



Institutionen för hälsovetenskap

Hur Patienter med HIV eller AIDS Upplever Bemötandet av Vårdpersonal

Ett litteraturbaserat examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Ronja Bubach och Diana Göransson

Examensarbete i omvårdnad på grundnivå Sjuksköterskeprogrammet

Institutionen för Hälsovetenskap/ Högskolan Väst

Vårterminen 2016

Examensarbetets titel Hur patienter med HIV eller AIDS upplever bemötandet av vårdpersonal. How patients´with HIV or AIDS experience treatment from healthcare personnel.

Författare Diana Göransson och Ronja Bubach

Handledare Lisbeth Hillström

Examinator Ina Berndtsson

Instution Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap

Arbetets art Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Program/kurs Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

Termin/år VT 2016

Antal sidor 20

Abstract

Background: HIV and AIDS is a severe infectious disease. The first cases of AIDS were recorded amongst homosexual men in the United States. The disease has been found in more than 200 countries. There is a stigma surrounding the disease and patients are still being exposed to discrimination and indignity. Bad interactions between patients and healthcare personnel (HCP) caused concern and the patients avoided care to great extent.

Aim: The aim was to increase the understanding of HIV and AIDS patients' experiences of the encounters with HCP in a medical context.

Method: The method was grounded in analysis of qualitative research and was used to create an oversight of a specific phenomenon. Systematic searches in PubMed and Cinahl along with unsystematic searches resulted in 11 qualitative articles. The articles was analyzed and resulted in three main and six under themes.

Results: The result indicated that the patients experienced both positive but mainly negative experiences. The experiences that was described was attributes among the HCP, actions in the meetings and feelings among the patients. The attitude towards the patients failed in healthcare situations and was uttered through discrimination and indignity. Confidentiality was breached and patients were denied care.

Conclusion: The stigmatism was widely figured in the healthcare system and had its core in the lack of knowledge about the disease. It is of fundamental importancy to increase the knowledge about the disease, for both HCP and the public.

Key words: AIDS, attitude, HIV, patients experience, stigmatism

Populärvetenskaplig sammanfattning

De patienter som lever med HIV och AIDS är en utsatt grupp inom svensk hälso och sjukvård. Trots att det gått flera decennier sedan första fallen av HIV och AIDS lever dessa patienter med ett stigma. Detta beror på okunskap hos vårdpersonal om såväl sjukdom, exempelvis smittsamhet, samt bemötande. Den här uppsatsen handlar om hur patienter med HIV och AIDS diagnos upplever bemötandet från vårdpersonal.

Resultatet visade att en del vårdpersonal berättade att de inte upplevde någon rädsla för att smittas och hade inget emot att vårda patienter med HIV eller AIDS. Deras handlingar antydde däremot motsatsen. Patienterna beskrev vårdpersonal som hade ett otrevligt beteende och var nedvärderande, avståndstagande och oprofessionella. Några få patienter blev bemötta av vårdpersonal som uttalade sig homofobiskt och rasistiskt. Patienter upplevde att vårdpersonalen ignorerade dem, ställde påträngande frågor och i vissa fall ljög eller hemlighöll information. Vårdpersonalens handlingar resulterade i att patienterna upplevde negativa känslor av olika slag. De kände sig respektlöst behandlade och bemötta, de upplevde att de föll offer för en orättvis vård. Känslorna grundades enligt patienterna i att vårdpersonalen skuldbelade dem för val av livsstil som kan ha resulterat i att dem smittats med HIV.

En del vårdmöten hade till skillnad från majoriteten av mötena, en positiv karaktär. I de positiva mötena upplevdes vårdpersonalen bland annat som kompetent, varm, öppen, tillmötesgående och empatisk. När vårdpersonalen bemötte patienterna på ett bra sätt bidrog det till att patienterna uppmuntrades att vara kontinuerligt delaktiga i sin behandling. Personalen i storstäder upplevdes av patienterna som med accepterande och stöttande till skillnad från personalen på landsbygd och i mindre städer. I vissa fall upplevde patienterna att vårdpersonalen på kliniker belägna på landsbygden också var accepterande och stöttande. Vårdpersonalen tog sig tid till att lyssna och samtala med patienterna. De berörde patienterna fysiskt genom kramar och handhållning. En del patienter upplevde att vårdpersonalen gjorde mer än vad som förväntades av dem utifrån deras yrkesroll.

Patienterna kände sig bekväma och trivdes med sina vårdgivare som bemötte dem på ett positivt sätt. Att bli bemött som en riktig person gjorde att patienterna kände sig betydelsefulla, vilket ledde till att patienterna upplevde att det var viktigt att inte missa sina återbesök eller behandling.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Infektionssjukdomen HIV	1
Bemötande	2
Jean Watsons interaktionsteori	3
Den transpersonella omvårdnadsrelationen	3
Watsons tvärkulturella data	3
Personcentrerad Vård	3
Lidande	4
Integritet	5
Problemformulering	5
Syfte	6
Metod	6
Litteratursökning	6
Urval	7
Analys	7
Resultat	8
Positiva attribut hos vårdpersonalen	8
Negativa attribut hos vårdpersonalen	9
Positiva handlingar i mötet	9
Negativa handlingar i mötet	10
Positiva känslor hos patienterna	11
Negativa känslor hos patienterna	11
Metoddiskussion	12
Metoden	12
Litteratursökning	12
Urval	13
Analys	13
Forskningsetiska principer	13
Trovärdighet och Överförbarhet	14
Resultatdiskussion	14
Temat	15
Positiva Attribut hos Vårdpersonal	15
Negativa Attribut hos Vårdpersonal	15
Positiva Handlingar i Mötet	16
Negativa Handlingar i Mötet	16
Positiva Känslor hos Patienterna	18
Negativa Känslor hos Patienterna	18
Slutsats	19
Praktiska implikationer	19
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	20

BILAGA I: SYSTEMATISKA SÖKNINGAR

BILAGA II: MALL FÖR KVALITETSGRANSKNING

BILAGA III: ÖVERSIKT AV ANALYSERAD LITTERATUR

Inledning

Patienter med HIV eller AIDS är en sårbar och utsatt patientkategori i dagens samhälle. Enligt Diskrimineringslagen (SFS 2008:567) är lagens syfte att motarbeta diskriminering och gynna lika rättigheter och oberoende av kön, etnisk tillhörighet, trosuppfattning eller religion, funktionsnedsättning, sexuell läggning. Enligt lagen är diskriminering förbjuden inom hälso- och sjukvården samt all annan medicinsk verksamhet. Trots detta är det ett aktuellt problem inom sjukvården för patienter som lever med HIV eller AIDS (Surlis & Hyde, 2001 ; Stutterheim et. al., 2014). Det är sjuksköterskans ansvar att i en vårdmiljö främja mänskliga rättigheter så som personliga värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar hos enskilda individer, familjer och allmänheten (International Council of Nurses, 2014).

Bakgrund

Infektionssjukdomen HIV

Human immunodeficiency virus (HIV), som utvecklas till acquired immunodeficiency syndrom (AIDS), är fortfarande sjukdomar som anses vara ett globalt problem. Enligt World Health Organizations [WHO] (2015) lider ungefär 36.9 miljoner människor av HIV runt om i världen i slutet av 2014. WHO uppskattar att det enbart är ungefär 54 % av de människor som är smittade med HIV som är medvetna om deras sjukdomstillstånd.

HIV tillhör de anmälningspliktiga sjukdomarna i Sverige. Sedan anmälningskyldigheten för HIV trädde i kraft, har det enligt folkhälsomyndigheten (2015) rapporterats 11 247 fall av HIV/AIDS fram tills december 2014. I dag lever det ungefär 6 800 personer med känd HIV-diagnos och sjukvårdskontakt i Sverige. De första fallen av AIDS i Sverige rapporterades 1982. Patienterna var män som haft sexuell kontakt med andra män och som uppvisade symtom på flera opportunistiska infektioner och dåliga laborativvärden (Pehrson, et. al., 1983). HIV är en blodsmitta som inte går att bota. Behandlingen som finns att tillgå bromsar enbart infektionen (Gisslén, 2011).

Enligt Gisslén (2011) isolerades och beskrivs HIV först i ett laboratorium 1983, vilket sedan resulterade i nobelpriset. Viruset har identifierats i över 200 länder och områden runt hela världen. Spridningen av viruset tog fart i mitten till sent 1970-tal. På grund av lång inkubationstid var det först på tidigt 80-tal de första fallen av AIDS rapporterades och det var bland homosexuella män i USA (Gisslén, 2011). Det finns två olika genetiska varianter av HIV, typ 1 och typ 2. HIV är en zoonos, ett virus som kan spridas från djur till människa (Gisslén, 2011). Prevalensen varierar kraftigt beroende på olika riskfaktorer och riskbeteenden som finns i samhället, som förekomsten av oskyddat samlag (World Health Organization, 2016). Enligt Gisslén (2011) sker en långsam ökning av HIV även i Sverige. Det anses fram för allt bero på den ökade invandringen från områden med hög förekomst av sjukdomen.

HIV är ett retrovirus. Retrovirus har DNA-virusets latensförmåga och RNA-virusens föränderlighet. Viruset kan inte föröka sig själv utan invaderar värdceller och utnyttjar dess funktioner för att sprida sig. Viruset har en låg smittsamhet förutom under de första veckorna efter smittspridning och när viruset utvecklats till AIDS (Folkhälsomyndigheten, 2016a).

Akut HIV-infektion uppstår hos mer än hälften av de smittade. Symtom på en akut HIV-infektion brukar inträda 2-3 veckor efter tillfället för exponering av smittan. Vanliga symtom på en akut infektion är feber, tonsillit och förstoring av lymfkörtlar. Primära symtom avtar efter 7-14 dagar (Gisslén, 2011). När opportunistiska tumörer uppstår övergår HIV-

infektionen till AIDS. Hos en obehandlad patient med HIV-diagnos är mediantiden för den kroniska fasen 8-10 år, men förloppets progress är väldigt individuellt (Gisslén, 2011).

HIV sprids via slemhinnor, graviditet eller blod. Smittriskan är störst vid analt samlag eller direkt blodkontakt. Smittan kan också spridas vid vaginalt samlag. Bland heterosexuella individer är det vanligast att kvinnor blir smittade (Rice et. al., 2014). Det finns också en smittrisk vid oralsex (Gisslén, 2011). I Arbetsmiljöverkets föreskrifter påtalas användning av personlig skyddsutrustning §1 (AFS 2001:3). Inom vårdarbetet innebär det att vid risk för kontakt med kroppsvätskor bör relevant utrustning som handskar och förkläde användas (Möller & Sjögren, 2015). Risken för vårdpersonal att smittas i samband med stick- eller skärskada är låg, endast cirka 0,3 % (Gisslén, 2011).

År 1996 blev kombinationsbehandlingen highly active antiretroviral therapy (HA-ART) tillgänglig, en form av bromsmedicin. Infektionen kan behandlas effektivt vilket påverkar mortaliteten och morbiditeten till den grad att livslängden inte påverkas (Gisslén, 2011).

Bemötande

HIV är en infektion som fortfarande är stigmatiserad. Det yttrar sig i vårdverksamheten där en del vårdpersonal bemöter dessa patienter annorlunda. Stutterheim et.al., (2014) beskriver att patienter haft flera negativa möten i olika vårdkontexter. En del av deltagarna i studien har haft så många dåliga möten att de undviker vård så länge de kan. Andra deltagare berättar att de blivit bemötta med sympati och fått stöd av vårdpersonal.

Nyblade, Stangl, Weiss och Ashburn (2009) kommer fram till tre orsaker bakom stigmatisering av denna patientgrupp inom hälso- och sjukvården. Okunskap kring vad och hur stigmatisering ser ut, rädsla för fysisk kontakt på grund av okunskap kring smittspridning av HIV och associationen mellan HIV och riskbeteenden samt brytande av normer i samhället.

Ett negativt möte kan innebära att vårdpersonal tar på sig ett extra par handskar vid provtagning eller överanvänder annan skyddsutrustning, till ovilja att vårda (Stutterheim et. al., 2014). Enligt Rödahl, Innala och Carlssons (2003) uttrycker både vårdpersonal och studenter att de besitter en bristande kunskap eller osäkerhet inom ämnet. De behöver stöd och undervisning från mer erfarna kolleger i vårdandet av patienter med HIV eller AIDS. Det yttrar sig i synnerlighet vid omvårdnadsmoment där det föreligger en risk för kontakt med blod. Sjuksköterskor har en empatisk attityd och en låg andel av dem uttrycker rädsla för smitta. Men studien visade också att 36 % av sjuksköterskorna helst skulle avstå från att vårda patienter med HIV om möjligheten finns.

