteratursökningen. Efter detta påbörjades litteratursökningen i databaserna Cinahl och Pubmed med hjälp av MESH-termer och fritextsökning, dessa redovisas i bilaga 1. Sökningarna genomfördes gemensamt. Först identifierades titlar som verkade relevanta för studien, sedan lästes abstrakten till dessa för att se om artiklarna passade till examensarbetets syfte och frågeställning. Nästa steg var att läsa hela artiklarna för att bedöma om dessa kunde användas i litteraturöversikten. Efter detta påbörjades kvalitetsgranskningen av artiklarna med hjälp av Högskolan Dalarnas granskningsmallar. Artiklarna delades upp mellan författarna för granskning. Artikelsökningen skedde mellan 4-19 oktober 2011. En sammanfattning av valda artiklar presenterades i en tabell, se bilaga 3. Artiklarnas resultat lästes ingående och relevant fakta som besvarade studiens syfte markerades med gul överstrykningspenna. Analysen av materialet utfördes som beskrivet ovan. De meningsbärande enheterna gavs koder som sedan skrevs ner på lappar, detta för att underlätta arbetet med att dela upp materialet i olika teman. De kodade materialet som hade liknande innehåll fördes ihop under samma tema, och dessa skapade rubriker och underrubriker till studiens resultat.

Forskningsetiska aspekter

Studier som används i en litteraturstudie bör ha fått tillstånd av en etisk kommitté (Forsberg &

Wengström, 2008). I så stor utsträckning som möjligt användes artiklar som genomgått en etisk granskning och blivit godkända, alternativt artiklar där författarna själva diskuterade sin forskning ur ett etiskt perspektiv. Vidare skriver Forsberg & Wengström (2008) att det är oetiskt att enbart presentera de resultat som stöder forskarnas egen åsikt. Materialet till litteraturöversikten behandlades därför objektivt och resultatet vinklades ej. Korrekt referenshantering användes, och det framgick tydligt när källor citerades.

RESULTAT

Utifrån de elva valda artiklar som bedömdes besvara studiens syfte identifierades fyra teman.

Dessa var: *Att hållas på avstånd*, *Att bli annorlunda bemött*, *Att få en stämpel* och *Positivt bemötande*. Underrubriker till temat *Att hållas på avstånd* var ”Att uppleva distansering”, ”Att uppleva överdrivna hygienrutiner” och ”att bli vägrad vård”. Temat *Att få en stämpel* delades upp i underrubrikerna ”Att få ett fördomsfullt bemötande” och ”att bli offentliggjord”. Temat *Positivt bemötande* fick underrubriken ”specialistvård”.

Att hållas på avstånd

Att uppleva distansering

Ett stort antal patienter beskrev situationer där de upplevde att vårdpersonalen distanserade sig från patienten på olika sätt (Blake, Taylor, Reid & Kosowski, 2008; Haile, Landrum, Kotarba & Trimble, 2002; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Rintamaki, Scott, Kosenko & Jensen, 2007; Zukoski & Thorburn, 2009). En patient beskrev ett möte med en läkare som undvek ögonkontakt under hela mötet (Rintamaki et al., 2007). I samma studie framgick att avståndstagandet också kunde visa sig genom att vårdpersonalen inte ville stå för nära patienten eller ens gå in i rummet. I flera studier berättade patienter om vårdpersonalens ovilja att ha fysisk kontakt med HIV-positiva patienter (Blake, et al., 2008; 2002; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Zukoski & Thorburn, 2009). Ett exempel på detta var att personalen inte ville skaka hand med patienten (Haile et al., 2002 & Rahmati-Najarkolaei et al., 2010). En patient beskrev en situation där sköterskan erbjöd att hjälpa henne att bada, men sedan inte ville röra vid henne (Haile et al., 2002).

Att uppleva överdrivna hygienrutiner

Patienter beskrev i flera studier hur de upplever att personalen vidtagit överdrivna säkerhetsåtgärder vid möten och behandlingar av patienter (Blake et al., 2008; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Rintamaki et al., 2007; Sayles, Ryan, Silver, Sarkisian & Cunningham, 2007; Wong & Wong, 2006; Zukoski & Thorburn, 2009). I Rahmati-Najarkolaei et al. (2010) beskrevs om hur vårdpersonal snabbt desinfekterat händerna efter att ha skakat hand med en HIV-positiv patient. En patient berättade hur en sköterska som skulle ta ett blodtryck tog på munskydd och handskar inför undersökningen (Sayles et al., 2007). Liknande onödiga säkerhetsåtgärder beskrevs i Blake et al. (2008) där en patient berättade hur vårdpersonal tagit på två eller tre par skyddshandskar inför en vanlig undersökning. I Zukoski och Thorburn (2009) beskrev en patient hur en sjuksköterska bytt handskar efter att hon fått

reda på patientens diagnos: "...and the lady just said, oh, I see you've got this, I'd better go put on my other pair of gloves, I don't think these are quite heavy enough."(s. 271). I Wong och Wong (2006) beskrevs hur ambulanspersonal använde handskar och munskydd under en resa som endast var en transport mellan olika vårdinrättningar.

