



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Den gode relasjonen mellom sykepleieren og pasienten med humant immunsvikt virus (hiv).

The good relation between the nurse and the patient with human immunodeficiency virus (hiv).

Kandidatnummer 313

Bacheloroppgave i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 12. desember 2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet*, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Den gode relasjonen mellom sykepleieren og pasienten med humant immunsvikt virus (hiv).

Bakgrunn: Hiv kom til Norge for 30 år siden. På denne tiden hadde man lite kunnskap, noe som skapte frykt og usikkerhet. Siden den gangen har vi både fått god kunnskap og livsforlengende behandling som forhindrer smitte. Til tross for at vi har kommet langt innen det medisinske rundt hiv, henger både helsepersonell og befolkningen langt bak når det kommer til stigmatisering og fordommer.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren skape en god relasjon med en pasient med hiv, som er innlagt på sykehuset?

Metode: Metoden som blir brukt i oppgaven er litteratur studie. Forskingen i oppgaven er hentet fra Epistemonikos, Academic Search Elite og PubMed. Fem artikler blir brukt i oppgaven, og er valgt ut ved hjelp av søkeord og eksklusjons- og inklusjonskriterier.

Funn og konklusjon: I artiklene som blir brukt i oppgaven, ble det funnet tre hovedpunkter for å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Dette var å redusere stigmatisering, øke kunnskap om hiv for sykepleiere og skape et medmenneskelig forhold mellom pasient og sykepleier. Det blir funnet at punktene har sammenheng med hverandre. Ved å øke kunnskapen til helsepersonell, reduseres stigmatisering. Og ved å redusere stigmatisering, fjernes kategoriseringen av pasienter med hiv. Dette er et skritt på veien mot det medmenneskelige forholdet. Ved å skape et medmenneskelig forhold til pasienten etableres også en god relasjon.

Nøkkelord: Hiv, sykepleier, relasjon, stigmatisering, kunnskap

Abstract

Title: The good relationship between the nurse and the patient with human immunodeficiency virus.

Background: HIV arrived Norway 30 years ago. At that time, people had lack of knowledge, which created fear and uncertainty. Since then, we have gained both knowledge and life-prolonging treatment that prevents further infection. Despite the fact that we have come a long way in the medical field of HIV, both health professionals and the population is far behind when it comes to stigmatization and prejudice.

Case: How can the nurse create a good relationship with a patient with HIV who is hospitalized?

Method: The method used in the thesis is a literature study. Databases used to find the articles in my thesis is Epistemonikos, Academic Search Elite and PubMed. Five articles are used in the thesis, and have been selected using keywords, and exclusion- and inclusion criteria.

Findings and conclusion: In the articles used in the thesis, three main points were found to create a good relation between the patient and the nurses. The points were to reduce stigmatization, increase knowledge about HIV for nurses and to create a human relationship between the patient and the nurses. It is found that the points are related to each other. By increasing the knowledge of healthcare professionals, stigmatization is reduced. And by reducing stigmatization, the categorization of patients with HIV is removed and this is a step on the way towards interpersonal relationship. By creating an interpersonal relationship with the patient, a good relation is also established.

Keywords: HIV, nurse, relationship, stigmatization, knowledge

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Disposisjon av oppgave	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning av problemstilling	2
2.0 Teori	3
2.1 Fra smittet til behandling	3
2.2 Pasientens møte med helsepersonell under vellykket behandling av hiv	4
2.3 Sykepleierens ansvar til å ivareta pasienters behov på sykehus	5
2.4 Sykepleieren i møte med pasienter med hiv	7
3.0 Metode	8
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterium	8
3.2 Søke- og utvalgsprosess	9
3.3 Kildekritikk	12
4.0 Funn	12
4.1 Rollen til hiv-relatert stigma og diskriminering i omsorg for andre sykdommer	12
4.2 En ny forståelse av hiv-relatert stigma i en tid med effektiv behandling	13
4.3 Erfaringer og holdninger til mennesker med hiv	14
4.4 Forberede alle sykepleiere til å bli hiv-sykepleier	14
4.5 Områder av helsehjelp som blir mest satt pris på av pasienter med hiv	15
5.0 Drøfting	16
5.1 Stigmatisering	16
5.2 Økt kunnskap om hiv	19
5.3 Medmenneskelighet og støtte	20

6.0 Konklusjon.....22

Litteraturliste24

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterium

Tabell 2: Pico-skjema

Tabell 3: Relevante søkeord oversatt til engelsk

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Vedlegg 2: S-pyramiden

Vedlegg 3: Utfylt sjekklister for vurdering av en oversiktsartikkel

1.0 Innledning

Da humant immunsviktvirus (hiv) først kom til Norge i 1983 visste man lite om hva det var, om smittemåte og behandling (Frøland, 2014, s. 19). Studier viser at før behandling, utviklet 70 % aids innen 15 år etter å ha fått hiv infeksjonen. Og 80-90 % døde 3-5 år etter at aids-diagnosen ble stilt. Acquired immune deficiency syndrome (Aids) er det sene stadiet av hiv-infeksjon, her er det tydelige tegn på alvorlig immunsvikt (Tjade, 2015, s. 249). Grunnet stor smittefrykt og uvisshet rundt viruset på 80-tallet brukte helsepersonell fullt smitteutstyr ved pasientkontakt. Hiv var også mye omdiskutert i media, noe som skapte stigmatisering og diskriminering, både for pasienter med hiv og risikogrupper, som homofile menn og sprøytenarkomane (Frøland, 2014, s. 24).

Siden den gang har det skjedd mye. I 1996 ble det innført antiviral terapi i hiv behandling, noe som gjør hiv til en kronisk sykdom, isteden for en dødelig (Tjade, 2015, s. 250). Behandlingen fører også til at hiv ikke blir påvist i blodet, og forhindrer smitteoverføring. I tillegg finnes det post- og pre-eksponeringsbehandling som kan bli brukt ved smitteuhell, eller forebyggende behandling, til personer som har høy risiko for smitte (Moi & Maltau, 2021, s. 203). En av personene med hiv, som Borgersen intervjuer i sin bok, fortalte at vi har kommet langt innen det medisinske, men ikke på områder rundt stigma og diskriminering. Han mente at vi ikke kunne forvente et åpent og trygt samfunn, når ikke engang helsepersonell hadde nok kunnskap om temaet (Borgersen, 2015, s. 138).

1.1 Disposisjon av oppgave

Oppgaven min er bygd opp av fem deler. Innledningsvis får leseren informasjon om hvilket tema og problemstilling oppgaven skal handle om. Videre kommer en teoridel som opplyser om relevant teori om hiv. I metode delen blir det beskrevet valg av metode og søkeprosessen. Videre blir funnene fra forskningen presentert under resultat. Deretter drøfter jeg problemstillingen med funn fra forskning, relevant teori og egne erfaringer. I konklusjonen blir oppgaven oppsummert.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for mitt valg av tema kommer fra en forelesning av kirkens bymisjon om hiv og smittefrykt i et sykepleieperspektiv, som vi hadde 2. året i bachelorutdanning for sykepleie. Kirkens bymisjon har et eget senter for alle berørte av hiv, og de snakket blant annet om at hiv-pasienter fortsatt møter mye fordommer i helsevesenet.

I tillegg har jeg vært i praksis på en infeksjonsmedisinsk avdeling, hvor vi jevnlig hadde inne pasienter med hiv. Gjennom egne erfaringer herfra, har jeg selv opplevd at flere har en frykt og lite kompetanse rundt temaet. Temaet har sykepleierrelevans da sykepleiere med stor sannsynlighet vil møte pasienter med hiv på sykehuset.

Mitt tema valg er sykepleieres møte med pasienter med hiv-infeksjon på sykehus.

Hensikten med oppgaven er å belyse tema rundt sykepleierens møte med pasienter med hiv på sykehuset. I oppgaven vil leseren få informasjon om hvordan sykepleiere sine holdninger er, hvordan pasienter med hiv opplever å bli møtt og hvordan sykepleieren kan møte pasienten på en god og trygg måte

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren skape en god relasjon med en pasient med hiv som er innlagt på sykehus?

1.3 Avgrensning av problemstilling

Jeg vil avgrense oppgaven til møte mellom sykepleiere og pasienter som er innlagt på sykehus, der hiv er en tilleggs diagnose som pasient går i behandling for. Jeg skal skrive om både kvinner og menn over 18 år, uansett legning.