Enligt International Council of Nurses (2014) skall sjuksköterskan ge god och respektfull omvårdnad oavsett ålder, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund, sexuell läggning, nationalitet, sociala eller politiska åsikter, funktionsnedsättning eller sjukdom. Sjuksköterskan har också en viktig del i samhället, där hon skall arbeta för att främja och etablera insatser som sörjer för allmänhetens hälsa och sociala behov. Det gäller inte minst för sårbara befolkningsgrupper. Trots det beskriver Surlis och Hyde (2001) att individer som smittats med HIV genom sexuell kontakt eller drogmissbruk blir extra utsatta för skuldbeläggning. Patienterna upplever att vårdpersonalen gör skillnad på homosexuella personer med HIV och personer med HIV som missbrukar. Patienterna som missbrukar upplever att de homosexuella patienterna blir mindre stigmatiserade och får mer uppmärksamhet och stöd. Enligt Rödahl, Hörnsten och Udo (2015) så kan vårdpersonalen bidra till ett motstridigt beteende. Vårdpersonalen kan uppleva motstridiga känslor när ny fakta kolliderar med gamla normer. Det kan beskrivas som att känslor och förnuft inte alltid går hand i hand.

Patienter med HIV eller AIDS har rätt till samma vård som andra patienter oavsett bland annat kön, etnicitet, (SFS 1982:763).

Jean Watsons omvårdnadsteori

Jean Watsons omvårdnadsteori (1985) utgår från att synen på omsorg ska vara ett moraliskt ideal och där det som avsikt är att bevara det mänskliga. Den leder till en positiv utveckling för andras välbefinnande samt bekräftar den personliga subjektiviteten. Sjuksköterskan får också utrymme att kunna utvecklas och lära sig någonting nytt. Watson (1985) använder sig också av tio olika karaktäristiska faktorer som bygger upp synen på omsorgen så att den blir ett moraliskt ideal. Sammanfattningsvis utgår omvårdnadsteorin ifrån att sjuksköterskan och patienten skall ha ett nära samarbete och arbeta som ett team. Den enskilde patienten är förändraren men sjuksköterskan kan medverka i själva förändringsprocessen. Sjuksköterskan skall också vara personlig och empatisk på ett genuint sätt.

Den transpersonella omsorgsrelationen

En del av dessa faktorer som Watson (1985) lyfter är den transpersonella omsorgsrelationen. Med det menas att mänsklig omsorg börjar när sjuksköterskan träder in i den andres livsrum. Den typ av omsorgsrelation kan ses som en förening med en annan person där det finns en stor respekt för båda individernas livsvärld.

Förutsättningarna för den transpersonella omsorgsrelationen är att ett moraliskt åtagande att främja och skydda den mänskliga värdigheten finns. Detta uppnås genom att ge individen möjligheten att bestämma meningen med sig själv. Att bekräfta patientens egna subjektiva betydelse är också en del av den transpersonella omsorgsrelationen. Sjuksköterskan behöver ha en förmåga att uppfatta känslor och det inre tillståndet hos patienten. Hen behöver också kunna stötta upp patienten på ett sådant sätt att dess livsvärld upprätthålls eller förbättras, att patientens subjektiva syn på sig själv är lika hel som sjuksköterskans (Watson, 1985).

Sjuksköterskan behöver också kunna dela upplevelserna med patienterna delvis genom sina erfarenheter och egen livshistoria (Watson, 1985).

Watsons tvärkulturella data

I Watsons (1985) tvärkulturella data innefattas ett antal kategorier som i sin tur kan sammanfattas på ett sådant sätt att sjuksköterskan behöver ha ett individuellt förhållningssätt gentemot varje enskild patient. Det ger en nära och tillförlitlig relation till patienten, något som är extra viktigt vid en sjukdom som HIV eller AIDS som är så pass krävande, kronisk och stigmatiserad.

Watson (1985) beskriver att sjuksköterskan behöver kunna dela med sig av sina känslor, att både ge och ta kärlek, känna sorg och smärta med patienten och låta patienten känna sina känslor. Utstråla närvaro i form av att beröra fysiskt, så som en hand på axeln eller en kram. Även upplevd närhet, att under en längre period dela upplevelser och stötta. Sjuksköterskan bör också ge och ta tid. Vara tillgänglig och återkomma genom återbesök för att stötta och visa intresse för patienten.

Personcentrerad vård

Enligt Hörnsten (2013) är personcentrerad vård en viktig utgångspunkt i vårdandet och innebär att fokuset ligger på resurserna som varje individ innehar. En personcentrerad vård riktar sig mot hur det är att vara i behov av vård. Ett exempel på en viktig ståndpunkt för personcentrerad vård är att istället för att använda ordet patient, använda ordet person. Patient

betonar i allt för hög grad sjukdomen och dess påverkan på kroppen istället för människan och dennes individuella behov och erfarenheter.

Från ett patientperspektiv är bandet som bildas mellan patient och vårdgivare en dynamisk upplevelse, karaktäriserad av den spirituella kopplingen som beskrivas som ett band av ljus mellan dem. Patienterna som litar på och har bildat ett band mellan sig själv och vårdgivaren upplever vårdgivaren som omtänksam, kompetent och vis (Halldorsdottir, 2008).

Patientcentrerad vård används i litteraturen för att betona vikten av en vård som skall planeras och utföras i samråd med patienten. Ett partnerskap mellan sjuksköterska och patienten är fundamentalt för en vårdande relation. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) skall vården i den mån som det är möjligt utarbetas i diskussion med patienten. Patientens delaktighet i vården skall utgå från dennes önskemål och personliga förutsättningar.

Hörnsten (2013) betonar vikten av ett partnerskap som en grundsten för den vårdande relationen och där vården bör utgå från personens upplevelse av sjukdomen. Vården planeras i samråd med personen som är i behov av vård. En personcentrerad vård där människan med vårdbehov tillåts vara i centrum och i den mån det går inkluderas i vårdandet leder till starkare egenvård och högre följsamhet till läkemedelsbehandling. Alharbi, Carlström, Ekman, Jarneborn och Olsson (2014) beskriver att patienter kände sig lyssnade på och att deras egen uppfattning av situationen noteras när personcentrerad vård tillämpas. Personer upplever att vårdpersonalen ser dem som individer och fokuserade inte enbart på deras sjukdom.

Att vara i behov av vård och inte bli tillräckligt informerad, uppmärksam, hörd eller sedd som en individ med personliga behov och individuella svårigheter leder till problem i mötet. Problemen kan yttras i form av osäkerhet och motvilja gentemot vårdaren och vården. Larsson, Sahlsten, Segesten och Plos (2011) beskriver att sjuksköterskor som ger information på ett anpassat sätt motiverar patienten att aktivt delta i sin egen vård.

Lidande

Arman (2012) beskriver att lidande och välbefinnande är två begrepp som står i nära relation till varandra och som också är en förutsättning för varandra. Att lida kan beskrivas som att genomgå och uppleva smärta, drabbas av smärtsamma händelser och att uthärda. Som ett substantiv sätter begreppet lidande patienten eller hans upplevelser i centrum. Enligt Arman (2012) kan patient som begrepp översättas till en som tålmodigt lider. Hälso- och sjukvården har från början förhållit sig till begreppet lidande på ett tydligt sätt genom att se patienten som en lidande människa. Förhållningssättet bidrar till vårdarens syfte, att lindra lidande. Det ursprungliga synsättet, efter en omprioritering på 2000-talet, går från ett patientorienterat synsätt till ett mer kundorienterat. Det leder till att lidande och lindra lidande inte längre med klarhet står i centrum för vården.

En patient som kränks riskerar att drabbas av psykiskt lidande. Det lidandet kan leda till en vårdskada. Vårdpersonal är enligt lag skyldiga att försöka motverka vårdskador (Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659). I Surlis och Hydes (2001) studie framkom det att tystnadsplikten ibland blev bruten, oavsiktligt eller avsiktligt. I fall där tystnadsplikten bryts blir både patientens integritet, säkerhet och trygghet skadad. Brott mot tystnadsplikten kan yttra sig genom att vårdpersonal samtalar om sjukdomen inför anhöriga utan patientens medgivande. Det kan leda till att patienten börjar lida psykiskt.

Upplevelse av lidande inkluderar fysisk, emotionell eller existentiell känsla med smärta och ångest. Att lida är något mänskligt och naturligt för alla människor och där med inte något sjukligt. Allt lidande är individuellt. Det är individen som lider som formar lidandet och dess

innebörd (Arman, 2012). Enligt Kasén, Nordman, Lindholm och Eriksson (2008) kan vårdlidande uppkomma när sjuksköterskan både undervärderar eller övervärderar det hjälpbehov som patienten har. En vårdrelation som är ojämn där patienten själv anser sig vara underlägsen vårdgivaren kan också vara en bidragande faktor till ett vårdlidande. Vid en odynamisk relation är det möjligt att patienten inte vågar ifrågasätta vårdpersonalens beslut eller lyfta sina egna åsikter. En sådan typ av vård kan resultera i att patienten varken blir hörd eller sedd och känner sig förminskad då hans behov blir obetydliga (Kasén et. al., 2008). Studien visar att patienter drabbas av vårdlidande när de utsätts för skuldbeläggning. En diagnos kan vara en bidragande faktor till varför en patient skuldbeläggs eller fördöms. En attityd som denna kan orsaka tredubbelt lidande för patienten. Sjukdomen i sig leder till lidande, en känsla av misslyckande skapar ytterligare ett lidande och vetskapen av att vårdaren fördömer hen leder även det till ett lidande (Kasén et. al., 2008).

Att patienter objektifieras genom att kallas för ett nummer och eller en diagnos orsakar ett vårdlidande för en del patienter. Studien visar att vården fokuserar på problemlösning snarare än att lyssna på patienten (Kasén et. al., 2008).

Åtgärder i förebyggande syfte skall vidtas av vårdgivaren för att undvika att patienter drabbas av vårdskador. Vårdgivaren är skyldig att utreda händelser som orsakat eller haft potential att orsaka en vårdskada. Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) innebär en vårdskada lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall förorsakad av hälso- och sjukvården som skulle kunnat undvikas om passande åtgärder vidtagits. Patienter och närstående skall av vårdgivaren ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Integritet

Integritet är ett begrepp vars innebörd kan variera beroende på vilket sammanhang ordet tillhör. I Hälso- sjukvårdslagen (SFS 1982:763) § 2a:3 står det att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär att den särskilt ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Personlig integritet kan byggas på tre olika kategorier. Kategorierna är att bevara självet, värdighet och tilltro som kan uttryckas i relationen mellan patient och vårdgivare. En omvårdnadssituation som ur vårdgivarens perspektiv är en daglig rutin, kan ur patientens perspektiv upplevas som kränkande. Kasén et. al. (2008) menar att patientens värdighet kan kränkas om hen hamnar i en sådan situation där hen känner sig naken och avklädd i en abstrakt bemärkelse. Ett exempel på en sådan situation är när patientens privata angelägenheter diskuteras inför medpatienter vilket upplevs generande. Om omvårdnadshandlingen utförs på ett sådant sätt att patienten upplever den som kränkande, kan patienten uppfatta det som en negativ erfarenhet och i framtiden undvika att söka vård så länge som möjligt (Andersson, 2012).

Patientens värderingar och önskemål ska alltid beaktas samt gränserna för den personliga sfären skall respekteras. Integritet är ett stort och komplext begrepp där det är individens upplevelser och egna normer som avgör när hens integritet kränks eller respekteras (Andersson, 2012).

Problemformulering

HIV och AIDS är världsomfattande infektionssjukdomar som ökat i förekomst de senaste decennierna och prevalensen förväntas fortsätta öka bland världens befolkning. I Sverige förväntas antalet personer med HIV också öka. Förekomsten av AIDS beräknas däremot att minska i Sverige då bromsmediciner som finns är väldigt effektiva.

Forskning visar att patienter med HIV och AIDS särbehandlas av sjukvårdspersonal och att dessa patienter är en utsatt och stigmatiserad grupp trots att det gått flera decennier sedan första sjukdomsfallet. Alla patienter har rätt till lika vård och skall bemötas med respekt och medkänsla. Eftersom prevalensen av HIV förväntas öka i Sverige, är det av stor vikt att belysa hur HIV-relaterad stigma påverkar och upplevs av patienterna.

Syfte

Syftet var att öka förståelsen för patienters upplevelser av mötet med sjukvårdspersonal i ett omvårdnadskontext då patienten har en HIV eller AIDS diagnos.

Metod

Uppsatsen har en kvalitativ design och metoden som valdes var ”att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning.” (s. 121) (Friberg, 2012). Metoden användes för att skapa en sammanfattande bild av ett specifikt fenomen. Motivet var att öka förståelsen för hur patienter med HIV eller AIDS-diagnos upplever bemötandet från vårdpersonalen. Enligt Friberg (2012) har kvalitativa studier som utgångspunkt att skapa en ökad förståelse för ett valt fenomen. Metoden syftar även till att sammanställa tidigare forskning till en ny helhet, omvandla den vetenskapliga kunskapen till praktiskt användbar kunskap och utforma ett sätt för hur fenomenet kan hanteras i vårdarbetet.