En patient berättade om ett tillfälle när en sjuksköterska uppmanar en annan patient till överdrivna säkerhetsåtgärder (Rahmati-Najarkolaei et al., 2010). "On one occasion, when I approached the nurses's station to ask for something, she told a non-HIV-positive patient, 'Cover your mouth, be careful, you do not want to get infected with the HIV.'"(s. 6).

Att bli vägrad vård

Det framgick i flera studier att patienter fått en sämre vård på grund av vårdpersonalens ovilja att vårda HIV-positiva patienter (Carr & Gramling, 2004; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Wong & Wong, 2006). Oviljan att vårda kunde leda till att patienter fick en sämre eller felaktig vård som beskrevs i Rahmati-Najarkolaei et al. (2010):

"I told the doctor that I was HIV positive and then the doctor informed me that I really did not need stitches after all and he wrapped the finger in gauze and tape and sent me home. After a few days the cut became infected and I had to see [the] doctor. This time, [I] went to a different one. This time the doctor had to clean the cut and stitched up my finger." (s. 6).

Oviljan att vårda visade sig också genom att patienter upplevde att personalen ignorerade dem (Rintamaki et al., 2007; Zukoski & Thorburn, 2009). En kvinna som nyligen genomgått ett kejsarsnitt beskrev hur hon ringt på larmknappen ett flertal gånger utan att få hjälp (Zukoski & Thorburn, 2009). En annan patient berättade om hur han försökt fånga en läkares uppmärksamhet men blivit ignorerad, trots att läkaren befann sig i samma rum (Rintamaki et al., 2007).

I en studie från Iran beskrev en patient hur han upplevt att vårdpersonalen besatt en okunskap om hur HIV smittar och att detta lett till en ovilja att vårda dessa patienter: "I have no doubt that one of the nurses in this ward is scared of taking my blood...One of our main problems among providers, even among physicians, is that they really do not know how HIV is

transmitted.” (Rahmati-Najarkolaei et al., 2010, s. 4). Rintamaki et al. (2007) beskrev en liknade situation där en sjuksköterska inte ville ta blodprov på en patient på grund av HIV diagnosen.

Det förekom även exempel när patienter blev nekade vård (Carr & Gramling, 2004; Rintamaki et al., 2007; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Zukoski & Thorburn, 2009). I Carr & Gramling (2004) och Rintamaki et al. (2007) beskrev patienter hur de blev hänvisade till andra sjukhus. I Rahmati-Najarkolaei et al. (2010) berättade en patient om hur hon blev vägrad vård på en akutmottagning: ”The ER doctor told me, ’You have excessive bleeding. I cannot examine you. I could be easily infected with the HIV. Look, you have HIV...Sorry, go somewhere else.’” (s. 5).

Att bli annorlunda bemött

I en amerikansk studie berättade deltagarna om hur de upplevt att vårdpersonalen förändrade sitt beteende efter att de fått reda på patientens diagnos (Rintamaki et al., 2007). I studien beskrev deltagarna beteenden som nervositet, panik och rädsla.

Patienter beskrev i flera studier hur de blivit utsatta för kränkande behandling på olika sätt i kontakt med vårdpersonal (Beer, Fagan, Valverde & Bertolli, 2009; Carr & Gramling, 2004; Dawson-Rose et al., 2005; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Rintamaki et al., 2007; Wong & Wong, 2006). Ett sätt som detta skedde på var genom verbala kränkningar. I en studie gjord i Hong Kong berättade en patient hur en läkare anklagade patienten för att utsätta honom för fara, genom att han inte själv berättat om sin HIV diagnos, något som ändå framgick av patientens journal. Vidare berättade läkaren för patienten att han var den enda på kliniken som kunde tänka sig att operera honom (Wong & Wong, 2006). En gravid kvinna berättade om vårdpersonal som ifrågasatte hennes val att bli gravid: ”When the nurse was informed about my HIV infection she said, ’Why did you become pregnant? Why are you here? There are many children in the orphanage that you could have adopted instead of becoming pregnant’” (Rahmati-Najarkolaei et al., 2010 s. 6). Det fanns även andra exempel där kvinnor beskrev att de känt sig pressade av vårdpersonal till att genomföra en abort (Beer et al., 2009; Dawson-Rose et al., 2005). Andra patienter berättade om situationer där de upplevde en kränkning

genom att vårdpersonal försökte skrämman dem genom att tala om döden på ett opassande sätt (Carr & Gramling, 2004; Rintamaki et al., 2007). En patient berättade om hur hon ställde ett flertal frågor till sin läkare, som då svarade ”It doesn’t matter anyway. You’re gonna die”(Carr & Gramling, 2004, s. 34). Patienter berättade också om kränkningar som var knutet till personalens beteende. Ett exempel på detta var en situation där en sköterska hävdade att en patient var våldsam, ringt till polisen och sedan även varnat övrig personal att patienten var våldsam (Rintamaki et al., 2007). I samma studie berättade det hur en ambulanssjukvårdare blev så arg när hon fick veta om patientens diagnos att hon kastade ut de handskar hon använt på gatan.

