

# BACHELOROPPGÅVE

## Sjukepleiaren i møte med den HIV-positive pasienten

Korleis kan sjukepleiarane sine haldningar til HIV-smitte føre til stigmatisering av HIV-positive pasientar innlagt på sjukehus?

av

Elin Seljeset

Kandidatnummer 18

## The nurse in encounter with the HIV-positive patient

How can nurses' attitudes towards HIV-infection lead to stigmatization of the HIV-positive patients admitted to the hospital?

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Mai 2016

Antall ord: 6996

Rettleiar: Ole Tormod Kleiven



## **Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva "Sjuepleiaren i møte med den HIV-positive pasienten" i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer 18, Elin Seljeset

JA X            NEI \_\_\_

## Samandrag

**Tittel:** Sjukepleiaren i møte med den HIV-positive pasienten.

**Bakgrunn:** Temaet blei valt mykje grunna eit spesielt møte med HIV-positiv pasient i ei sjukehusavdeling i tillegg til at eg som student og framtidig sjukepleiar ynskjer å kunne møte desse pasientane med eit meir heilskapleg syn.

**Problemstilling:** Korleis kan sjukepleiarane sine haldningar til HIV-smitte føre til stigmatisering av HIV-positive pasientar innlagt på sjukehus?

**Framgangsmåte:** Litteraturstudie.

**Funn og konklusjon:** HIV er ein relativt sjeldan sjukdom i Noreg og det er difor ei pasientgruppe ein som sjukepleiar ikkje møter så ofte i forbindelse med vanlege sjukehusinnleggingar. Funna frå forskinga tyder på at kvar enkelt sjukepleiar treng meir kunnskap om sjukdommen for at vi skal klare å møte desse pasientane på ein god måte og oppnå gode terapeutiske relasjonar. Alle bærer med seg haldningane sine heile tida, òg sjukepleiarane, og dersom ein har lite eller mangelfull kunnskap om HIV kan det føre til fordommar og stigmatisering mot pasientane. Dei dårlege haldningane kan ein dessverre overføre til eventuelle sjukepleiarstudentar ein er kontakt for, og kanskje andre sjukepleiearar. Det er difor svært nødvendig å auke undervisningsmengda om temaet på utdanningsnivå, få sett i verk intern undervisning i avdelingane, og i tillegg må sjukepleiarane med erfaring rettleie kollegaane sine for å unngå stigmatisering. Ved at ein er klar over korleis sjukdommen smittar og kva førehandsreglar som er gjeldane, kan fordommane fjernast og haldningane betrast. Vi vil då få tryggare helsepersonell og pasientar som føler seg tryggare i møte med dei.

**Nøkkelord:** HIV, stigmatisering, haldningar, sjukepleiar, litteraturstudie

## Innholdsliste

<b>1 Innleiing</b> .....	<b>1</b>
1.1 Tema og problemstilling.....	2
1.2 Avgrensing av problemstilling .....	2
<b>2 Metode</b> .....	<b>3</b>
2.1 Val av metode .....	3
2.2 Søkeprosessen.....	3
2.3 Kjeldekritikk.....	4
<b>3 Teori</b> .....	<b>5</b>
3.1 Haldningar og kunnskap.....	5
3.2 Stigmatisering .....	7
3.3 HIV og Lovverket .....	8
3.4 Joyce Travelbee .....	9
3.5 Aktuell forskning .....	10
<b>4 Drøfting</b> .....	<b>11</b>
5.1 Sjukepleiarane sin kunnskap om HIV .....	11
5.1.1 Smittefrykt.....	12
5.1.2 Behov for undervisning .....	12
5.1.3 Haldningar og haldningsendring hos sjukepleiarane.....	13
5.2 Stigmatisering .....	14
<b>5 Konklusjon</b> .....	<b>16</b>
<b>Kjeldeliste</b> .....	<b>18</b>
<b>Vedlegg 1</b>	

## 1 Innleiing

”Because they won’t touch you. They act scared to touch you. They put on gloves right away—just to touch your skin—like they don’t know HIV is not spread that way. – Woman, age 44” (Zukoski & Thorburn, 2009, s. 271)

Ei av dei kanskje mest avskrekkande forkortingane vi finn i dagens moderne medisin er HIV. Dette står for humant immunsvikt virus, som angrip og øydelegg det cellulære immunsystemet og fører til at kroppen ikkje lenger kan beskytte seg mot mikroorganismar som vanlegvis ikkje fører til sjukdom (Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen & Stubberud, 2011, s. 93). Når immunsystemet er blitt så øydelagt at kroppen ikkje lenger kan beskytte seg og stadig utviklar nye infeksjonar, sjukdom, og/eller kreftsvulstar (òg kalla opportunistiske infeksjonar), har viruset gått over til AIDS eller erverva immunsviktsyndrom. AIDS er ikkje ein sjukdom i seg sjølv, men definerast på grunnlag av bestemte kliniske tilstandar som oppstår på grunn av HIV-viruset. AIDS er òg kjent som sluttstadiet til HIV (Brubakk, 2011, s. 87-88).

Viruset overførast via blod, men har blitt påvist i alle kroppsvæsker. Sjukdommen smittar ved seksuell kontakt med ein person som er smitta med viruset, og kjem inn i blodbana gjennom små sår og rifter som kan oppstå under seksuell aktivitet. Det smittar òg ved at t.d. sprøytemisbrukarar deler nåler, frå mor til barn under svangerskap eller fødsel og gjennom brystmjølk (Andreassen et. al, 2011, s. 93). Det ein veit med sikkerhet er at normal kvardagsaktivitet som å møte kvarandre, ete saman og vanlig berøring som t.d. å gje kvarandre ein god klem eller kysse ikkje er smittsamt. Tross at viruset er påvist i spytt, skal det svært mykje til for at det skal smitte på denne måten. Det skal faktisk så mykje som 7 liter spytt til, for at virusmengda skal være stor nok til å smitte (HivNorge, 2007).

I 2015 ble det diagnostisert 221 nye HIV-smitta i Noreg. Det er 28 færre enn i 2014, og det lågaste talet nye smittetilfelle på 10 år. Nedgangen kan sjåast blant homofile menn, mens det er lite endring for dei andre gruppene frå 2014. Per 31. desember 2015 var det 5843 personar med diagnosen HIV i Noreg (Folkehelseinstituttet, 2016). Elles i verda er det stor geografisk førekomst av viruset og opptil 30% av dei smitta oppheld seg i det sentrale og sørlege Afrika. Ca. 37 millionar menneske lev med HIV i verden pr. 1. januar 2015, og 2 millionar av desse blei smitta i 2014. Dette året døde òg 1,2 millionar menneske av AIDS, og det skremmande faktum er at halvparten av alle HIV-smitta i verden ikkje klar over at de er smitta med sjukdommen (Statens serum instutut, 2015).

## 1.1 Tema og problemstilling

Temaet HIV dukkar stadig opp i sosiale media, anten det er kjendisar som står fram med at dei har sjukdommen, stadige framsteg i forskinga på medisinar mot viruset, eller pasientar som blir nekta behandling fordi dei er HIV-positive. Desse pasientane havnar òg med jamne mellomrom på sjukehus, ikkje nødvendigvis på grunn av sjukdommen, men blir desse møtt med den same respekten, verdigheita og gode omsorga som andre pasientar? Dette ynskjer eg å finne ut av gjennom arbeidet mitt.