Litteratursökning

Vi började med osystematiska sökningar för att få en uppfattning om hur mycket forskning som fanns om ämnet. För att hitta relevant litteratur om fenomenet gjordes därefter osystematiska- och systematiska sökningar i databaserna Cinahl och PubMed. Cinahl och PubMed är två databaser som ofta används inom omvårdnadsforskning. Cinahl täcker allt ifrån avhandlingar och böcker till näst intill alla engelskspråkiga omvårdnadstidskrifter. PubMed täcker omvårdnad- och medicinområdena och är en lättanvänd databas (Polit & Beck, 2012). Sökningen underlättades genom att formulera lämpliga sökord och fraser (Friberg, 2012). Sökord och fraser som användes var HIV, AIDS, Stigma, Patient attitudes, Patient experience, Patient-provider relationship, experience, experienced, Health care och patient. En del sökord och fraser trunckerades för att böjningar utav orden skulle inkluderas i sökningen. Sökord och fraser parades samman med booleska operatörer som AND eller OR för att vrida och begränsa sökningsresultatet. Vissa ord skrevs ut som ämnesord från ämnesordlistan som varje databas tillhandahöll. Sökningen inkluderade hela ämnet och inte bara artiklar som innehöll det specifika ordet. Vi genomförde osystematiska sökningar via google scholar som resulterade i tre olika studier. Två utav studierna som valdes från de osystematiska sökningarna var inte publicerade inom valt tidsspann. Vi gjorde flera systematiska sökningar i Cinahl, två utav sökningarna resulterade i fem studier. Systematiska sökningar genomförs även i PubMed där två utav sökningarna resulterade i tre artiklar (Bilaga I).

Sökningarna avgränsades genom begränsningarna engelskt språk, publiceringsdatum mellan 2005-2016 och att artiklarna var peer-reviewed. Begränsningarna användes för att studierna skulle svara mot syftet och problemformuleringen (Friberg, 2012).

Urval

Studier som inkluderades riktade sig mot patienter som var diagnoserade med HIV eller AIDS. De var av kvalitativ design med fokus på patientperspektiv. Studier som riktade sig emot personer under 18 år exkluderades eftersom de enligt svensk lagstiftning inte anses vara vuxna. Studier som genomförts i utvecklingsländer exkluderades och studier om gravida kvinnor, förlossningsvård och palliativa patienter i ett terminalt skede exkluderades också.

Artiklarna som användes i studien blev kvalitetsgranskade med ganskningsmallen för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod, utarbetad av institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mallen presenterad av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) (Bilaga II). Under kvalitetsgranskningen granskade vi hälften av artiklarna var, men i samråd och i sällskap av varandra. Det gav oss möjligheten att kunna diskutera under granskningen. Kvalitetsgranskningen av artiklarna visade att många var av högkvalitet och några av medelkvalite (Bilaga III). De artiklar som efter granskning inte bedömdes ha hög kvalitet, genererade inte någon teori, saknade teoretisk referensram eller hade inget etiskt resonemang. Två utav artiklar var svårtolkade angående etiskt godkännande men det är av vår tolkning att alla artiklar var etiskt godkända.

Analys

Analysen följde de steg som beskrevs av Friberg (2012). Första steget syftade till att få en känsla om vad studierna handlade om. Fokusen låg på studiernas resultat. Andra steget fokuserade på att finna nyckelfynd i studiernas resultat. I analysens tredje steg gjordes en sammanställning av resultaten i studierna för att få en överblick. I fjärde steget skulle likheter och olikheter i resultaten identifieras för att teman skulle utvecklas. I femte och sista steget i Fribergs (2012) analysmetod påbörjades skrivandet av den text som utvecklades till resultatet under olika teman.

Artiklarna lästes igenom för att förstå innebörden i resultatet. Tre återkommande huvudteman kunde urskiljas efter att tre till fyra artiklar blivit lästa. Efter det plockades nyckelord och nyckelfraser ut ur resultaten. Även citaten i artiklarna lästes och granskades. I vissa artiklar plockades nyckelord eller nyckelfraser även ut ur citaten. Vi letade efter beskrivningar av handlingar som skedde i mötena, vårdpersonalens attityd och patienternas upplevelser.

Artiklarna numrerades, nyckelfyndet skrevs ner på post-it lappar som också numrerades med samma nummer som artikeln de tillhörde. Artiklarnas nyckelfynd plockades ut. De artiklar som var svåra att analysera, granskades och analyserades en gång till. Under analysen kunde olika trender i resultaten urskiljas. Det gav en grund för eventuella subteman samt en tydlig översikt över de olika huvudteman som skulle användas.

Kategorisering av nyckelfyndet påbörjades. Nyckelfyndet delades in under de huvudteman som valts och vi diskuterade samstämmigt fram sex olika subteman som kunde appliceras. Korrigering av nyckelfynd och dess placering under de olika huvudteman och subteman genomfördes kontinuerligt när det var nödvändigt.

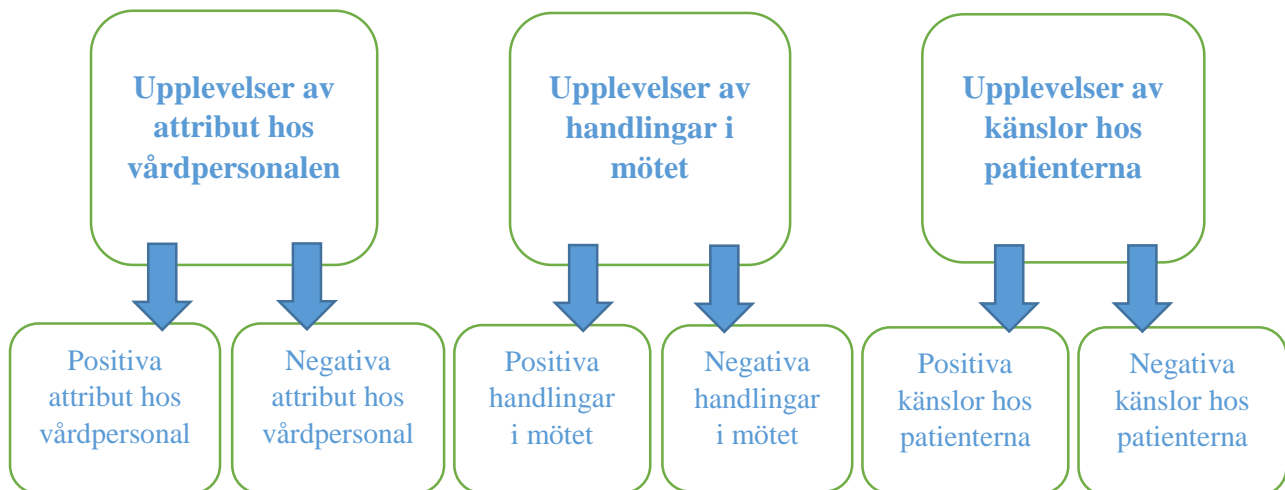
Nyckelfyndet placerades på olika ark dedikerade till olika subteman för lättare förflyttning. Artiklarna kunde då överskådas och trender i resultatet blev tydligt. Resultaten sammanfattades för att få en enkel översikt över hur patienterna upplevde situationerna. Slutligen blev det tre olika huvudteman.

I varje huvudtema kunde två subteman urskiljas. När analysen var klar, diskuterades passande rubriker på huvudteman och subteman som återspeglade innehållet i de olika resultaten.

Resultat

Resultatet visade att patienter upplevde positiva situationer där de kände sig betydelsefulla, värdefulla och trygga med vårdpersonal som var glada, intresserade, accepterande och stöttande (Kempf, et. al., 2010; Mill, Edwards, Jackson, Austin, MacLean & Reintjes, 2009; Brion, 2014; Sherman & Ouellette, 2001). Positiva attribut hos vårdgivarna upplevdes av patienterna leda till positiva handlingar.

Resultatet visade också att patienter upplevde negativa situationer där de kände sig diskriminerade, respektlöst bemötta och rädda för vårdpersonal som var okänsliga, ignorerande och avståndstagande. Patienterna upplevde att de blev dåligt behandlade av vårdpersonalen (Sherman & Ouellette, 2001; Hsiung & Thomas, 2001; Yang, Zhang, Chan & Reidpath, 2005; McDoom, Bokhour, Sullivan & Drainoni, 2015; Poindexter, Henrickson, Fouché, Brown & Scott, 2013; Brion, 2014; Mill, et.al., 2009; Rintamaki, Scott, Kosenko & Jensen, 2007; Zukosi & Thornburn, 2009). De olika resultaten utvecklades till tre huvudteman och sex underteman, se figur I.



Figur I. Resultatet utgjordes av tre huvudteman och sex underteman.

Positiva attribut hos vårdpersonalen

Mill, et. al. (2009) beskrev att patienterna upplevde att vården i storstäder jämfört med vården i små samhällen ofta skiljde sig åt. Patienterna upplevde att personalen i de stora städerna ofta var mer accepterande och stöttande medan vårdpersonal i små samhällen ofta upplevdes mer negativa av patienterna och hade en mer stigmatiserande attityd. Patienter upplevde att vårdpersonal i små samhällen var precis lika accepterade och stöttande som vårdpersonalen i större städer.

I en studie av Kempf et. al., (2010) belystes situationer där patienterna upplevde möten fyllda med negativa händelser och incidenter mellan vårdgivare och patient vilket ledde till negativa känslor hos patienterna. Studien visade att flera av patienterna inte upplevt ett respektfullt bemötande från vårdpersonal i tidigare möten. De patienter som blivit respektfullt bemötta uppskattade respekten och det positiva mötet. Det bidrog till att patienterna kom tillbaka för återbesök. Studien beskrev också att kvinnliga patienter upplevde vårdpersonalen som förstående, ärliga, passionerade och omtänksamma. Attribut som fick patienterna att känna sig bekväma och trygga.

Patienter upplevde sjuksköterskan som varm, öppen, rolig, artig och omtänksam (Sherman & Ouellette, 2001; Brion, 2014). Det var attribut som ledde till att patienterna upplevde sjuksköterskorna som kompetenta. De upplevde att vårdpersonalen uppfyllde de behov som inte bara var medicinska, utan även själsliga. Vårdpersonalen hade ett professionellt förhållningssätt genom att vara ärliga, accepterande och öppna. Enligt Sherman & Ouellette (2014) upplevde patienterna sjuksköterskorna också som glada, mjuka till sättet och vänliga.

Brion (2014) beskrev att patienter upplevde vårdpersonalen som ärlig, medlidsam, tillmötesgående, uppriktig, kärleksfull, passionerad, vänlig och omtänksam. Det ledde till en genuin och uppriktig relation mellan patient och vårdgivare. Patienterna upplevde att användning av förnamn blev mer naturligt och det resulterade i en förstärkt tillit mellan patient och vårdgivare.

Negativa attribut hos vårdpersonalen

Ett framträdande attribut var enligt patienterna vårdpersonalens rädsla för att bli smittade och deras fasa för att behöva vårda patienter med HIV eller AIDS (Ion & Elston, 2015; Rintamaki et al., 2007). Det trots att risken för att smittas var i stort sätt obetydlig då viruset tack vare effektiv antiviral behandling undertryckts (Ion & Elston, 2015).

Patienterna upplevde att vårdpersonalen hade ett kallt och i vissa fall ovänligt beteende gentemot dem. Orsaken bakom upplevelsen beskrev patienterna bero på att vårdpersonalen var avståndstagande, nedvärderande, respektlösa och i vissa fall känslökalla (Sherman & Ouellette, 2001; Rintamaki et al., 2007). Enligt Sherman och Ouellette (2001) yttrade det sig genom användandet av medicinska termer vid patientsamtal, bristfällig ögonkontakt och ett överlag oprofessionellt bemötande. Brion (2014) belyste liknande situationer där patienterna upplevde vårdpersonalen som okänsliga med bristande uppmärksamhet. Studien visade exempelvis att en patient fick sin HIV-diagnos via ett brev på posten vilket resulterade i att patienten upplevde vårdpersonalen som okänslig. Patienter upplevde att vårdpersonalen var ignorerande, ovänliga och svårtolkade. En patient beskrev en situation där han blev direkt ignorerad av en vårdpersonal trots att han direkt tilltalade personen (Rintamaki et al., 2007).

Patienter upplevde oprofessionellt beteende som ett attribut hos vårdpersonal (Mill et al., 2009). Det framkom att patienterna upplevde vårdpersonalen som homofobiska och rasistiska. Det yttrade sig genom uttalanden med rasistisk eller homofobisk natur. En patient kände sig kränkt och diskriminerad av en sjuksköterska då hon refererade till honom som en bög med AIDS till en annan sjuksköterska. Vårdpersonal beskrevs av patienterna som fördomsfulla. Ett exempel på det är att vårdpersonal såg ärr på en patients arm och antog med det att hon var en missbrukare (McDoom, et al., 2015).

Positiva handlingar i mötet

Patienter upplevde att sjukvårdspersonal som var professionella och lugna behandlade patienterna lika. Det uppskattades av patienterna som helst ville hålla sig anonyma gällande sitt medicinska tillstånd i olika vårdsituationer (Mill, et al., 2009).

Brion (2014) beskrev hur vårdgivare tagit sig tid att lyssna på patienternas tankar och funderingar på ett icke fördömande sätt. Patienterna upplevde då att vårdgivaren bekräftade oron och förstod patienten. I studien beskrevs att patienterna uppskattade när vårdgivare satte sig ner och förklarade så att de förstod.