Att få en stämpel

Att få ett fördomsfullt bemötande

I ett flertal studier framkom det att patienter upplevde att vårdpersonalen förknippade dem med en viss livsstil på grund av deras HIV-diagnos (Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Rintamaki et al., 2007; Surlis & Hyde, 2001; Wong & Wong, 2006; Zukoski & Thorburn, 2009). ”I think they assume that you abuse drugs or you are a homosexual.”(Rahmati-Najarkolaei et al., 2010, s. 5). I ett annat exempel beskrev en patient som inte använde droger hur hon upplevde att vårdpersonalen såg på henne som en missbrukare när hon skulle hämta ut metadon, som hon tog för sin smärta (Zukoski & Thorburn, 2009). Patienter beskrev också hur de av vårdpersonal fått irrelevanta frågor angående hur de blivit smittade (Rahmati-Najarkolaei et al., 2010). En kvinna som blivit smittad av sin man berättade hur hon blev utfrågad om hans livsstil och om han var bisexuell eller drogmissbrukare (Zukoski & Thorburn, 2009). Patienter upplevde frågorna som ett intrång på deras privatliv och kände att vårdpersonalen frågade detta för att veta om de skulle klassas som ett ”oskyldigt offer” eller någon som ”bett om” sjukdomen (Haile et al., 2002). Patienterna upplevde också att de blev beskyllda för att själv ha orsakat sin sjukdom (Dawson-Rose et al., 2005; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Rintamaki et al., 2007; Surlis & Hyde, 2001). Rahmati-Najarkolaei et al. (2010) beskrev hur patienter känt att vårdpersonalen trodde att de som var smittade med HIV hade begått en synd och de förtjänade att lida.

Patienter som blev smittade genom intravenöst drogmissbruk upplevde att de blev sämre

bemötta än de som fått sjukdomen genom sexuella kontakter (Surlis & Hyde, 2001).

Att bli offentliggjord

En annan aspekt av att få en stämpel visade sig genom att patienterna beskrev att de på olika sätt blev utpekade och urskilda från andra patienter, något som de ansåg vara ett brott mot sekretessen (Beer et al. 2009; Rintamaki et al., 2007; Surlis & Hyde, 2001; Wong & Wong, 2006). Det beskrevs bland annat hur journaler märktes med röda klistermärken för att visa att patienten hade en smittsam sjukdom, något som patienterna upplevde som obehagligt och diskriminerande (Surlis & Hyde, 2001). Det beskrevs också hur vårdpersonal märkte patienters journaler genom att de skrev "HIV" eller "AIDS" med stora bokstäver (Rintamaki et al., 2007; Wong & Wong, 2006). Patienter beskrev även hur de blev separerade från andra patienter genom att de blev flyttade till ett eget rum, som i vissa fall även märktes upp med varnande lappar på dörren (Rintamaki et al., 2007; Surlis & Hyde, 2001). En patient berättade om upplevelsen av detta: "The thing was, after that I was admitted to a room and I had signs on my door. 'Biological fluid,' ah, 'caution,' you know? It was terrible. It made me feel really dirty" (Rintamaki et al., 2007, s. 962). Det beskrevs också hur sekretessen bröts genom att vårdpersonal talade om patientens tillstånd inför andra patienter (Surlis & Hyde, 2001). En patient berättade om hur en doktor avslöjade patientens diagnos för alla som besökte honom vilket ledde till negativa konsekvenser för patienten:

"They all knew. My niece, who is a nurse, she read my file (medical record) and she never (referring to refuse) sees me again. My wife, my son and daughter did the same [thing]. I didn't die and slowly recovered; I was discharged from the hospital. Then I wasn't allowed to step into the house and I was sent to an elderly home" (Wong & Wong, 2006 s. 102).

En annan upplevelse som beskrevs var hur sjukhus hade separata ingångar för dem som hade diagnosen HIV, vilket ledde till att patienterna kände sig utpekade: "...like, you are separate from everybody else. Everybody knowing what you are going there for" (Beer et al., 2009, s. 788).

Positivt bemötande

Det framgick i flera studier att patienterna inte bara hade negativa upplevelser av vårdpersonalens bemötande (Dawson-Rose et al., 2005; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Wong & Wong, 2006). Rahmati-Najarkolaei et al. (2010) beskrev hur en patient upplevt ett möte med sin doktor:

”I was so scared when I learned that I was infected with HIV, I had lost all hope. I was devastated. However, my doctor changed my life. He helped me to think differently. I really felt calm after talking to him.” (s. 8).

Det fanns exempel där patienter beskrev hur de inte blivit skuldbelagda för sin sjukdom, utan att de fått stöd, och blev behandlade som ”normala” patienter. ”They treat them as a normal patient and that’s the way I felt, like a normal patient.”(Surlis & Hyde, 2001, s. 72). Dawson-Rose et al.(2005) beskrev en annan situation där patienten kände sig väl omhändertagen och inte upplevde sig skuldbelagd för sin sjukdom: ’She treats us like we’re good people and not like were addicts, you know-not like, you know, trying to get something like drugs from her. She listens and is straight with me and my wife.’ (s. 28).

Det fanns en berättelse där patienten upplevt att sekretessen på sjukhuset fungerat bra:

”He contacted people from [the hospice care center] and tried to investigate why I was there. No one from the agency told him a thing. His sister told me that my cousin made some enquiries but found no clue about my disease. The people (staff) didn’t say anything.” (Wong & Wong, 2006, s. 104).