Interessa for temaet byrja den første og einaste gongen eg har møtt ein HIV-positiv pasient. Det første som skjedde når det vart opplyst om HIV-diagnosen, var at personalet automatisk trekte seg litt vekk og helst ikkje ville røre pasienten utan hanskar. Dette sjokkerte meg som student/assistent, ettersom vi gjennom sjukepleiarstudiet lærer basiskunnskapen om HIV, som at det ikkje smittar gjennom hudkontakt. Sjukdommen har ein av notidas mest stigmatiserte sjukdom, og blir forbunden med skam og fordømmar (Andreassen et al., 2011, s.94). Ein av grunnane til at sjukdommen kan bringe med seg så mykje stigmatisering, er at det rammar grupper i samfunnet som allereie er ramma av stigma som homofile, rusmisbrukarar og ikkje-etnisk norske (Børøsund & Melbye, 2013, s. 813). Ein annan grunn til at eg har valt dette temaet er at eg ynskjer meg meir kunnskap om korleis ein kan møte slike pasientar i sjukepleiarrolla. Då kan eg i framtida møte dei som ein kunnskapsrik og oppdatert sjukepleiar som er i stand til å sjå heile menneske og ikkje berre diagnosen.

Problemstillinga blei difor:

*”Korleis kan sjukepleiarane sine haldningar til HIV-smitte føre til stigmatisering av HIV-positive pasientar innlagt på sjukehus?”*

## 1.2 Avgrensing av problemstilling

Når ein person testar positivt for HIV tilvisast dei spesialisthelsetenesta for poliklinisk behandling og oppfølging, og blir difor ikkje å sjå i dei døgnbaserte sjukehusavdelingane så ofte (Andreassen et al., 2011, s. 95). Likevel kan ein når som helst møte HIV-pasientane i alle avdelingar ved andre generelle innleggingar. Oppgåva har eit sjukepleiarperspektiv, og ser på korleis sjukepleiarane behandlar pasientane ut ifrå haldningane dei har. Stigma blant helsepersonell kan føre til at pasientar unngår å gå til behandling noko som er svært ugunstig då pasientane er avhengige av tett oppfølging frå spesialisthelsetenesta for å gjennomføre den medisinske behandlinga (Aasen & Solvoll, 2011). Gjennom dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar går det heilt tydeleg fram at pasientar skal behandlast med verdigheit og respekt, og alle har rett til heilskapleg sjukepleie og til å ikkje bli krenka

(Norsk sykepleierforbund, 2011). Eg ynskjer å finne ut om haldningane som helsepersonellet har fører til stigmatisering, og korleis sjukepleiaren kan arbeide for å unngå det. Å få ei slik alvorleg diagnose vil være ei krise for dei fleste, og korleis sjukepleiaren oppfører seg rundt desse pasientane kan ha stor betydning (Andreassen et al., 2011, s. 95).

## 2 Metode

”Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. (...) Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn *data*, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår” (Dalland, 2007, s. 81).

### 2.1 Val av metode

I oppgåva mi har eg valt metoden allment litteraturstudie. Forsberg og Wengström (2008) forklarer dette som ein type studie som går ut på at ein gjer ein gjennomgang av forskning som allereie fins, og analyserer og kritisk vurderer denne litteraturen (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62). Eg har brukt fem forskjellige forskingsartiklar som eg vil samanlikne resultat og drøfte opp imot anna relevant faglitteratur. For å finne anna relevant kunnskap om sjukepleiaren og HIV pasienten har eg brukt litteratur frå pensumlista til høgskulen, sjølvvalt faglitteratur og nettsider. Av nettsider har eg valt meg ut t.d. Sjukepleiarforbundet, HivNorge og Folkehelseinstituttet som eg ser på som truverdige kjelder med mykje ny og oppdatert informasjon.

### 2.2 Søkeprosessen

For å finne forskning om temaet har eg brukt databasane Academic Search Elite, Cinahl, Medline, SveMed+, PubMed, Oria og The Cochrane Library. For å finne faglitteraturen eg har valt utanom pensumlista har eg brukt korte og/eller kombinerte søkeord i Oria. Faglitteraturen eg har valt meg ut omhandlar blant anna helserettlegg, korleis ein skal halde seg til pasientar med alvorlege sjukdommar, i tillegg til forskning om sjukepleiaren sine haldningar til og stigmatisering av pasientar med HIV og korleis sjukepleiaren ser på problemet. For å finne informasjon om HIV på verdsbasis har eg brukt Google.

I søkeprosessen for å finne forskning har eg kombinert fleire forskjellige søkeord i alle dei anbefalte databasane. Når eg har søkt har eg brukt OR for å utvide søket mitt med forskjellige variasjonar av eit ord t.d. sykepleie OR sykepleier OR sykepleiere. For å kombinere dette med fleire søkeord har eg brukt AND for å redusere antall treff t.d. sykepleie AND HIV. Søkeorda eg har brukt følgjer under:

**Norske søkeord:** sykepleie, sykepleier(e), HIV, humant immunsvikt virus, kunnskap, stigma(tisering), holdninger, fordommer og åpenhet.

**Engelske søkeord:** HIV, HIV/AIDS, human immunodeficiency virus, stigma(s), social stigma(s), willingness to care, educational needs, disclosure, social relationship(s), healthcare provider, nurse(s), nursing, privacy, refrain from nursing, attitude og avoidance.

## 2.3 Kjeldekritikk

Dalland (2007) seier at kjeldekritikk er metodane ein brukar for å finne ut om ei kjelde er sann og om det fins fleire av same oppfatning. Det betyr at ein må vurdere å karakterisere dei kjeldene som nyttast. Det er to sider ved kjeldekritikk. Den første omhandlar om korleis ein finn den litteraturen som best mogeleg kan belyse valt problemstilling. Dette kallar ein for kjeldesøk eller litteratursøk. Den andre omhandlar om å greie ut om kva litteratur ein har valt å bruke i oppgåva. Forsking, behandling og kunnskap om HIV er heile tida i endring, og difor har eg stort sett brukt den nyaste faglitteraturen. Det vil naturlegvis bli noko sekundærlitteratur da fleire forfattarar viser til primærlitteratur. Problemet med sekundærlitteraturen kan være at den kan ha feiltolkingar og unøyaktigheiter (Dalland, 2007). Eg vurderer all litteratur frå pensumlista til høgskulen som faglig forsvarlig, ettersom høgskulen sjølv har valt dei ut. Når eg skulle velje ein sjukepleieteoretikar å skrive om, valte eg Joyce Travelbee og hennar bok "Mellommenneskelige forhold i sykepleie". Denne har opphav i engelsk primærlitteratur, men er oversett til norsk. Her kan det sjølvstykta tenkast at det finnast mistolkingar og feilomsetjingar sidan den opphavleg er på engelsk.