Fysik kontakt som att hålla handen, kramar och beröring uppskattades av patienterna (Kempf et al., 2010; Brion, 2014). Kempf et al. (2010) förklarade att det ledde till att patienterna upplevde vårdpersonalen som stöttande. En del patienter beskrev att vårdpersonalen lyfte upp

dem och fick dem att må bra. Patienterna beskrev att vårdpersonalen skrattade med patienterna och visade engagemang. Enligt Sherman och Ouellette (2001) upplevde patienterna att sjuksköterskor i vissa fall gjorde mer än vad som förväntades av deras profession och att de kombinerade effektivitet med att vårda på ett positivt sätt. Patienterna upplevde att sjuksköterskorna intresserade sig för patienten, skapade en personlig relation och var uppmärksam på de olika behoven som patienten upplevde sig ha.

Negativa handlingar i mötet

Negativa handlingar mot patienter med HIV eller AIDS-diagnos varierade från dåligt bemötande till fysiska och psykiska övergrepp (Ion & Elston 2014; Yang et. al., 2005; Rintamaki et. al., 2007). Enligt Rintamaki et. al., (2007) upplevde en patient att vårdpersonal var fysiskt hårdhänt mot honom och behandlade honom som skräp. I andra studier (Ion & Elston, 2014; Zukoski & Thorburn, 2009) beskrev patienterna att vårdpersonal ibland ställde påträngande frågor som inte var relevanta för vårdsituationen. I en situation ville vårdpersonal veta personliga detaljer om en kvinnas intima privatliv som inte var av relevans för vårdsituationen. Vårdpersonalen försökte också skrämja patienterna till att ta sina mediciner (Ion & Elston, 2014). Patienter upplevde bristande vård och i vissa fall att de ignorerades och blev nekade den vård som de var berättigade till (Rintamaki et. al., 2007; Zukoski & Thorburn 2009; Mill et. al., 2009). Rintamaki et. al. (2007) belyste en sådan situation där en patient upplevde sig bli ignorerad av vårdpersonalen, vilket patienten kopplade ihop med sin HIV-diagnos. I en annan studie (Zukoski & Thorburn, 2009) upplevde en patient att han nekades vård när han berättade om sin HIV-diagnos. Patienterna upplevde att vårdpersonal ljög, hemlighöll information och inte involverade dem i beslutsprocessen (Sherman & Ouellette 2001).

En konsekvens av rädslan för att bli smittad hos vårdpersonal var överdrivet användande av skyddsutrustning. Patienter beskrev att vårdpersonalen tog på extra handskar vid undersökning och det uppfattades av patienterna vara relaterat till rädsla för smitta (Zukoski & Thorburn, 2009; Rintamaki et. al., 2007; Poindexter et. al., 2013). Patienterna upplevde en irritation, ilska, nervositet eller rädsla bland vårdpersonalen relaterat till att vårda patienter med HIV eller AIDS (Rintamaki et. al., 2007). Zukoski och Thorburn (2009) beskrev också hur patienter upplevde att viss vårdpersonal rent av vägrade fysisk kontakt eller beröring av patienter med känd HIV- eller AIDS-diagnos.

I en studie av Ion och Elston (2015) utförde vårdpersonal vårdhandlingar utan att patienten lämnat något medgivande. Patienterna i studien beskrev hur de testades för HIV utan deras vetskap. En patient i en annan studie blev placerad i karantän utan att få någon som helst förklaring till varför. Patienten beskrev hur han upplevde att ingen informerade honom om hans medicinska tillstånd (Yang et. al., 2005). Vårdpersonal bröt också tystnadsplikten gentemot patienterna vid ett flertal tillfällen (Yang, et. al., 2005; Poindexter et. al., 2013). Yang et. al., (2005) belyste en situation där en patient uttryckligen önskat att personalen inte skulle avslöja hans diagnos till hans familj. Detta respekterades inte av vårdpersonalen.

Enligt Mill et. al. (2009) upplevde patienterna att de blev diskriminerade av vårdpersonalen på grund av deras sexuella läggning, kön eller etnicitet. En patient i studien blev utsatt för rasistiska kommentarer på grund av hans etnicitet och HIV-diagnos. Patienterna upplevde bristfällig information som diskriminerande. Informationen som vårdpersonalen gav upplevdes inte som stöttande (Yang et. al., 2005; Ion & Elston, 2014). I Rintamaki et. al. (2007) studie upplevde patienterna att vårdpersonal talade med negativt tonläge, hade bristande ögonkontakt, placerade patienterna i fack och att hade ett hånfullt och nedsättande beteende. En patient beskrev att hon upplevde sig tvungen att tillhöra en av riskkategorierna

för HIV då sjukdomen enbart drabbar dem med vad som kallades hög-risk beteenden. Patienter beskrev hur de upplevde att de skuldbelades för att ha drabbats av sjukdomen.

Positiva känslor hos patienterna

Patienter upplevde att vårdpersonal som tog sig tid för att förklara och lyssna på patientens frågor gjorde att patienten kände sig bekväm och trivdes med sin vårdgivare (Brion, 2014). Sherman och Ouellettes (2001) studie visade att när sjuksköterskan presenterade sig på ett artigt sätt och gav ett bra första intryck kände sig patienterna bekväma nog att kunna slappna av. Det bidrog till att patienterna upplevde att det skulle leda till en bra framtida vårdrelation. Det första intrycket var viktigt för relationen mellan patient och vårdgivare. Patienterna upplevde att sjuksköterskan var kompetent och autonom i sin profession. Det ledde till att patienterna kände sig skyddade och väl omhändertagna vilket resulterade i tillit till sjuksköterskan. Patienterna upplevde att vårdpersonal som hade ett professionellt förhållningssätt och tog sig tid för patienten bidrog till att patienten upplevde en känsla av säkerhet och acceptans (Sherman & Ouellette, 2001). När patienten behandlades som ett subjekt och inte som en diagnos, kände sig patienten betydelsefull. Det var när vårdpersonalen frågade om hur andra aspekter av deras liv såg ut som patienterna upplevde att de blev bemötta som subjekt. Det ledde till att patienten kände sig som en familjemedlem till sjuksköterskan (Brion, 2014; Sherman & Ouellette, 2001).

Patienter upplevde att vårdpersonal som mötte dem med vänliga ansikten, uppmuntran och oro för deras hälsa bidrog till att patienterna kände sig glada och var positivt inställda till att gå till kliniken. Det bidrog även till att patienterna upplevde att det var viktigt för dem att inte missa återbesök. Personalen fick patienterna att känna sig som vilka människor som helst och inte enbart människor med en allvarlig sjukdom (Kempf et. al., 2010).

Negativa känslor hos patienterna

Känslor av att bli respektlöst behandlad och ignorerad upplevdes av fler patienter (Sherman & Ouellette, 2001; Zukoski & Thorburn, 2009). Zukoski och Thorburn (2009) beskrev hur patienter upplevde att de kände sig respektlöst behandlade när vårdpersonalen vidtog överdrivna säkerhetsåtgärder. De upplevde en känsla av orättvis behandling och att de blev orättvist dömda för deras livsstil och orsaken bakom HIV- eller AIDS-diagnosen (Zukoski & Thorburn, 2009; McDoom et. al., 2015). Patienterna upplevde också en känsla av skuld. De upplevde skam- och skuldkänsla för att de drabbades av sjukdomen och att vårdpersonalen skuldbelade dem trots de inte utsatte sig själva för några riskbeteenden (Ion & Elston, 2014; Zukoski & Thorburn, 2009; Rintamaki et. al., 2007).

Känslan av att utsättas för diskriminering och stigmatisering beskrevs i flera studier (Zukoski & Thorburn, 2009; McDoom et. al., 2015; Mill et. al., 2009). Patienter kände sig stigmatiserade och förolämpade när vårdpersonalen hade bristande kunskap om sjukdomen och då vården bedrevs på ett okänsligt sätt (Ion & Elston, 2014). En patient kände sig förolämpad när sjukvårdspersonal gått in i hans rum utan att kommunicera med honom när de var där inne (Rintamaki et. al., 2007). I studier (Zukoski & Thorburn, 2009; Yang et. al., 2005) belystes hur patienter kände sig negativt särbehandlade på grund av sin sjukdom. En patient beskrev en situation där han var tvungen att vänta i flera timmar på en ultraljudsundersökning så att vårdpersonalen kunde försäkra sig om att andra patienter som var HIV-negativa genomgått undersökningen först.

Patienter upplevde rädsla (Hsiung & Thomas, 2001; McDoom et. al., 2015). Kvinnor kände rädsla och ångest i samband med stigmatiseringen som de fick utstå relaterat till deras HIV-diagnos (MacDoom et. al., 2015). Ion och Elston (2014) beskrev en patient som upplevde en

stark rädsla för att besöka kliniken efter ett dåligt första möte. Patienter kände också förakt, ilska, oro, ångest och uppgivenhet (Hsiung & Thomas, 2001). Brion (2014) belyste hur patienter kände sig hotade, obetydliga och att de var objekt. En patient beskrev att hon kände sig hotad till att ta sin medicin. Hon vågade inte berätta för vårdpersonalen om hon inte tagit den och varför hon inte gjort det. Känslan av att vara obetydlig upplevdes också av flera patienter i andra studier (Sherman & Ouellette, 2001; Rintamaki et. al., 2007). En patient kände sig obetydlig när sjukvårdspersonal i ett möte berättade att han hade AIDS på ett kallt och känslolöst sätt. Flera patienter beskrev känslan av att vara hjälplös, utlämnad och avfärdad (Hsiung & Thomas, 2001; Rintamaki et. al., 2007; Ion & Elston, 2014; Sherman & Ouellette, 2001). Patienter upplevde en känsla av att det inte fanns något som de kunde göra för att ändra vårdsituationens negativa innehåll (Hsiung & Thomas, 2001).

En känsla av att sakna värde och känna sig förminskad upplevdes av flera patienter (Sherman & Ouellette, 2001; Rintamaki et. al., 2007). Patienterna kände sig förbittrade och otillfredsställda efter mötet med sjukvården men upplevde ändå att deras vård trots stigmatisering inte äventyrades (Rintamaki et. al., 2007).

Metoddiskussion

Metoden

Vi använde en metod för granskning av kvalitativa studier (Friberg, 2012). Enligt Friberg (2012) är målet för kvalitativa studier att öka förståelsen kring ett fenomen. Patienternas upplevelser var därför ett lämpligt fenomen att studera med hjälp av kvalitativa studier. Enligt Segesten (2012) syftar kvantitativa studier främst till att jämföra och mäta ett fenomen och skulle därför inte svara på syftet. De kvantitativa studier som kunde finnas under artikelsökningen fokuserade på stigmatisering, diskriminering eller förekomsten av HIV eller AIDS. En litteraturoversikt där både kvalitativa och kvantitativa studier används kunde ha bidragit till en bredare överblick över utbredningen av problemet med stigmatisering. Vi övervägde en litteraturoversikt men ansåg att detta inte kunde nå syftet.

Litteratursökning

Sökningarna gjordes i databaserna PubMed och Cinahl. PubMed har många medicinriktade studier medan Cinahl har mer omvårdnadsriktade studier. Att använda sig av båda databaserna fungerade som en komplettering till var och en av dem. Reviewartiklar användes som stöd till osystematiska sökningar. När det fanns intressanta studier i referenslistan och i artikelns resultat gjordes osystematiska sökningar via google scholar. För att hitta bra och relevanta termer för bemötande och upplevelser användes ämnesordlistorna för både PubMed och Cinahl. Vi gjorde många sökningar som resulterade i artiklar som redan var valda eller bortvalda. Det kan ha berott på att det i många fall användes samma sökord men i olika kombinationer vid olika sökningar. Det skulle kunna ses som en brist i litteratursökningen men bra och relevanta artiklar som svarade mot syftet framkom ändå.

Urval

En utav begränsningarna av sökningarna var att studien skulle varit publicerad mellan 2005-2016. Tidsspannet mellan 2005 till 2016 valdes på grund av att sökningarna genomfördes väldigt tidigt år 2016. Vi valde ett tidsspänn på 10 år redan innan litteratursökningarna påbörjades. Att begränsa från 2006 skulle däremot resultera i ett spann på strax under 10 år. Att istället begränsa från 2005 gav ett spann på strax över 10 år. Kvalitativa studier som svarade mot syftet var ofta äldre artiklar, vilket vi var kritiska till. De flesta studier gjorda det senaste årtiondet var av kvantitativ design. Av den anledningen behövdes ett stort tidsspänn.

Många utav de valda artiklarna var genomförda i Nordamerika vilket kan ha varit en nackdel då deras sjukvårdssystem inte helt återspeglar det svenska. Samhällssynen på homosexualitet kan också ha skiljt sig från den svenska. Många studier var enbart riktade mot de negativa upplevelserna av bemötande i vården. Positiva upplevelser blev ibland endast noterade och inte beskrivna. Detta kan ha skapat brister i resultatet. Vi ställde oss kritiska till att mängden kvalitativ forskning var väldigt tidsbegränsat inom ämnet. Tidsspännet mellan studierna i resultatet är inte så stort, därför kan definitionen av tidigare forskning diskuteras.