Dawson-Rose et al. (2005) beskrev en patient som efter att fått sin HIV diagnos ställt in sig på att dö men blivit uppmuntrad av sin läkare: ”When I first found out that I had it, I didn’t care, thinkin’ about suicide, you know, figured I’m gonna die anyway. And the doctor said that I got several years, and ’I’m gonna help you live longer.’” (s. 27).

Specialistvård

Flera patienter i olika studier berättade om hur de undvek att söka vård på grund av tidigare erfarenheter (Dawson-Rose et al., 2005; Sayles et al., 2007; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010).

Patienter beskrev även hur de undvek att berätta om sin HIV diagnos av rädsla för att bli diskriminerade (Sayles et al., 2007; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010). I ett flertal studier framkom det att patienterna föredrog att söka vård på speciella HIV kliniker (Dawson-Rose et al., 2005; Sayles et al., 2007; Surlis & Hyde, 2001; Wong & Wong, 2006). Patienterna kände att det förekom mindre nedvärderande kommentarer och att vården var bättre på specialistkliniker (Sayles et al., 2007).

“When you got to an HIV-clinic,...their whole concentration [is] on how they can give the best care to any patient who comes in with AIDS. What I’ve found is that they compassionate and genuinely concerned as [people]...if you go to a regular clinic or doctor’s office you may not get those same needs met...They don’t really dig in and want to help you because they have their stigmas, their fears, their stereotypes going on that interfere with giving the best care” (Sayles et al., 2007, s.823).

I en studie från USA framkom det att patienter till och med bröt mot sin villkorliga frigivning för att få komma tillbaka till fängelset, där de kände att sjukvården var bättre anpassad för dem (Dawson-Rose et al., 2005). Patienterna upplevde en trygghet och en större förståelse för sjukdomen, både bland vårdpersonal och medpatienter på speciella HIV-kliniker: ”We’re all in the one boat and if people want to talk about it they can relate to someone, it’s helpful...” (Surlis & Hyde, 2001, s. 73).

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultat

Patienterna upplevde både negativt och positivt bemötande från vårdpersonal. Det negativa bemötandet bestod i att vårdpersonal höll avstånd från patienterna på olika sätt. Detta kunde

visa sig genom att vårdpersonalen inte ville röra vid patienterna (Blake et al., 2008; Haile et al., 2002; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Rintamaki et al., 2007; Zukoski & Thorburn, 2009). Patienter beskrev också hur vårdpersonal använt överdrivna hygienrutiner i olika vårdsituationer med HIV-positiva patienter (Blake et al., 2008; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Rintamaki et al., 2007; Sayles et al., 2007; Wong & Wong, 2006; Zukoski & Thorburn, 2009). Det beskrevs även situationer där patienterna blivit vägrade vård (Carr & Gramling, 2004; Rintamaki et al., 2007; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Zukoski & Thorburn, 2009). Patienter upplevde också ett kränkande beteende av vårdpersonalen, både verbala och icke verbala kränkningar (Beer et al., 2009; Carr & Gramling, 2004; Dawson-Rose et al., 2005; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Rintamaki et al., 2007; Wong & Wong, 2006). Patienter upplevde att de i kontakt med vårdpersonal blev stämplade och utpekade. Detta kunde bestå i att deras journaler blev märkta (Surlis & Hyde, 2001; Rintamaki et al., 2007; Wong & Wong, 2006) eller att vårdpersonal förknippade dem med en viss livsstil på grund av deras diagnos (Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Rintamaki et al., 2007; Surlis & Hyde, 2001; Wong & Wong, 2006; Zukoski & Thorburn, 2009). Det positiva bemötandet kunde visa sig genom att patienterna inte kände sig särbehandlade, vårdpersonalen höll sekretessen och att de inte blev dömda utifrån drogmissbruk (Dawson-Rose et al., 2005; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Wong & Wong, 2006). Det framkom att patienter föredrog att söka vård på speciella HIV-kliniker där de upplevde att bemötandet och vården var bättre (Dawson-Rose et al., 2005; Sayles et al., 2007; Surlis & Hyde, 2001; Wong & Wong, 2006).

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att patienterna upplevt att de fått sämre vård, blivit utsatta för kränkningar och blivit nekade vård på grund av sin HIV-diagnos (Beer et al., 2009; Carr & Gramling, 2004; Dawson-Rose et al., 2005; Rahmati-Najarkolaei et al. 2010; Rintamaki et al., 2007; Wong & Wong, 2006). Detta strider helt mot International Council of Nurses (ICN) etiska kod (2005) där en av sjuksköterskans uppgifter att respektera patienten, oavsett funktionsnedsättning eller sjukdom. I studierna som ligger till grund för litteraturöversikten beskriver patienter upplevelser som visar en brist på ett humanistiskt vårdvetenskapligt perspektiv hos personalen, ett perspektiv som betonar människans värdighet och okränkbarhet (Wiklund, 2003). I detta perspektiv ingår också att man ser människan som en enhet av kropp, själ och ande och att dessa delar måste ses som en helhet (a.a.). Författarna reflekterar över

om en del i detta bemötande kan bestå i att vårdpersonalen i de beskrivna situationerna enbart ser sjukdomen och inte hela människan. Det bör nämnas att detta är patienternas upplevelse av personalens bemötande, och inte nödvändigtvis en bild av hur personalen faktiskt ser på HIV-positiva patienter.