I oppgåva har eg brukt faglitteratur, fag- og forskingsartiklar, og skjønnlitteratur. I faglitteraturen finn ein mykje om sjukepleie til HIV-pasienten, men til tross for at eg har fokuset på sjukepleiaren og ikkje pasienten, ønskte eg å få eit innblikk i det kjenslemessige ved å være "pasienten". For å få ei personleg forståing av dette, og det faktum at det kan være svært vanskelig å setje seg inn i korleis det er å leve med ein så alvorleg diagnose, har eg brukt boka "Døden ved min side" av John Galt (2008). Den er skriven under eit pseudonym, noko som utgjer ein viss fare for at det som står der ikkje er verkeleg. "Tradisjonelt forekommer pseudonymer på arbeider som forfatterne regner med vil skape oppstyr, og de har da til hensikt å spare dem for ubehageligheter." (Store norske leksikon, 2009, avsnitt 1). Eg har valt å bruke boka, fordi eg ser det som usannsynleg at nokon skriv om eit slikt tema dersom dei ikkje har som intensjon å opplyse om korleis det er å leve som HIV-pasient. Eg vel å tru at pseudonymet blir brukt kun for å halde seg anonym, og at informasjonen som blir gitt i boka er



i tråd med verkelege hendingar. Eg brukar ikkje faktakunnskap frå boka då den er mogeleg å finne innanfor faglitteraturen.

Forskningsartiklane som er brukt i oppgåva er frå USA, Finland/Estland/Litauen, Sverige og Storbritannia. I søkeprosessen har eg ikkje klart å finne norsk forskning om temaet, noko eg saknar ettersom eg gjerne ville sett på haldningane og kunnskapsmengda (eventuelt mangelen) til dei norske sjukepleiarane. Ved hjelp av dei brukte artiklane ser ein tydelege forskjellar ved samanlikning av forskjellige land. Store kulturforskjellar på verdsbasis gjer det vanskeleg å seie om resultatane ville likna på norske forhold, men i mine auge burde all sjukepleie være universal, slik at ein kan forvente å bli møtt på tilnærma lik måte uansett kor ein er i verda.

Før skriveprosessen lærte vi at vi gjennom søk på forskning burde halde oss innanfor dei siste 10 åra. Eg valte å begrense søka innanfor 2000-talet for å ikkje "miste" viktige artiklar berre på grunn av at dei var meir enn 10 år gamle. Funna vart då ein artikkel frå 2003, "Nursing staff and nursing students' attitudes towards homosexual HIV-infected patients in Sweden and the wish to refrain from nursing", og på grunn av at eg ikkje har funne liknande forskning av nyare dato som omhandlar same tema, at artikkelen er svensk og at temaet er relevant for oppgåva, så ha eg valt å bruke den.

## 3 Teori

I dette kapittelet vil eg beskrive begrepet stigmatisering, og haldningar og kunnskap blant sjukepleiarane, samt gjeldande lovverk som er relevant for oppgåva. Eg vil òg gå gjennom dei brukte forskningsartiklane, og dele kunnskap frå ein sjukepleiarteoretikar – Joyce Travelbee.

### 3.1 Haldningar og kunnskap

Begrepet kunnskap forklaras ved hjelp av ord som kjennskap, viten, lærdom og innsikt. Andre synonymar er fagkunnskap, innblikk, innsikt, kunnen, kyndighet og erfaring (ord.net).

Synonymar som erkjennelse, ferdighet, ekspertise og kyndighet viser at *den enkeltes personlige erfaring* er en vesentlig side ved kunnskapsutvikling.

Brukt på denne måten ligger kunnskapsbegrepet nær opp til begrepet kompetanse, som defineres som *skikkethet og dyktighet* og er knyttet til enkeltpersoners kvalifikasjoner. Å ha kompetanse eller å være kompetent innebærer da å være kvalifisert til å *ta beslutninger og handle* innenfor et bestemt funksjons- eller myndighetsområde (Kristoffersen, 2012, s.162).

”En holdning er en mening, oppfatning eller innstilling en person har, og som gjerne sitter dypere enn en mening. En mening kan lett endres, men den henger som regel sammen med de holdningene vi har.” (Bostad & Paulsen, u.å., første avsnitt).

Då HIV kom til Noreg på 80-talet, før ein visste korleis viruset smitta, vart HIV-pasientane innlagt på sjukehus møtte med eit smitteregime som svarar til luftsmitte, og helsepersonellet tok ekstra strenge førehandsreglar på grunn av manglande kunnskap om sjukdommen (Børøsund og Melbye, 2013, s. 806). Både samfunnet og helsevesenet frykta sjukdommen og mange var redde for å bli smitta, og HIV endra då ei rekke kulturelle haldningar i storsamfunnet med varig verknad (Evensen, Gradmann, Larsen & Nylenna, 2010). I dag er informasjonen om sjukdommen mykje betre og meir tilgjengelig, vi veit smittemåtane og vi har utvikla legemidlar som gjer at sjukdommen kan definerast som ei kronisk lidning og ikkje ein dødsdom, under føresetnad at ein har legemiddela tilgjengeleg og følg retningslinjene for bruk av desse. Tross dette er det fortsatt svært mange, i samfunnet generelt og i helsevesenet som fryktar HIV-smitta. Helsepersonellet sine haldningar til og kunnskap om HIV-pasientane varierer. Pasientgruppa rapporterer stort sett om gode opplevingar i møte med helsevesenet, men òg negative som bruk av smitteregimer med skilt på døra til pasientrommet, mat servert på eingongsutstyr og helsepersonell som tek på seg hanskar før dei helsar (Børøsund & Melbye, 2013, s. 807-808). Dei yrkesetiske retningslinjene seier at sjukepleiaren har ansvar for å halde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innan eige fagområde, og skal bidra til at ny kunnskap blir anvendt i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Dyd (dugelegheit/dyktigheit), botnar i følgje moralfilosofien i haldning og handling. Personelege eigenskapar gjer menneske i stand til å handle moralsk godt. Ved hjelp av haldningane sine, kan sjukepleiaren gjere livet leveleg eller uleveleg, mogeleg eller umogeleg for pasienten. Haldningane våre er måten vi møter og meistrar følelsar på. I situasjonar der ein naturleg føler frykt, kan ein bli feige dersom ein reagerer med for mykje frykt. Dersom ein møter situasjonen med for lite frykt, kan ein motsetjande bli dumdristige (Brinchmann, 2012, s. 126-127 og 137-139). Christoffersen (1994), forklarar at dydsetikken ikkje berre avgrensar fokus til menneske sine handlingar, men tar handlinga sitt formål med i betraktningane, og merksemda blir retta mot aktørane sine haldningar og motiv. Tenk deg den same handlinga, utført av to ulike menneske; den kan opplevast som god eller dårleg avhengig av personen sitt motiv. Dersom du er innlagd på sjukehus og det kjem ein sjukepleiar som er der på grunn av plikt, blir besøket sannsynlegvis ei dårleg oppleving, men kjem det ein sjukepleiar som likar deg og viser ekte omsorg, vil besøket sannsynlegvis følast som ei god gjerning (Brinchmann, 2012, s. 144).