I denne oppgaven skal jeg belyse tema rundt hvordan sykepleiere kan skape en god relasjon til pasienter med hiv på europeiske sykehus. Med en god relasjon menes et mellommenneskelig forhold mellom pasient og sykepleier basert på respekt, empati

og tilstedeværelse. Samt at pasienten føler seg trygg og ivaretatt i møte med sykepleieren. Jeg skal skrive om hvordan sykepleiere møter pasienter med hiv på sykehus og hvordan pasienter føler at de blir ivaretatt. Videre skal jeg drøfte rundt hvorfor det er slik det er, og hvordan forholdet mellom sykepleier og pasient med hiv kan forbedres.

2.0 Teori

I denne delen av oppgaven blir det presentert relevant teori om hva hiv er, hvordan det er å være pasient og om sykepleieren i møte med pasienten. Teoridelen er todelt hvor den første delen fokuserer på pasienten og den siste fokuserer på sykepleieren.

2.1 Fra smittet til behandling

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på sykepleieren sitt møte med pasienter med hiv som går i vellykket behandling, og som er innlagt på sykehus av andre årsaker. Møtet med en pasient med nyoppdaget hiv, vil være forskjellig fra møtet med en pasient som er kjent med egen diagnose og går på behandling (Selmer & Stubberud, 2022, s. 138). Personer takler det å ha hiv ulikt, dette har ofte sammenheng med livssituasjonen (Selmer & Stubberud, 2022, s. 138).

Humant immunsviktvirus (hiv) er en kronisk infeksjon som medfører svekkelse av immunforsvaret. Hiv er et retrovirus som angriper celletyper med reseptorer av typen CD₄-molekyl. Viruset kobler seg på disse reseptorene og trenger seg inn i cellen. En av gruppene hiv angriper er T₄-lymfocytter med CD₄-molekyl. Denne gruppen spiller en stor rolle i immunforsvaret. Følgende av svekket immunforsvar kan være en rekke alvorlige sykdommer (Selmer & Stubberud, 2022, s. 136).

Hiv er en smittsom sykdom og smitten skjer når blod, sæd eller vaginalsekret kommer gjennom huden eller kommer i kontakt med slimhinne hos en annen person. Det kan være blod til blod smitte, ved seksuell kontakt og mor til barn smitte under svangerskap (Tjade, 2015, s. 253).

I loven er det formulert en rekke regler i forhold til smittevern. I smittevernloven § 2-1 kommer det frem at legen skal snarest mulig gi informasjon og personlig smitteveiledning til smittet person (Smittevernloven, 1994, § 2-1). Loven sier også at en smittet person har som plikt til å oppgi hvem som kan ha overført smitten, og hvem smitten kan være overført til (Smittevernloven, 1994, §5-1). Når det gjelder taushetsplikt innenfor smittevern finnes det flere unntak. Loven sier at legen skal tilstrebe å få samtykke fra pasienten det gjelder. Dersom dette ikke er mulig, har legen lov å gi informasjon om smitte til helsepersonell, som har ansvar for pasienten. (Smittevernloven, 1994, § 2-2). Overtredelse av smittevernloven kan føre til bot eller fengsel opp til 2 år (Smittevernloven, 1994, § 8-1).

Alle pasienter med hiv i Norge skal tilbys behandling (Kvale & Brubakk, 2021, s.87). Dette gjør at de fleste i dag dør med hiv, og ikke av det (Tjade, 2015, s. 250). Behandlingen i dag er en kombinasjon av tre legemidler som forhindrer i stor grad virusets evne til å dele seg. Det finnes rundt 30 ulike legemidler, og grunnet ulike valg får nesten alle en effektiv behandling med lite bivirkninger (Kvale & Brubakk, 2021, s. 87). Personer med hiv i vestlige land som går på behandling, regnes å ha like lang levetid som personer med andre kroniske sykdommer, det vil si at de har tilnærmet normal levetid (Tjade, 2015, s. 250). Dersom behandlingen startes i frisk fase er prognosene omtrent like gode som hos en frisk person (Kvale & Brubakk, 2021, s. 87).

2.2 Pasientens møte med helsepersonell under vellykket behandling av hiv

Borgersen har gjennom sin bok intervjuet flere mennesker som lever med hiv i Norge (Borgersen, 2015, s. 15). I boken kommer det frem at flere personer med hiv forteller at den største utfordringen de har møtt på med sin hiv-diagnose, ikke er fysiske påkjenninger av infeksjonen eller bivirkninger av medisiner, men den mentale og sosiale belastningen knyttet til samfunnets holdninger (Borgersen, 2015, s. 15). I Selmer & Stubberud (2022, s. 138) kommer det frem at hiv-infeksjonen i vår tid er en stigmatisert sykdom, forbundet med fordommer og skam. Grunnet dette, er det flere som velger å holde hiv-diagnosen sin skjult (Selmer & Stubberud, 2022, s. 138).

2.3 Sykepleierens ansvar til å ivareta pasienters behov på sykehus

Sykepleiere møter ofte mennesker i sårbare situasjoner. Selv om de fleste har god tillit til sykepleiere, står sykepleiere i en posisjon hvor de har mulighet til å utnytte situasjoner og skaffe seg fordeler. Det har blitt utarbeidet yrkesetiske retningslinjer, for å kunne være i en slik posisjon, på en moralsk forsvarlig måte (Sneltvedt, 2020, s. 99). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere omhandler seks punkter: sykepleierens forhold til profesjon, pasient, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunn (Sneltvedt, 2020, s. 99). Yrkesetikken bygger på menneskerettigheter og har et grunnleggende prinsipp for å følge dette. «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkeltes menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

I min oppgave er de to første punktene i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere mest relevante. Dette omhandler sykepleierens forhold til profesjonen og til pasienten. Den første retningslinjen er følgende: «Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Videre i neste punkt blir det beskrevet: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

I tillegg til de yrkesetiske retningslinjene, finner jeg Joyce Travelbees teori relevant for min oppgave. Joyce Travelbee var en sykepleieteoretiker som utga boken «Interpersonal Aspects of nursing» for første gang i 1966. Travelbee fokuserer på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier. Hennes teori baserer seg på at man skal se på hvert menneske som unikt og stadig i vekst og utvikling. (Travelbee, 2007, s. 5).

I utøvelse av sykepleie er det av stor betydning å skape et godt mellommenneskelig forhold (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s. 89). Dette begrepet står sentralt i Travelbee sin teori. Ett kjennetegn ved dette forholdet er at både sykepleieren og

pasienten ser hverandre som unike individer. Hensikten med «menneske-til-menneske-forhold» er at sykepleier og pasient når frem til hverandre, og at sykepleieren har en god forutsetning til å hjelpe individet med aktuell situasjon (Travelbee, 2007, s. 171). Flere pasienter med hiv velger å holde diagnosen skjult (Selmer & Stubberud, 2022, s. 138). «Menneske-til-menneske-forhold» kan være en metode som gjør at det blir lettere for pasienten å åpne seg til sykepleieren.

For å skape et «menneske-til-menneske-forhold» må sykepleieren og pasienten gjennom fire faser. Det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati. Når en sykepleier og pasient møtes før første gang, er det vanlig å oppfatte den motsatte part som stereotypisk. I det innledende møte er det viktig at sykepleieren bryter opp kategoriseringen og ser pasienten som et unikt individ. Travelbee (2007, s. 188) presiserer at det er kun mennesker som kan skape en relasjon, og ikke kategorier og merkelapper. Når sykepleieren og pasienten opplever hverandre som unike individer går forholdet inn i en ny fase, hvor identitet vokser frem. Her skal sykepleieren gjøre seg bevisst på hvordan hun/han oppfatter pasienten og i hvor stor grad hun/han ser det unike ved pasienten. Når et reelt forhold er etablert beveger vi oss inn i empatifasen (Travelbee, 2007, s. 192).

Empati handler om evnen til å forstå og ta del i noens psykiske tilstand i øyeblikket. Det er en prosess hvor man ser bort ifra ytre atferd, og forstår betydningen av hva den andre tenker og føler. Gjennom empati kan man forutsi den andres atferd. Denne kunnskapen kan både brukes til noe konstruktiv, men den kan samtidig utnyttes eller ikke brukes (Travelbee, 2007, s. 196). Sympati og medfølelse er den siste fasen i Travelbees modell. Sympati er et skritt videre fra empatiprosessen, hvor man forstår den andres følelser, samtidig som man ønsker å hjelpe (Travelbee, 2007, s 200). Oppgaven til sykepleieren er å gjøre medfølelsen om til sykepleiehandlinger. Sykepleieren må bruke seg selv terapeutisk. Når sympati og medfølelse oppnås utvikles et «menneske-til-menneske-forhold» (Travelbee, 2007, s. 210).