Denna litteraturöversikt visade att patienter med HIV upplevde att vårdpersonal använde överdrivna hygienrutiner i mötet med dem (Blake et al., 2008; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Rintamaki et al., 2007; Sayles et al., 2007; Wong & Wong, 2006; Zukoski & Thorburn, 2009). Författarna reflekterade över om dessa överdrivna åtgärder hos vårdpersonal beror på brister i utbildningen, eller om det finns andra orsaker till detta. I Rintamaki et al. (2007) uttrycker patienterna att de trodde att detta berodde på att vårdpersonal hade en rädsla för att bli smittad. Det diskuterades i studien att det är lätt att se dessa åtgärder som ett problem från förr när kunskapen om HIV var begränsad. Ändå var det nämnvärt att patienterna i studien beskrev sådana beteenden hos vårdpersonal bara några veckor innan intervjuerna gjordes. Idag borde vårdpersonal ha en större förståelse för hur HIV smittar (a.a). Sjuksköterskor har idag ett ansvar att hålla sin kunskap om yrket aktuell enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2005). Författarna anser att detta är en viktig grund för att behandla personer med HIV på ett korrekt sätt. Det framkom i ett flertal studier att HIV-positiva personer föredrog att söka vård på specialistkliniker (Dawson-Rose et al., 2005; Sayles et al., 2007; Surlis & Hyde, 2001; Wong & Wong, 2006). Detta tror författarna berodde på att dessa kliniker hade en större kunskap och erfarenhet av denna patientgrupp.

Litteraturöversikten visade att patienterna kände att de fick en stämpel och förknippades med en viss livsstil på grund av sin sjukdom, (Rahmati-Najarkolaei et al. 2010; Rintamaki et al., 2007; Surlis & Hyde, 2001, Wong & Wong, 2006; Zukoski & Thorburn, 2009). När HIV upptäcktes på 80-talet förknippades sjukdomen starkt med homosexuella män och intravenösa drogmissbrukare (Andreassen, Hægeland & Wilhelmsen, 2002). Resultatet visar att patienter upplever att dessa fördomar fortfarande finns kvar, även hos vårdpersonal, detta trots att det är känt att den vanligaste smittvägen är genom heterosexuell kontakt (a.a).

Flera studier tar upp situationer där patienter känt sig offentliggjorda och att sekretessen brutits (Rintamaki et al., 2007; Surlis & Hyde, 2001; Wong & Wong, 2006). Patienterna uttryckte dels att de upplevdes som diskriminerande att bli flyttad till en egen sal efter att deras

diagnos blivit offentliggjord, men de upplevde också att det fanns ett problem med sekretessen när de fick dela sal med andra patienter. Det finns ingen anledning att patienter med HIV skall ligga på ett enskilt rum (Andreassen et al., 2002). I situationer där dessa patienter ligger på flerbäddssalar är det viktigt att komma ihåg att behandla information om patienten på ett säkert sätt så att sekretessen inte bryts (ICN, 2005). Ett annat problem som patienter tog upp var att deras journaler blev märkta för att uppmärksamma personal på att patienten hade den smittsam sjukdom (Surlis & Hyde, 2001; Wong & Wong, 2006). Författarna tror att detta problem är mindre i Sverige, eftersom elektroniska journalsystem används.

Wiklund (2003) beskriver hur patienter kan uppleva tre olika typer av lidande, sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande är kopplat till de problem som följer med själva sjukdomen, vårdlidande är det lidande patienten utsätts för på grund av brister i vård och behandlingar och livslidande hänger samman med människans hela liv och verklighet (a.a). Förutom det lidande som orsakas av sjukdomen ser författarna att det negativa bemötande som HIV-positiva patienter upplevde också leder till ett vårdlidande. Wiklund (2003) menar att vårdpersonal har stora möjligheter att påverka vårdlidande, och att det därför är viktigt att de reflekterar över vad patienten ser som vårdlidande och vad de själva har för roll i detta. Att lindra lidande är också ett ansvar för sjuksköterskor, enligt ICN:s etiska kod (2005).

Metoddiskussion

Examensarbetet har genomförts som en litteraturoversikt med deskriptiv design. Svagheter kan vara att det inte finns tillräckligt mycket relevant forskning inom forskningsområdet, att urvalet av litteratur blir selektivt och att olika studier inom samma område kan komma fram till helt skilda slutsatser (Forsberg & Wengström 2008). I Friberg (2006) skriver Dahlborg Lyckhage att: "Avsikten med litteraturbaserade examensarbeten är att studenten skall utveckla och fördjupa kunskaperna i sitt karaktärsämne utifrån kunskap som finns i befintliga texter"(s. 17). Författarna anser att den avsikten har uppnåtts med detta examensarbete. Artiklar som var publicerade 2001-2011 inkluderades i studien. Urvalet begränsades på detta sätt för att få så aktuell forskning som möjligt. Efter sökningar gjorda utan begränsning på artiklarnas ålder