Tre artiklar valdes ut från de osystematiska sökningarna. Två utav dessa uppfyllde inte vårt krav på publiceringsår mellan 2005-2016. Anledningen till att artiklarna valdes ändå var för att de svarade väl mot syftet. Studien gjord Hisung och Thomas (2001) genomfördes i Taiwan. Eftersom många av de valda studierna var genomförda i länder med västerländsk kultur ansåg vi att det var av stor vikt att belysa problemet från en annan kulturell utgångspunkt. Hisung och Thomas (2001) beskrev dessutom många omvårdnadssituationer som var av vikt att belysa. Det var handlingar från vårdpersonal som vi anser att det annars skulle vara svårt att tro på. Sherman och Ouellette (2001) valdes för att den svarade väl mot syftet och var dessutom av hög kvalitet. Utifrån mallen för kvalitetsgranskning fick studien 92%. Den belyste problemet väl vilket resulterade i att många nyckelfynd som kunde appliceras på flera av våra teman kunde urskiljas i resultatet. Bristen på kvalitativa studier inom vårt valda tidsspänn bidrog dessutom till att vi valde att ta med artiklen i vårt resultat.

Studier som riktade sig emot personer under 18 år exkluderades eftersom de enligt svensk lagstiftning inte anses vara vuxna. Gravida kvinnor, förlossningsvård och palliativa patienter exkluderades också. Anledningen till det var att det inte svarade mot syftet och förlossningsvård samt pediatrik vård kräver specialistutbildad personal.

Analys

Analysen följde stegen beskrivna av Friberg (2012). Analysmetoden utgick från att systematiskt utvinna kärnan av resultatet utan att förändra betydelsen. Det fungerade också på ett bra sätt för att kunna urskilja och bygga upp teman på ett systematiskt och öppet sätt.

Post-it lappar gav möjligheten att flytta lapparna allt efter som de olika teman som slutligen valdes, utvecklades. Det förenklade också sökandet efter relevanta nyckelfynd i artiklarna. En läste, skrev ner och lät sedan den andra författaren granska om hon tyckte att frasen eller ordet hade behållit dess innebörd. Artiklarna delades upp mellan varandra och vi granskade hälften var. Under hela processen satt vi båda med varandra så fynden kunde diskuteras om vi var osäkra kring hur resultatet skulle tolkas. Genom att numrera artiklarna i samband med kvalitetsgranskningen gav det oss möjligheten att numrera post-it lappar med motsvarande nummer. Vi kunde då återgå till artikeln om vi behövde diskutera frasen eller ordet eller om ett helt stycke behövdes läsas en gång till för att klargöra dess kontext.

Vi ställde oss kritiska till hur våra teman utvecklades. Nyckelfynden var tydligt återkommande genom alla studier, vilket gör att teman uppstod av sig själva. Det kan ha varit till en nackdel då resultatet möjligtvis kunde sett annorlunda ut om teman inte framkommit av sig själva så tydligt. Samtidigt är det tydliga teman och försök att förändra dem skulle kunnat leda till att resultatet blivit färgat av egna uppfattningar och åsikter.

Forskningsetiska principer

Enligt Vetenskapsrådet (2002) är det för samhället och dess invånares utveckling ytterst viktigt att forskning bedrivs. Det fanns två krav. För att vara säker på att väsentlig forskning av hög kvalitet bedrevs fanns ett så kallat forskningskrav. För att forskning skulle kunna

bedrivs utan att individer utsattes för psykisk eller fysisk skada, kränkning, förödmjukelse eller intrång i sitt liv fanns ett annat krav, individskyddskravet. Kravet var den givna förutsättningen för att etisk forskning bedrevs. Inför ställningstagandet om en forskning kunde bedrivs skulle dessa två krav alltid vägas mot varandra. Individskyddskravet delades in i fyra huvudkrav.

Informationskravet innebär att alla som berördes av forskningen skulle informeras om studiens innebörd och syfte (Vetenskapsrådet, 2002). Flera av studierna som användes i resultatet hade gett studiedeltagarna skriftlig eller muntlig information om studien och innehållet. Samtyckeskravet innebär att deltagare i forskning eller en undersökning själva har rätt att bestämma över sin egen medverkan (Vetenskapsrådet, 2002). De allra flesta av studierna i resultatet angav att deltagarna lämnade ett skriftligt samtycke om att delta. Många studier angav också att deltagarna fick information om att de när som helst kunde avsluta deltagandet utan konsekvenser. Konfidentialitetskravet innebär att all information och alla uppgifter om deltagare skall behandlas och förvaras på ett sådant sätt så att obehöriga inte kan ta del av känslig information (Vetenskapsrådet, 2002). Flera av studierna i resultatet som fick fram information via gruppintervjuer lät deltagarna skriva under en skriftlig överenskommelse. Den skriftliga överenskommelsen fanns där för att forskarna skulle kunna garantera alla studiedeltagare att andra deltagare inte skulle avslöja konfidentiella uppgifter om dem själva. Nyttjandekravet som innebär att information och uppgifter som i forskningen samlats in om enskilda individer endast fick användas i ett forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2002). Näst intill alla studier i resultatet beskrev att de blivit etiskt granskade och godkända av ett etiskt forskningsråd. I två studier framkom inte etiskt godkännande tydligt (Rintamaki et. al., 2007; Hisung & Thomas, 2001).

Enligt Polit och Beck (2012) kan det vara svårt för forskare att vara objektiva när det gäller sin egen studie. Därför behöver en studies etiska aspekter subjektivt bedöms av en utomstående granskare. Eftersom de flesta studierna i vårt resultat förtydligade att deras studie var etiskt granskad och godkänd ansågs det att de uppfylla kraven. De två artiklarna där etiskt godkännande var otydligt blev kontrollerade via Cinahl att de var peer reviewed. Vi har tillämpat forskningsetiska principer genom att låta utomstående granska vårt resultat under processen.

Trovärdighet och Överförbarhet

Studiens resultat bedömdes som trovärdigt men vi ställer oss kritiska till hur väl det återspeglar den svenska sjukvården. Det flesta av artiklarna var ifrån Nordamerika och några få var ifrån Asien respektive Australien. Det saknades helt studier ifrån Europa. Resultatet visade en tydlig skillnad mellan de asiatiska och nordamerikanska studierna och därför ifrågsattes också hur väl resultatet kunde överföras på den svenska sjukvården. Horsman och Sheeran (1995) undersökte läkares erfarenheter av att vårda patienter med HIV eller AIDS i Amerika, Kanada och Frankrike. Studien visade att det var troligast att Amerikanska läkare undvek att vårda patienter med HIV eller AIDS eller homosexuella män. Läkare i Frankrike visades vara mest villiga att vårda denna patientkategori. En bakomliggande orsak bakom fenomenet kunde vara skillnaderna i kulturella normer. Eftersom läkares upplevelser skiljde sig från varandra i Nordamerika och Europa så kunde sjuksköterskornas upplevelser också skiljt sig.

De valda artiklarnas trovärdighet anser vi som hög. De var av hög kvalitet eller medel kvalitet. Artiklarna som inte var av hög kvalitet saknade oftast etiskt resonemang. Detta utesluter inte att etiskt resonemang inte fanns hos forskarna. Det är möjligt att forskarna haft ett etiskt

resonemang men valt att inte ta med det i artiklen på grund av begränsat utrymme i tidsskiftet. Avsaknad av teoretisk referensram var också vanligt. Det är möjligt att artiklarna haft en teoretisk referensram men som varit svårtolkade (Polit & Beck, 2012).

Resultaten från de olika artiklarna styrkte varandra genom att beskriva fenomenet på samma vis. Alla artiklar nämnde någon form av diskriminering eller stigmatisering av patienter med HIV eller AIDS. Även de positiva upplevelserna, speciellt angående attribut hos vårdpersonal beskrevs på liknande sätt. Ord som patienter ur olika studier använde för att beskriva vårdgivarna var återkommande.

Resultatsdiskussion

Resultatet visar både positiva och negativa upplevelser av bemötande. Sammanfattningsvis ses liknande trender i mötet i tidigare forskning och resultatet. I den tidigare forskningen kan tre orsaker bakom negativa upplevelser av bemötande urskiljas. De kan sammanfattas till okunskap hos vårdpersonal kring sjukdomen, associationer mellan sjukdomen och olika riskbeteenden och brytande av normer som finns i samhället (Nyblade et. al., 2009).

Temat

Positiva Attribut hos vårdpersonal

I resultatet beskrivs sjuksköterskor som är varma, öppna, roliga, artiga och omtänksamma som kompetenta. De uppfyller både medicinska och själsliga behov. Halldorsdottir (2008) beskriver relationen mellan patient och vårdgivare som en dynamisk upplevelse. Patienten kan uppleva det som ett band mellan sig själv och sin vårdgivare. Enligt Halldorsdottir (2008) är det bakgrunden till att sjuksköterskan upplevs som kompetent och omtänksam av patienten.

Hörnsten (2013) menar att partnerskap är en grundsten i den vårdande relationen. Vården bör utgå från personens egen upplevelse av sjukdomen och vården bör utformas i samråd med personen. Det kan leda till högre följsamhet vilket påvisas i resultatet där patienter som blir respektfullt bemötta har hög följsamhet gällande sina återbesök.

Enligt HSL (SFS 1982:763) har alla rätt till lika vård. Resultatet visar att patienter upplever att det var skillnad i vården beroende på vart vårdpersonalen arbetar. Orsaken tros bero på att vårdpersonal som arbetar i större städer upplevs vara mer öppna och mindre fördomsfulla än de som arbetar på landsbygden. Det är möjligt att liknande lagstiftning inte finns i länderna där studierna i vårt resultat genomförts. Vi anser trots det att rätt till lika vård bör vara givet. Detta styrks av ICN (International Council of Nurses, 2014). Det är av vår åsikt att personcentrerad vård skall tillämpas. Det ger högre delaktighet i patientens egen vård och leder till en tryggare patient. Det är också lagstadgat i Sverige (SFS 2014:821) att vården skall utformas i samråd med patienten i den mån det går. Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona och Plos (2007) menar att för att patienten ska kunna överväga att delta i sin egen omvårdnad krävs rätt och tillräcklig information. Sjuksköterskan förväntas öka patientens kunskap och bidra till rätt kunskap för att de ska kunna förstå och delta i omvårdnaden. Patienter har en önskan om emotionell uppmärksamhet och respons från sjuksköterskan. Det resulterar i en uppriktig relation mellan vårdgivare och patient. Patienterna har också en vilja att vara delaktiga i den egna vården. Enligt International Council of Nurses (2014) så skall sjuksköterskan ge god och respektfull omvårdnad. Att då involvera patienten i hans egen vård är en del av att visa respekt.

Negativa Attribut hos vårdpersonal

Resultatet visar att patienter möter vårdpersonal som både är homofobiska och rasistiska. Vårdpersonalen är också fördomsfulla vilket leder till att patienterna känner sig kränkta och diskriminerade. Diskrimineringslagen (SFS 2008:567) utgår från att alla ska behandlas lika oavsett exempelvis kön, etnicitet och sexuell läggning. Som tidigare förklarat så är det möjligt att motsvarande lagstiftning inte finns i länderna där studierna i vårt resultat genomförts. Trots det anser vi att det blir en definitionsfråga kring mänskliga rättigheter. Enligt The Declaration of Human Rights (1948) är varje människa född fri med lika värde och rättigheter.

Forskning kring sjuksköterskors attityd gällande att vårda patienter med HIV eller AIDS visar att det finns en rädsla för att vårda dessa patienter och att de helst undviker att vårda om det finns möjlighet. Sjuksköterskor hävdar att det inte finns en rädsla för smitta (Röndahl et. al., 2003). Liknande attityder återfinns i resultatet där vårdpersonal nekar patienter vård eller hänvisat till annan vårdinrättning eller vårdgivare. Vi är kritiska till motsägelsen i forskningen om sjuksköterskornas attityd kring vårdandet av patienter med HIV eller AIDS. Horsman och Sheeran (1995) beskriver ett likande fenomen där sjuksköterskornas svar är blandade. Det handlar om oviljan att vårda, rädsla för sjukdomen och ifall de innehar rätt kompetens för att kunna känna sig trygga med att vårda patienter med HIV eller AIDS. En annan studie visar också att majoriteten av sjuksköterskorna inte var rädda när det gäller att vårda patienter med HIV eller AIDS (Smit, 2005). Alla sjuksköterskor i den studien har genomgått någon form av AIDS-specifik utbildning vilket vi menar kan ha bidragit till en ökad trygghet. Sjuksköterskorna i studien har också kännedom om universella procedurer i riskförebyggande syfte. Vissa av sjuksköterskorna i studien betonar hur viktigt det är med ytterligare specialiserad utbildning om ämnet.

Positiva Handlingar i Mötet

I resultatet påvisas det att fysisk beröring är uppskattat. Att hålla hand och kramar från sjuksköterskorna anges som exempel beröring av patienterna. Fysisk kontakt leder till att vårdpersonalen uppfattas som stöttande enligt patienterna. Patienterna känner sig upplyfta av vårdpersonalen som stöttar dem. Enligt Watson (1985) tvärkulturella teori skall sjuksköterskan utstråla närvaro i form av fysisk beröring, som exempelvis en tröstande hand på en axel. Sjuksköterskan bör också sträva efter att, på ett stöttande sätt upprätthålla eller förbättra livsvärlden för patienten. Vi har upplevt att fysisk beröring inte alltid uppskattas av alla personer. Därför anser vi att vårdpersonal bör tänka på att patienter är olika. En del individer känner sig illa till mods när en främling eller obehörig person kränker deras personliga utrymme. Storleken på den personliga sfären är väldigt individuell.