Et område pasienten verdsetter i møte med sykepleiere på sykehus er individualisert omsorg og følelsesmessig støtte (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s. 114). Pasientene ønsker å bli sett og møtt som et unikt individ. De setter pris på sykepleiere som viser omsorg, er ivaretagende, bryr seg om pasienten og viser empati. En god relasjon og

følelsesmessig støtte vises gjennom handlinger, både gjøremåte og væremåte, samt tilstedeværelse (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s. 114). Høy faglig kunnskap fra sykepleiere er også et område pasienter verdsetter. Pasienter synes ofte det er vanskelig å vurdere hvor mye kunnskap en sykepleier har, og vurderer dette ofte basert på profesjonelle holdninger og væremåter (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s. 115).

2.4 Sykepleieren i møte med pasienter med hiv

Grunnet behandling lever personer med hiv lenger, og et grovt anslag viser at mellom 40 og 50 % av dem som lever med hiv i dag, er over 50 år. Dette betyr at man i dag og fremover har en helt ny pasientgruppe, og man vil møte pasienter med diagnosen på ulike avdelinger (Selmer & Stubberud, 2022, s. 139).

Blant sykepleiere er det mye usikkerhet og frykt knyttet til hiv. Dette kan være på grunn av smittefrykt, men også enkelt personens egne fordommer. Det er viktig at sykepleiere reflekterer over egne holdninger til ulike pasienter og følger de yrkesetiske retningslinjene (Selmer & Stubberud, 2022, s. 138).

Det å få hiv er en psykisk belastning for de fleste. Etter å ha levd med diagnosen en stund, kan det tenkes at pasienten har godtatt situasjonen, men det er likevel viktig at sykepleieren er observant på de psykiske behovene til pasienten. Sykepleieren må ha god kunnskap om temaet for å kunne ha samtaler med pasienten, og gi den informasjonen pasienten trenger (Selmer & Stubberud, 2022, s. 138)

Det finnes flere bivirkninger av antiviral behandling, og det er viktig at sykepleier har kunnskap om og observerer dette, når en pasient med hiv er innlagt på sykehuset (Selmer & Stubberud, 2022, s. 138). Diaré og kvalme er ofte en bivirkning av legemidlene. Dette kan føre til nedsatt matlyst og vekttap hos pasientene. Sykepleieren kan sette i verk tiltak i forhold til symptomlindring og hjelp til å opprettholde god ernæringsstatus (Selmer & Stubberud, 2022, s. 138). Det kommer fram i Haugstvedt (2012, s. 84) at de vanligste bivirkningene er magesmerter, kvalme, diaré, utslett, svimmelhet, hodepine, muskel- og leddsmerter. Ofte kommer bivirkningene i løpet av de første ukene i behandling. Da det finnes ulike

medikamenter, kan pasienten bytte legemiddel i samråd med lege (Haugstvedt, 2012, s. 84). Nyere medisiner skal gi mindre bivirkninger, men det vises i en undersøkelse at pasienter fortsatt sliter med plager som følge av legemidlene, og at helsepersonell ofte undervurderer dem (Selmer & Stubberud, 2022, s. 138).

3.0 Metode

Metodekapittelet i denne oppgaven beskriver fremgangsmåten jeg har brukt for å finne informasjon og kunnskap til å belyse problemstillingen (Thidemann, 2020, s. 74). Leseren får informasjon om søke- og utvalgsprosessen og kildekritikk.

Metoden som blir brukt i oppgaven er litteraturstudie, grunnet skolen sine retningslinjer for bacheloroppgave (Høgskulen på Vestlandet, 2022). Det blir brukt relevant teori, forskning og erfaringsbasert kunnskap for å drøfte problemstillingen.

I en litteraturstudie systematiserer man kunnskap fra skriftlige kilder. Det å systematisere handler om å samle inn litteratur, vurdere den kritisk, for så å sammenfatte informasjonen. Hensikten med en litteraturstudie er å gi den som leser god kunnskap om det problemstillingen spør etter, i tillegg til at man beskriver hvordan man har kommet frem til dette (Thidemann, 2020, s. 76).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterium

I litteratursøket tydeliggjøres og avgrenses mengden litteratur ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier (Thidemann, 2020, s. 83). Under litteratursøket kommer det frem flere forskningsartikler fra land utenfor Europa, blant annet fra Afrika og Asia. Grunnet stor kulturforskjell inkluderes land i Europa. Tabell 1 viser en oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier som blir brukt i søket (Tabell 1).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter med hiv	Pasienter uten hiv
Sykehus	Hjemmesykepleie, sykehjem, DPS

Alder > 18 år	Alder < 18 år
Nordiske og engelske språk	Andre språk enn nordiske og engelske.
Fagfellevurdert forskning	Fagartikler
Norge og andre europeiske land	
Relevans til problemstilling.	

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

3.2 Søke- og utvalgsprosess

Før litteratursøket starter er det nødvendig å konkretisere informasjonsbehovet. Jeg velger å bruke rammeverket PICO for å gjøre problemstillingen presis og søkbar. Pico står for population/pasient/problem, intervention, comparison og outcome (Thidemann, 2020, s. 82). I min oppgave skal jeg ikke sammenligne to typer tiltak og ser derfor bort fra C, comparison. Pasientgruppen jeg ser på er pasienter med hiv. Det jeg skal fokusere på i min oppgave angående denne gruppen, er sykepleierens møte med pasienter med hiv. Utfallet av oppgaven skal være å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasienter med hiv. Jeg har utarbeidet en tabell for å vise pico-skjemaet på en oversiktlig måte (Tabell 2).

PICO-skjema	
P (Population, pasient, problem)	Pasienter med hiv.
I (Intervention)	Sykepleierens møte med pasienter med hiv.
C (Comparison)	-
O (Outcome)	Skape en god relasjon mellom sykepleier og pasienter med hiv.

Tabell 2: Pico-skjema.

Grunnet at de fleste artiklene er på engelsk oversetter jeg ordene fra norsk til engelsk slik det blir lettere å søke. Ordene jeg har oversatt vises i tabell 3 (Tabell 3).

Norsk	Engelsk
Hiv	Hiv, human immunodeficiency virus
Sykehus	Hospital

Sykepleier	Nurse
Holdning	Attitude, approach
Møte	Meeting

Tabell 3: Relevante søkeord oversatt til engelsk.

Ved utarbeiding av prosjektplan brukte jeg databasen Academic Search Elite for å finne relevant forskning. Ved hjelp av søkeordene og avgrensninger, fant jeg to primærstudier som var relevant for oppgaven. Den ene artikkelen var en undersøkelse fra et sykehus i Iran. På grunn av kulturforskjell, valgte jeg å ikke bruke denne. Videre i bacheloren benytter jeg s-pyramiden. Databasene jeg bruker videre er UpToDate, BMJ Best Practice, Cochrane library, Epistemonikos, og PubMed.

Under arbeidet med å finne forskning utarbeidet jeg en tabell for søkehistorikk (Vedlegg 1). I kolonnen helt til høyre i tabellen ser man hvilken database jeg har brukt. Videre vises dato for søk, nummer søk på den valgte database, søkeord, avgrensninger, antall treff, leste artikler og helt til venstre kommer antall artikler inkludert. I enkelte databaser brukte jeg bare ett søk, grunnet lite treff når jeg kun brukte søkeordet «hiv». Jeg leste gjennom de fleste overskriftene i søkene, og valgte å lese abstract ut fra hvor relevant overskriften var. Dersom jeg syntes at abstractet var relevant, leste jeg hele artikkelen og vurderte om jeg ønsket å bruke den i oppgaven. Et unntak er søk #1 i Epistemonikos. Her fikk jeg over 60 000 treff, og valgte å inkludere flere søkeord før jeg leste overskriftene.

I oppgaven har jeg brukt s-pyramiden som en hjelp for å velge informasjonskilder når jeg søkte etter litteratur (Vedlegg 2). Pyramiden er en modell som viser rekkefølgen av ulike grader av oppsummering og kvalitetsvurdering. Nederst i pyramiden finner vi primærstudier. Videre kommer kvalitetsvurderte primærstudier, systematiske oversikter, kvalitetsvurderte systematiske oversikter, også kunnskapsbaserte oppslagsverk og retningslinjer. Helt øverst finner vi et punkt som heter systemer. Dette er kunnskap fra de andre nivåene i pyramiden som er integrert med individuelle pasientdata. Slike systemer er enda under utvikling, og blir ikke brukt i oppgaven (Helsebiblioteket, 2016, 0:03).