Mange HIV-pasientar vel å skjule diagnosen på grunn av moglegheita for negative konsekvensar av å fortelle om sjukdommen. Folk sin manglande kunnskap om smittemåtar, og faktumet at HIV-positive på behandling ikkje er smittsame, hindrar ofte HIV-positive i å delta i arbeidslivet (Arbeidstilsynet, u.å.). For å oppnå gode terapeutiske relasjonar spelar sjukepleiaren sine haldningar og væremåte ei stor rolle. Ein har sjølv eit ansvar for eigne haldningsmessige reaksjonar, og desse må tilpassast situasjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s. 107). Jonn Galt fortel om helsepersonellet sine dårlige haldningar til og kunnskapsmangel om HIV og kallar fleire inkompetente om temaet, spesielt på mindre lokale sjukehus, og skriv at "Holdningen du møtes med, har noe ufattelig grunt ved seg. En slik grunnhet lar seg bare forstå som skalkeskjul for dypereliggende følelser som gjennomtrenger systemet fra innerst til ytterst: *angsten for hiv!*" (Galt, 2008, s. 223)

### 3.2 Stigmatisering

I antikkens Hellas var stigma fysiske teikn (arr eller brennemerke) som viste at personen var slave, kriminell eller utstøtt frå samfunnet (Goffman, 2009, s. 43). I dag blir det brukt på ein liknande måte der ein person har eit uønska kjenneteikn som dyttar han ut av fellesskapet der dei andre individa definerer seg sjølve som dei «normale» (Mandal, Nuland & Grønningssæter, 2008).

Goffman (2008) forklarar stigmabegrepet slik: samfunnet delar menneske inn i kategoriar, der kvar kategori har sin væremåte. Kvart etablerte miljø sine sosiale spelereglar gjer at vi utan merksemd eller ettertanke held oss til dei menneska det er sannsynleg at vi vil møte. Når vi møter eit nytt menneske vil vi sannsynlegvis allereie, ut ifrå utsjånad, være i stand til å seie kva kategori han tilhøyrar, kva eigenskapar han har, altså hans "sosiale identitet". Vi omformar inntrykka til normative forventingar og rettferdige krav, men er sjeldan klar over at vi har stilt desse krava. Når vi først får moglegheit innser vi at vi heile tida har gjort oss førehandsførestillingar om korleis individet det gjeld burde vere. Krava vi stiller stadfester forventingane våre og dei karaktereigenskapane vi legg til den enkelte er ei bedømming og begge utgjer ein tilsynelatande sosial identitet. Den kategorien han faktisk kan henvisast til, samt eigenskapane han viser seg å ha, blir hans faktiske sosiale identitet. Mens den framande er i nærleiken vår, kan det kome fram at han sit på eigenskapar som skil han frå andre i same kategori som han sjølv. Då reduserast han i bevisstheita vår frå eit heilt alminneleg menneske, til eit nedvurdert menneske. Å bli stempla på denne måten inneberer eit stigma, spesielt når den gjeldande stillast i sterk mistillit. Det inneberer ei ueinigheit mellom den tilsynelatande- og den faktiske sosiale identitet. Eit stigma består altså i verkelegheita av ein spesiell form for relasjon mellom ein eigenskap, og ein stereotyp klassifisering av menneske (Goffman, 2009, s. 43-45).

Sosiologien har teoriar om stempling. Dette dreiar seg om stigmatisering, marginalisering og avvik, i forhold til enkeltindivid og grupper i samfunnet. Innanfor helsesektoren finnast det pasientar som blir påtvungne pasientrolla, og desse kan reagere på stressfaktoren som sjukdommen kan utløyse og dermed oppføre seg på ein måte som er uønska og avvikande. Slike hendingar og avvik kan være grunnen til at sjukepleiarane unngår desse pasientane (Michaelsen, 2010, s. 144).

Gjennom Fafo-rapporten "Fortsatt farlig å kysse", fastslår dei at sjukepleiarane blir påverka av samfunnsrelatert stigma. Rapporten viser dei same forholda i Noreg, som i resten av verda når det kjem til kunnskap og haldningar. HIV er ofte forbunde med stigma, og sjukdommen er tabubelagt. Den rammar samfunnsgrupper som allereie er utsette for stigmatisering som homofile, rusmisbrukarar og ikkje-etniske norske (Mandal et al., 2008). I førebygginga av stigma i samfunnet spelar helsepersonell ei viktig rolle. Møter vi pasientane med kunnskap og respekt, viser vi at vi stiller dei på lik linje med andre (Børøsund & Melbye, 2013, s. 813). Som dei yrkesetiske retningslinjene seier: sjukepleiaren skal ivareta den enkelte pasient sitt behov for heilskapleg omsorg, og beskytte pasienten mot krenkande handlingar (Norsk sykepleierforbund, 2011).

### 3.3 HIV og Lovverket

#### **Lov om vern mot smittsame sjukdommar:**

Denne lova er heilt sentral i forhold til kva rettigheter og plikter HIV-positive har, fordi den regulerer smittsame og allmennfarlige smittsame sjukdommar. Kommunane er sjølve ansvarlege for at alle med smittsame sjukdommar som bur eller er til stades i kommunen, er sikra nødvendige og førebyggjande tiltak. Dei er òg pålagde å drive opplysning, råd- og rettleiing om førebygging (Smittevernloven, 1995).

#### **Lov om forbod mot diskriminering på grunn av nedsett funksjonsevne:**

Denne lova skal forhindre direkte eller indirekte pasientdiskriminering grunna nedsett funksjonsevne, som tap eller skade på kroppen sine fysiske, psykiske eller kognitive funksjonar, eller diskriminering på grunn av ein person ein har tilknytning til. Trakassering er òg forbode, som handlingar, unnlatingar eller ytringar som kan verke, eller har til hensikt å verke krenkande, skremmande, fiendtlig, nedverdiggjande eller audmjukande. (Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven, 2009).

#### **Lov om helsepersonell m.v:**

Lova har som formål å bidra til tillit mellom pasient, bruker og helsepersonell, samt kvalitet av helse- og omsorgstenestar og for sikkerheita for pasientane. Helsepersonell skal hindre at opplysningar som

handlar om pasientane (personlige- eller sjukdomsforhold) havnar hos uvedkomande, altså taushetsplikt. Opplysningar om pasienten skal kun givast til samarbeidande personell, dersom det er nødvendig for den forsvarlege helsehjelpa (Helsepersonelloven, 2001).

#### **Lov om pasient- og brukarrettigheitar:**

Lova har som formål å sikre befolkninga lik tilgang på tenestar av god kvalitet. Den skal òg fremme tillitsforholdet mellom helse- og omsorgstenesta og pasient, fremme sosial trygghet, respekten for den enkelte sitt liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukarrettighetsloven, 2001).

### **3.4 Joyce Travelbee**

Joyce Travelbee var ein amerikansk sjukepleiarteoretikar som hadde fokus på mellommenneskelege forhold og relasjonen mellom sjukepleiar og pasient. Hennar syn var at mennesket er eit enkelt individ, likt, men òg ulikt alle andre. Ho sat òg søkelys mot sjukepleiarutdanninga sitt ansvar for å utvikle forståing for skjebnane studentane kan møte gjennom utdanninga og seinare i jobbsamanheng. Definisjonen hennar på kva sjukepleie er:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2005, s. 29).

Pasientarbeid krevjar sjukepleiarar med gode haldningar. Travelbee meinte at ein som sjukepleiar skal møte pasientar med eit ope sinn og ikkje dømme. Alle menneske, òg sjukepleiarar, lagar seg eit bilete av ein person og gjer seg opp meiningar. Dersom ein pasient oppfører seg annleis eller rart, kan han/ho bli sett på som sær eller klagande, eller om pasientar er smitta av ein seksuelt smittande sjukdom kan dei bli sett på som umoralske. Sjukepleiaren skal etablere tilknytning til den sjuke slik at han kan forstå at han ikkje er aleine. Gjennom å være eit varmt medmenneske, kunnskapsrik og skjønnsam, har mange pasientar haldt motet oppe og blitt berga frå fortvilning. Ved å vise gjennom handling at ein ynskjer å hjelpe den sjuke, ikkje fordi han er sjuk og treng pleie, men fordi pasienten er den han er, og ingen andre, kan ein få ein god mellommenneskeleg relasjon. Men for å kunne hjelpe den sjuke er det absolutt nødvendig å setje seg inn i kva haldningar pasienten sjølv har ovanfor sin eigen sjukdom. Dette er dessverre eit område som ikkje blir følgt opp av sjukepleiarane (Travelbee, 2005, s. 31-36).