I resultatet anger patienterna att en del av sjuksköterskorna visar ett intresse för dem och skapar en personlig relation. Resultatet visar också att de patienter och vårdgivare som har en personlig relation med varandra leder till att patienterna blir mer delaktiga i sin egen vård och behandling. Men vi ställer oss kritiska till hur få situationer som finns i resultatet som lyfter personliga relationer mellan vårdgivare och patient. Personcentrerad vård är i teorin det optimala vårdandet. Vi menar däremot att det brister i praktiken. Ute i verksamheten anser vi att utvecklingen går åt motsatt riktning. Relationen mellan vårdgivare och patienter blir allt mer opersonlig. Detta fenomen syns också i resultatet. Watson (1985) menar även att sjuksköterskan bör skapa en individuell relation med varje enskild patient. Denna typ av vård är något som också Hörnsten (2013) betonar. Hon menar att personcentrerad vård är en fundamental byggsten i den vårdande relationen. I personcentrerad vård utgår sjuksköterskan från varje individs resurser och behov. Hon skapar utifrån det en vård där patienten själv är delaktig, vilket överensstämmer med svensk lagstiftning (SFS 2014:821) där vården skall utarbetas i samråd med patienten. Vi menar att sjuksköterskor bör tillämpa begreppet

personcentrerad vård i mötet med patienten för att kunna tillgodose patientens behov av omvårdnad ur ett helhetsperspektiv.

Negativa Handlingar i Mötet

Bruten tystnadsplikt beskrivs av patienterna i resultatet. Detta styrks i tidigare forskning (Surlis & Hyde, 2001) som visar att patienter råkar ut för vårdpersonal som bryter tystnadsplikten. Det hotar både patientens integritet, säkerhet och trygghet. Enligt International Council of Nursing (2014) skall sjuksköterskan ansvara för att patienternas personliga uppgifter hanteras konfidentiellt.

Resultatet visade att vårdpersonal inte följer de regler som reglerar tystnadsplikten genom att de avslöjar diagnoser till närstående trots att patienten uttryckligen ber dem att inte göra det. Vi menar att vårdpersonal som inte respekterar tystnadsplikten kan förstöra förtroendet som patienter har för vårdpersonal för all framtid. Vi anser att tystnadsplikten svarar för en grundläggande rättighet som alla patienter skall ha rätt till. Däremot kan information spridas till anhöriga oavsiktligt. Det kan vara att en anhörig arbetar inom vården och vet vad de vårdtermer och ord som används har för innebörd. Oavsett måste vårdpersonalen kunna dela information med varandra och det är näst intill omöjligt att i praktiken hålla det helt konfidentiellt. Våra erfarenheter är att vårdpersonal inte bara beskriver en situation när de konsulterar en kollega. Ute i verksamheten är oftast alla sjuksköterskorna på avdelningen insatta i patienternas vård på grund av roterande vårdlag. Av den anledningen avslöjar oftast sjuksköterskan vilket patient situationen gäller när hen ber om råd från en kollega. I Sverige är det lagstadgat att identiteten hos patienten inte får röjas (Offentlighet- och sekretesslag, SFS 2009:400). Vi menar däremot att dilemman uppstår i vårdarbetet. HIV är en allmänfarlig, anmälningspliktig och smittspårpliktig sjukdom (Smittskyddslag, SFS 2015:146; Folkhälsomyndigheten, 2016b). En patient som blivit nydiagnosterad med HIV är skyldig att upplysa sin partner. Vårdpersonal kan möta de patienter som uttryckt att de inte vill berätta om smittan men samtidigt har en partner. Ett dilemma kan uppstå när situationen baseras på patientens trovärdighet till att inte ha en sexuellt aktiv relation. Vårdpersonal är skyldiga att informera om smitta. Vid informering och smittspårning skall vårdpersonal inte avslöja identiteten på patienten. Vi menar däremot att vid denna handling förutsatt att patienten lever i ett monogamt förhållande, skulle identiteten röjas genom att meddela om eventuell smittspridning.

Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS 1982:763) har alla människor rätt till samma vård oavsett exempelvis etnicitet, sexuell läggning och religion. I resultatet beskriver patienter hur de utsätts för bristfällig vård eller i värsta fall helt nekas vård. Diskriminerande handlingar som vårdpersonalen utför mot patienterna på grund av patienternas sexuella läggning, etnicitet eller kön tas upp i resultatet. Den typ av handling går emot sjuksköterskans etiska riktlinjer som International Council of Nursing (2014) beskriver. Enligt riktlinjerna skall god vård ges oavsett en patients etnicitet, hudfärg, religion eller sexuella läggning. I Sverige finns också diskrimineringslagen (SFS 2008:567) som är en lag som syftar till att motverka diskriminering inom bland annat hälso- och sjukvården.

Överanvändande av skyddsutrustning tas också upp i resultatet. Det uppfattas som kränkande och diskriminerande av patienterna. Detta beskrivs av Stutterheim et. al., (2014).

Överanvändning kan enligt Nyblade et. al. (2009) bero på vårdpersonalens okunskap om sjukdomen och rädsla för att smittas.

Vi menar att vårdpersonal inte skall utsätta sig själva för onödiga risker och skall arbeta efter basala hygienföreskrifter (SOSFS 2015:10). Av den anledningen så finns det rutiner kring hur och när skyddsutrustning skall användas. Men en del av de situationer som patienterna

upplever som diskriminerande och kränkande kan undvikas. Vi menar att det är av yttersta vikt att vårdpersonalen informerar patienten att användningen av skyddsutrustningen är en del av de föreskrifter som finns och är en säkerhet för både patient och personal. En del situationer kan däremot uppstå på grund av vårdpersonalens okunskap. Dubbla handskar vid provtagningar är inte en del av de basala hygienföreskrifterna. Vårdpersonal som vanligtvis gör provtagningar utan handskar men vid provtagningar av vissa patienter bär handskar kan upplevas som kränkande. Av den anledningen kan patienten känna sig särbehandlad av vårdpersonalen vilket kan undvikas genom att följa föreskrifterna.

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) kan en vårdskada innebära lidande i form av fysisk eller psykisk skada. I resultatet framkommer det bland annat att en patient fick utså en påträngande utfrågning om mycket intima och privata delar av hennes liv. Vi menar att här bidrar sjuksköterskor till ett vårdlidande. Kasén et. al. (2008) beskriver att skuldbeläggning kan leda till ett vårdlidande. Enligt vårt resultat var skuldbeläggning från vårdpersonalens sida förekommande. Surlis och Hyde (2001) beskriver hur patienter som drabbats av sjukdomen genom sexuell kontakt eller ett drogmissbruk ofta skuldbeläggs. Resultatet visar också att skuldbeläggningen kan variera mellan olika grupper av patienter. Exempelvis behandlas patienter som är homosexuella bättre än de patienter som blir sjuka genom missbruk. Vår uppfattning är att det kan bero på att vården skiljer sig mellan de olika patientgrupperna på grund av stigmatisering. Det resulterar i att vårdpersonalen objektifierar patienterna. Det kan ske medvetet men även undermedvetet på grund av att vårdpersonalen är präglad av normer och fördommar. Vårdpersonalen kanske inte ser helheten utan enbart sjukdomen.

Positiva känslor hos Patienterna

Resultatet visar att ett bra första intryck kan leda till en bra framtida vårdrelation. Patienter upplever att de är betydelsefulla när vårdpersonalen behandlar dem som subjekt och inte objekt. Vårdpersonalen ser hela individen och inte bara sjukdomen. De tar sig tid till att förklara på ett sätt som patienten förstår. Det leder till att patienterna trivs med vårdgivarna och känner sig bekväma med dem. Mer än hälften av alla sjuksköterskor i en studie upplever känslor som empati och medkänsla för patienter och anhöriga till patienter. Vissa sjuksköterskor upplevde självförverkligande vid vård av patienter med HIV eller AIDS. Enligt vissa sjuksköterskor är det belönande när patienter uppskattar den givna vården. Att hjälpa patienten bli bekväm och vara ett känslomässigt stöd känns för många sjuksköterskor belönande (Smit, 2005). De får då en bekräftelse över att den givna vården är av högsta kvalitet. Vi menar att bra vård inte bara är givande för patienten utan även för sjuksköterskan.

Enligt Watson (1985) bör sjuksköterskan kunna uppfatta och bekräfta patientens egna subjektiva betydelse och upplevelse. Hon beskriver också att sjuksköterskan och patienten skall arbeta som ett team. Hon förklarar att det är patienten som är förändraren men att sjuksköterskan kan medverka till förändring. Enligt oss bör det vara en självklarhet att bemöta patienten som ett subjekt. Det är bara patienten som kan förändra sin egen upplevelse av sjukdomen men vårdpersonal kan stötta och hjälpa patienten till förändring. Patienten kan gå in i mötet med en bild av stigmatisering relaterat till sin sjukdom på grund av tidigare möten. Det är vårdpersonalens ansvar att förändra den bilden. Enligt International Council of Nurses (2014) är det sjuksköterskors ansvar att främja de insatser som bidrar till att förbättra allmänhetens hälsa och sociala behov. Det gäller inte minst sårbara befolkningsgrupper så som patienter med HIV eller AIDS.

I resultatet uppskattar patienter när vårdpersonalen tar sig tid för att förklara och sätta sig ned med patienterna. Vår erfarenhet är att det i praktiken sällan finns tid. Det ställer krav på att sjuksköterskor kan prioritera sina arbetsuppgifter i det dagliga omvårdnadsarbetet. Vi anser

även att sjuksköterskor bör ta ansvar för att lyfta detta uppåt i organisationen exempelvis till enhetschef eller verksamhetschef (Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9). Enligt Jangland, Gunningberg och Carlsson (2008) så är otillräcklig information den vanligaste orsaken bakom patienternas upplevelse av oprofessionella möten inom vården.

Negativa Känslor hos Patienterna

I resultatet känner patienterna att de blev respektlöst behandlade, förminskade och att de saknar värde. Enligt International Council of Nurses (2014) skall sjuksköterskan ge god och respektfull omvårdnad oavsett patientens egna värderingar, trosuppfattning eller livsstil. Watson (1985) utgår också från respektfull omvårdnad. Hon beskriver att vårdrelationen ska ses som en sammankoppling med en annan person där det finns en stor respekt för båda individernas livsvärld. Vid avsaknad av ömsesidig respekt så kan det leda till att den ena personen känner sig förminskad eller avsaknad av värde. Enligt Kasén et. al. (2008) kan vårdlidande uppkomma när sjuksköterskan under- eller övervärderar hjälpbehovet som patienten har. Utifrån våra erfarenheter så kan en del vårdpersonals attityd upplevas som barskt. Det kan leda till att patienten känner sig nertryckt eller förminskad. Det kan ske helt omedvetet eller medvetet. Patienter som tillhör grupper som regelbundet utsätts för stigmatisering eller diskriminering kan vara mer känsliga för nyanser i bemötandet. Därför menar vi att det är av största vikt att vårdpersonal är medvetna om den makt de besitter och bör därför ha deras bemötande i åtanke vid möten med utsatta patienter.

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) innebär en vårdskada lidande, kroppslig- eller psykisk skada eller sjukdom orsakad av hälso- och sjukvården. En odynamisk relation där patienten inte vågar ifrågasätta vårdpersonalens beslut eller där patienten ser sig själv vara undergiven vårdpersonalen kan leda till att patienten inte blir hörd eller sedd (Kasén et. al., 2008). Patienter som inte vågar ifrågasätta sin vårdgivare kan utsättas för onödigt lidande. I resultatet framkom det att en patient kände sig hotat av vårdpersonalen till ta sina mediciner. När hon inte gjorde det, vågade hon inte berätta att hon inte tagit dem eller varför hon inte gjorde det.

Slutsats

Resultatet visar att vårdpersonalens bemötande mot patienter med HIV eller AIDS brister. Vården skiljer sig mellan sjukhus och kliniker i storstäder och på landsbygden. Vården i storstäder i de flesta fall anses vara bättre utom vissa undantagsfall. Bemötandet från vårdpersonalen är vad som till stor del avgör hur vårdrelationen mellan patient och vårdgivare blir. Ett gott bemötande leder till en god relation mellan vårdare och patient som i sin tur är fundamentalt för om patienten kommer att känna sig och vara delaktig i vården. Stigmatiseringen av HIV och AIDS inom vården är fortfarande utbredd. Det märks inte minst i överanvändandet av skyddskläder så som handskar och plastförkläden. Okunskap om sjukdomen och smittspridning kan vara bakomliggande orsaker bakom den stigmatisering och diskriminering som fortfarande existerar.

För att ge patienter som lever med HIV- eller AIDS-diagnos god omvårdnad är det angeläget att de bemöts som subjekt av vårdpersonalen. Det har gått cirka 35 år sedan HIV epidemin startade. Vårdpersonal bör ha kunskap om HIV och AIDS att rädsla för smitta inte påverkar bemötandet och att ge god omvårdnad.