fann dock en av författarna ett flertal artiklar som svarade mot studiens syfte, men som exkluderades. Detta kan ses som en svaghet i studien, då dessa artiklar möjligtvis kunnat ge andra aspekter av forskningsfrågan. Det kan även argumenteras huruvida de äldre artiklarna gav en trovärdig bild av hur situationen för HIV-positiva personer ser ut i dag. En svaghet som författarna fann med valda artiklar var att även om de flesta av dem var publicerade relativt nyligen så fanns det inget sätt att veta hur gamla de upplevelser patienterna beskrev var. Även den nya forskningen kunde på så vis vara missvisande för nutidens situation. Endast artiklar med kvalitativ ansats inkluderades, då detta stämde bäst överens med studiens syfte som vara att undersöka patienters upplevelser av bemötande inom vården (Polit & Beck 2008). Artikelsökningen genomfördes i databaserna Cinahl och PubMed, vilka båda rekommenderas för omvårdnadsforskning av Polit och Beck (2008).

De sökord som användes i inledningen av artikelsökningen var främst "HIV", "experience", och "nursing", samt Mesh-termer som motsvarade dessa ord. Fler sökord identifierades efterhand genom nyckelord från artiklar som bedömts relevanta och av god kvalitet. Sökordet stigma identifierades på detta sätt. Användandet av detta sökord kan diskuteras då detta fokuserar på de negativa erfarenheterna som patienterna kunde uppleva. Det måste diskuteras om valet av detta sökord kan ha vinklat resultatet till det negativa. Författarna anser dock att även vid sökningar med mer neutrala sökord hittades artiklar som i resultatet fokuserade på patienters negativa erfarenheter. Det var svårt att hitta en engelsk motsvarighet till ordet "bemötande". Ordet "treatment" ger ett mer medicinskt intryck, vilket ansågs inte vara relevant för litteraturöversikten. Istället användes Mesh-termer som "Nurse-Patient Relations" och "Professional-Patient Relations", som författarna ansåg svara bättre mot examensarbetets syfte.

Till en början begränsades artikelsökningarna till studier gjorda i Europa och USA, detta för att få beskrivningar av vårdmiljöer så lika den svenska som möjligt. Efterhand togs den geografiska begränsningen bort, då antalet funna artiklar bedömdes vara för få. Ytterligare artiklar som var relevanta för studiens syfte tillkom efter detta. Artiklarna som användes var i huvudsak från USA, men även forskning från Iran, Kina och Irland användes. Ett flertal länder var inte representerade i studien, vilket kan ses som en svaghet då resultatet inte omfattade hela världen. Sverige var ett av länderna som författarna inte fann någon forskning

i ämnet, därför kan det diskuteras om studiens resultat är användbart i en svensk vårdmiljö. Författarna tycker att det är anmärkningsvärt hur mycket negativa upplevelser av vårdpersonalens bemötande patienterna beskrev. Det kan diskuteras om detta är en sanningsenlig bild av verkligheten, eller om det beror på de utvalda artiklarnas syfte. Ett flertal av artiklarna handlade om stigmatiseringen inom vården, och detta antyder att de bara undersökt de negativa erfarenheterna. Rintamaki et al. (2007) beskrev att det var många deltagare i studien som enbart hade positiva erfarenheter av vårdpersonalens bemötande, men detta redovisas inte i resultatet. Detta kan ses som en svaghet i litteraturöversikten, då det finns en risk för en negativ vinkling av resultatet.

Slutsatser

Resultatet i denna litteraturöversikt visade att patienter med HIV kände sig annorlunda behandlade och kränkta av vårdpersonal. Det är viktigt att vårdpersonal reflekterar över sitt eget sätt att se på dessa patienter. På så sätt kan de vara mer uppmärksamma och medvetna om hur de bemöter dessa, och lättare förhindra brister i bemötandet. Patienterna uttryckte också ett problem med att bli utpekade och att sekretessen bröts. Det är viktigt att behandla information om dessa patienter på ett varsamt sätt, så att den inte riskerar att komma till kännedom för obehöriga. Det bör också diskuteras på avdelningar vad det finns för rutiner runt dessa patienter angående hygien och säkerhet. Det framgick också att patienterna föredrog att söka vård på speciella HIV-kliniker. Patienterna kände att personalen där hade mer förståelse för sjukdomen och de kände sig bättre bemötta. Att ha goda kunskaper om är viktigt i mötet med dessa patienter. Kunskaperna om HIV är idag mycket större än när sjukdomen först upptäcktes. I utbildningen bör det ingå korrekt information om smittvägar och smittrisk, men det är också personalens ansvar att själva förnya dessa kunskaper regelbundet efter utbildningens slut.

Kliniskt värde

Denna litteraturstudie visade att det fanns en brist i bemötandet av patienter med HIV inom sjukvården. Utifrån slutsatserna har följande åtgärder föreslagits

- Att i vårdpersonalens utbildning vara noga med att aktuell och korrekt information ges

- Att vårdpersonalen på avdelningar diskuterar rutiner runt patienter med en smittsam sjukdom
- Att vårdpersonal ständigt reflekterar och är uppmärksamma på sitt eget beteende runt dessa patienter

Litteraturstudien visade att det finns en brist på svensk forskning inom detta område, och ur ett patientperspektiv. Detta gör att det är svårt att överföra litteraturstudiens resultat till en svensk vårdmiljö. Ytterligare forskning bör göras i Sverige för att klargöra om denna studie är överförbar.