I søket starter jeg så høyt oppe i pyramiden som mulig. Grunnen til dette er at det

publiseres flere tusen primærstudier hvert år. Dersom jeg skulle startet her, finner jeg veldig mye informasjon, og ender opp med å måtte sortere bort, kvalitets vurdere og oppsummere alt selv. Jo lenger opp i pyramiden vi kommer, desto mer oppsummert og korrekt er forskningen (Helsebiblioteket, 2016, 01:22)

På helsebiblioteket søker jeg i retningslinjer for infeksjoner og finner «Faglige retningslinjer for oppfølging og behandling av hiv». Jeg leser gjennom denne, men finner den ikke relevant for oppgaven. Jeg går tilbake på helsebiblioteket og søker på etikk, her finner jeg «Norsk sykepleierforbund yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere». Jeg leser gjennom denne og velger å ha den med i oppgaven min. For å finne kliniske oppslagsverk bruker jeg helsebiblioteket sitt pyramidesøk. Jeg søker på temaet hiv. Her kan jeg velge ulike kategorier og velger «health promotion/prevention/education/health behavior» og «infectious disease». Jeg begrenser også søket til «adults». Helsebiblioteket tar meg til sidene BMJ Best Practice og UpToDate. Her får jeg totalt 99 søkeresultater. Jeg leser alle overskriftene, og finner totalt 7 overskrifter som virker relevant. Jeg leser tilhørende abstract, men finner ingen relevante for min oppgave, og går videre i søket.

Jeg beveger meg ned i pyramiden og begynner søket for systematiske oversikter. I en systematisk oversikt bruker forfatteren(e) en systematisk og tydelig måte for å finne, vurdere og oppsummere studier om samme tema. Dette gir oss et større kunnskaps bilde enn i primærstudier (Helsebiblioteket, 2016, 03:51). Jeg søker med ulike søkeord og avgrensninger på Cochrane Library og Epistemonikos. Under søkene ser jeg hvilke nøkkelord som blir brukt i relevante artikler. Jeg finner disse nøkkelordene: «stigma, health care og knowledge». Nøkkelordene bruker jeg videre som søkeord i litteratursøket. Jeg leser gjennom de fleste overskriftene i søkene. På Cochrane Library finner jeg kun en overskrift som er relevant, og leser tilhørende abstract. Denne er ikke relevant for oppgaven. Gjennom søket på Epistemonikos finner jeg flere overskrifter som virker relevante, og leser gjennom flere abstract. Jeg leser gjennom 4 artikler og finner totalt 3 artikler jeg velger å bruke i oppgaven.

Jeg har nå funnet flere artikler jeg ønsker å bruke i oppgaven, men jeg ønsker å finne enda en studie for å kunne svare godt på problemstillingen min. Jeg søker etter primærstudier på PubMed med ulike søkeord. Jeg leser gjennom flere overskrifter.

På det andre søket finner jeg en artikkel som virker relevant ut fra overskrift. Jeg leser abstractet, og videre hele artikkelen, og velger å bruke den i oppgaven.

3.3 Kildekritikk

Alle tidsskriftene som de brukte artiklene er skrevet i ble sjekket i kanalregisteret og scoret nivå 1 eller nivå 2. Dette betyr at tidsskriftene er godkjente vitenskapelige publiseringskanaler. En publiseringskanal med nivå 1 tilfredsstillende minimumskravet til vitenskapelighet. Dette betyr at kanalen har ekstern fagfelleevaluering, vitenskapelig redaksjon og minimum nasjonal forfatterkrets (Kanalregisteret, u.å.).

Jeg brukte helsebiblioteket sine sjekklister som et hjelpemiddel for å kritisk vurdere artiklene. Sjekklister jeg brukte var for oversiktsartikkel, randomisert kontrollert studie og kvalitativ studie (Helsebiblioteket, 2021). Ut ifra sjekklister vurderer jeg at artiklene er til å stole på. Et eksempel blir vist i vedlegg 3. Her brukes en sjekklister for oversiktsartikkel for å vurdere Cooper et al. (2016) sin studie (Vedlegg 3).

4.0 Funn

I litteratursøket ble det funnet fem studier som skal hjelpe å svare på problemstillingen. Av studiene er det en omfattende oversiktsartikkel, to systematiske oversiktsartikler og tre primærstudier. I funnene kommer det frem sykepleiere og pasienter med hiv sine erfaringer, og hvordan sykepleiere kan møte pasienter med hiv, på en god måte.

4.1 Rollen til hiv-relatert stigma og diskriminering i omsorg for andre sykdommer

Stockton et al. (2018, s. 1) oppsummerte 16 artikler som så på hiv-relatert stigma og diskriminering i omsorg for andre sykdommer. Stockton et al. (2018, s. 2) beskrev at personer med hiv levde lenger enn tidligere grunnet forbedring av, og bedre tilgang til antiviral terapi. På grunn av økt levealder og svekket immunforsvar, økte antallet pasienter som ble innlagt på sykehus, med hiv som en tilleggs diagnose. På grunn av økningen beskriver Stockton et al. (2018, s. 2) at helsepersonell måtte styrkes for å

kunne gi god omsorg til denne gruppen. En negativ faktor som påvirket omsorgen, var stigma og diskriminering (Stockton et al., 2018, s. 3).

Stockton et al. (2018, s. 3) gjennomførte en omfattende litteratur gjennomgang for å finne eksisterende litteratur på rollen til HIV-stigmaet i omsorgen til andre sykdommer. Målet var å dokumentere alle aspektene av HIV-stigmaet. Artikkelen som ble brukt i artikkelen var fra hele verden.

I studien kom det frem at HIV-stigma har hatt en stor rolle i omsorgen av andre sykdommer. Enkelte pasienter med hiv unngikk helsehjelp, grunnet frykt for avsløring, skam og tidligere negative erfaringer eller opplevelser knyttet til møte med helsepersonell. Videre kom det frem at integrering av omsorg for andre sykdommer og hiv reduserte stigmatisering for personer med hiv (Stockton et al., 2018, s. 14).

4.2 En ny forståelse av hiv-relatert stigma i en tid med effektiv behandling

Reinius et al. (2021, s. 2472) beskrev i deres studie hvordan personer med hiv opplevde stigmatisering i dagens samfunn med god behandling. I tillegg beskrev de hvordan dette samsvarer med stigmamekanismene til Earnshaw og Chaudoris HIV-stigma-rammeverk fra 2009 (Reinius et al., 2021, s. 2472).

I studien har femten deltakere, som var boende i Sverige, blitt intervjuet. Deltakerne var fra flere steder i verden (Reinius et al., 2021, s. 2473).

Det kom frem i studien at rammeverket for stigmatisering kunne ha behov for revisjon. Det ble funnet at stigmaet var mer komplekst enn det som var beskrevet i eksisterende litteratur, til tross for dagens behandling (Reinius et al., 2021, s. 2479). Reinius et al. (2021, s. 2475) fokuserte mest, i deres studie, på stigmatisering i samfunnet, men det kom frem at helsepersonell har observert kollegaer snakke stygt om pasienter med HIV og blant annet ikke ønsker å gå inn på rommene deres. For deltakerne var det viktig at dem selv kunne kontrollere hvem som visste om hiv-diagnosen og flere oppfattet det som en privat sak. Årsaker til at enkelte ønsket å være åpen om diagnosen var for å selv akseptere å leve med HIV og for å motta HIV-relatert sosial støtte (Reinius et al., 2021, s. 2478). Viktige årsaker til å ikke

avsløre sin diagnose var for å unngå stigmatisering og for å unngå å bli stemplet (Reinius et al., 2021, s. 2479).

4.3 Erfaringer og holdninger til mennesker med hiv

Hensikten med studien til Arias-Colmenero et al. (2020, s. 1) var å utforske erfaringer og holdninger til personer som lever med HIV/AIDS. Studien var en systematisk oversikt som tar utgangspunkt i 27 artikler fra ulike steder i verden. I studien ble det fokusert på fem områder. Dette var følelser om diagnosen, stigma rundt hiv, endring i seksual atferd etter smitte, å leve med viruset og graviditet og det å være mor med hiv (Arias-Colmenero et al., 2020, s. 5).

I studien kom det frem at følelsene flere kjente på, etter å ha fått diagnosen, var skuffelse, tristhet, frykt, fortvilelse, mangelfull bevissthet og smerte. I noen tilfeller ble det også utviklet depresjon. Resultater viste at råd om, og behandling av hiv hjalp pasientgruppen å akseptere situasjonen (Arias-Colmenero et al., 2020, s. 6).