Praktiska implikationer

Sjuksköterskor som har en ökad kunskap om HIV och AIDS, dess smittsamhet och behandling bidrar till en ökad kompetens. Ökad kunskap leder till att dessa patienter löper

mindre risk till att utgöra en stigmatiserad grupp i samhället. Det bidra i sin tur att patienterna får ett ökat förtroende för vården och söker vård tidigare. Kunskapen bidrar även till att motverka uppkomst av vårdlidande. Den ökade kunskapen kan leda till minskade konstanter för samhället.

Mer utbildning till allmänheten är en viktig del som bör komplettera den utökade kunskapen om ämnet i grundutbildningen till sjuksköterskor. Det är av största vikt att sjuksköterskor delar den värdegrund som slår fast att alla har rätt till lika vård. Negativ särbehandling, diskriminering och kränkande bemötande anses vara lagbrott i Sverige. En ökad utbildning om ämnet är av vikt för den enskilda sjuksköterskan oavsett var hen är verksam. Det kan ge en ökad trygghet och minskar risken för vårdlidande.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Fortsatta studier över hur patienter med HIV och AIDS upplever bemötande på nordiska vårdinrättningar skulle lyfta hur problemet ser ut i Norden. Det skulle bli relevant forskning som kan ge sjuksköterskor som arbetar framför allt i Sverige men även i Norden, insikt i bemötande med flera olika stigmatiserade patientgrupper inte bara patienter med HIV eller AIDS. Fler studier som görs i Europa generellt skulle vara till nytta för sjuksköterskans kompetens.

Det är också önskvärt med nya kvalitativa studier om mötet mellan patient och vårdgivare då många är 10-20 år gamla och problemet kan ha förändrats. Vi anser att synen på homosexuella personer har förändrats. Samtidigt hävdar vårt resultat motsatsen. Vi ställer oss frågade till om människor i vårt samhälle kanske är mer fördomsfulla än vad de ger uttryck för. En studie som belyser upplevelser av skillnader i vården inom patientgruppen vore av nytta.

Vi anser att vi har en bristande kunskap om HIV och AIDS. Både gällande sjukdomen och dess behandling samt smittspridning men också om bemötande av stigmatiserade patientgrupper. Vi kommer möta dessa patienter ute i verksamheten. Därutöver kommer vi att handleda blivande kollegor och där kunna vara förebilder för framtida sjuksköterskor. Vi önskar därför en ökad utbildning om HIV och AIDS.

Referenser

AFS 2001:3. *Arbetsmiljöverkets föreskrifter om användning av personlig skyddsutrustning*. Stockholm: Arbetsmiljöverket. Hämtad 2016-03-21 från, <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/anvandning-av-personlig-skyddsutrustning-foreskrifter-afs2001-3.pdf>

Alharbi, T. S. J., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A., & Olsson, L.-E. (2014). Experiences of person-centered care - patients' perceptions: qualitative study. *BMC Nursing*, 13, 28. <http://doi.org/10.1186/1472-6955-13-28> Studentlitteratur

Andersson, M. (2012). Integritet som begrepp och princip för god vård. I L. Wiklund Gustin, I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 185-197). Lund: Studentlitteratur

Arman, M. (2012). Lidande. I L. Wiklund Gustin, I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 185-197). Lund.

* Brion, J. (2014). The patient-provider relationship as experienced by a diverse sample of highly adherent HIV-infected people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care Issue*, 2(25), 123-134. [doi:10.1016/j.jana.2013.01.006](https://doi.org/10.1016/j.jana.2013.01.006)

Folkhälsomyndigheten. (2016a). *Om HIV*. Hämtad 2016-03-21, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/hivdag/om-hiv/>

Folkhälsomyndigheten. (2016b). *Anmälningspliktiga sjukdomar*. Hämtad 2016-05-18, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/beredskap/overvakning-och-rapportering/anmalningspliktiga-sjukdomar/>

Folkhälsomyndigheten. (2015). *Sjukdomsinformation om hivinfektion*. Hämtad 2016-03-21, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/smittsamma-sjukdomar/hivinfektion/>

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I Friberg, F. (Red.) *Dags för uppsats*. (2:a upplagan). (ss.121-132). Lund: Studentlitteratur

Gisslén, M (2011). HIV och AIDS. I Iwarson, S. (red.), *Infektionsmedicin: epidemiologi, klinik, terapi* (5:e Uppl.). (ss. 241-253). Sävedalen: Säve

Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Nordic College of Caring Science*, 22, 643-652 9p. [doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x)

Horsman, J., & Sheeran, P. (1995). Health care workers and HIV/AIDS: a critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 41(11), 1535-1567 33p.

* Hsiung, P., & Thomas, V. (2001). Coping strategies of people with HIV/AIDS in negative health care experiences. *AIDS Care*, 13(6), 749-762 14p.

Hörnsten, Å. (2013). Personcentrerad vård. I *Vårdhandboken*. Hämtad 2016-04-05, från <http://www.varldhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>

International Council of Nursing. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2016-03-21 från, http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

* Ion, A., & Elston, D. (2015). Examining the Health Care Experiences of Women Living with Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Perceived HIV-Related Stigma. *Women's Health Issues, 25*(4), 410-419 10p. doi:10.1016/j.whi.2015.03.012

Jangland, E., Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2008). Patients' and Relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Patient Education and Counseling, 75*, 199-204 5p.

Kasen, A., Nordman, T., Lindholm, T., & Eriksson, K. (2008). When a patient suffers from care -- nurses' characterization of patients' suffering related to care. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden, 28*(2), 4-8 5p.

* Kempf, M., McLeod, J., Boehme, A., Walcott, M., Wright, L., Seal, P., & ... Moneyham, L. (2010). A Qualitative Study of the Barriers and Facilitators to Retention-in-Care Among HIV-Positive Women in the Rural Southeastern United States: Implications for Targeted Interventions. *AIDS Patient Care & Stds, 24*(8), 515-520 6p. doi:10.1089/apc.2010.0065

Larsson, I. E., Sahlsten, M. J. M., Segesten, K., & Plos, K. A. E. (2011). Patients' Perception of Nurses' Behavior That Influence Patient Participation in Nursing Care: A Critical Incident Study. *Nursing Research and Practice, 2011*, Article ID 534060 8p. doi:10.1155/2011/534060

Larsson, I. E., Sahlsten, M. J. M., Sjöström, B., Lindencrona, C. S. C. & Plos, K. A. E. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Nordic College of Caring Science, 21*, 313-321 8p.

* McDoom, M. M., Bokhour, B., Sullivan, M., & Drainoni, M. (2015). How Older Black Women Perceive the Effects of Stigma and Social Support on Engagement in HIV Care. *AIDS Patient Care & Stds, 29*(2), 95-101 7p. doi:10.1089/apc.2014.0184

* Mill, J., Edwards, N., Jackson, R., Austin, W., MacLean, L., & Reintjes, F. (2009). Accessing health services while living with HIV: intersections of stigma. *Canadian Journal Of Nursing Research, 41*(3), 168-185 18p.

Möller, K., & Sjögren, A. (2015). Stick- och skärsador samt exponering med risk för blodburen smitta hos personal. I *Vårdhandboken*. (reviderad: 2015-09-07). Hämtad 2016-03-21 från, <http://www.vardhandboken.se/Texter/Stick--och-skarskador-samt-exponering-med-risk-for-blodburen-smitta-hos-personal/Forebyggande-rutiner/>

Nyblade, L., Stangl, A., Weiss, E., & Ashburn, K. (2009). Combating HIV stigma in health care settings: what works? *Journal of the International AIDS Society, 12*, 15. <http://doi.org/10.1186/1758-2652-12-15>

Pehrson, P., Lidman, K., Bergdahl, S., Morfeldt-Månsson, L., Blaxhult, A., Broström, C., ... Tengrth, E. (1983). AIDS hos homosexuella män – Första fallen i Sverige. *Läkartidningen, 80*, 545-547.

* Poindexter, C. C., Henrickson, M., Fouché, C., Brown, D., & Scott, K. (2013). "They don't even greet you": HIV Stigma and Diagnosis Disclosure Experienced by HIV-Positive African Immigrants and Refugees in New Zealand. *Journal Of HIV/AIDS & Social Services*, 12(1), 99-120 22p. doi:10.1080/15381501.2013.765715

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

Rice, B., Elford, J., Yin, Z., Croxford, S., Brown, A., & Delpech, V., (2014). Trends in HIV Diagnoses, HIV Care, and Uptake of Antiretroviral Therapy Among Heterosexual Adults in England, Wales, and Northern Ireland. *Sexually Transmitted Diseases*, 41, 257–265. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000111

* Rintamaki, L., Scott, A., Kosenko, K., & Jensen, R. (2007). Male patient perceptions of HIV stigma in health care contexts. *AIDS Patient Care & Stds*, 21(12), 956-969 14p.

Röndahl, G., Hörnsten, Å., & Udo, C. (2015). Vårdrelaterade möten. I Vårdhandboken. Hämtad 2016-05-03, från <http://www.varhandboken.se/Texter/Bemotande-i-vard-och-omsorg-HBTQ-perspektiv/Vardrelaterade-moten/>

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.

Segesten, K. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I Friberg, F. (Red.) *Dags för uppsats*. (2:a upplagan). (ss.111-119). Lund: Studentlitteratur

SFS 2008:567. *Diskrimineringslagen*. Stockholm: Kulturdepartementet. Hämtad 2016-04-05, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567/

SFS 1982:763. *Hälso- Sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2016-04-11, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2016-04-05, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2016-04-05, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/

SFS 2009:400. *Offentlighet- och sekretesslag*. Stockholm: Justitiedepartementet L6. Hämtad 2016-05-18, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400

SFS 2004:168. *Smittskyddslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2016-05-18, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168

SOSFS 2015:10. *Basal hygien i vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2016-05-18, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19819/2015-5-10.pdf>

SOSFS 2011:9 *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2016-05-18, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-38>

* Sherman, D., & Ouellette, S. (2001). Patients tell of their images, expectations, and experiences with physicians and nurses on an AIDS-designated unit. *JANAC: Journal Of The Association Of Nurses In AIDS Care*, 12(3), 84-94 11p.

Smit, R. (2005). HIV/AIDS and the workplace: perceptions of nurses in a public hospital in South Africa. *Journal Of Advanced Nursing*, 51(1), 22-29 8p. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03456.x

Stutterheim, S. E., Sicking, L., Brands, R., Baas, I., Roberts, H., van Brakel, W. H., & ... Bos, A. R. (2014). Patient and Provider Perspectives on HIV and HIV-Related Stigma in Dutch Health Care Settings. *AIDS Patient Care & Stds*, 28(12), 652-665 14p. doi:10.1089/apc.2014.0226

Surlis, S., & Hyde, A. (2001). HIV-positive patients' experiences of stigma during hospitalization. *JANAC: Journal Of The Association Of Nurses In AIDS Care*, 12(6), 68-77 10p.

United Nations. (1948). *The Universal Declaration of Human Rights*. Hämtad 2016-05-16 från, <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2016-04-27 från, http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Watson, J. (1985). *NURSING: Human Science and Human Care - A theory of Nursing*. (ed. 2). New York: National League for Nursing.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2016) About HIV/AIDS. Hämtad 2016-03-18 från, <http://www.who.int/hiv/about/hiv/en/>

World Health Organization. (2015). HIV/AIDS. Hämtad 2016-03-18, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/#>

* Yang, Y., Zhang, K., Chan, K., & Reidpath, D. (2005). Institutional and structural forms of HIV-related discrimination in health care: a study set in Beijing. *AIDS Care*, 17S129-40 1p.