REFERENSLISTA

- Andreassen, G., Hægeland, A & Wilhelmsen, I-L. (2002). Omvårdnad vid infektionssjukdomar. I H. Almås (Red.), *Klinisk omvårdnad 2*. (s. 1071-1120). Stockholm: Liber AB.
- Blake, B J., Jones Taylor, GA., Reid, P. & Kosowski, M. (2008). Experiences of women in obtaining human immunodeficiency virus testing and healthcare services. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 40-46.
- Beer, L., Fagan, JL., Valverde, E. & Bertolli, J. (2009). Health-Related Beliefs and Decisions about Accessing HIV Medical Care among HIV-Infected Persons Who Are Not Receiving Care. *Aids Patient Care and STDs*, 23 (9), 785-792.
- Carr, RL. & Gramling, LF. (2004). Stigma: A Health Barrier for Women With HIV/AIDS. *Journal of the association of nurses in Aids care*, 15 (5), 30-39.
- Cowgill, B., Bogart, L. & Corona, R. (2008). Fears about HIV transmission in families with an HIV-infected parent: A qualitative analysis. *Pediatrics*, 122 (5).
- Dalheim, A., Herud, T., Jørs, M., Koch, A. & Skaug, E-I. (2006). Hygien. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grundläggande omvårdnad- del 2*. (s. 214-271). Stockholm: Liber AB.
- Dawson-Rose, C., Shade, SB., Lum, PJ., Knight, KR., Parsons, JT. & Purcell, DW. (2005). Health Care Experiences of HIV Positive Injection Drug Users. *The journal of multicultural nursing & health*, 11 (1), 23-30.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2009). *Klinisk mikrobiologi*. Stockholm: Liber AB.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

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

Haile, BL., Landrum, PA., Kotarba, JA. & Trimble, D. (2002). Inner Strength Among HIV-Infected Women: Nurses Can Make a Difference. *Journal of the association of nurses in Aids care*, 13 (3), 74-80.

Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F & Skaug, E-A. (2005). Om omvårdnad I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grundläggande omvårdnad – Del 1*.(s. 13-27) Stockholm: Liber AB.

Mullins, I L., (2009). How Caring for Persons with HIV/AIDS Affects Rural Nurses, *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 311-319.

Polit, D. & Beck, C. (2008). *Nursing research- generating and assessing evidence för nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rahmati-Najarkolaei, F., Niknami, S., Aminshokravi, F., Bazargan, M., Ahmadi, F., Hadjizadeh, E. & Tavafian, SS. (2010). Experiences of stigma in healthcare settings among adults living with HIV in the Islamic Republic of Iran. *Journal of the International AIDS Society*, 13 (27), 1-11.

Rintamaki, LS., Scott, AM., Kosenko, KA. & Jensen, RE. (2007). Male Patient Perceptions of HIV Stigma in Health care Contexts. *AIDS Patient Care and STDs*, 21 (12), 956-969.

Roets, L., Ziady, LE., (2008) The nurses'experience of possible HIV infection after injury and/or exposure on duty *Curationis*, 31 (4), 13-23.

Röndahl, G, Innala, S. & Carlsson, M. (2003). Nursing staff and nursing students attitudes towards HIV-infected and homosexual HIV-infected patients in Sweden and the wish to refrain from nursing. *Journal of advanced nursing*, 41 (5), 454-461.

Sayles, JN., Ryan, GW., Silver, JS., Sarkisian, CA. & Cunningham, WE. (2007). Experiences of Social Stigma and Implications For Healthcare Among a Diverse Population of HIV Positive Adults. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 84 (6), 814-828.

SFS 2004:168. *Smittskyddslag*. Hämtad 9 november, 2011, från Riksdagen:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2004:168>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 30 maj, 2011 från Socialstyrelsen.

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Surlis, S. & Hyde, A. (2001). HIV-Positive Patients' Experiences of Stigma During Hospitalization. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 12 (6), 68-77.

Svensk Sjuksköterskeförening (2007) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 9 november 2011, från Svensk Sjuksköterskeförening,
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Theuninck, A., Lake, N. & Gibson, S. (2010). HIV-related posttraumatic stress disorder: investigating the traumatic events. *AIDS Patient Care and STD's*, 24 (8).

Tyer-Viola, L. (2007). Obstetric nurses attitudes and nursing care intentions regarding care of HIV-positive pregnant women. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 36 (5), 398-409.

UNAIDS. (2008) *Fast facts about HIV*. Hämtad 7 oktober, 2011 från UNAIDS.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_en.pdf

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur

Wong, V. & Wong, L. (2006). Management of stigma and disclosure of HIV/AIDS status in healthcare settings. *Journal of Health Organization and Management*, 20 (2), 95-114.

Zukoski, AP. & Thorburn, S. (2009). Experiences of Stigma and Discrimination among Adults Living with HIV in a Low HIV-Prevalence Context: A Qualitative Analysis. *AIDS Patient Care and STDs*, 23 (4), 267-276.