Funnene til Arias-Colmenero et al. (2020, s. 6) viste at stigmatiseringen deles i tre grupper. Sosialt stigma, selv-stigma og stigma fra helsepersonell. Flere fortalte at de opplevde fordommer av venner og familie. Som et resultat av dette hadde personer med hiv opplevd sosial ekskludering. Flere deltakere rapporterte også om selvstigmatisering, deriblant følelse av skyld og skam. Noen hadde gjennomført ekstreme hygiene tiltak og andre hadde isolert seg selv. Stigma fra helsepersonell hadde ulike resultat. Noen deltakere hadde opplevd at til tross for kunnskapen helsepersonell skulle hatt, hadde de diskriminerende atferd og satte i verk ekstra sikkerhetstiltak i omsorgen. Andre deltakere hadde opplevd helsepersonell som støttende. Deltakerne mente at denne støtten var nødvendig, med tanke på de psykologiske innvirkningene HIV medfører (Arias-Colmenero et al., 2020, s. 7).

4.4 Forberede alle sykepleiere til å bli hiv-sykepleier

Frain (2017, s. 1) skrev innledningsvis i sin studie at flere sykepleiere ville møte pasienter med HIV grunnet behandling som gir lenger levealder. Flertallet av nye sykepleiere ønsket ikke å jobbe med pasienter med hiv, da de hadde manglende

kunnskap rundt temaet. Hensikten med studien var å måle effekten av å snakke mer om HIV, og forberede sykepleierstudenter til omsorg for pasienter med hiv (Frain, 2017, s. 2). Frain (2017, s. 2) brukte et skjema som målte kunnskap og holdninger til 29 sykepleierstudenter før og etter undervisning om temaet.

Resultatene i forskningen viste at sykepleierstudenter hadde lite kunnskap om omsorg til personer som lever med hiv, og at det kunne være til god nytte å få ekstra undervisning om hiv i studieprogrammet. Resultater viste også at stigmatisering påvirker omsorg til hiv pasienter negativt (Frain, 2017, s. 6). Frain (2017, s. 6) skrev at stigmatisering fra helsepersonell, ble funnet som en årsak til at pasienter med hiv ikke ønsker omsorg. Dette gjorde at enkelte forble ubehandlet. Økt kunnskap til helsepersonell, reduserte stigma og beholdt flere pasienter i behandling. I tillegg til den livsforlengende effekten til behandlingen, ble også sannsynligheten for smitte redusert (Frain, 2017, s. 6).

4.5 Områder av helsehjelp som blir mest satt pris på av pasienter med hiv

Målet med studien til Cooper et al. (2016, s. 1) var å finne ut hvilke aspekter ved helsevesenet som betydde mest for pasienter med hiv, gjennom en systematisk gjennomgang av 23 studier. Syv temaer ble rapportert av deltakerne i de ulike studiene. Dette var et godt sykepleier-pasientforhold, hiv spesialist kunnskap, kontinuitet av omsorgen, enkel tilgang til tjenester, tilgang til høy kvalitetsinformasjon og støtte, effektiv koordinering mellom hiv-spesialist og annet helsepersonell og at pasienten involveres i beslutninger om behandling og omsorg (Cooper et al., 2016, s. 1).

Det kom frem i studien at de viktigste aspektene var et godt forhold med helsepersonellet og at pasientene fikk god informasjon og støtte. 19 av 23 studier viste at det medmenneskelige forholdet mellom helsepersonell og pasient var verdsatt av pasienter. Deriblant at helsepersonell var profesjonelle, ga god støtte til pasienten, tok pasienten på alvor og skapte en god relasjon bygget på empati, slik at pasienten var komfortabel med å snakke om personlige problemer (Cooper et al., 2016, s. 3). Videre viste 14 studier viktigheten av informasjon og støtte til pasienten. Pasientene synes det var viktig at informasjonen var tydelig og enkel å forstå og at

det ble satt av tid til spørsmål og diskusjon om tanker og følelser (Cooper et al., 2016, s. 10).

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte funn opp mot relevant teori og egne erfaringer. Drøftingen skal trekke sammenhenger med problemstillingen. «Hvordan kan sykepleieren skape en god relasjon med en pasient med hiv som er innlagt på sykehus?» Av funnene fant jeg tre hovedpunkter jeg ønsker å drøfte rundt. Det første funnet omhandler stigmatisering fra helsepersonell, noe som fører til at pasienter med hiv unngår å søke helsehjelp. Videre finner jeg at økt kunnskap til helsepersonell bidrar til å redusere stigmatisering. Det siste funnet viser at pasienter setter pris på støtte og at det blir etablert en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

5.1 Stigmatisering

Da hiv kom til Norge for over 30 år siden, hadde man lite kunnskap om viruset (Frøland, 2014, s. 14). Hiv ble en epidemi som brakte mye smittefrykt og usikkerhet. Dette førte til stigmatisering, som betyr at gruppen ble merket negativt i sosial sammenheng. Samtidig oppsto det diskriminering, altså at de ble behandlet dårligere enn andre. (Frøland, 2014, s. 24). Men selv etter den kunnskapen vi har i dag, skriver Selmer & Stubberud (2022, s. 138) at vi fortsatt er i en tid der hiv er en stigmatisert sykdom, forbundet med skam og fordommer. Reinius et al. (2021, s. 2479) påpeker at stigma er mer kompleks enn det som er beskrevet i eksisterende litteratur, til tross for dagens behandling. En mulig forklaring på dette kan være at befolkningen fikk mye informasjon fra media når viruset først skapte en epidemi. Men etter at behandlingen kom var ikke hiv like aktuelt i media, og befolkningen har derfor ikke fått kunnskap om hvordan behandlingen fungerer i dag. En av personene som Borgersen intervjuer i sin bok mente at vi ikke kunne forvente et åpent og trygt samfunn, når ikke engang helsepersonell hadde nok kunnskap om temaet (Borgersen, 2015, s. 138). Dette kan bety at for å redusere stigmatisering fra befolkningen, kan et tiltak være å starte med å redusere stigmatisering blant

helsepersonell.

I Arias-Colmenero et al. (2020, s. 7) sin studie kom det frem at stigmatisering fra helsepersonell hadde ulikt resultat. Enkelte beskrev at helsepersonell hadde vært støttende, andre hadde opplevd at helsepersonell hadde en diskriminerende atferd. Videre forklarer Arias-Colmenero et al. (2020, s. 6) at flere pasienter med hiv brukte helsepersonell som et referansepunkt på grunn av deres kunnskap. Enkelte godtok derfor diskriminerende atferd og ekstra sikkerhetstiltak, da de tenkte at dette var normalen (Arias-Colmenero et al., 2020, s. 6). Selmer & Stubberud (2022, s. 138) beskriver at det er respektløst å møte en pasient med hiv, påkledd med hansker og smittefrakk, under samtale. En lignende situasjon har jeg selv opplevd som student på en infeksjonsavdeling. Her møtte jeg en sykepleier som skulle ta blodprøve hos en pasient med hiv. Sykepleieren tok på seg frakk, hansker, munnbind og visir, noe som ikke er nødvendig. Flere pasienter i Arias-Colmenero et al. (2020, s. 6) sin studie avslørte også at de hadde følt seg dømt i slike situasjoner, selv om de trodde dette var normal klinisk omsorg. Selmer & Stubberud (2022, s. 138) beskriver at det er mye usikkerhet og frykt blant sykepleiere i omsorg for pasienter med hiv, noe som kan være på grunn av smittefrykt og sykepleiernes egne fordommer. Dette kan tolkes som at atferden skyldes at sykepleierne ikke har nok kunnskap om hiv. Et tiltak her kan være å skaffe mer informasjon om temaet før møte med pasienten.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere har blitt utarbeidet slik at sykepleieren skal kunne møte pasienter i en sårbar posisjon på en moralsk forsvarlig måte (Sneltvedt, 2020, s. 99). I retningslinjene ble det beskrevet: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Men retningslinjene samsvarer ikke med en av deltakernes observasjoner i Reinius et al. (2021, s. 2475) sin studie. Den ene deltakeren var helsepersonell som fortalte at hun hadde observert hennes kollega snakke stygt om pasienter med hiv og andre smittsomme sykdommer. Hun fortalte at de blant annet ikke ønsket å gå inn på rommet og kalte dem ekle (Reinius et al., 2021, s. 2475). Kristoffersen & Nortvedt (2019, s. 105) forklarte at verdier ofte vises gjennom handlinger og væremåte. Det kan være vanskelig å selv se hvilke signaler man sender ut, og man kan derfor ha behov for tilbakemeldinger fra kollegaer, for å

finne ut hvilke verdier man uttrykker (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s. 105).