* Zukoski, A., & 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 & Stds*, 23(4), 267-276 10p. doi:10.1089/apc.2008.0168

Systematiska sökningar

BILAGA I

Cinahl 2016-03-30	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	AB HIV	26 159				
#2	AB Aids	14 780				
#3	(MH "Patient Attitudes")	21 753				
#4	Stigma*	10 549				
#5	S1 OR S2	32 191				
#6	S3 AND S4	494				
#7	S5 AND S6	109				
Begränsningar	Published Date: 20050101- 20161231; Peer Reviewed; English Language	76	76	9	3	3

Cinahl 2016-03-30	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	AB HIV	26 202				
#2	AB Aids	14 781				
#3	Patient* Experience*	77 581				
#4	Patient* Attitude*	64 736				
#5	Stigma*	10 552				
#6	S1 OR S2	32 199				
#7	S3 AND S4	16 409				
#8	S6 AND S7	659				
#9	S5 AND S8	105				
Begränsningar	Published Date: 20050101- 20161231; Peer Reviewed; English Language	91	91	18	4	2

PubMed 2016-03-31	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	Patient- Provider relationship	469				
#2	HIV	300 361				
#3	AIDS	240 447				
#4	Experienced	231 982				
#5	S2 OR S3	398 025				
#6	S4 AND S5	8224				
#7	S1 AND S6	6				
Begränsningar	2005-2016 Engelska	5	5	5	2	1

PubMed 2016-03-31	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	HIV	300 403				
#2	AIDS	240 471				
#3	Stigma	24 525				
#4	Experience*	802 688				
#5	S1 OR S2	398 079				
#6	S3 AND S4	4 859				
#7	S5 AND S6	1 221				
#8	Patient*	2 200 253				
#9	S7 AND S8	300				
#10	Health care*	66 1866				
#11	S9 AND S10	152				
Begränsningar	2005-2016 Engelska	134	134	22	4	2

BILAGA II

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Framkom ej
Informant karaktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Framkom ej

Finns etiskt resonemang? Ja Nej Framkom ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej
- Strategiskt? Ja Nej Ej relevant

-datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej
- analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej
- Råder datamätnad? Ja Nej Ej relevant
- Råder analysmättnad? Ja Nej Ej relevant

Kommunicerbarhet

-Är resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej
-Redovisas resultatet i förhållande till
-Teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej
-Genereras teori? Ja Nej Ej relevant

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent
Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem

Peer review

Double
blinded

Single
blinded

Ej
angivet

Översikt av analyserad litteratur

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
McDoom, Bokhour, Sullivan & Drainoni, 2015. USA	<p><i>Syfte:</i> Undersöka hur erfarenheterna av stigma och socialt stöd antingen underlättade eller hämmade engagemanget inom HIV-vården, från äldre svarta kvinnors perspektiv.</p> <p><i>Problem:</i> Eftersom svarta kvinnor över 50 representerar en patientkategori där HIV-prevelensen bland kvinnor ökar, är det viktigt att förstå vad som hjälper dem att öka följsamheten och delta i pågående HIV-vård.</p>	<p><i>Ansats & metod:</i> En kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p>	<p><i>Urval & studiegrupp:</i> Deltagarna var 20 svarta kvinnor över 50 års ålder med HIV.</p>	<p><i>Resultat:</i> kvinnorna uttryckte att erfarenheter med stigma och sökandet efter stöd spelade en viktig roll i att bedöma för och nackdelar med att engagera sig i vården.</p>	Medel

Översikt av analyserad litteratur

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Ion & Elston, 2015. Kanada	<p><i>Syfte:</i> Undersöka kvinnors vård och vårderfarenheter i en polyklinisk-miljö.</p> <p><i>Problem:</i> Prevalensen av HIV har ökat hos kvinnor i vissa grupper.</p>	<p><i>Ansats & metod:</i> En kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer som spelades in och transkriberades.</p>	<p><i>Urval & studiegrupp:</i> 17 kvinnor med HIV deltog i studien.</p>	<p><i>Resultat:</i> Kvinnor upplevde HIV-relaterad stigma när vårdpersonal saknade grundläggande kunskap om HIV och misslyckades med att upprätthålla de etiska koderna i vårdrelationer. Det resulterade i att kvinnorna undvek vård.</p>	Medel
Brion, 2014. USA	<p><i>Syfte:</i> I efterhand utforska processen till medicinsk följsamhet hos HIV-smittade individer med hög följsamhet.</p> <p><i>Problem:</i> Följsamhet i behandling är ytterst viktig vid HIV infektioner.</p>	<p><i>Ansats & metod:</i> En kvalitativ studie. De använde öppna Intervjufrågor och svaren spelades in.</p>	<p><i>Urval & studiegrupp:</i> 8 kvinnor och 15 män med HIV deltog. Urvalsgruppen hade medicinskt behandlats i minst 1 år.</p>	<p><i>Resultat:</i> Följsamhet utvecklades över tid steg för steg vilket också ledde till acceptans av HIV infektionen. Viktigt var patient-centrerad vård som hjälpte till en anpassning av situationen och ledde till hög följsamhet.</p>	Medel

Översikt av analyserad litteratur

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Pointdexter, Henrickson, Fouché, Brown & Scott, 2013. Nya Zeeland	<p><i>Syfte:</i> Belysa erfarenheter och upplevelser av HIV- relaterad stigma och diskriminering hos afrikanska immigranter i Nya Zeeland.</p> <p><i>Problem:</i> På grund av en förändring i Nya Zeelands invandringssituation finns det ett ökat behov av att veta hur just nykomna afrikanska immigranter upplever fenomenet.</p>	<p><i>Ansats & metod:</i> En kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer. Tre intervjuer genomfördes via telefon, de andra genomfördes i antingen deltagarens hem eller på ett annat ställe valt av deltagaren. Alla intervjuer utom en spelades in och transkriberades. Vid den som inte spelades in skrev forskarna stödord som sedan skrevs ut i fulltext.</p>	<p><i>Urval & studiegrupp:</i> 9 Kvinnor och 4 män med HIV och av afrikanskt ursprung deltog i studien.</p>	<p><i>Resultat:</i> Deltagarna upplevde att de blev diskriminerade, socialt isolerade och att vårdpersonalen inte höll tystnadsplikten.</p>	Hög

Översikt av analyserad litteratur

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Kempf et al., 2010. USA	<p><i>Syfte:</i> Utforska och utvärdera barriärer och motivationer till att fortsätta besöka HIV kliniker hos HIV infekterade kvinnor som lever i stadsmiljö i sydöstra USA.</p> <p><i>Problem:</i> Följsamhet i behandling och uppföljning är kritiskt vid HIV infektioner. Specifika faktorer till följsamhet hos kvinnor i stadsmiljö i sydöstra USA finns ganska lite forskning om, trots att epidemin snabbt ökar bland minoriteter och kvinnor.</p>	<p><i>Ansats & metod:</i> En kvalitativ studie med beskrivande design. Breda och öppna intervjufrågor användes. Deltagarna delades in i olika fokusgrupper där deltagarna själva valde frågorna inom ämnet för att få så breda och uppriktiga svar som möjligt. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p>	<p><i>Urval & studiegrupp:</i> 39 kvinnor med HIV och som levde i sydöstra USA i storstadsmiljö deltog. De rekryterades från fyra olika kliniker.</p>	<p><i>Resultat:</i> Vad som avgjorde om patienterna återbesökte klinikerna berodde på personal, kontext och samhälls- och miljöfaktorer, så som relationen mellan vårdgivare och patient, stöd från familjen, möjlighet till transporter, HIV-stigman i samhället de lever i samt uppbyggnaden av sjukhuset eller kliniken.</p>	Hög

Översikt av analyserad litteratur

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Zukoski & Thorburn, 2009. USA	<p><i>Syfte:</i> Utforska upplevelsen att som individ med HIV, leva i en stadsmiljö i ett område med låg HIV prevalens.</p> <p><i>Problem:</i> Tolerans gentemot HIV i områden med låg prevalens kan vara lägre än mot områden med hög prevalens. Stigman intensifieras på grund av att avvikande livsstilar inte tolereras lika mycket och att det finns en stor rädsla för HIV och mindre anonymitet. Det kan leda till isolering och mindre resurser att tillgå.</p>	<p><i>Ansats & metod:</i> En kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer med en ämnes guide och öppna frågor. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p>	<p><i>Urval & studiegrupp:</i> 7 kvinnor och 9 män med HIV eller AIDS och blandat ursprung deltog i studien. Deltagarna levde i en stadsmiljö med låg HIV prevalens.</p>	<p><i>Resultat:</i> De flesta, men inte alla, upplevde någon form av stigmatisering relaterat till deras HIV diagnos. Att bli socialt utsött från vänner och familj var vanligast. Att förlora vänner eller att bli tillfrågad att ta extra skyddsåtgärder runt omkring nära och kära, att bli särbehandlad eller anklagad för att vara drogmissbrukare eller homosexuell upplevdes också.</p>	Hög

Översikt av analyserad litteratur

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Mill, Edwards, Jackson, Austin, MacLean & Reintjes, 2009. Kanada	<p><i>Syfte:</i> Att utforska stigmatisering som utövas inom vårdorganisationer från både patienter som lever med HIV och vårdpersonals perspektiv.</p> <p><i>Problem:</i> HIV-relaterad stigma medför svåra konsekvenser för personer med HIV och har sedan den tidiga HIV-epidemin varit ett stort problem.</p>	<p><i>Ansats & metod:</i> En Kvalitativ studie med en utforskande och beskrivande design. Fördjupande intervjuer genomfördes och en fokusgrupp användes för att samla in information.</p>	<p><i>Urval & studiegrupp:</i> Totalt deltog 60 individer, varav 33 utav deltagarna var patienter med HIV och 27 deltagare var vårdpersonal. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p>	<p><i>Resultat:</i> Deltagare beskrev både fysisk och psykisk konsekvenser till deras HIV-diagnos. Deltagare ansåg att den överlag negativa synen på HIV och AIDS grundades i okunskap om sjukdomen och skillnaderna mellan HIV och AIDS och den negativa bilden som media målade upp patienter med HIV eller AIDS.</p>	Hög

Översikt av analyserad litteratur

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Yang, Zhang, Chan & Reidpath, 2007. Kina</p>	<p><i>Syfte:</i> Undersöka om förändringar i befintlig lagstiftning och politik förändrat diskrimineringen av personer med HIV eller AIDS.</p> <p><i>Problem:</i> AIDS upptäcktes 1985 i Kina men inte blev inte erkänt att det existerade av hälsoinsitutet förrän 1994. Regenringen har nu bytt attityd kring ämnet då det befarades att 10 miljoner invånare skulle drabbats av HIV 2010 om ingen förändring sker.</p>	<p><i>Ansats & metod:</i> En kvalitativ studie som genomfördes i Bejing. Intervjuerna var semistrukturerade. På grund av ovilja till inspelning hos deltagarna så skrev forskarna stödord som samma dag efter intervjuerna var färdiga, skrevs ut i fulltext.</p>	<p><i>Urval & studie-grupp:</i> 72 individer deltog varav 28 var individer med HIV. Både kvinnor och män deltog. Deltagarna var individer som i någon form arbetar med, eller besitter specifik kunskap om livet för personern med HIV.</p>	<p><i>Resultat:</i> diskriminering kunde ses ute i vården. Ovilja att vårda, vägran att informera om HIV testresultat, obligatoriskt meddela partners eller anhöriga om HIV eller AIDS diagnos och bryta tystnadsplikten skedde endast ute i vården och hade ingen grund i lagar eller förordningar.</p>	<p>Medel</p>

Översikt av analyserad litteratur

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Rintamaki, Scott, Kosenko & Jensen, 2007. USA	<p><i>Syfte:</i> Undersöka erfarenheterna hos amerikanska veteraner som lever med HIV och deras respons till HIV-stigma i ett vård-sammanhang.</p> <p><i>Problem:</i> Individer som lever med HIV har en ökad känslighet mot beteenden som kan signalera fördomar eller diskriminering.</p>	<p><i>Ansats & metod:</i> En kvalitativ studie med till en början, två semi-strukturerade intervjuer med en fokusgrupp och sen enskilda intervjuer med resterande deltagare. Intervjuderna spelades in samt transkriberades.</p>	<p><i>Urval & studie-grupp:</i> Deltagarna var 50 manliga amerikanska veteraner med HIV eller AIDS.</p>	<p><i>Resultat:</i> Deltagare beskrev varierande beteenden hos vårdpersonal och som deltagarna upplevde kunde indikera på HIV-relaterad stigma. Det var allt ifrån icke verbala uttryck, exempelvid minimal ögonkontakt, till uppenbar diskriminering, som fysiska övergrepp.</p>	Medel

Hsiung & Thomas, 2001. Taiwan	<p><i>Syfte:</i> Få en inblick I coping strategier hos personer med HIV eller AIDS med dåliga vårderfarenheter.</p> <p><i>Problem:</i> I Taiwan var prevention och utbildning om AIDS byggd på rädsla. Stigmatiseringen är kraftig.</p>	<p><i>Ansats & metod:</i> Kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer som spelades in och transkriberades.</p>	<p><i>Urval & Studie-grupp:</i> 14 män med HIV eller AIDS deltog i studien.</p>	<p><i>Resultat:</i> Två copingstrategier som återkom för att hantera de olika negativa vårderfarenheterna. Att inte göra en stor grej utav det samt att bygga upp ett inre försvar och leta efter andra alternativ.</p>	Medel
---	---	--	---	---	-------

Översikt av analyserad litteratur

Författare Årtal Land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Sherman & Ouellette, 2001. USA	<p><i>Syfte:</i> Utforska dynamiken i relationen mellan vårdpersonal och patient med AIDS.</p> <p><i>Problem:</i> Det finns få studier som utgår från patientens perspektiv som fokuserar på patienter med AIDS upplevelse av mottagande och erfarenheter av vården samt relationen mellan patient och vårdgivare. Av den anledningen behövs fler studier av den karaktären.</p>	<p><i>Ansats & metod:</i> En kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer som spelades in och transkriberades.</p>	<p><i>Urval & studie-grupp:</i> Deltagarna var 15 sjuk-sköterskor och 5 läkare på en speciell AIDS-avdelning som var specialiserade på AIDS och 17 patienter med HIV eller AIDS.</p>	<p><i>Resultat:</i> När det kommer till att möta behov, förväntar sig patienter att läkare och sjuksköterskor skall se efter och prioritera deras fysiska behov men inte deras emotionella eller sociala behov. Patienter uppskattar erkännande av deras spirituella behov men de tenderar att undvika att diskutera religion. Patienterna belyser innebörden av att etablera en vårdande relation.</p>	Hög

Högskolan Väst
Institutionen för Hälsvetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00
Fax 0520-22 30 99
www.hv.se