Bilaga 1

Redovisning av artikelsökning

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal abstract lästa	Antal artiklar valda till resultatet
Pubmed**	[Mesh] HIV Infections/Psychology [Mesh] Social stigma	5428 49	0 10	1
Pubmed**	[Mesh] HIV Infections/Prevention and Control [Mesh] Mass screening/Psychology	14235 11	0 6	1
Pubmed**	[Mesh] HIV Seropositivity/Psychology [Mesh] Patient Acceptance of Health Care/Psychology	650 44	0 13	2
Pubmed**	[Mesh] HIV Infections/Nursing [Mesh] HIV Infections/Psychology [Mesh] Prejudice	538 130 13	0 0 3	1
PubMed**	[Mesh]HIV Infections/Psychology [Mesh]Attitude of Health Personnel [Mesh]Quality of Healthcare [Mesh]Prejudice	1267 778 402 51	0 0 0 6	4
PubMed**	[Mesh]HIV Infections Psychology	12679		

	[Mesh]Nurse Patient Relations	35	4	1
Cinahl*	Hiv-positive Experiences Healthcare	1028 84 37	0 0 8	0 0 1

*Limitations: "Fulltext" "Peer-Review" "10 år gamla"

** Limitations: "Engelska", "10 år gamla"

Bilaga 2: Granskningsmall för studier med kvalitativ ansats

Denna mall är en modifierad version gjord av Högskolan Dalarna utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) samt Forsberg och Wengström (2008).

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15.	Anges var studien genomfördes?		
16.	Anges när studien genomfördes?		
17.	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18.	Är data systematiskt insamlade?		
19.	Presenteras hur data analyserats?		
20.	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21.	Besvaras studiens syfte?		
22.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		

23.	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
25.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa:			

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng _____

Kvalitet: < 60 % = låg
≥ 60 % - < 80 % = medel
≥ 80 % -100 % = hög

Bilaga 3

Sammanfattning av artiklar valda till resultatet

Författare, år, land	Syfte	Design	Urval	Kvalitetsgranskning
Beer, Fagan, Valverde & Bertolli (2009) USA	Att undersöka vad det finns för hinder för att HIV smittade personer söker vård.	Kvalitativ studie baserad på gruppintervjuer	37 HIV-positiva deltagare	Hög 20/25
Blake, Taylor, Reid & Kosowski (2008) USA	Att beskriva kvinnors personliga upplevelser om HIV-testning och sjukvård i Texas.	Kvalitativ studie baserad på gruppintervjuer	64 kvinnor, varav 23 var HIV-positiva och 41 inte var HIV-positiva men hörde till högriskgrupper	Medel 16/25
Carr & Gramling (2004) USA	Att avgöra hur kvinnor som blivit diagnosticerad med HIV/AIDS kan främja eller förbättra sin hälsa.	En kvalitativ etnografisk studie baserad på intervjuer	9 HIV-positiva kvinnor	Hög 21/25
Dawson – Rose, Shade, Lum, Knight, Parsons & Purcell (2005) USA	Att undersöka HIV-positiva drogmissbrukares upplevelser av sjukvården.	Kvalitativ studie baserad på intervjuer.	161 HIV-positiva drogmissbrukare.	Medel 19/25
Haile, Landrum, Kotarba & Trimble (2002)	Att undersöka fenomenet inre styrka hos HIV-smittade kvinnor samt hur	Kvalitativ fenomenologisk studie baserad på	19 Hiv-positiva kvinnor.	Medel 16/25

USA	sjuusköterskor kan främja denna	djupintervjuer		
Rahmati – Najarkolaei, Niknami, Aminshokravi, Bazargan, Ahmadi, Hadjizadeh & Tavafian (2010) Iran	Att undersöka HIV-smittade personers erfarenhet av sjukvård samt attityder och beteenden hos vårdgivare	En kvalitativ studie baserad på semistrukturerade djupintervjuer	69 HIV-positiva deltagare	Medel 18/25
Rintamaki, Scott, Kosenko & Jensen (2007) USA	Att undersöka HIV-patienters uppfattningar och erfarenheter av stigma inom sjukvården.	Kvalitativ studie baserad på gruppintervjuer	50 HIV-positiva män.	Medel 19/25
Sayles, Ryan, Silver, Sarkisian & Cunningham (2007) USA	Att undersöka hur HIV-positiva personer upplever stigmatisering i samhället och inom sjukvården.	Kvalitativ studie baserad på diskussionsgrupper.	48 HIV-positiva deltagare.	Hög 21/25
Surlis & Hyde (2001) Irland	Att beskriva HIV-patienters upplevelser av att hospitalisering, speciellt deras erfarenheter av omvårdnaden.	Kvalitativ studie baserad på djupintervjuer	10 HIV-positiva personer som någon gång efter att ha fått diagnosen varit inlagd på sjukhus	Medel 18/25
Wong & Wong (2006) Kina	Att undersöka hur äldre personer med HIV/AIDS hanterar avslöjandet om deras	Kvalitativ studie baserad på gruppintervjuer	7 äldre HIV-positiva personer	Medel 19/25

	HIV status av eller till vårdpersonal	r		
Zukoski & Thorburn (2009) USA	Att beskriva hur personer med HIV som bor på landsbygden upplever stigmatisering i sitt dagliga liv	Kvalitativ studie baserad på intervjuer	16 HIV-positiva personer som bodde på landsbygden	Hög 20/25