I Reinius et al. (2021, s. 2475) kom det frem at flere av deltakerne ønsket å holde hiv-diagnosen sin skjult og anså diagnosen som en privat sak. Funn viste at grunnen til dette var at enkelte hadde en frykt for å bli dårlig behandlet og frykt for å bli stemplet (Reinius et al., 2021, s. 2475). Stockton et al. (2018, s. 14) har funnet at enkelte pasienter også unngikk helsehjelp i frykt for avsløring og skam. På sykehuset kan det være problematisk å holde diagnosen skjult. Gjennom egen erfaring opplevde jeg at diagnosen sto oppført i journalen ved innkomst. I tillegg sier smittevernloven at legen skal, uavhengig av taushetsplikt, informere helsepersonell som har ansvar for gjeldende pasient om smitte (Smittevernloven, 1994, § 2-2). Da jeg var i praksis på infeksjonsavdelingen erfarte jeg at alle på avdelingen fikk informasjon dersom en pasient hadde hiv. Dette var grunnet sikkerhetsmessige årsaker ved uhell. For å tilstrebe pasientens ønske om å holde diagnosen skjult, kan man bruke ordet «blodsmitte» i stede for hiv. På denne måten er helsepersonell bevisst dersom det skulle skjedd uhell, samtidig som pasienten får holde diagnosen skjult.

Selmer & Stubberud (2022, s. 139) beskriver at grunnet behandling, lever personer med hiv lenger nå. Slik som andre mennesker, vil enkelte pasienter med hiv også pådra seg akutte sykdommer med alderen. Dette gjør at det blir en helt ny pasientgruppe som man vil møte på alle avdelinger (Selmer & Stubberud, 2022, s. 139). I Stockton et al. (2018, s. 14) kom det frem at flere pasienter med hiv ikke ønsket å kontakte helsevesenet ved nye oppståtte helseplager, i frykt for skam og tidligere negative erfaringer og opplevelser av helsevesenet (Stockton et al., 2018, s. 14). Frain (2017, s. 6) fant det samme i sin studie. Her ble det beskrevet at dårlige opplevelser forbundet med møte med helsepersonell kunne føre til at pasienter kviet seg til å ta kontakt med helsevesenet senere. Dette kan resultere i at noen pasienter går ubehandlet for andre sykdommer (Frain, 2017, s. 6). Funnene kan tolkes som at flere pasienter med hiv har behov for et positivt møte med sykepleieren, for å lettere kontakte helsevesenet ved en senere anledning. Det første steget kan være å redusere stigmatisering fra helsepersonell. For å redusere stigmatisering skriver Selmer & Stubberud (2022, s. 138) at helsepersonell bør reflektere over egne holdninger og følge yrkesetiske retningslinjer. I Frain (2017, s. 6) sin studie kom det frem at å øke kunnskap til sykepleiere vil redusere stigmatisering. Først etter å ha

reduisert stigmatiseringen, kan sykepleieren gå videre på å skape en god relasjon til pasienten gjennom et medmenneskelig forhold (Travelbee, 2007). Dette kommer jeg tilbake til senere i oppgaven.

5.2 Økt kunnskap om hiv

Kristoffersen & Nortvedt (2019, s. 115) beskrev at høy faglig kompetanse hos sykepleiere var avgjørende for at pasienten skulle være tilfreds med omsorgen. I Frain (2017, s. 6) sin studie kom det derimot frem at sykepleiere og sykepleierstudenter hadde for lite kunnskap om hiv. Som sykepleierstudent vil jeg si meg enig i dette, ettersom jeg kun har hatt en forelesning om dette i løpet av bachelorutdanningen i sykepleie. Men det finnes et mangfold av sykdommer som sykepleiere kommer til å møte i praksis, og det er ikke nok tid til å lære detaljert om alle sykdommene. Det kan være nyttig for sykepleiere å lese seg opp på diagnoser til pasienten de skal ha ansvar for, før møtet med dem.

Til tross for at det kom frem i Frain (2017, s. 6) sin studie at sykepleiere hadde for lite kunnskap om hiv, gir pensum for bachelorutdanning i sykepleie informasjon om det viktigste innenfor temaet. Selmer & Stubberud (2022, s. 138) skriver at smittefrykt og sykepleierens egne fordommer kan være årsaker til at sykepleiere ofte møter pasienter med frykt og usikkerhet. I sykepleierpensumet blir det beskrevet om smittemåter, behandling og dagens prognose. Tjade (2015, s. 253) skriver om smitte og forklarer at det skjer via blod, seksuell kontakt og mor-barn. I tillegg kommer det frem i Moi & Maltau (2021, s. 203) at under vellykket behandling er det omtrent ikke mulig å smitte. Videre skriver de at dersom en person skulle bli eksponert for smitte finnes det i dag post-eksponeringsbehandling (Moi & Maltau, 2021, s. 203). Kvale & Brubakk (2021, s. 87) skriver om behandling. Det finnes 30 ulike legemidler som kan brukes, og ved tidlig oppstart er prognosene like gode som hos en frisk person. Selv om det er lite pensum om hiv, vurderer jeg at dette burde være nok for å unngå fordommer fra helsepersonell. Men som Frain (2017, s. 6) skrev, er hiv preget av stigmatisering. Dette er noe som det kunne vært større fokus på i pensum for bachelorutdanning i sykepleie.

Stockton et al. (2018, s. 14) har funnet at det å øke kunnskapen om hiv til sykepleiere

sto sentralt for å kunne gi god omsorg til denne pasientgruppen. Ettersom pasienter med hiv-diagnose vil bli møtt på flere avdelinger, bør sykepleiere ha kunnskap om og observere bivirkninger fra medisinen (Selmer & Stubberud, 2022, s. 138). De vanligste bivirkningene er magesmerter, kvalme, diaré, utslett, svimmelhet, hodepine, muskel- og leddsmerter (Haugstvedt, 2012, s. 84). I Selmer & Stubberud (2022, s. 138) kommer det frem at flere sykepleiere undervurder bivirkningene. En mulig årsak til dette kan være fordi bivirkningene ofte kommer de første ukene i behandling, og dermed er ikke sykepleiere så observante på dette senere. Et viktig tiltak kan være å lese gjennom medisinlisten, samt bivirkninger, før møtet med pasienten.

I tillegg til kunnskap rundt det somatiske aspektet til hiv, forklarer Selmer & Stubberud (2022, s. 138) om ivaretagelse av det psykososiale behovet til en pasient med hiv. Selmer & Stubberud (2022, s. 138) skriver at sykepleien må ha kunnskap om temaet, for å kunne skape en god dialog og gi forståelsesfull informasjon til pasienten. Dette bekreftet Cooper et al. (2016, s. 16) i deres studie. Her har flere pasienter svart at det var viktig for dem å få tydelig og lett forståelig informasjon, samtidig som det blir satt av tid til å diskutere (Cooper et al., 2016, s. 16). Ut ifra egen erfaring der jeg har hatt praksis, opplevde jeg både at flere sykepleiere ikke hadde nok kunnskap om temaet, og at det var for travelt på avdelingen til at sykepleiere hadde tid til samtale med pasientene. Et tiltak for å ivareta det psykososiale behovet på denne måten er å lese om diagnosen og ta seg tid til å snakke med pasienten. Men denne situasjonen med tidspress, kan tolkes som at det ikke er nok bemanning. Det kan derfor tenkes at dette ikke blir prioritert.

5.3 Medmenneskelighet og støtte

Kristoffersen & Nortvedt (2019, s. 89) skrev at et godt medmenneskelig forhold, hadde stor betydning for relasjonen mellom sykepleier og pasient. Cooper et al. (2016, s. 1) har i sin studie funnet ut hvilke aspekter ved helsehjelp pasienter med hiv har satt mest pris på. Her kom det frem at et av de viktigste punktene, var det medmenneskelig mellom sykepleier og pasient. Pasientene med hiv, som har blitt intervjuet, beskrev medmenneskelighet som profesjonalitet, at helsepersonell tar dem på alvor, emosjonell støtte, interesse for personlige relasjoner, empati og det å skape et godt forhold slik at det blir komfortabelt å diskutere personlige problemer (Cooper

et al., 2016, s. 3). Stockton et al. (2018, s. 14) har derimot funnet at flere pasienter med hiv, har negative erfaringer fra helsevesenet. Arias-Colmenero et al. (2020, s. 7) beskrev også at flere pasienter med hiv har opplevd diskriminerende atferd. Denne typen atferd kan komme fra sykepleierens egne fordommer forklarer Stubberud & Selmer (2022, s. 138). Her kommer igjen dette med kunnskap inn. Funnene til Frain (2017, s. 6) viste at ved å øke kunnskapen til sykepleiere, reduseres deres fordommer. Etter å ha redusert fordommene, kan man møte pasienten med respekt, empati og tilstedeværelse, og dermed skape et mellommenneskelig forhold (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s. 114).