### 3.5 Aktuell forskning

#### **Nursing staff and nursing students' attitudes towards HIV-infected and homosexual HIV-infected patients in Sweden and the wish to refrain from nursing.**

Resultata viste at dei fleste sjuke- og hjelpepleiarane hadde erfaring med pleie av både HIV-positive og homofile pasientar. Studentane hadde stort sett pleia homofile pasientar, men hadde lite eller inga erfaring med HIV-positive pasientar. Alle gruppene viste like empatiske haldningar overfor pasientane med HIV, men hjelpepleiarstudentane hadde mindre positive haldningar mot homofile HIV pasientar. Dei tilsette på infeksjonsavdelinga viste låg smittefrykt, mens sjukepleiarstudentane viste meir frykt for smitte, og hjelpepleiarstudentane viste mest smittefrykt. Til slutt var det 36% av dei tilsette og 26% av studentane som sa at dei ville unngått å pleie HIV pasientar dersom dei kunne velje (Röndahl, Innhala & Carlsson, 2003).

#### **Empathy, inclusion and enclaves: the culture of care of people with HIV/AIDS and nursing implications.**

Denne studien blei gjennomført over to år på eit universitetssjukehus i Storbritannia. Resultatet viste at omsorgspersoner som jamleg hadde HIV-pasientar til behandling hadde eit bredt spekter av erfaring og i mange tilfelle var arbeidsfeltet sjølvvalt. På arbeidsplassen hadde dei høg grad av likeverd, ei meir positive innstilling og var mindre nedsettande enn andre, og dei hadde ei sterk empatisk tilnærming føljt av nær kontakt med klientgruppa. Konklusjon viste at ved hjelp av pleiepersonell spesielt utarbeida for omsorg for personar med HIV/AIDS kunne være den mest effektive måten å redusere stigma og diskriminering mot pasientgruppa i helsesektoren (Hodgson, 2006).

#### **Experiences of Social Stigma and Implications For Healthcare Among a Diverse Population of HIV Positive Adults.**

Deltakarane understreka at HIV har øydeleggande effekt på alle aspekt av helse og uttrykte ønske om medisinske tilbyderar å vurdere det komplekse samspelet mellom emosjonell og sosial trivsel og fysisk helse. Forståing av den daglige kampen HIV-infeksjonen utgjør strekk seg utover CD4-tall og virusmengde og blir antatt som avgjørande for å oppretthalde helse og overleving blant menneske som lever med HIV. Akkurat som deltakarane slit med å bli behandla med medkjensle og respekt i sine familiar og lokalsamfunn, oppstår det ein parallell prosess i helsevesenet. På spørsmål om korleis helsevesenet kan bli betre, uttrykte mange ønske om å bli lytta til, tatt på alvor, og sett på som meir enn berre sjukdommen sin (Sayles, Ryan, Silver, Sarkisian & Cuningham, 2007).

### **Willingness to Care for Patients with HIV/AIDS.**

Første del var spørjeundersøkingar med personlege spørsmål som sivilstatus, antall barn, kva felt dei var spesialisert i, om dei hadde slektningar eller venner med HIV/AIDS, og om dei nokon gong hadde nekta å pleie ein HIV-positiv pasient. I en andre delen av undersøkinga fekk dei ein fiktiv pasient, der dei skulle skalere kva grad av villigheit dei hadde til å hjelpe pasienten i forskellege situasjonar. I Finland svarte 29 % at dei kjente nokon med HIV/AIDS, mens i Estland var det 26%, og 14% i Litauen. Det viste seg òg at dei som hadde mest privat kjennskap til HIV/AIDS, var mest villige til å hjelpe ein slik pasient. Forskarane antydgar at ein av årsakane til forskjellane, kunne komme av at praksis for sjukepleiarar kan variere frå land til land (Välimäki et al., 2008).

### **Nurses' knowledge and attitudes to HIV/AIDS – an international comparison between Finland, Estonia and Lithuania.**

Studien viste at sjukepleiarane hadde gjennomsnittleg kunnskap om HIV/AIDS. Gjennomsnittet mellom landa var 68% riktige svar gjennom spørjeundersøkinga, midt mellom resultata 55% og 75% som blei funne i andre studiar. Variasjonen i kunnskapsnivå mellom landa var betydeleg, noko som understrekar viktigheita av utdanningsutvikling. Faktorane som påverkar sjukepleiarane sitt kunnskapsnivå viste helt at tidlegare erfaring i å gje omsorg for slike pasientar eller å kjenne nokon med infeksjonen hadde ein positiv innverknad på kunnskapsnivået . Sjukepleiarane si utdanningslengde hadde òg signifikant positiv samanheng med kunnskapsnivå. Studien fann òg ut at mange års arbeidserfaring var negativt relatert til kunnskapsnivå, og at eldre sjukepleiarar hadde det lågaste kunnskapsnivået (Suominen et al., 2010).

## **4 Drøfting**

### **5.1 Sjukepleiarane sin kunnskap om HIV**

Som sjukepleiar treff ein forskjellege menneske, i alle slags livssituasjonar. Alle har sine haldningar som ein har med seg heile tida, og desse blir aktivert når vi treff personar eller situasjonar som dei gitte haldningane er knytte til. Kva haldningar vi har kjem an på kva kjennskap vi har til, og kunnskap vi har om emnet (Kristoffersen, 2012 og Bostad & Paulsen, u.å.). Dårlege haldningar viste seg ved fleire tilfelle å botne i at kunnskapen om HIV anten var manglande eller fråverande (Hodgson, 2006). Dessverre viser ofte sjukepleiarane utilstrekkelege eller manglande kunnskap om både behandling og pleie for dei HIV positive pasientane (Hodgson, 2006 og Suominen et al., 2010 og Välimäki et al., 2008). Galt (2008) uttaler at:

Selv ikke på Ullevål sykehus skal man bevege seg mange meter bort fra infeksjonsmedisinsk avdeling før man oppdager at fordommer og frykt lever sitt eget liv. Norske leger og helsepersonell for øvrig kan ingenting om hiv. Det er mer enn en påstand. Det er en konstatering av faktum (Galt, 2008, s. 134).

Fleire HIV-pasientar har uttalt at den einaste plassen dei føler seg godtekne og trygge er på spesialklinikkar for HIV-smitta, og at dei ikkje tørr å avsløre HIV-statusen sin til andre enn legen til har kontakt med i forhold til diagnosen på grunn av redselen for å bli vist vekk (Sayles et al., 2007). Det viser seg at den beste måten å gje god pleie til HIV-positive pasientar er gjennom å bruke sjukepleiarar og anna helsepersonell med erfaring og som er førebudd på å møte denne typen pasientar (Hodgson, 2006 og Sayles et al., 2007). Røndahl et al. (2003) støttar opp om dette i forskinga si, der dei fann ut at dei som var mest villige til å behandle desse pasientane var sjukepleiarar som jobba på ei infeksjonsavdeling og hadde erfaringa derifrå. Suominen et al. (2010) seier derimot at år med arbeidserfaring var negativt i forhold til kva kunnskapar dei hadde om HIV, og at eldre sjukepleiarar hadde mindre kunnskap. Det er altså ikkje berre år med arbeidserfaring som betyr noko, men kva slags pasientar ein har hatt kontakt med gjennom åra.

### 5.1.1 Smittefrykt

Gjennom dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar finn ein at kvar enkelt sjukepleiar sjølv har ansvar for å halde seg oppdatert om forskning og utvikling på medisinske felt og skal ta ansvar for at kunnskapen blir teken i bruk i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011). Røndahl et al. (2003) forklarar at det fanst ei konflikt mellom overdriven smittefrykt og den faglege kunnskapen, til tross for at den var til stades. Frykta gjer òg at nokre sjukepleiarar ikkje ville ha fysisk kontakt med pasientar som har HIV og at det igjen førte til redusert pleieeffektivitet. Sjølv om smittefrykta over tid har endra seg, både i samfunnet og i helsevesenet, fins det fortsatt mykje unødig redsel som kunne vore unngått (Hodgson, 2006 og Røndahl et al., 2003). Frykt var mest utbredt blant studentane, og det blei konkludert med at dette var av den openbare grunn at du som student har manglande eller fråverande kunnskap om temaet (Røndahl et al., 2003). Fortsatt høge dødstal på verdsbasis og vissheita om at HIV fortsatt er ein kronisk ulækjeleg sjukdom viste seg å være viktige grunnar for frykta for fleire sjukepleiarar, som vidare førte til at dei vegra seg for fysisk kontakt med desse pasientane utan å beskytte seg (Hodgson, 2006).

### 5.1.2 Behov for undervisning

I studien til Røndahl et al. (2003) uttalte ein av studentane at "You feel insecure until education makes you feel secure" (Røndahl et al., 2003, s. 458). Dette kan eg leve meg veldig inn i, då



sjukepleiarstudiet har veldig bratt læringskurve, og du har mykje du skal lære på kort tid. Sjukepleiarar har ein pedagogisk funksjon ovanfor både medarbeidarar og studentar, og her har erfaringskunnskap mykje å seie, altså vil det lønne seg for kvaliteten på sjukepleia at den som kan mest lærer vidare. Suominen et al. (2010) fann i studien sin ut at det hadde mykje å seie om sjukepleiaren kjente nokon med HIV eller hadde erfaring med å pleie desse pasientane. I studien til Røndahl et al. (2003) blir informasjon og rettleiing frå kollegaar med meir erfaring etterspurt for å auke kunnskapsnivået om HIV og pleia av desse pasientane.

Joyce Travelbee meinte at sjukepleiarutdanninga hadde eit ansvar for å utvikle forståing for skjebnane studentane kan møte gjennom utdanninga og seinare i jobbsamheng (Travelbee, 2005). Dette understrekar òg Røndahl et al. (2003) som meiner at det må være meir fokus på temaet allereie tidleg i sjukepleiarutdanninga, i tillegg til at helsevesenet må legge vekt på læring gjennom retningslinjer om temaet og rettleiing frå andre sjukepleiarar som jobbar med HIV-pasientar. Når talet HIV-positive har stige med åra, har også behovet for meir utdanning og kunnskap meldt seg for alvor (Suominen et al., 2010). Studentane i studien til Røndahl et al. (2003) uttrykte òg at meir kunnskap og undervisning ville gjere dei tryggare i møte med HIV-pasientane gjennom praksis og seinare i arbeidslivet.

### 5.1.3 Haldningar og haldningsendring hos sjukepleiarane

I dydsetikken snakkast det om at haldningane våre er måten vi meistrar følelsane våre på (Brinchmann, 2012). For å endre på haldningane og kunnskapsnivået til sjukepleiarane har det vist seg at informasjon og kursing har hatt god effekt (Suominen et al., 2010). På grunn av frykta for å bli smitta og mangelen på kunnskap om smittemåtar, blei sjukepleiaren sitt ønske om å pleie HIV pasientar påverka (Røndahl, 2003 og Välimäki, 2008). I følgje Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (2009) er direkte eller indirekte diskriminering på personar med nedsett funksjonsevne til dømes HIV-positive forbode. I mine auge er unnlating av fysisk kontakt gjennom unødig hanskebruk ei form for diskriminering og dermed går innanfor lova si bestemming.

Det fins både gode og dårlege haldningar. Når du har dårlege haldningar kan det oppstå fordommar, noko som kan botne i dårleg kunnskapsgrunnlag (Bostad & Paulsen, u.å.). Temaet om villigheit til å gje pleie til HIV-pasientane går igjen i fleire av forskingane eg har brukt, og fleire at dei spurde uttrykkjer dårlege haldningar eller fordommar. I ein samanliknande forskning mellom landa Finland, Estland og Litauen slår forskarane fast at haldningane som sjukepleiarane har ikkje varierer kun frå person til person, men at kultur spelar ei stor rolle. Til dømes viste resultatet at sjukepleiarane i Finland var meir villige til å ta vare på HIV pasientane enn sjukepleiarane i Litauen, mens

sjukepleiarane frå Estland viste minst villigheit til å pleie dei (Välimäki et al., 2008). Til samanlikning seier Hodgson (2006) at det har stor innverknad på pasientane kva avdeling dei havnar på når dei blir innlagt, og fleire etterspør overflytting til infeksjonsmedisinsk avdeling fordi dei føler seg betre forstått og unngår dårlege haldningar og fordommar frå dei tilsette. Travelbee (2005) meiner at helsepersonellet må kunne setje seg inn i kva haldningar pasienten sjølv har ovanfor sin eigen sjukdom for å være i stand til å hjelpe, men sa òg at dette er eit område som ikkje blir følgt opp av sjukepleiarane. Det kan tenkast at sjukepleiaren ikkje gjer dette dersom dei sjølve har dårlege haldningar, og på grunn av dette helst vil unngå desse pasientane.

Det blir konkludert med det er minst fordommar og best haldningar der det fins mest kunnskap om HIV og denne typen pasientar (Hodgson, 2006 og Røndahl, 2003). Det er ikkje vanskeleg å tenke seg at ein sjukepleiar som jobbar på ei infeksjonsmedisinsk avdeling har betre haldningar og mindre fordommar enn ein sjukepleiar som sjeldan har med desse pasientane å gjere. Dei må oftare leve seg inn i korleis pasienten har det, og med den auka kunnskapen om til dømes korleis HIV smittar og ikkje, kan frykta for sjukdommen og menneska som lev med den reduserast. John Galt trekk òg fram dei gode haldningane og oppdaterte kunnskapen til sjukepleiarane som jobba på avdelinga han vart innlagt på, då han fekk diagnosen HIV. I tillegg gjev han uttrykk for at han ikkje hadde levd i dag, dersom han ikkje hadde blitt møtt med den forståinga og godheita som var hos sjukepleiarane der. (Galt, 2008). Dette seier noko om kor sårbar ein er ved å få ei slik diagnose. Som medmenneske kan ein berre førestille seg det, og eg for min del ynskjer å møte desse pasientane med verdigheit og respekt, samt gode haldningar og forståing.

## 5.2 Stigmatisering

HIV-infeksjonen er forbunde meg stigma, og rammar samfunnsgrupper som allereie er stigmatisert som homofile, rusmisbrukarar og ikkje-etnisk norske, og HIV-pasientane blir fort "uglesett" på grunn av angsten for smitte (Børø Sund & Melbye, 2013). Sjukepleiarar med mykje og god kunnskap viste seg som ein stor ressurs i forsøket på å kjempe mot stigmatisering og diskriminering i helsevesenet (Hodgson, 2006). Kunnskap er i mine auge alfa-omega for å oppnå eit godt utgangspunkt for pleia for HIV-pasientane, fordi ein då kan møte pasienten med mindre smittefrykt, nettopp fordi ein veit kva førehandsreglar ein må ta for å unngå det, og vidare får betre haldningar og mindre fordommar.

Galt (2008) fortel at han har fått høyre at han er "urein" og "til fare for samfunnet" på grunn av HIV-diagnosen sin. Han fortel òg å ha blitt avvist og å bli sett lengst bak i køen ved behov for tannlege time. Dette stidar imot Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (2009) som uttaler at

direkte eller indirekte diskriminering av personar med nedsett funksjonsevne er forbode. Galt har altså blitt utsett for både direkte diskriminering gjennom å bli avvist, og indirekte diskriminering med å få beskjed om at han vil bli sett bakerst i køen på grunn av "lange ventelister". I tillegg gjeld òg Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) som seier at befolkninga skal ha lik tilgang på tenester av god kvalitet, fremme tillitsforhold mellom brukar og helsepersonell, samt fremme sosial trygghet, respekt for den enkelte sitt liv, integritet og menneskeverd. I mine auge har tannlegane som helsepersonell brote desse ved å nekte han behandling hos seg på grunn av sin HIV-status.

I Røndahl et al. (2003) sin studie kjem det nokre opprivande utsegn frå intervjudeltakarane. Eit av dei er frå ein sjukepleiarstudent som seier: "I have nothing against the common HIV-infected but I am against the homosexual HIV-infected. Why not castrate them so they can't infect common decent people!? But the work has nothing to do with my personal opinion (Røndahl et al., 2003, s. 459). Studentar har som kjent mindre kunnskap enn sjukepleiarane, som følgje av at dei er i ein opplærings situasjon, men dei risikerer å få ei sjukepleiarkontakt med dei same negative haldningane, noko som vil vidareføre stigmaen (Røndahl et al., 2003). Fafo-rapporten "Fortsatt farlig å kysse?" støttar opp om dette, og uttaler at dei homofile HIV-positive opplev stigma både på grunn av diagnosen og på grunn av si seksuelle legning, eller dobbelstigmatisering. Innvandrara har òg problem med stigmatisering, og mange har ikkje eingong fortalt nærmaste familie om diagnosen i frykt for at det skal ramme heile familien i form av at dei ikkje blir godtekne fordi dei er i familie med ein som har HIV. Det blir konkludert med at førebyggingsarbeid er svært viktig for å motverke negative haldningar og stigmatisering av HIV, slik at det vil være en naturleg del av kvardagen å være opne om diagnosen, ikkje eit dilemma eller ei belastning (Mandal et al., 2008).

Hodgson (2006) meiner at den beste måten å minske antall tilfelle av stima er gjennom undervisning og rettleiing frå fagpersonell med erfaring og oppdatert kunnskap. Deltakarane i studien til Sayles et al. (2007) forklarte at det er overveldande og smertefullt å skulle takle stigma kvar einaste dag, men at dei følte seg sterkare og inspirert etter å ha delt historia si i fokusgrupper der dei blei akseptert for den dei var i eit trygt og støttande miljø. Disse fokusgruppene viste seg og ikkje berre kunne være eit inngrep for å redusere stigma, men til stor hjelp for pasientane for å redusere isolasjon og oppmuntre til læring og støtte frå pårørande. I mine auge har støtte frå pårørande bety mykje i situasjonen ein er i som HIV-pasient, og dersom dei kan lære ved å delta i slike fokusgrupper ser eg for meg at det vil være svært hensiktsmessig.

I stigmateteorien til Goffman (2009) blir det forklart at på grunn av den vi er og dei haldningane vi har, så plasserer vi folk i ulike kategoriar så fort vi møter dei. Kategorien ein har plassert personen i seier

noko om korleis vi forventar at han skal oppføre seg og kva eigenskapar han har, eller personens "sosiale identitet". Ved å "stemple" ein person i ein kategori kun på grunn av t.d. utsjånad inneberer eit stigma (Goffman, 2009). I sosiologien snakkast det også om stemping som stigma, gjennom at pasientar blir påtvinga pasientrolla (Michaelsen, 2010). I studien til Røndahl et al. (2003) side 459 finn vi ein sjukepleiar som uttalar:

I really try to care for these patients but when they are returning for hospital care time after time and you know they still live their homosexual life and so on. You don't want to care for them and I don't pity them.

Her har sjukepleiaren stempla dei homofile HIV-pasientane og putta dei i ein kategori der ho meiner at, fordi dei er homofile, har dei sjølv har skyld i sjukdommen sin og ikkje fortentar sympati. Vi veit i dag at det fins mange måtar å få HIV på, og dersom sjukepleiarar og studentar har ei oppfatning av at sjukdommen er sjølvforskyldt, må ein få i gang arbeid med undervisning og rettleiing. For meg blir det heilt feil å seie at ein person kun kan "takke seg sjølv" for diagnosen, då ein faktisk kan være heilt "uskyldig" i denne samanhengen. Ein kan til dømes få diagnosen av mor under svangerskap eller fødsel, og har då openbart inga moglegheit til å ta førehandsreglar eller beskytte seg. Men uansett om ein har vore uforsiktig og utsett seg sjølv for smitte, skal ein som sjukepleiar ikkje dømme pasienten for det han har gjort. Vi må respektere at han er den han er, og har gjort sine val her i livet, til tross for at vi kan være sterkt ueinige i dei. Det er ein stor del av det å være sjukepleiar, noko spesielt både Travelbee (2008) og dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar (Norsk sykepleierforbund, 2011) understrekar.

## 5 Konklusjon

HIV er ein relativt sjeldan sjukdom i Noreg ettersom kun 5843 personar hadde diagnosen ved utgongen av 2015, og det er difor ikkje ei pasientgruppe ein som sjukepleiar møter så ofte i forbindelse med vanlege sjukehusinnleggingar. Kunnskapsnivået til sjukepleiaren er grunnlaget til kva haldningar og eventuelt fordommar ho måtte ha. Ved hjelp av forskinga eg har brukt i oppgåva er det heilt tydeleg at det er mykje helsepersonell som treng meir kunnskap om HIV, og det er òg fleire om ynskjer seg det. Gjennom sjukepleiutdanninga er òg fokuset på sjukdommen lite.

Som sjukepleiarar, i Noreg og andre stader i verda, må ein være klar over at ein når som helst kan treffe ein HIV-pasient gjennom arbeidsdagen. Mange HIV-pasientar blir dessverre ikkje møtt med den

same respekten, verdigheita og gode omsorga som andre pasientar, og det botnar ofte i at helsepersonellet har for lite kunnskap om sjukdommen og difor fryktar den. På grunn av kunnskapsmangelen har mange dårlege haldningar som vidare blir til fordommar og stigmatisering. Den beste måten å løyse dette på er først og fremst å auke kunnskapen om HIV allereie på utdanningsnivå. Deretter må bruken av intern undervisning og erfaringskunnskap frå sjukepleiarar som arbeider med desse pasientane aukast, slik at andre sjukepleiarar kan rettleiast og undervisast. Sjukepleiarane har óg ei plikt om å oppsøke kunnskap for å auke kompetansen sin innanfor arbeidsfeltet, og for å yte forsvarleg og rettferdig helsehjelp.

Som helsepersonell må lære oss å sjå forbi diagnosen, eller bokstavane om du vil, slik at vi blir i stand til å sjå heile menneske som er bak den. Dersom vi er i stand til å møte dette menneske med god, oppdatert kunnskap og dei etterfølgjande gode haldningane, vil ein nesten utan tvil kunne lette på ein elles svært tung situasjon ved å bidra til trygghet, aksept og håp for framtida.

## Kjeldeliste

- Aasen, H. & Solvoll, B., A. (2011). Hiv-pasienten trenger medisinsk oppfølging. *Sykepleien*, 99(6), 58-59. doi: 10.4220/sykepleiens.2011.0085
- Andreassen, G., T., Fjellet, A., L., Wilhelmsen, I., L., & Stubberud, D., G. (2011). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I H., Almås, D., G., Stubberud, & R., Grønseth. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 61-106). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bostad, T., & Paulsen, T., M. (u.å.). *Holdninger*. Henta frå <http://ndla.no/nb/node/25440>
- Brubakk, O. (2011). Infeksjoner. I S., Ørn, J., Mjell, & E., Bach-Gansmo. (Red.). *Sykdom og behandling*. (1. utg., s. 69-90). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Børørsund, E., & Melbye, L., V. (2013). Sykepleie til pasienter med infeksjonssykdommer. I U., Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie – sykepleieboken 3*. (2. utg., s. 778-831). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P., A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. (2013). *Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne av 21. juni 2005 nr. 61*. Henta 29. 04. 16 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2013-06-21-61?q=diskriminering>
- Evensen, S., A., Gradmann, C., Larsen, Ø., & Nylenna, M. (2010). Hiv: Epidemien som satte holdninger på prøve. Henta 07. 05. 16 frå [http://michaelquarterly.no/index.php?seks\\_id=78908&a=1&treeRoot=78902](http://michaelquarterly.no/index.php?seks_id=78908&a=1&treeRoot=78902)
- Folkehelseinstituttet. (2015). I *Hivinfeksjon/Aids – veileder for helsepersonell*. Henta 28. 04. 16 frå <http://www.fhi.no/artikler/?id=82756>

Folkehelseinstituttet. (2015). I *Hivsituasjonen i Norge per 31. desember 2014*. Henta 26. 04. 16 frå <http://www.fhi.no/artikler/?id=114218>

Folkehelseinstituttet. (2016). I *Nedgang i hivtilfeller i Norge i 2015*. Henta 26. 04. 16 frå <http://www.fhi.no/artikler/?id=118184>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 02. juli 1999 nr. 64*. Henta 29. 04. 16 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>

HivNorge. (2007). I *Slik smitter ikke hiv*. Henta 14. 04. 16 frå <http://hivnorge.no/Om-hiv-aids/Slik-smitter-ikke-hiv>

Hodgson, I. (2006). Empathy, inclusion and enclaves: the culture of care of people with HIV/AIDS and nursing implications. *Journal of advanced nursing*, 55(3), 283-290. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03913.x.

Kristoffersen., N., J. (2012) Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I N., J., Kristoffersen, F., Nortvedt, & E., A., Skaug. (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg., s. 161-206). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen., N., J., & Nortvedt, P. (2012) Relasjon mellom sykepleier og pasient. I N., J., Kristoffersen, F., Nortvedt, & E., A., Skaug. (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg., s. 83-133). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mandal, R., Nuland, B., R., & Grønningsæter, A., B. (2008) *Fortsatt farlig å kysse? Kunnskap om og holdninger til hiv* (Fafo-rapport nr. 2008:21). Oslo: Fafo.

Michaelsen, J., J. (2010). Vanskelige pasienter og sykepleiere. I Graubæk, A., M., (red.). *Å være pasient*. (1. utg., s. 140-160).

Norsk Sykepleierforbund. (2011). I *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 07. 04. 16 frå <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02. juli 1999 nr. 63*. Henta 29. 04. 16 frå [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient og brukerrettighet](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet)
- Pseudonym. (2009). I *Store norske leksikon*. Henta 17. 04. 16 frå <https://snl.no/pseudonym>.
- 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. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02553.x.
- Sayles, J., N., Ryan, G., W., Silver, J., S., Sarkisian, C., A., & Cunningham, W., E. (2007). Experiences of Social Stigma and Implications For Healthcare Among a Diverse Population of HIV Positive Adults. *Journal of Urban Health*, 84(6), 814–828. doi: 10.1007/s11524-007-9220-4.
- Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 05. august 1994 nr. 55*. Henta 29. 04. 16 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittevernsloven>
- Statens serum institut. (2015). I *Hiv - Human immundefekt virus*. Henta 27. 04. 16 frå <http://www.ssi.dk/service/sygdomsleksikon/h/aids-hiv.aspx>
- Suominen ,T., Koponen, N., Mockiene, V., Raid, U., Istomina, N., Vänskä, M., L., Blek-Vehkaluoto, M., & Välimäki, M. (2010). Nurses' knowledge and attitudes to HIV/AIDS – an international comparison between Finland, Estonia and Lithuania. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 138-147. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01822.x
- Travelbee, J. (2003). *Mellommenneskelige forhold I sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Välimäki, M., Makkonen, P., Blek-Vehkaluoto, M., Mockiene, V., Istomina, N., Raid, U., Vänskä M., & Suominen, T. (2008). Willingness to Care for Patients with HIV/AIDS. *Nursing Ethics*, 15(5), 586-600. doi: 10.1177/0969733008092868.
- Zukoski, A., P., 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. doi: 10.1089/apc.2008.0168.



## Vedlegg 1

Tabell 1. Hivinfeksjon meldt MSIS 1984-2015 etter diagnoseår og smittemåte

Smittemåte	Før 2011	2011	2012	2013	2014	2015	Totalt	%
Heteroseksuell	2386	155	142	124	130	138	<b>3075</b>	52,6
- smittet mens bosatt i Norge	748	46	46	31	47	52	<b>970</b>	
- smittet før ankomst Norge	1638	109	96	93	83	86	<b>2105</b>	
Homoseksuell	1454	97	76	98	107	70	<b>1902</b>	32,6
Sprøytebruk	575	10	11	8	7	8	<b>619</b>	10,6
Via blod/blodprodukter	47	0	0	0	1	0	<b>48</b>	0,8
Fra mor til barn	64	4	7	1	3	2	<b>81</b>	1,4
Annen/ukjent	103	2	6	3	1	3	<b>118</b>	2,0
<b>Totalt</b>	<b>4629</b>	<b>268</b>	<b>242</b>	<b>234</b>	<b>249</b>	<b>221</b>	<b>5843</b>	100,0

(Folkehelseinstituttet, 2016)