I Reinius et al. (2021, s. 2479) kom det frem at flere pasienter var redd for å avsløre sin diagnose, da de var redd for å bli stemplet. Den diskriminerende atferden fra helsepersonell, som Arias-Colmenero et al. (2020, s. 7) har funnet, kunne være en konsekvens av kategoriseringen. Travelbee (2007, s. 187) forklarte at i det første møtet mellom pasient og sykepleier, blir vanligvis begge parter kategorisert. Dette er naturlig da de ikke kjenner hverandre, og de baserer seg på stereotypiske forestillinger (Travelbee, 2007, s. 187). Videre i den innledende delen, på veien mot det mellommenneskelige forholdet, forklarte hun at det var avgjørende å bryte opp kategoriseringer og se pasienten som et unikt individ. Man kan kun skape et medmenneskelig forhold til mennesker, og ikke kategorier (Travelbee, 2007, s. 188). Å bryte kategoriseringer er ikke en enkel oppgave. Sykepleieren må ha et bevisst ønske om, og bevisst se pasienten som et unikt individ (Travelbee, 2007, s. 188). Dersom sykepleieren klarer å bryte tankegangen om stereotyper og se pasienten som et unikt individ, har sykepleieren kommet langt på veien mot å skape en god relasjon med pasienten.

Kristoffersen & Nortvedt (2019, s. 114) skrev at følelsesmessig støtte var et punkt pasienter verdsatte på sykehus. En slik atferd fra sykepleieren, hjalp pasientene å føle seg trygge i relasjonen (Kristoffer & Nordtvedt, 2019, s. 115). I Arias-Colmonero et al. (2020, s. 7) har pasientene hatt ulike opplevelser av sykepleiere. Enkelte av pasientene med hiv har opplevd diskriminering, mens andre har opplevd støtte. De som har opplevd støttende sykepleiere beskrev dette som nødvendig, på grunn av den psykologiske innvirkning hiv har medført. Pasientene beskrev også at disse sykepleierne ble viktige personer som de kunne dele følelser med (Arias-Colmenero

et al., 2020, s. 7). For å vise følelsesmessig støtte kan sykepleieren vise omsorg, være ivaretagende og empatisk og bry seg om pasienten. Denne type støtte vises også gjennom handlinger, væremåte og tilstedeværelse (Kristoffer & Nordtvedt, 2019, s. 115).

6.0 Konklusjon

Gjennom oppgaven har vi sett på hvordan en sykepleier kan skape en god relasjon med pasienter med hiv, som er innlagt på sykehuset. Jeg har funnet tre punkter som står sentralt i henhold til problemstillingen. Dette er å redusere stigmatisering, øke kunnskap og skape et medmenneskelig forhold til pasienten.

Funn viser at hiv er en stigmatisert sykdom. Flere pasienter har opplevd diskriminerende atferd fra sykepleiere. En av grunnene til denne atferden kan være usikkerhet og frykt blant sykepleiere. Konsekvenser knyttet til stigmatisering har vist å være at flere pasienter ikke ønsker å kontakte helsevesenet og enkelte avslutter behandling for hiv. Flere pasienter ønsker å holde diagnosen skjult, noe som kan være vanskelig på sykehuset. Funn viser også at enkelte sykepleiere ikke overholder yrkesetiske retningslinjer i møte med pasienter med hiv. For å redusere stigmatisering har det blitt funnet at helsepersonell bør reflektere over egne holdninger og følge yrkesetiske retningslinjer. I tillegg viser undersøkelser at økt kunnskap til helsepersonell kan ha betydelig effekt.

Etter antiviral terapi kom i 1996, har hiv gått fra å være en dødelig sykdom, til en kronisk. Personer med hiv lever i dag like lenge som andre mennesker. Sykepleier kan derfor møte pasienter med hiv som tilleggssdiagnose, på alle avdelinger på sykehuset. Høy faglig kompetanse har blitt vist å være avgjørende for at pasienten skal være tilfreds med omsorgen. Med tanke på at sykepleiere kan møte pasienter over alt, er det viktig at alle sykepleiere har kunnskap om dette. Men det finnes et mangfold av sykdommer som sykepleiere kommer til å møte i praksis, og det er ikke nok tid i bachelorutdanning for sykepleie til å lære detaljert om alle sykdommene. Det kan derfor være nyttig for sykepleiere å lese seg opp på diagnoser til pasienten de skal ha ansvar for, før møtet med dem. I omsorgen for pasienter med hiv har det

også blitt funnet at det er spesielt viktig å ivareta det psykososiale behovet. Å ha god kunnskap om temaet kan være med på å skape en god dialog med pasienten. I tillegg har sykepleieren mulighet å svare på eventuelle spørsmål.

Funn viser at en medmenneskelig relasjon mellom sykepleier og pasient er verdsatt av pasienter med hiv. Ved et slik forhold blir det lettere for pasienten å åpne seg, og sykepleieren har en god forutsetning til å hjelpe pasienten. Funn viser at pasienter var redd for å bli stemplet av helsepersonell. For å skape et medmenneskelig forhold er det avgjørende å bryte opp kategoriseringen og se pasienten som et eget individ. For å bryte kategoriseringer må sykepleieren ha et bevisst ønske om, og bevisst se pasienten som et unikt individ. Dersom sykepleieren klarer å bryte tankegangen om stereotyper og se pasienten som et unikt individ, har sykepleieren kommet langt på veien mot å skape en god relasjon med pasienten. Etter å ha redusert fordommene, kan man møte pasienten med respekt, empati og tilstedeværelse, og dermed skape et medmenneskelig forhold og en god relasjon til pasienten.

Litteraturliste

- Arias-Colmenero, T., Pérez-Morente MÁ., Ramos-Morcillo, A. J., Capilla-Díaz, C., Ruzafa-Martínez, M. & Hueso-Montoro, C. (2020). Experiences and Attitudes of People with HIV/AIDS: A Systematic Review of Qualitative Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), Artikkel 639. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020639>
- Borgersen, M. (2015). *Våre stemmer – HIV: 30 år i Norge*. Forlaget Press.
- Cooper, V., Clatworthy, J., Youssef, E., Llewellyn, C., Miners, A., Lagarde, M., Sachikonye, M., Perry, N., Nixon, E., Pollard, A., Sabin, C., Foreman, C. & Fisher, M. (2016). Which aspects of health care are most valued by people living with HIV in high-income countries? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 16(1), Artikkel 677. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1914-4>
- Frain, J. A. (2017). Preparing every nurse to become an HIV nurse. *Nurse Education Today*, 48, 129-133. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.10.005>
- Frøland, S. S. (2014). *Aids-epidemien: Nederlag, seire og nye utfordringer*. Gyldendal Akademisk.
- Haugstvedt, Å. (2012). *Hiv for helsepersonell: En innføring*. Universitetsforlaget.
- Helsebiblioteket. (2016, 6. juni). *S-pyramiden – en gjennomgang med eksempler – kunnskapsbasert praksis* [Video]. Vimeo. <https://vimeo.com/169528806>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *4.1 Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>
- Høgskulen på Vestlandet. (2022, januar). *Rettleiar for bacheloroppgavå ved fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)*. <https://www.hvl.no/contentassets/638d8>

Kanalregisteret. (u.å.). *Om register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet 11. november 2022 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Om>

Kvale, D. & Brubakk, O. (2021). Infeksjoner. I S. Ørn & E. B. -Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 67-92). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2019). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 89-138). Gyldendal Akademisk.

Moi, H. & Maltau, J. M. (2021). *Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer*. Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Reinius, M., Andersson, G. Z., Svedhem, V., Wettergren, L., Wiklander, M. & Eriksson, L. E. (2021). Towards a new understanding of HIV-related stigma in the era of efficient treatment- A qualitative reconceptualization of existing theory. *JAN: Journal of advanced nursing*, 77(5), 2472-2480. <https://doi.org/10.1111/jan.14774>

Selmer, M. R. & Stubberud, D.-G. (2022). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 103-141). Gyldendal Akademisk.

Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* (LOV-1994-08-05-55). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55>

Sneltvedt, T. (2020). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 97-113). Gyldendal Akademisk.

Stockton, M. A., Giger, K. & Nyblade, L. (2018). A scoping review of the role of HIV-related stigma and discrimination in noncommunicable disease care. *PLOS ONE* 13(6), Artikkel e0199602. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199602>

Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving* (2. utg). Universitetsforlaget.

Tjade, T. (2015). *Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer* (4. utg.). Fagbokforlaget.

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.

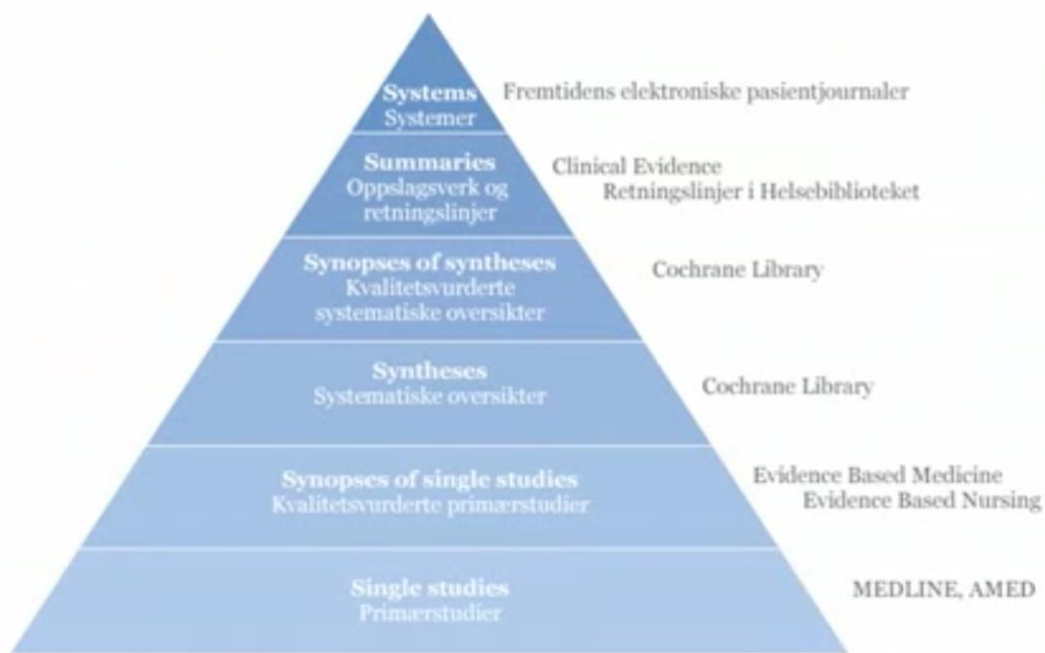
Vedlegg 1: Søkehistorikk

Database	Søke- dato	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
UpToDate	2/11	#1	Hiv	healt promotion/ prevention/ education/ healt behavior, infectious disease, adults	49	3	0	0
BMJ Best Practice	2/11	#1	Hiv	healt promotion/ prevention/ education/ healt behavior, infectious disease, adults	50	4	0	0
Epistemonikos	5/11	#1	Hiv	Last 10 years, Broad Syntheses	61.081	0	0	0
		#2	Hiv AND stigma	Last 10 years, Broad Syntheses	8	2	1	1
		#3	Hiv AND nurse AND attitude	Last 10 years, Systematic review	11	2	0	0

		#4	Hiv AND nurse AND (attitudes or perceptions or prejudice)	Last 10 years, Systematic review	0	0	0	0
		#5	Hiv AND stigma	Last 10 years, systematic review	70	6	2	1
		#6	Hiv AND nurse AND meeting	Last 10 years, systematic review	6	1	0	0
		#7	Hiv AND nurse AND knowledge	Last 10 years, systematic review	21	1	1	1
Cochrane library	7/11	#1	Hiv	Mellom 2012 og 2022	284	1	0	0
		#2	Hiv AND stigma	Mellom 2012 og 2022	5	0	0	0
		#3	Hiv AND nurse AND attitude	Mellom 2012 og 2022	3	0	0	0
		#4	Hiv AND nurse AND hospital	Mellom 2012 og 2022	10	0	0	0

Academic search elite	25/10	#1	Hiv AND nurse AND (attitudes or perceptions or prejudice)	Artikler mellom 2012 og 2022, artikler på engelsk	159	5	2	1
pubMed	4/11	#1	Hiv AND nurse AND hospital AND europe AND (attitudes or perceptions or prejudice)	Artikler mellom 2012 og 2022	29	0	0	0
	7/11	#2	Hiv AND nurse AND stigma	Artikler mellom 2012 og 2022	352	1	1	1
Totalt						19	7	5

Vedlegg 2: S-pyramiden



(Helsebiblioteket, 2016, 0:06)

Vedlegg 3: Utfylt sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Kan du stole på resultatene?
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2017). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Systematic Review*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 09.03.2017.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Cooper, V., Clatworthy, J., Youssef, E., Llewellyn, C., Miners, A., Lagarde, M., Sachikonye, M., Perry, N., Nixon, E., Pollard, A., Sabin, C., Foreman, C. & Fisher, M. (2016). Which aspects of health care are most valued by people living with HIV in high-income countries? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 16(1), Artikkel 677. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1914-4>

Del A: Kan du stole på resultatene?

1. Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (personene oversikten handler om)
- tiltaket som gis til intervensjonsgruppen
- sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen
- utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes

Kommentar:

Formålet med studien er å finne ut hvilke deler av omsorgen som blir satt pris på av pasienter som lever med hiv-diagnose (Cooper et al., 2016, s. 1).

2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Relevante studier:

- svarer på samme spørsmål som oversikten
- har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:
 - a. effekt – randomisert kontrollert studie
 - b. årsak – kohortstudie
 - c. diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest
 - d. prognose – kohortstudie
 - e. erfaringer – kvalitativ studie
- Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten? Se etter:
 - populasjon
 - tiltak
 - sammenligning
 - utfall

Kommentar:

I oversiktsartikkelen har det blitt brukt kvalitative og kvantitative studier. Studier som ikke fokuserer på hvilke deler av omsorgen for pasienter med hiv som blir verdsatt, har blitt ekskludert (Cooper et al., 2016, s. 6). Inklusjons- og eksklusjonskriterier samsvarer med oversiktens formål (Cooper et al., 2016, s. 6).

3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Se etter:

- hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne har søkt i, og hvordan de søkte i dem (søkestrategi)
- om de søkte etter ikke-publiserte studier (i for eksempel Trials.gov)
- om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet (bias))

Kommentar:

Databaser forfatterne har brukt er Medline, Embase, Cinahl, Cochran library og Web of Science. Grunnet effektiv behandling som kom i 1996, har forfatterne valgt å bruke artikler som er nyere enn dette. Samt at informasjonen i artiklene er fra nyere dato enn dette. Søkestrategi blir beskrevet i oppgaven (Cooper et al., 2016, s. 2).

4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.

- Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?
- Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?
- Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

Kommentar:

I studien blir der brukt en sjekklister for kvalitetsvurdering som kalles «Mixed Methods Appraisal Tool» (Cooper et al., 2016, s. 4). Kvalitetsvurderingen viste at kvaliteten på studiene varierte fra 25% til 100% (Cooper et al., 2016, s. 3).

5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?
- Kommer resultatene (effektestimatene med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?
- Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne for eksempel beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)
- Er analysemetodene som er brukt forklart? (For eksempel random eller fixed effect)
- Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?

Kommentar:

Ikke aktuelt.

Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva forteller resultatene?

6. Hva er resultatene?

Tips: Vurder

- hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten

- hvordan resultatene er fremstilt, se etter:
 - a. gjennomsnittsforskjell (mean difference)
 - b. standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference)
 - c. numbers needed to treat (NNT)
 - d. numbers needed to harm (NNH)
 - e. odds ratio (OR)
 - f. relativ risiko (RR)
 - g. relativ risikoreduksjon (RRR)
 - h. absolutt risikoreduksjon (ARR)

Kommentar:

I studien kommer det frem 7 punkter som pasienter med hiv setter pris på i omsorgen (Cooper et al., 2016, s. 3). I hovedkonklusjonen kommer ikke punktene frem, men det blir beskrevet at det er funnet aspekter pasienter med hiv verdsetter og at dette kan fremtidig kan være til hjelp for å møte pasientenes behov (Cooper et al., 2016, s. 13).

7. Hvor presise er resultatene?

Tips: Se på

- konfidensintervall (KI/CI)
- interkvartilbredde (interquartile range (IQR))

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

8. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips: Vurder om, og i hvilken grad

- populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis
- din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten

Kommentar:

Pasientgruppen blir møtt i praksis og resultatene viser til informasjon som kan være nyttig å praksis.

9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten

Kommentar:

Det er kun de 7 viktigste funnene som blir omtalt i oversikten.

10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Vurder om, og i hvilken grad

- nytten av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger
- det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten

Kommentar:

(Helsebiblioteket, 2021)



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-HØST-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	09-12-2022 09:00 CET	Termin:	2022 HØST
Sluttdato:	12-12-2022 14:00 CET	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2022 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	313
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7751
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	29
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei