



UNIVERSITETET I
NORDLAND

HIV kler deg helt naken...



Bachelor i sykepleie

Emnekode: SY 180H

Kandidatnr.: 34

Dato for innlevering: 29.04.2011.



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	i
1.0 Innledning.....	1
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	1
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	1
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling	1
1.4 Prosjektets hensikt.....	2
1.5 Prosjektets oppbygging	2
2.0 Metode.....	3
2.1 Kvalitativ forskningsmetode, intervju og observasjonsstudie.....	3
2.2 Databaser og søkeord	6
2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk	7
2.4 Analyse og vitenskapelig tolkning av prosjektet.....	9
3.0 Sykepleie relatert til mennesker som lever med HIV	10
3.1 Kunnskap gir trygghet.....	10
3.2 Stigmatisering.....	11
3.3 Hildegard Peplaus interaksjonsteori.....	13
3.4 Utviklingsfaser i forholdet mellom sykepleier og pasient	13
3.5 Sykepleierens roller.....	14
3.7 Omsorg for ordene	15
3.8 Det å finne tonen sammen, er hemmeligheten i all hjelpekunst.....	15
4.0 Presentasjon av funn i ulike artikler.....	16
5.0 Drøfting	18
6.0 Ettetanke	27
Litteraturliste	28
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	30
Vedlegg 2: Kvittering NSD.....	31
Vedlegg 3: Informasjonsskriv til respondent.	32
Vedlegg 4: Tillatelse til innhenting av data.	34
Vedlegg 5: Samtykkeerklæring.....	37

Bildet fra forsiden kommer fra Wikimedia Commons uten copyright. Det spesifiseres på nettsiden at bildet kan brukes av andre prosjekter. Tilgjengelig fra: http://no.wikipedia.org/wiki/Fil:MG_8858.jpg (07.03.2011).

Oppgavens navn *HIV kler deg helt naken* (Galt 2008: 55) er sitert fra boken *Døden ved min side: Å leve med HIV*, skrevet av John Galt 2008.

Totalt antall sider: 40

Antall ord u/innholdsfortegnelse og litteraturliste: 9790

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Tema for denne oppgaven er stigmatisering av mennesker som lever med HIV. Med dette temaet ønsker jeg å belyse hvordan helsepersonell kan virke stigmatiserende mot mennesker som lever med HIV, og om eventuelt sykepleiere kan bidra til å forhindre at dette skjer.

Problemstillingen lyder som følgende:

Hvordan kan sykepleiere skåne mennesker som lever med HIV fra helsepersonells stigmatisering?

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I forkant av innlevering av tema til bacheloroppgaven min, fikk jeg to råd av tidligere studenter: Finn et interesseområde som du ønsker å lære deg mer om, og skriv som «filla fyker» mens inspirasjonen er der! Med dette ønsker jeg å presentere resultatet som absolutt slo meg mest der og da, nemlig HIV/AIDS.

Bakgrunnen for dette temaet stammer fra min medisinske praksis ved NLSH. Den dagen jeg tenker tilbake på, utførte jeg et bevisst «valg» av ansvarsrom ved avdelingen, for å unngå å møte et menneske som lever med HIV. Etter denne vekten følte jeg meg ikke særlig stolt, og lovte meg selv at dette skulle ikke skje igjen. Derfor ble dette et tema jeg ønsket å skrive om, for å øke min egen forståelse og kunnskap.

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Dette skal være et refleksjonsprosjekt som legger vekt på å belyse stigma innad i helsevesenet. Har det seg slik at helsevesenet mangler nok kunnskap i møte den HIV-rammede? Hvis kunnskapen ikke er til stede, preges dette møtet med lite respekt og verdighet, og virker stigmatiserende? Hvordan kan sykepleiere være med på å forhindre at dette skjer? Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til voksne mennesker som lever med HIV, og utelukke barn. Det er fordi jeg føler at det ville krevd en ulik tilnærming, en det jeg utfører i dette prosjektet, samt kreve en annerledes tolkning av problemstillingen.

Definisjoner av sentrale begrep i problemstillingen:

Skåne betyr å unngå å utsette noen for noe hardt/vondt eller lignende (Ordnett).

HIV - Human Immunodeficiency Virus/Humant Immunsviktvirus (Nylenna 2004: 134).

Helsepersonell er en fellesbetegnelse på personer og yrkesgrupper som har fått offentlig godkjenning (autorisasjon) etter å ha gjennomgått lov- eller forskriftsbestemt helsefaglig utdanning (Nylenna 2004: 129).

Stigmatisering er i overført betydning det å merke noen negativt i sosial sammenheng (Nylenna 2004: 331).

1.4 Prosjektets hensikt

Med dette prosjektet ønsker jeg å belyse hvordan ulike holdninger i helsevesenet kan ha en negativ påvirkning til innstilling og mottakelse av mennesker som lever med HIV. Mitt ønske med prosjektet er at det skal være et bidrag til å redusere egne, så vell som andres stigmatiserende tanker og handlinger innen helsevesenet. Jeg velger bevisst å skrive redusere, for å ha en realistisk holdning til prosjektet. Det kommer alltid til å være noen som bærer den irrasjonelle smittefrykten av HIV, slik jeg gjorde i min situasjon. Jeg føler ved å fremme meninger, opplevelser og erfaringer fra mennesker berørt av HIV, kan jeg skape ettertanke og forhåpentligvis endringer i forhold til holdninger i helsevesenet. Når det gjelder kunnskap om HIV, som kan være en av grunnene til stigmatisering, avhenger mye av hvor engasjerte hvert enkelt individ er villig til å sette seg inn i problematikken. Jeg er fast bestemt på å utvikle min egen kunnskap. Mitt møte med mennesket som er HIV+, skal ikke kunne sees på som stigmatiserende eller fordomsfullt, og jeg vil vise mennesket den respekten hun eller han fortjener. Dette er mitt personlige mål for prosjektet.

1.5 Prosjektets oppbygging

Bygger opp prosjektet mitt ved å starte med å presentere tema og problemstilling. Slik kan leseren få et innblikk i, og en anelse om hva prosjektet inneholder. Deretter legges prosjektet til en standardisert oppgaveteknisk utforming bestående av metodedel, teoridel, drøfting, avslutning, litteraturliste og eventuelle vedlegg. Ønsker å skape en rød tråd mellom alle deler i prosjektet, for å skape et helhetlig resultat.

2.0 Metode

«Metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte» (Dalland 2007: 81).

2.1 Kvalitativ forskningsmetode, intervju og observasjonsstudie.

Dette prosjektet er skrevet med utgangspunkt i en kvalitativ forskningsmetode. Denne metoden kan gjenkjennes ved at den tar hensikt i å fange opp meninger, opplevelser og personlige inntrykk. Med andre ord en subjektiv metode som går i dybden av færre undersøkelsesenheter, nettopp for å få frem det som er spesielt, eventuelt avvikende. Under presentasjon av data samlet med en kvalitativ metode, tar en også sikte på å fremstille sammenheng, helhet og formidle forståelse. Som forsker i en slik metode bør en vise delaktighet, erkjenner påvirkning og tar utgangspunkt i å se fenomenet innenfra (Dalland 2007: kap.5).

På grunn av forskningsetiske avgrensninger (retningslinjer for bacheloroppgaven) kunne ikke intervjurespondenter bestå av pasienter eller pårørende. Med en slik avgrensning, ble mitt utvalg bestående av en fagperson. Uavhengig av dette, ser jeg på svarene fra fagpersonen som svært verdifulle og inspirerende. Hun er primærkilde til det som foregår innen hennes praksisfelt, og kan derfor supplere med ulike perspektiver som er relevante for mitt prosjekt, (Dalland 2007: 145). Fagpersonen jeg prater om er en middelaldrende dame, med lang erfaring innenfor sitt praksisfelt. Jeg velger bevisst å ikke utdype mer om hennes posisjon i forhold til mennesker som lever med HIV, for å hindre at lesere kan «avsløre» kilden, som også kan føre til avslørelser av HIV- positive i et relativt lite samfunn.

I redsel for å ikke omfavne alle ønskede tema i problemstillingen, laget jeg en strukturert intervjuguide (vedlegg nr.1), dette vil si en guide med ferdigformulerte spørsmål (Dalland 2007:148). I en kvalitativ forskningsmetodisk ånd, ble det lagt opp til et kvalitativt intervju. Det kan la seg karakterisere som en metode der det vektlegges å fange opp mening og opplevelse rundt spørsmålene i intervjuet, og at svarene ikke nødvendigvis lar seg tallfeste eller måle. I motsetning til en kvantitativ metode som oftest ønsker å fremme funn i tall og målbare opplysninger (Dalland 2007: 82).

Fremgangen i en slik intervjuopprosess, skulle vise seg å være lengre enn det jeg hadde planlagt. Siden jeg hadde tenkt å bruke båndopptaker som hjelpemiddel under intervjuet, måtte dette søkes om gjennom Personvernombudet for forskning – Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste A/S (Dalland 2007: 239). NSD er et kompetansesenter som veileder forskere og studenter i forhold til datainnsamling, dataanalyse, metode, personvern og forskningsetikk. De kontrollerer om undersøkelsesopplegget oppfyller kravene i personopplysningsloven (Dalland 2007: 238). Ved prosjektets slutt vil de også forsikre seg et betryggende opplegg for arkivering, eller tilintetgjørelse, og påminnelse for dette fåes på mail. Denne prosessen innebar å fylle ut et meldeskjema med relevante opplysninger, samt forsvare at mitt prosjekt var avhengig av en slik datainnsamling, og stod til kravene som stiltes om personvern. Dokumentene som krevdes for å bevise dette, ble lagt ved meldeskjemaet. En måned senere kom kvittering fra NSD i posten (også til veileder), etter noe telefonkontakt og korrigeringer underveis i søknadsprosessen. Kvitteringen legges ved (vedlegg 2). Etter jeg hadde utkåret min erfarne, middelaldrende fagperson, og fått muntlig bekreftelse til deltakelse per telefon, restartet «papirmølla». Respondenten mottok kort tid etter et informasjonsskriv (vedlegg 3) angående prosjektet, som ved signatur bekreftet mottatt informasjon og at hun kunne stille til intervju. Det neste skjemaet, Tillatelse til innhenting av data (vedlegg 4), et skjema som Universitetet i Nordland praktiserer, skal være et informerende skriv og bekreftelse for at tema godkjennes av respondent og ytterligere dens øverste leder. Skjemaet vektlegger også at undertegnende skal være kjent med lover og forskrifter tilknyttet denne datainnsamlingen, og ved undertegning, bekrefter respondent seg kjent med disse. I tillegg til denne tillatelsen signert av leder, respondent, og til slutt veileder av prosjektet, ble jeg rådet til å lage en skriftlig samtykkeerklæring (vedlegg 5). Erklæringen signerte respondenten i forkant av intervjuet.

Selve intervjuet ble utført hjemme hos respondenten. Hun hadde selv foreslått å ta det på formiddagen, dagen hun hadde fri. Jeg var ydmyk i det jeg kom, for å vise at jeg respekterte hennes atmosfære i hjemmet, og var takknemlig for at hun kunne ta imot meg. Huset var helt stille, ingen hjemme, ingen telefoner eller andre forstyrrelsesmekanismer i nærheten. Mens hun laget kaffe til oss, ordnet jeg båndopptaker, strategisk plassert midt mellom oss på kjøkkenbordet. Hadde testet den for optimal funksjon før jeg kom, så jeg viste at dette var en plass som gjorde at lyd kvaliteten på båndet ble bra. Jeg informerte nok en gang at hun kunne trekke seg når som helst, så signerte hun samtykkeerklæringen.

Båndet startet, og jeg stilte mine spørsmål, som hun også hadde kopi av. Samtalen var rolig, og preget av engasjement fra begge hold. Jeg lot meg fasinere av hennes opplevelser, og rike erfaringer. Dette ble et godt intervju, som holdte tidsavgrensningen på en time, nesten til punkt og prikke. Intervjuet ble i etterkant analysert, jeg la merke til stemningsleie og tonen underveis i avspillingen, jeg tolket helheten, så vel som delene av intervjuet. Dette lar seg gjenkjenne i en hermeneutisk tilnærming av kunnskap, som jeg skriver om senere i metodedelen. Tar meg selv i å lese mellom linjene, og prøve å forstå kompleksiteten av det hun sier. Jeg skriver ned sitater underveis fra intervjuet. Å stadig veksle mellom analyse og tolkning, slik jeg gjorde, fungerer som en del av kvalitetskontrollen til et intervju (Dalland 2007: 171).

Observasjonsstudien min tok sted på et kompetansesenter for mennesker berørt av HIV, fordelt over tre dager. Under oppholdet fikk jeg en veileder som fulgte meg over alle tre dagene. Dette fungerte veldig godt, og jeg hadde nytte av noen å reflektere sammen med. I tillegg hadde jeg et program som inneholdte samtaler og undervisninger, med både ansatte og brukere av senteret. Siden jeg bodde på stedet, sto jeg fritt til å delta i åpent miljø om ettermiddagene. Ved en ustrukturert tilnærming, stilte jeg opp med et åpent sinn, og ønsket å observere alt som kunne være lærerikt. En slik uformell tilnærming betyr gjerne at en ikke på forhånd har bestemt seg for hva en skal se etter (Dalland 2007: 188). Etter hvert presenterte jeg selvfølgelig hva prosjektet mitt gikk ut på, og fikk rikelig med «in-puts» fra mennesker med forskjellige bakgrunner. For å ikke miste verdifull informasjon og inntrykk, skrev jeg ned tolkninger, førsteinntrykk, observasjoner og følelser i et observasjonsnotat. Dette for å kunne bruke dem senere til å berike mitt svar på problemstillingen (Dalland 2007: 187).

For å supplere med en subjektiv forståelse av hvordan det er å leve med HIV, uten å overskride emnets pålagte retningslinjer, siterer jeg fra boken *Døden ved min side*, underveis i drøftingen. Boken ble anbefalt under oppholdet ved kompetansesenteret, og har vært en god støttespiller til min motivasjon for oppgaven. Dette er den første boken i Norge som er skrevet av en mann som selv lever med sykdommen, og beskriver dens effekt på egen kropp og livsverden. Her retter han et skarpt lys mot kunnskapsmangelen i helsevesenet, og mot myndighetene som ikke ser sitt ansvar (Galt 2008).

I en oppgave som dette, er det enkelte ting som må være tatt til etterretning i forkant av utførelse. Med bekreftelse fra NSD, vet jeg at min gjennomføring av prosjektet er i tråd med personvernloven. Det vil si, at jeg har overholdt de forskningsetiske retningslinjer gjeldende for et studentprosjekt som dette. Med å gjennomføre skikkelige forberedelser i forkant, som i mitt tilfelle inneholder tillatelsene for innhenting av data, kvittering fra NSD, informasjonsskriv til respondent og skriftlig samtykkeerklæring, risikerer jeg ikke at prosjektet kan bli ugyldiggjort. Personopplysninger holdes konfidensielt, og anonymiseres i prosjektet.

På bakgrunn av hva jeg ønsket kunnskap om, valgte jeg å bruke en kvalitativ forskningsmetode. Dette var i mine øyne et riktig valg, selv om min forskningskarriere nyss er startet. Til tross for det, er det ting i etterkant jeg ser kunne vært utført annerledes. På bakgrunn av at dette er et studentprosjekt med begrenset tid, valgte jeg å ha et utvalg bestående av en fagperson. Dette var fordi jeg følte at kombinasjonen av forarbeid til intervju, tiden til å bearbeide litteratur og funn, reflektere over observasjonsstudie, samt bearbeide selve prosjektet, trolig ville ta opp store deler av skrivetiden min. Hadde jeg valgt å intervju flere fagpersoner som hadde bekreftet hverandres påstander, ville nok funnene stått sterkere, enn det de gjør med en enkelt fagpersons meninger. En erfaring rikere.

Intervjuet ble utført hjemme, og selv om jeg hadde lagt opp til en strukturert intervjuguide, ble det tilleggsspørsmål underveis. Situasjonen hjemmeintervju følte jeg i mitt tilfelle gikk veldig bra, men det var likevell en sjanse å ta. Hadde respondenten syntes intervjuet ble kjedelig, kunne jeg stått i fare for et intervju som ble preget av kortfatternhet og uengasjement. Dette tenkte jeg ikke på før i etterkant. To erfaringer rikere.

Det at den strukturelle intervjuguiden ble brutt av noen «naturlige spørsmål», føler jeg bare fikk meg til å innse at ikke alt kan fastsettes, og planlegges til punkt og prikke, når det gjelder en kvalitativ studie. Jeg har ikke tro på at alle vet eksakt hvordan, eller hvor lang tid det tar å fange opp andres meninger, opplevelser og erfaringer. Tre erfaringer rikere.

2.2 Databaser og søkeord

Databaser jeg har vært innom for å finne fag- og forskningslitteratur til prosjektet er Nordland University Library 360 Search/Samsøk i elektroniske ressurser (Kun tilgang gjennom skolens nettverk), Scopus, Sykepleien.no og Sygeplejersken.dk (Tilgang via passordlisten til BIBSYS). University Library 360 Search en database som automatisk søker gjennom Universitetets tilgjengelige elektroniske ressurser, det vil si et søkeorgan på egen hjemmeside,

som hjelper studentene å søke etter oppdatert litteratur, uten å søke i en og en enkelt database. Scopus er også en database tilgjengelig fra hjemmesiden, og sørger for tilgang til litteratur og kilder med kvalitet. Tre artikler brukt i prosjektet, og som ble funnet gjennom Universitetet i Nordlands samsøk-monitorer, kommer fra Wiley Online Library. WOL er en annerkjent database som inneholder deriblant over fire millioner artikler fra 1500 ulike journaler.

Søkeord brukt i prosessen: HIV/AIDS, HIV, stigmatization HIV, knowledge HIV, knowledge HIV and nurses, nurses and HIV, stigmatization and HIV, caring for people with HIV.

Ved å søke på ordene HIV/AIDS fikk jeg ca 90 000 treff i 360 Search og ca 85 000 i Scopus. Derfor gjorde jeg søkeordene mer spesifiserte, og treffene ble mindre. Jeg brukte de ulike databasene sine avgrensingsmetoder innenfor årganger, utgivelsesår, titler og tema. Sykepleien.no og Sygeplejersken.dk hadde ikke mange treff ved søk, så det trengtes ikke å avgrense.

2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

Pensumlitteratur:

Aadlaand (2004), Almås (2001), Brinchmann (2008), Dalland (2007), Eide & Eide (2007) og Kristoffersen et. al. (2005) er alle bøker som inngår i pensum fra bachelor i sykepleie. Fakultetet setter høye faglige krav til pensum brukt ved Universitetet, derav ser jeg ingen betenkeligheter ved å bruke disse bøkene.

Selvvalgt litteratur:

-Forfatteren John Galt – retter et skarpt søkelys mot kunnskapsmangelen i helsevesenet og mot myndigheter som ikke ser sitt ansvar. Og det er i sannhet et rystende bilde han gir av norsk helsevesens kunnskap om HIV og AIDS. Med denne boken kan jeg få et personlig perspektiv fra et menneske som lever med HIV, uten å bryte de forskningsetiske restriksjonene jeg har for dette prosjektet.

-Med sin teoretiske og forskningsbaserte forankring kan boken *Å være pasient* skrevet av Graukæk (2010) ha relevans for sykepleiere under utdanning og i klinisk praksis. Graubæk selv er sykepleier, og har lang erfaring innenfor undervisning av pasientologi, og utvikling av klinisk praksis.

- Goffman (2009) er mannen bak sekstitallets sosiologiske «klassiker» av begrepet stigma. Slik jeg ser det er han «guruen» for forståelsen av stigmabegrepet, og det betrygger meg å se at nettopp denne boken er brukt som litteratur for mange andre stigma-relaterte prosjekter.
- Lid og Hånes (1989) er eldre litteratur, men jeg ønsker å ta boken med, for å belyse hvordan problemene skrevet da, fortsatt er et problem for HIV-problematikken i Norge den dag i dag.
- Martinsen (2005) er en sykepleierteoretiker som har skrevet seg inn i sykepleiens historie, gjennom å fremme hennes syn på helhetlig pleie. Mange av mine pensumbøker refererer til henne, og jeg finner denne boken derfor troverdig.
- Nylenna (2004) har jeg brukt for å belyse enkelte begrep med definisjoner. Den medisinske ordboken oppdateres fortløpende for å opprettholde dens faglige pålitelighet.

Internettpublikasjoner:

- Röndahl et. al. (2003) er en liten forklarende, sammenlignende og kvantitativ studie, utført med et lite forutbestemt utvalgt, samt studentene som var med i studien, var fra både tidlig og sent i utdanning. Dette kan ha innvirkning på resultatene, med tanke på at studentene som var tidlig i utdanning, ikke har lært om HIV, eller siden undersøkelsen var kjent på forkant, kan deltakerne ha gjort opp meninger på forhånd. Undersøkelsen er også relativt gammel, i forskningens verden.
- Pickles et. al. (2009) er en review-studie som har tatt for seg journaler fra 1996-2008, som endte med seksten ulike studier. Flertallet (fjorten) var kvantitative studier. Selv om forfatteren påpeker at ikke alle artiklene var stod like høyt til forskningskravene for de ulike studiene, mentes det at de var behøvelige for å belyse studieområdet. Studien integrerer forskning over tolv år, noe som er med å ytterligere vektlegge problematikken som drøftes i prosjektet.
- Suominen et. al. (2010) er en studie som ble utført i 2006 med 631 registrerte sykepleiere som deltakere, fordelt over landene Finland, Estland og Litauen. Utvalgte sykepleiere var fra områder høyt belastet med HIV. Undersøkelsen vektla hvorvidt sykepleierne hadde hatt tidligere omsorg for mennesker med HIV. Det ble evaluert forkunnskaper, holdninger overfor belastede grupper (narkomane, homofile osv) og det ble stilt bakgrunnsspørsmål (alder, kjønn, utdanning osv) på forhånd av hovedstudien. Gode forutsetninger for en god forskningsstudie.
- Loftheim og Rodkjær (2003) er et faginnlegg fra det danske tidsskriftet Sygeplejersken, distribuert av Dansk sygeplejeråd. Debattinnlegget kan ikke la seg evidensbasere, men ble tatt med for ettertanke.
- Lien og Skaarud (2009) er en fagartikkel basert på klinisk praksis, litteratursøk og hospitering av to fagutviklingssykepleiere ved Rikshospitalet. Artikkelen er ikke forankret i

forskningens høyeste kriterier, men belyser fortsatt hvordan forholdene er innenriks. Derfor ble fagartiklen med i prosjektet. Den er publisert i tidsskriftet Sykepleien utgitt av Norsk Sykepleierforbund.

2.4 Analyse og vitenskapelig tolkning av prosjektet

Hermeneutikk er en form for vitenskapsteori, en fremgangsmåte til forståelse. En hermeneutisk tilnærming er presentert i kommende sitat:

«Å oppnå forståelse av en sak kan betraktes som en prosess der en foretar en rundreise mellom helheten og en rekke enkeltdeler. Den som gir seg i kast med dette, må la seg utfordre til å se på både helhet og enkeltdeler med friske øyne. Gjennom en innvolvering endrer en sitt syn på både helhet og del. Den nye forståelsen omfatter både at enkeltdelene blir til ny forståelse av helheten, og at helheten blir utvidet av delene. I denne kontinuerlige rundreisen endrer forståelsen seg, den smelter sammen med forforståelsen og skaper ny mening. Det foregår en konstant prosess mellom forforståelse, forståelse og fortolkning» (Graubæk 2010: 52).

Hermeneutikk kan også forklares som en forstående kunnskapstradisjon. Sett ulikt fra en positivistisk (forklarende kunnskapstradisjon) inspirert forsker som stiller seg bevisst på avstand og er objektiv, karakteriseres gjerne en hermeneutiker som en forsker som ønsker å leve seg inn i andre menneskers subjektive opplevelser, og gjengi en sak sett fra en annens personlige perspektiv (Aadland 2004: 190). Med dette avklart mener jeg at dette prosjektet besvares i hermeneutikkens kunnskapstradisjon.

Jeg har nevnt tidligere i innledningen at jeg ønsker å øke min egen forståelse og kunnskap angående gjeldende tema. Med det mener jeg å bearbeid mine og andres opplevelser, erfaringer og kunnskaper som dannes underveis i prosjektet, for så og skape et produkt som kan fremme min subjektive kunnskapstolkning av problemstillingen. Resultatet ønsker jeg kan bidra til at andre helse- og omsorgsarbeidere setter fokus på et tema som jeg føler er tilsidesatt. Hvis jeg, med denne oppgaven, gjennom en hermeneutisk tilnærming, kan skape omtanke i helsefagets yrketsutøvere, sier jeg meg selv fornøyd.

3.0 Sykepleie relatert til mennesker som lever med HIV

«Skal en nærme seg noe som er ukjent og kanskje skremmende, må en først vite noe om det. Sykepleieren trenger kunnskap om HIV og AIDS, og om hvordan sykdommen smitter. En trenger kunnskap for å kunne bearbeide holdninger ovenfor sykdommen. Sykepleieren kan ikke passivt vente på å «bli matet» med kunnskap» (Lid og Hånes 1989: 11).

3.1 Kunnskap gir trygghet

HIV står for Human Immunodeficiency Virus, og er viruset som fører til AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome). Hiv er et virus som ligger innenfor en undergruppe av Retrovirus ved navn Lentivirus (langsomtvirkende virus). Lentiviruset karakteriseres ved intervallet mellom smittetidspunkt og utvikling av symptomer.

HIV angriper flere celletyper i kroppen, men det alle cellene har til felles, er en spesiell reseptor (et CD4-molekyl) på membranen. Dette molekylet er målet til HIV, som fester seg til CD4 og trenger inn i cellen. T4 er kroppens svar på immunsystem.

HIV infiserer T4-lymfocytene, som resulterer i ødeleggelse av kroppens immunforsvar (Almås 2001: 1105). Det gjør HIV ved å «omkode» angrepne T4-celler og gjør dem om til fabrikker for produksjon av stadig nye viruskopier. Når viruspartiklene per mikroliter plasma (såkalt Virus Load/VL) øker, undertrykkes CD4 og T4, og immunforsvaret havarerer. Så fremst behandling for den smittede virker, vil VL som oftest synke til udetektbare nivåer. Viruset kommer alltid til å være i kroppen, men lar seg ikke påvise. Ved en så vellykket behandling, der VL er under femti, er den HIV-positive i realiteten ikke lenger smitteførende. Men føre var... (Galt 2008: 74-76).

Blant oss mennesker er det mange myter om HIV, og hvordan viruset smitter. HIV smitter gjennom blod, sæd og skjedesekret. Det er også en fare for mor-barn-smitte i svangerskap, fødsel eller under amming. På lik linje som med øvrige pasientgrupper er det anbefalt å benytte hansker ved direkte kontakt av blod, spinalveske, urin, avføring, og andre kroppsvesker. Dette er en standard helsepersonell skal utføre i kontakt med hvilken som helst pasientgruppe, for å forebygge smitte, ikke bare av HIV-viruset (Lien og Skaarud 2009: 60).

«En voksen HIV-positiv mann opplever at sykepleier tar på seg hansker for å plukke opp hodeputen hans som falt på gulvet. Til sammenligning skifter hun ikke putetrekket før hun legger puta tilbake i pasientens seng» (Lien og Skaarud 2009: 61).

3.2 Stigmatisering

Goffman var en canadisk – amerikansk sosiolog som skrev seg inn i sosiologens historie på femtitallet. Han utarbeidet på sekstitallet en sosiologisk forståelse av begrepet stigma, som har gjort ham kjent siden den dag. Han skriver blant annet om menneskets frykt for å bli avslørt, og hvordan vi går gjennom livet mens vi konstant streber etter anerkjennelse. Goffman mener at mennesker generelt, alltid har indre tolkninger om hvordan en skal forholde seg mest mulig «normal», og forhindre det abnorme, avvikende og unormale (Goffman 2009: Forord).

Nedenfor ønsker jeg å ta dere gjennom Goffmans forklaring av begrepet stigma, tenk gjerne i forhold til din egen forståelse av samfunnets «inndelinger» underveis i begrepsavklaringen. Samfunnet danner måter å inndeles mennesker i kategorier på, og det bestemmer, hvilke egenskaper som skal oppfattes som sedvanlige og naturlige, nettopp for medlemmene av de ulike kategoriene. Det sosiale miljøet fastlegger hvilke kategorier av mennesker en kan forvente å finne på det gjeldende sted. De etablerte miljøers sosiale spilleregler gjør det mulig for oss uten særlig oppmerksomhet eller ettertanke, å forholde oss til de mennesker, som vi rent faktisk kan forvente å møte. Når vi med en slik forutsetning står ovenfor et fremmed menneske, vil vi sannsynligvis allerede på basis av hans umiddelbare utseende være i stand til å forutsi, hvilken kategori han tilhører, samt hvilke egenskaper han besitter, eller kort sagt hans «sosiale identitet». Vi støtter oss til disse første inntrykk og omformer dem til normative forventninger og rettferdige krav. Det som er typisk, er at vi verken er klar over at vi har stilt disse krav, eller forstår hva de innebærer, før vi tvinges til å spørre oss selv, om de faktisk blir oppfylt eller ikke. Først da får vi muligheten til å innse at vi hele tiden har gjort oss visse forhåndsforestillinger om hvordan det gjeldende individ burde være. De krav vi stiller, burde derfor snarere betegnes som krav om en faktisk bekreftelse av våre forventninger. Og de karakteregenskaper vi tillegger den enkelte, burde snarere betraktes som en bedømmelse, som forventes å bli bekreftet ved senere iakttagelser: begge utgjør en *tilsynelatende sosial identitet*. Derimot vil vi kalle den kategori han faktisk kan henvises til, samt de egenskaper han faktisk kan påvises å besitte, *hans faktiske sosiale identitet*.

Mens den fremmede er til stede i våres nærhet, kan det komme frem at han besitter en egenskap, som skiller han ut fra andre personer i samme kategori han selv kunne tenkes være «plassert» i. Han reduseres derfor i vår bevissthet fra å være et helt alminneligt menneske, til et nedvurdert menneske. Å bli stemplet på denne måten innebærer et stigma, især når den gjeldende stilles i sterk mistillit. Dette kan også bli kalt for en svakhet, en brist eller et handicap. Det innebærer en uoverstemmelse mellom den *tilsynelatende*- og den *fatiske sosiale identitet*. Et stigma består altså i virkeligheten av en spesiell form for relasjon mellom en egenskap, og en stereotyp klassifisering av mennesker (Goffman 2009: 43-45).

Etter dette avsnittet, tør du å innrømme at du kjenner deg selv igjen? Det gjør jeg...

Når dette er sagt vil jeg som sykepleierstudent gjerne forsterke min mening til prosjektet, og holdning til mitt fag, trekke frem det innledende fundamentet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere:

«Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (Brinchmann 2008: 113).

I problemstillingen min bruker jeg ordet å *skåne*. Det betyr å unngå å utsette noen for noe hardt/vondt eller lignende (Definisjon: Ordnett). De yrkesetiske retningslinjene bruker ordene å ikke bli krenket, som jeg føler er av samme grunnprinsipp som å skåne. Å skåne er et vakkert ord, som for meg innebærer både psykiske og fysiske områder ved behandling av mennesker. Men i mangel på litterære forklaringer av begrepet, søkte jeg etter synonymer som kunne forklare det jeg ville fremme ved å bruke ordet skåne i min problemstilling. Ord som barmhjertighet, medlidenhet, mildhet og empati ble funnet. Sammenfattet presenterer disse ordene en god forklarelse av hvordan en kan skåne et annet menneske. Martinsen mener menneskets avhengighet tydelig fremtrer når vi i ulike grunner befinner oss i en situasjon der vi trenger hjelp, som for eksempel ved sykdom. I slike situasjoner vil noe av det enkeltes menneske være overlatt og utlevert til et annet menneske. Det vil da være opp til det andre mennesket å ta vare på det gjeldende menneske som helhet, og vise til tillit og barmhjertighet (referert i Kristoffersen et.al. 2005). Sistnevnte ord betyr å vise medmenneskelighet og skånsel (Definisjon: Ordnett). Dette mener jeg kan presentere min forståelse av å *skåne*, slik jeg ville utøvet begrepet innen sykepleiefaget.

3.3 Hildegard Peplaus interaksjonsteori

Peplaus interaksjonsteori ble til på femtitallet, og var en av de første teorier utviklet for å forbedre innholdet av sykepleierutdanningen i USA. Teoriene som oppstod på denne tiden skulle klargjøre hva sykepleie var, og fortsatt er. Dette skulle studentenes undervisning baseres på, for å få den nødvendige forståelsen av sykepleierens arbeidsområde og funksjon (Kristoffensen et al. 2005: 16). *Interpersonal Relations in Nursing* er Peplaus hovedarbeid fra 1952, denne er nyutgitt i 1991. I de neste to punktene skal jeg gjøre rede for Peplaus interaksjonsteori.

3.4 Utviklingsfaser i forholdet mellom sykepleier og pasient

Peplau ser på sykepleie som en mellommenneskelig prosess. Hennes mål for denne prosessen legger vekt på å fremme helse og utvikling av personligheten i en retning av et kreativt, konstruktivt og produktivt liv. Dette skal skje både personlig og sosialt. Peplau mener at utviklingen av relasjonen mellom pasient og sykepleier står sentralt for det terapeutiske utbyttet av sykepleien underveis i prosessen. Med utgangspunkt i dette, avhenger sykepleierens evne til å forholde seg i samsvar med de ulike faser og roller, som vesentlig for å skape denne gode relasjonen. Peplau deler relasjonen mellom sykepleier og pasient i fire faser. Tross inndelingen overlapper disse hverandre.

Orienteringsfasen: Sykepleier og pasient møter hverandre for første gang, situasjonen tolkes fra begge hold. Pasientens behov identifiseres, og sykepleier utvikler en relevant «sykepleiediagnose». Sentralt i denne fasen vektlegges det at sykepleier reflekterer over seg selv, og hvordan egne reaksjoner fremstår under møtet med pasienten.

Identifiseringsfasen: «Problemet» er definert. Fasen består av klargjøring av forestillinger og forventninger. Plan for sykepleien er å ta sikte på å møte pasientens behov.

Utforskningsfasen: Her skal sykepleier hjelpe pasienten til å utforske tanker, følelser og forestillinger som er knyttet til den opprinnelige årsaken til at pasienten kontaktet helsevesenet. Sykepleierens rolle i denne fasen kan gjenkjennes i empowermentbegrepet, å støtte pasienten i å ta egne helsefremmende valg.

Løsningsfasen: Av natur har alt en ende. Identifiseringen av pasientens behov startet i første fase, men skal nå avta parallelt med pasientens opparbeidede styrke. Dette kan bare skje hvis de tidligere tre fasene har gitt pasienten tilstrekkelig psykologisk støtte og kontakt. Under gjennomføring av alle fire fasene burde sykepleier ha løsningsprosessen for øye, dette for å avslutte med en vellykket løsningsfase (Eide & Eide 2007: 130-131).

3.5 Sykepleierens roller

Pepleu fokuserer, som tidligere nevnt, på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Etter å ha belyst fasene av relasjonen mellom sistnevnte, supplerer jeg med Pepleus tilhørende seks definisjoner av sykepleiers roller i de ulike fasene:

- 1. Rollen som en fremmed** er fremtredende i identifikasjonsfasen. Sentralt i denne rollen ligger grunnprinsippet ved å ta imot pasienten slik som en ville tatt imot hvilken som helst fremmed person, nemlig med respekt og positiv interesse.
- 2. Rollen som ressursperson** former sykepleieren som en informant til spørsmål som er knyttet til sunnhet og helse, assisterer pasienten til å forstå sitt eget problem bedre og åpner pasientens øyne for et mer omfattende perspektiv av problemet.
- 3. Lærerrollen** overlapper gjerne de andre rollene. Ved å innta ulike roller som lærer, bidrar sykepleier på ulikt vis til å møte pasientens behov for innsikt i situasjonen, og oppfylle pasientens ønsker om å løse de problem som foreligger.
- 4.** Ved å lytte til pasientens fortelling om bakgrunnen til behovet for hjelp, og følelser knyttet til dette, trer sykepleier inn i *rollen som veileder*. Pasienten skal kunne erkjenne de vanskeligheter han står overfor, i stedet for å undertrykke eller fordreie dem. Sykepleierens rolle blir da å skape de nødvendige mellommenneskelige betingelsene for å realisere dette.
- 5. Surrogat – rollen** er når pasienten ser sykepleier i likhet til mor, far eller andre viktige personer. Oppgaven innebærer i disse tilfellene å hjelpe pasienten til å avklare sitt forhold til autoritets- eller rivaliseringsfigurer, og bearbeide sine følelser knyttet til uavhengighet.
- 6. Rollen som leder** viser til ansvar, styring og problemløsning. Sykepleieres profesjonelle kompetanse kan i mange tilfeller angi nye muligheter og tiltak for å realisere slike lederoppgaver på. Pepleu understreker at sykepleierens syn på egen rolle ofte er avgjørende for hvordan mulighetene blir realisert (Eide & Eide 2007: 131-132).

For å skape en balansert bevegelse mellom sykepleierens ulike roller, krever det at sykepleier påtar seg ansvar for å avdekke psykologiske forutsetninger vedrørende pasientens behov. Likeså skape en utvikling og modning i relasjonen dem imellom (Eide & Eide 2007: 132).

3.7 Omsorg for ordene

Martinsen(2005) omtaler ordene som en gave gitt til oss, som vi oppfordres til å dele med andre, og ikke holde for oss selv. Omsorgen for ordene, og hvordan ordene bærer vår eksistens, er tanker hun deler med oss gjennom boken. Dette sitatet er tatt med i prosjektet til ettertanke:

«Vi kan ikke si eller skrive alt, og heller ikke uttrykke alt på samme måten. Ordene brukes med ulik tone og melodi alt etter hva vi er opptatt med og vil formidle, og ordene bærer en stemning. Tonen er alltid gjenstand for ulike tolkninger og presiseringer» (Martinsen 2005: 14).

Martinsen(2005) skriver i sin bok *Samtalen, skjønnhet og evidensen* om den faglige dyktige sykepleier og den reflekterte praktiker. Her belyser hun hvordan en kombinasjon mellom disse rollene er en forutsetning for god omsorg. Der den faglige dyktige sykepleier viser til lært sakkunnskap, setter standard på sine handlinger og er kritisk til sitt fag, har god moral, skaper tillit, engasjement og sensitivitet i relasjon til andres situasjon og livsverden. Mens den reflekterte praktiker, har gjennom praksis, innsikt i hva gode sykepleieholdninger er, og hva godt skjønn er. Martinsen(2005) skriver at det er viktig at disse rollene ikke erstatter hverandre, men samarbeider med å avdekke kunnskaper og barrierer i omsorgens felt.

3.8 Det å finne tonen sammen, er hemmeligheten i all hjelpekunst

En samtale oppfordrer å våge møtet, til å finne seg i å ha urett, en må kunne beherske tålmodighet og langsomhet, å høre etter, være oppmerksom, la motparten komme til ordet og møte dens svar med forsiktige spørsmål, for det en selv ikke forstår. Å la den hjelpetrengende vandre fram og tilbake med erfaringer, i samråd med en «fagperson» som reflekterer over andre synspunkter utenfor den hjelpetrengendes egen fastlåste situasjon, kan fremme et nytt syn for den hjelpetrengende (Martinsen 2005).

«Må vi ikke da ta oss tid til samtale...? for den andres og vår egen skyld... være med på å gjøre helse- og sosialvesenets rom til den gode samtalsens rom å være i, der vi våger åpenhet i samspill med tilbakeholdenhet» (Martinsen 2005: 44).

Et sentralt fenomen som er avgjørende for relasjonen mellom sykepleier og pasienten, er samtalen. Dette føler jeg ikke er godt nok vektlagt i Pepleus interaksjonsteori alene. Kunne jeg ønsket meg en nyere sykepleieteori, skulle den bestått av en kombinasjon av teoretikerne Pepleu og Martinsen. De utfyller og supplerer hverandre på en fin måte, og oppfyller for meg gode og fundamentale verdier i sykepleien.

4.0 Presentasjon av funn i ulike artikler

To forskningsartikler, en fagartikkel, en review studie og et faginnlegg, er utgangspunktet for de funnene jeg ønsker å presentere fra fag- og forskningpublikasjoner. Uvitenhet, og dårlig kunnskap er to funn som generelt har blitt gjengitt i alle fag- og forskningssøk, når det gjelder stigmatisering av mennesker som lever med HIV. Dette blir godt bekreftet av studiene skrevet av Røndahl et. al. (2003) og Suominen et. al. (2010). Begge forskningsartiklene tar for seg problemstillingene om helsepersonells kunnskaper og holdninger ovenfor mennesker som lever med HIV, og bringer frem i lyset hvordan kunnskapmangelen fortsatt er et problem, tross alt HIV/AIDS tilstedeværelse i over to tiår. Fagartiklen bekrefter dette ved å si:

«Andre faktorer ved HIV som kan føre til stigmatisering er at den er en smittsom sykdom, den smitter blant annet seksuelt, og sykdommen er forbundet med døden. Dette er temaer forbundet med tabu, og som kan gjøre det vanskeligere å leve med sykdommen. Utilstrekkelig kunnskap om HIV og smittemåter kan bidra til stigmatisering av HIV-positive. Klinisk praksis bekrefter at dette også er tilfelle i helsevesenet. I samtale med helsepersonell som ikke daglig jobber med HIV-positive, kommer det frem at enkelte tar ekstra forhåndsregler for å være på den sikre siden, i stedet for å konsultere litteratur» (Lien og Skaarud 2009: 58).

Suominen et. al. (2010) belyser ytterligere hvordan lengden på utdanningen og erfaringer fra tidligere pleie til den gjeldende pasientgruppen, har effekt for hvilke holdninger som vises i møte med mennesker som lever med HIV. Vesentlig er også om pleien er ønsket gitt. Denne studien viser også til at sykepleiere berørt av HIV, på privat basis, har positiv effekt til dems holdninger. Forslag til forbedring vektlegges ikke bare gjennom bedre grunnutdanning, men å supplere med kurs og veiledning underveis i yrkeskarrieren.

Röndahl et. al. (2003) avslører de oppsiktsvekkende resultatene av de undersøkende i studien, altså sykepleiere, samt studenter og hjelpepleiere, at opptil trettiseks prosent ville frastått fra omsorg for mennesker som lever med HIV, om dette var et alternativ. Resultatet av denne studien viser også at mellom åtte- og tjuseks prosent av helsearbeiderne som deltok, mener at det skulle vært lov å avstå fra omsorg for mennesker som lever med HIV, om en følte for det. Dette er svar fra 167 sykepleierstudenter og femtisyv sykepleiere ved en infeksjonsmedisinsk avdeling i Sverige. Liten studie, men fortsatt skremmende, spør du meg!

I review studien skrevet av Pickles et. al. (2009), vises det til stor smittefrykt verden over, gjennom forskjellige kontinent og kulturer. Denne smittefrykten smitter til uheldige holdninger ovenfor mennesker som lever med HIV. Her konkluderes det med at selv om bevis indikerer at utdanning og økt kunnskap ikke alltid kan forandre en persons holdninger, så kan det i alle fall forme en basis for hvordan holdningene burde være, slik at det utvikles informerte holdninger. Videre foreslås det utdanningsprogrammer for å skape en effekt på holdninger, kunnskap og arbeidspraksiser. Med tanke på at dagens sykepleierstudenter er fremtidens pleiere, kan en starte med å sette en standard for sykepleie til mennesker som lever med HIV, ved integrere undervisning om tema i utdanningssammenheng.

«Selv om sykdommen har været kendt i over 20 år, er der stadigvæk brug for undervisning og rådgivning, da stig-matiseringen måske overvejende skyldes uvidenhed, og at det er den, som kommer til udtryk i frykten»
(Loftheim og Rodkjær 2003).

Disse ulike publikasjonene vil jeg integrere i drøftingskapitlet, fordi de kan bidra til å skape en større tiltro, og underbygge funnene jeg har gjort underveis i prosjektet.

5.0 Drøfting

I det jeg starter med dette kapitlet, er jeg nettopp ferdig å lese boken *Døden ved min side: Å leve med HIV* av John Galt (2008). Jeg føler meg inspirert til å stille meg selv spørsmålene: Enn hvis det var meg som hadde HIV? Hvordan ville jeg bli møtt av helsevesenet? Hvordan ville fastlegen min reagert i det jeg sa at jeg ville teste meg selv for HIV? Hvordan ville mottakssykepleieren tatt imot meg hvis hun fikk vite at grunnen for at jeg hadde infeksjonen i kroppen skyltes HIV? Hadde damen som kom fra laborietoriet for å ta min blodprøve egentlig lyst til å ikke komme? Hvordan hadde jeg følt det hvis jeg hadde blitt satt i en bås, en kategori, som fortalte hvordan møtende mennesker skulle forholde seg til meg som individ?

«Hiv er et ord som utløser en særdeles lang assosiasjonsrekke, der ekstremt belastende og negativt ladede begreper kjeder seg sammen i en hard og tykk flette av stål, og som gjør at ordet «hiv» i dag faktisk er mer dødelig enn viruset ved samme navn. Det er da jeg stiller meg spørsmålet: Er det mulig å plassere ordet «hiv» inn i en annen assosiasjonsrekke, der det vokser frem nye ord – ord som ikke dømmer, stempler, skamlegger og trykker ned, men som lindrer, helbreder og frigjør?» (Galt 2008: 259).

I forsøket på å rasjonere meg selv frem til et svar på dette spørsmålet, og samtidig ha problemstillingen i bakhodet, ble tankegangen svært omfattende. Jeg gjentar for meg selv: *Hvordan kan sykepleiere skåne mennesker som lever med HIV fra helsepersonells stigmatisering?* Er det slik at når mennesker har klart å assosiere HIV med andre ikke-dømmende ord, at stigmatisering går til grunne? Er det bekjempelse og endring av vonde assosiasjoner til HIV sykepleiere må utføre, for å skåne mennesker som lever med HIV fra helsepersonells stigmatiserende tanker og handlinger?

Kunnskap gir trygghet, er et logisk utsagt for meg. Selv om Lid og Hånes – boken (1989) er eldre litteratur, poengterer den ennå i all høyeste grad problematikken per dags dato. Bekymringsfullt, men desverre sant. Helsevesenet trenger fortsatt den dag i dag, over to tiår etter HIV/AIDS ble et problem, mer kunnskap om HIV og hvordan sykdommen smitter. Og slik Lid og Hånes (1989) korrekt fremstiller det, kan ikke sykepleiere passivt vente på å «bli matet» med kunnskap. Ved observasjonsstudien min fikk jeg anledning til å spørre en mann som lever med HIV, om hva han synes om kunnskapsnivået i helsevesenet. Dette skulle

vise seg å bekrefte mine hypoteser. Svaret var: «*Det skal jeg fortelle deg. Jeg har levd med AIDS siden faenskapen kom, og overlevd to AIDS-krakker, og selv om tiårene er passert, vil jeg ikke utnevne noen pris for kunnskapsnivået generelt i helsevesenet!*» Dette er ikke bare en uttalelse preget av bitterhet og sinne, dette er en uttalelse som er sann og bekrefte av nyere forskning.

Röndahl et. al. (2003), presenterer en relativt liten studie som består av 167 sykepleierstudenter og femtisyv sykepleiere. Tross alt dens begrensede utvalg på et enkelt sykehus, tok jeg studien med, fordi den avslører to skremmende resultat. Trettiseks prosent ville frastått fra omsorg for mennesker som lever med HIV, om det var et alternativ (Röndahl et. al. 2003). Resultatet av denne studien ville jeg blitt en del av, hvis jeg hadde deltatt på tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført.

Valget jeg tok i min situasjon, fortalt i innledningen, ble tatt med et feigt knep. Jeg svarte fort og bevist at jeg kunne ha ansvar for tre andre rom i avdelingen, og begrunnet det med at der hadde jeg jobbet tidligere, og jeg kjente derfor pasientene. Lite ante de andre at jeg valgte disse rommene for å frastå og vise omsorg for et menneske som lever med HIV. Jeg følte i dette øyeblikket at kunnskapen ikke var tilstrekkelig. Slik som Martinsen skriver i Kristoffersen et. al. (2005), ville jeg nok ikke kunne tatt vare på dette mennesket som helhet, og vist barmhjertighet. Ved å velge bort dette rommet, ble min måte på det jeg da trodde var å skåne meg selv, og pasienten.

«Hvis man fokuserer for mye på diagnosen, så er det fordi man er redd, redd for å ikke sitte på nok kunnskap, eller fordi man føler at det blir så mye å forholde seg til, at man glemmer situasjonen rundt» (Respondenten).

Men uansett vet jeg selv, inni meg, at jeg har kategorisert, satt et menneske i bås, og frastått omsorg for et menneske som absolutt har rett til behandling på lik linje med øvrige mennesker. Det andre skremmende resultatet av sistnevnte undersøkelse, er nemlig at noen mennesker mener det er rettferdig å lovfeste valget om å avstå fra omsorg for mennesker som lever med HIV. Mellom åtte- og tjueseks prosent av helsearbeiderne som deltok, mente nemlig dette (Röndahl et. al. 2003). Innebærer det å gi helhetlig pleie, slik vi lærer i grunnutdanningen, og slik vår anerkjente sykepleierteoretiker Martinsen, så kjært vektlegger?

«Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig pleie...» (Brinchmann 2008: 113), står det i det innledende fundamentet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Å velge å avstå fra omsorg for mennesker med HIV, er nærmest derfor å bryte retningslinjene satt for sykepleiere. Videre står det «...retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (Brinchmann 2008:113). La oss si at forslaget om å lovfeste valget å avstå fra pleie til mennesker med HIV, ble gjennomført i praksis, hva ville reaksjonene blitt? Jeg ville blitt krenket, hadde spørsmålet gjeldt meg. I samtale med en mann som lever med HIV (observasjonsstudien), forteller han:

«Når jeg er på sykehuset, er det slik at jeg noen ganger gleder meg til at neste skift kommer på jobb, for da vet jeg at jeg blir vist mer respekt. Og når jeg ikke er innlagt på sykehuset, preges kontakten vår av mye brev i posten».

Er det lett å ignorere en sykdom, hvis en aldri møter den «ansikt til ansikt»? Jeg har i mange år hørt at viruset HIV fantes, men det har aldri streifet meg å studere det før nå. Det kan nok hende at dette gjelder flere enn bare meg. Slik jeg ser på HIV- problematikken i dag, etter å ha tilegnet meg kunnskap, tør jeg å påstå at hver og en av oss, en eller annen gang blir å møte et menneske berørt av HIV. Begrepet jeg har drøftet tidligere, kunnskap gir trygghet, kan jeg i aller sterkeste grad bekrefte ut fra min egen læringskurve underveis i dette prosjektet. Jeg avslutter her med et sitat der Galt (2008) bokstavelig talt provoserer til ettertanke:

«Helsevesenet vil meg egentlig vel – men det er like fullt et monster, som i hiv/aidssammenheng utmerker seg med en kunnskapsløshet som til tider kan være så vanvittig at selv et kurs i ABC ville ha representert et revolusjonerende fremskritt» (Galt 2008: 211).

Underveis i skriveprosessen, er innslagene blitt mange. Mitt syn på problemstillingen er endret, forståelsen av et liv med HIV forandret og sist men ikke minst er jeg blitt mye rikere på kunnskap og erfaring. Gjennom ulike metoder har jeg fått flere gyldne muligheter til å nærme meg HIV-problematikken på en måte mange helse- og omsorgsarbeidere kan misunne. I form av direkte kontakt i observasjonsstudie, indirekte kontakt gjennom fagpersonell i intervju, lesing av Galt (2008) og annen fag- og forskningslitteratur, har funnene åpnet en ny «kunnskaps- og erfaringsluke» for meg.

Smittefrykt er kanskje et åpenbart funn, men bærer med seg mange tabu-belagte assosiasjoner folk flest ikke ønsker å prate om. I samtale med sosialkonsulenten ved kompetansesenteret, fikk jeg innsikt i et annet perspektiv av smittefrykten. På forhånd hadde jeg en rimelig trangsynt mening på at smittefrykt hovedsakelig skyldes kunnskapmangel. Men det skulle vise seg å være mer. Ordet urinstinkt ble en del av samtalen. Dette instinktet gjør at vi skyr det som vi kjenner ubehag ved. HIV viser ofte til assosiasjoner som utstøtelse, stigmatisering, tabu, sex, fordommer og død. Dette er temaer som mange mennesker helst vil slippe å møte. Unnvikelse og avstand kan derfor virke som en enkel løsning. Dette er menneskelig, mener sosialkonsulenten, og poengterer at det derfor er viktig å erkjenne sine følelser, sin smittefrykt, og menneskeliggjøre seg selv, fremfor å ta avstand.

«Som i samfunnet for øvrig går det også gjennom helsevesenet en kinesisk mur av frykt som danner en effektiv barriere mot innsik og forståelse. Hiv er et minelagt felt... Hiv utløser noen instinktive fryktreaksjoner når vi får det inn på livet. Frykten ytrer seg gjennom å markere avstand» (Galt 2008: 211-214).

I en studie skrevet av Pickles et. al. (2009), vises det til stor smittefrykt på verdensbasis, dette er altså ikke bare et problem her i Norge. Smitte i seg selv, er et ord som oppfordrer til frykt, og kan danne uheldige holdninger ovenfor mennesker som lever med HIV. Selv om bevis indikerer at utdanning og økt kunnskap ikke alltid forandrer personers holdninger, kan det være en hjelp til å skape informerte holdninger. En basis for hvordan det egentlig burde være. Slik det danske faginnlegget fra tidsskriftet *Sygeplejersken* poengterer:

«Selv om sykdommen har været kendt i over 20 år, er der stadigvæk brug for undervisning og rådgivning, da stig-matiseringen måske overvejende skyldes uvidenhed, og at det er den, som kommer til udtryk i frykten» (Loftheim og Rodkjær 2003).

Mens jeg og sosialkonsulenten fortsetter samtalen, kan det ikke unngås at diskusjonen dreies mot kunnskapsløshet. Ja, vi er begge enige at dette kan være roten til mye vondt. Når det er sagt belyser hun også andre interessante innfallsvinkler til temaet. Helsepersonell kan i flere tilfeller virke litt «redde» for å innrømme sin kunnskapsmangel, og ikke bruke sine kollegaer som ressurs. Støtte og veiledning kan bidra til å skape trygghet og fremme et sterkt

arbeidsmiljø, som igjen kan fremme at kollegaer kontakter hverandre for råd. «*Når man har mot nok til å se at man ikke vet alt selv, er kollegaer en uunværlig ressurs*», er vise ord fra respondenten. Er helsepersonell flinke nok til å bruke ressursene som florer rundt oss, nemlig kollegaer? Og ikke minst pasientene, som bokstavelig talt er «fylte» av erfaringer og kunnskap? Fra min kliniske praksis, er dette noe jeg absolutt ser har forbedringspotensiale. Som et fellesskap av helse- og omsorgsarbeidere, jobber vi sammen for å bedre helse. Samarbeid betyr for meg å «støtte hverandres rygg», det føler jeg også inkluderer våre følelser, innstinkt og tanker. Hvorfor skal vi gjøre som om vi har full kontroll, den perfekte oversikt, til en hver tid, når dette rett og slett motstrider menneskets natur? Hvorfor hungrer vi alltid etter perfeksjonisme?

Frykt skaper avstand, fordommer danner stigmatisering og kunnskap gir trygghet. Kunnskap er da i dette tilfellet et verktøy som kan forebygge frykt og fordommer, verktøyet som kan skåne mennesker som lever med HIV, fra helsepersonells stigmatisering? Ordet skåne og begrepet stigmatisering mener jeg kan oppfattes som to motstridende fenomen. Slik jeg har nevnt tidligere betyr begrepet å skåne, å ikke utsette noen for noe vondt (Ordnett). Stigmatisering derimot, er på en måte å gjøre noen vondt ved å merke noen negativt i sosial sammenheng.

Goffman (2009) setter på en interessant måte, søkelyset mot oss mennesker som individer i en kontinuerlig prøvelse på å «virke normale». Gjennom begrepet stigma forklarer han hvordan mennesker streber etter annerkjennelse, og forsøket på å forhindre det unormale. Enten et liv med HIV, eller uten, sykepleier eller pasient, ser mennesker på samfunnet med forutsatte meninger og tolkninger om hvordan mennesker burde være, dems «sosiale identitet». Å stigmatisere – å merke noen negativt i sosial sammenheng, blir forklart av Goffman (2009) gjennom hans to kategorier, *tilsynelatende sosiale identitet* og *hans faktiske sosiale identitet*. Det som menes med *tilsynelatende sosiale identitet*, som vi gjerne ikke er klar over, er måten vi kategoriserer mennesker i møtet ved dem. Slik inndeling skjer gjerne etter vårt inntrykk av dems umiddelbare utseende, og vi danner oss en mening om hvilke egenskaper mennesket burde besitte, gjerne ut fra det sosiale miljøet de finner sted i. På den måten, gjennom førsteinntrykk, kan en omforme inntrykk til krav og forventninger for den kategori en selv har satt dette mennesket i. Hvis det da, i senere iakttagelser, viser seg at dette mennesket unnviker fra din forutsatte kategori, og dens antatte tilhørende egenskaper, kommer *hans faktiske sosiale identitet* frem. I en slik tankeprosess, kan stigmatisering forklares gjennom at vi

mennesker nedvurderer, og kategoriserer dette mennesket til en annen, «dårligerestilt» kategori (Goffman 2009: 43-45). Vi merker noen negativt i sosial sammenheng. Kan dette tenkes skje når sykepleiere, helsepersonell og mennekser for øvrig, hører at et menneske forteller: «*jeg har hiv*»? Det er i denne forbindelse jeg har valgt å sitere forfatteren Galt (2008), som navn på oppgaven: «*HIV er en del av din selvbiografi du helst ikke vil skrive. HIV er så intimt og så brutalt: HIV kler deg helt naken...*» (Galt 2008: 55).

Den siste tiden har jeg hørt mange skrekkeksemplarer av bisarre oppførsler utført av sykepleiere, leger, tannleger med flere. Alle fortellingene har en ting til felles, de er stigmatiserende. Tidligere har jeg blant annet nevnt hvordan en sykepleier tok på seg hansker for å plukke opp en manns pute fra gulvet, men skifter ikke trekket før den blir lagt tilbake i sengen (Lien og Skaarud 2009: 61). Historier hørt ved kompetansesenteret ryster meg. Tross alt dette er historier fra tidligere år, sjokkerer de ikke mindre. Tenk å oppleve å være uønsket i tre ulike kommuner, jobbtilbud som blir trukket tilbake etter kjent HIV-status, brutte taushetserklæringer og sykepleiere som møter deg på venteværelset med smitteklær!

Utilstrekkelig kunnskap om HIV og smittemåter kan bidra til stigmatisering av HIV-positive. Klinisk praksis bekrefter at dette også er tilfelle i helsevesenet. I samtale med helsepersonell som ikke daglig jobber med HIV-positive, kommer det frem at enkelte tar ekstra forhåndsregler for å være på den sikre siden, i stedet for å konsultere litteratur» (Lien og Skaarud 2009: 58).

Å skåne mennesker som lever med HIV, fra avstand, stigmatisering og irrasjonelle handlinger grunnet frykt, har ikke bare en løsning, slik jeg ser problemet. En ting er å øke kunnskap, en annen utfordring ved å utøve sykepleie er å bevare mennesket som en helhet. Gi omsorg til kropp og sjel, sinn og psyke, så vell som pleie dems familie og psykososiale liv, er fenomener grunnleggende sykepleie har lært meg som student. I mine øyne setter Hildegard Pepleus interaksjonsteori en god standard for dette. Hun ser på sykepleie som en mellommenneskelig prosess, og målene for denne, som baseres både på det personlige- og sosiale plan, er å fremme helse, samt utvikle pasientens personlighet. I denne prosessen, mener Pepleu at utviklingen av relasjonen mellom pasient og sykepleier, står sentralt for det terapeutiske utbyttet av sykepleieprosessen, og pasientens mulighet for et kreativt, konstruktivt og

produktivt liv. Forholdet mellom pasient og sykepleier deler Pepleu inn i fire forskjellige utviklingsfaser.

Orienteringsfasen er når sykepleier og pasient møtes. Her vektlegges sykepleierens evne til å reflektere over seg selv, og hvordan egne reaksjoner fremstår under møtet med pasienten (Eide & Eide 2007:130). Slik som respondenten belyser ved å si: «*Hvert menneske er jo forskjellig, man må behandle dem individuelt, og være sensitiv i tilnærmingen*».

Identifiseringsfasen preges av å klargjøre forestillinger og forventninger til hverandre, samt ta sikte for å møte pasientens behov gjennom å legge en plan for sykepleien (Eide & Eide 2007: 130). Dette føler jeg kan fungere som en hemmer for misforståelser. Som samtidig gjør at pasienten kan være medbestemmende, føle likeverd, og sykepleier skaper en mulighet for å gjøre seg selv medmenneskelig. Likeverd og medmenneskelighet er ord som ofte dukker opp i boken skrevet av Galt (2008), og som jeg føler er noen av hovedmålene innen verdig sykepleie.

Utforskningsfasen skal hjelpe pasienten til å utforske tanker, følelser og forestillinger som er knyttet til den opprinnelige årsaken til at pasienten kontaktet helsevesenet. Sykepleieren skal også støtte pasienten til å ta egne helsefremmende valg (Eide & Eide 2007: 131). I denne fasen er det avgjørende å vise åpenhet, og forsiktig rettlede pasienten ved å «peke på dører» som pasienten selv ikke ville gått til ved eget initiativ. «*Men vis alltid ydmykhet, og vær oppmerksom på kroppsspråket, det taler for seg selv*». Dette er vise ord fra sosialkonsulenten ved kompetansesenteret. Hun foreslår at det kan være et hjelpende tiltak å øve med kollegaer. *Løsningsfasen* skal i samsvar med pasientens opparbeidede stryke, avta paralelt, med den forutsetning at de tidligere fasene er tilstrekkelig gjennomført, slik at pasienten har oppnådd tilfredstillende psykologisk støtte og kontakt (Eide & Eide 2007: 130-131).

Hvordan resultatet av fasene er blitt, og i hvilken grad pasienten har dekkede behov, gjenspeiles ofte i hvordan sykepleier selv har sett på sin egen rolle gjennom fasene. Sykepleier inntar underveis i denne mellommenneskelige prosessen, i utviklingsfasene, forskjellige roller overfor pasienten. Disse rollene skaper en profesjonalitet, så vell som at det rettleder sykepleier å ivareta utvikling og modning dem imellom. Pepleu skriver om roller som fremmed, ressursperson, lærer, veileder, surrogat og leder (Eide & Eide 2007: 131). En balansert bevegelse mellom disse ulike rollene kan bidra til å avdekke psykologiske behov hos pasienten. Alle rollene er viktige i mine øyne, men for denne problemstillingen ønsker jeg å belyse rollene som ressursperson, lærer og veileder ytterligere. «*Ressurssykepleieren*» skal fungere som en informant til spørsmål knyttet til sunnhet og helse, «*lærersykepleieren*»

skal hjelpe pasienten til å få innsikt i situasjonen, og «veiledersykepleieren» skal rettlede pasienten til å erkjenne de vanskeligheter han står overfor, i stedet for å undertrykke eller fordreie dem. Kombinasjonen av disse rollene setter sykepleier i en posisjon som kan være helsefremmende og utviklende for pasienten (Eide & Eide 2007: 132).

Å være sykepleier i de ulike rollene, kan jeg se for meg også kan fungere i bruk mot andre fagpersoner i helsevesenet, og ikke bare som en interaksjonsteori i relasjon med pasienter som lever med HIV. Sykepleiere kan innta en informativ-, hjelpende- og rettlede rolle overfor kollegaer, for å hindre stigmatisering av mennesker som lever med HIV. Respondenten forteller et godt eksempel av dette:

«Skulle det være at en legesekretær pakker på seg for mye for å ta en enkel blodprøve, så kan man jo etterpå si hvordan HIV smitter. Det er jo ikke sånn at man må lage et stort nummer av det, bare legge frem på en vennlig måte, hvorfor hun ikke trenger alle smitteklærne, slik at det forhindres til neste pasient».

Er Pepleus teori en metode sykepleiere kunne brukt aktivt, for å bekjempe det HIV-positive frykter å møte i helsevesenet, nemlig stigmatisering? Suominen et. al. (2010) publiserer i sin forskningsstudie, at forslag til forbedring kan være å supplere med kurs og veiledning underveis i yrkeskarrieren, og ikke avslutte læringskurven ved grunnutdanningens slutt. Sykepleiere kan i teorien, i min tankegang, gjennom interaksjonsteoriens rettlede roller, samt dens forklaring av roller, fungere som kontinuerlige veiledere. Og kan, slik jeg ser det, bidra til å holde læringskurvene til ansatte innenfor helsevesenet vedlike, eller i beste fall stigende. Selv om det er sykepleiere og andre helse- og omsorgsarbeidere i Norge som sitter på lite kunnskap om HIV, kan de fortsatt veilede på andre områder, som for eksempel å vise likeverd, medmenneskelighet, respekt og samtalekunnskaper. Det vil øke fagnivået, og skape diskusjoner rundt HIV, og kanskje det er dette vi trenger for at sykdommen skal komme frem i søkelyset igjen. «Jeg tror man må bruke alle arenaer en kan, for å få ut kunnskap til folk, om så bare fordi det skal vises at man kan prate om HIV» (respondenten).

Man kan prate om HIV, gjentar jeg for meg selv i det jeg starter på siste del av drøftingskapitlet. Så tenker jeg tilbake i tid, før sykepleierundervisningen, og prøver å huske om jeg egentlig har hørt noen prate om HIV? Det er kanskje blitt nevnt i seksualundervisning, et TV-program, eller kanskje en naturfagstime, men ellers er minnet mitt blankt! Prate om HIV?

Å finne tonen sammen, er hemmeligheten i all hjelpekunst, skriver Martinsen (2005). Første bud er å våge møtet som oppfordrer til samtale. I min situasjon, våget jeg ikke engang møtet, og strøk på alle områder hun skriver om. Hun fortsetter med at en må beherske tålmodighet og langsomhet, være oppmerksom, høre etter og la motparten komme til ordet, samt svare med spørsmål der en selv ikke forstår. Jeg tør å påstå, hvis alle innen helsevesenet gjorde slik som Martinsen skriver: «*Være med på å gjøre helse- og sosialvesenets rom til den gode samtalsrom å være i, der vi våger åpenhet i samspill med tilbakeholdenhet*» (Martinsen 2005: 44), hadde mange stigmatiserende holdninger, samt handlinger kunnet vært unngått. Ikke minst vært «et rom» for å forebygge uinformerte holdninger. Martinsen (2005: 14) belyser videre at det er ikke alt en kan si, skrive eller uttrykke på lik måte, fordi tone, melodi og stemning vil alltid være gjenstand for hva vi vil formidle. Slik som Galt (2008) belyser ved å si:

«Det er nemlig ikke uvesentlig hvilke ord vi bruker... Valg av ord bestemmer perspektiv. Det er ikke så mange forskyvninger i begrepene som skal til før det får konsekvenser for min måte å se og oppleve meg selv på»
(Galt 2008: 260).

«...Å være sensitiv i tilnærmingen», forteller respondenten med en vektleggende tone. Det føler jeg er en god forklarelse på hvordan en bør møte samtals utfordringer i relasjon med mennesker som lever med HIV. Dette er beviset på at min kjære mor alltid hadde rett, «*du MÅ tenke, før du prater*», eller slik Martinsen(2005:14) så fint sier det: «*ordene krever omsorg...*»

6.0 Ettertanke

Er det da slik at sykepleiere kan, ved hjelp av kunnskap om HIV, smitteåter, stigmatisering, Pepleus interaksjonsteori, Martinsens samtaleteorier og dems syn på verdig sykepleie, skåne mennesker som lever med HIV fra helsepersonells stigmatisering? Jeg vil så gjerne si ja, men kan jeg forvente at selv om dette er kunnskaper sykepleiere innehar, at stigmatisering ikke oppstår? Eller kan løsningen ligge i det Galt skriver: *«Er det mulig å plassere ordet «hiv» inn i en annen assosiasjonsrekke, der det vokser frem nye ord – ord som ikke dømmer, stempler, skamlegger og trykker ned, men som lindrer, helbreder og frigjør»* (Galt 2008: 259). Og hvis det er tilfellet, kan sykepleiere bidra til oppfylle denne assosiasjonsendringen?

Litteraturliste

Pensumlitteratur:

Aadland, E. (2004) «Og eg ser på deg...»: *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Almås, H. (2001) *Klinisk sykepleie. Bind 2*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brinchmann, S, B. (2008) *Etikk i sykepleien*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, J, N., Nortvedt, F. og Skaug, A. E. (2005) *Grunnleggende Sykepleie- Bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Selvvalgt litteratur:

Galt, J. (2008) *Døden ved min side: Å leve med HIV*. Oslo: H. Aschehoug & Co.

Goffman, E. (2009) *Stigma: Om afvigerens sociale identitet*. 2. utgave. Fredriksberg: Sane Töregård Agency AB.

Graubæk, M, A. (2010) *Å være pasient: En innføring i pasientologi*. 1. utgave. Oslo: Akribe AS.

Lid, R. og Hånes, P. (1989) *Sykepleierens ansvar i hiv- og aidsepidimien*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnhet og evidensen*. 1. utgave. Oslo: Akribe AS (166 sider).

Nylenna, M. (2004) *Medisinsk ordbok*. 6. utgave. Oslo: Kunnskapsforlaget ANS, H. Aschehoug & Co. A/S og Gyldendal Norsk Forlag ASA.

Internetthenvisninger:

Lien, G, M. og Skaarud, J, K. (2009) *Hvordan HIV smitter – og hvordan det ikke smitter*. s. 58 – 61. I: *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 11. [Online], Tilgjengelig fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_documento_id=260602 (28.01.2011)

Loftheim, R, I. og Rodkjær, L. (2003) *Stigmatisering af HIV-patienter*. [Online], Tilgjengelig fra <http://www2.dsr.dk/sygeplejersken/?intArticleID=9863> (16.02.2011)

Kunnskapsforlagets blå språk- og ordboktjeneste [Online], Tilgjengelig fra <http://www.ordnett.no/ordbok.html> (19.03.2011).

Pickles, D., King, L. og Belan, I. (2009) *Attitudes of nursing students towards caring for people with HIV/AIDS: thematic literature review*. [Online], Tilgjengelig fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05128.x/pdf> (28.02.2011)

Röndahl, G., Innala, S. og 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*. [Online], Tilgjengelig fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02553.x/pdf> (03.03.2011)

Suominen, T., Koponen, N., Mociene, V., Raid, U., Instomina, N., Vånska, L. M., Vehkaluot, B. M. and Vålímåki, M. (2010). *Nurses` knowledge and attitudes to HIV/AIDS – An international comparison between Finland, Estonia and Lithuania*. [Online], Tilgjengelig fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2010.01822.x/pdf> (13.01.2011)

Intervjuguide

- Kan du beskrive ditt første møte med en person som lever med HIV?
Eventuelt første situasjon som stjal din oppmerksomhet angående gjeldende tema?
- Opplever du stigmatisering av HIV-rammede i dagens samfunn? Eksempel.
- Hvordan synes du det er blant helsepersonell? Tror du det er lik behandling av mennesker som lever med HIV på landsbasis?
- Kan du fortelle hvordan du bidrar til å skåne mennesker som lever med HIV, fra helsepersonells eventuelle stigmatiserende tanker og handlinger? Er veiledning og undervisning forebyggende tiltak. Har du kunnskaper/erfaringer/fortellinger å dele om denne problematikken?
- Tror du mangel på kunnskap bidrar til stigmatisering, fordommer og diskriminering?
- Har du inntrykk av at sykepleiere trenger å vite mer om HIV?
- Tror du at helsepersonell i møte med mennesket som lever med HIV, fokuserer ofte blindt på HIV-lidelsen? Ser sykdom, men ikke hele mennesket.
- Siden den medisinske utviklingen gradvis øker levealder av HIV-rammede, blir det etter hvert flere eldre som lever med HIV.
Burde temaet blitt bedre vektlagt i utdanningen av sykepleiere?
- Har du opplevd at kollegaveiledning kan være et godt tiltak for å øke kunnskap om HIV, og forhindre stigmatisering? Har du noen erfaringer fra det?
- Har du en mening om hvordan sykepleier skal imøtekomme et menneske som lever med HIV på best mulige måte?
- Har du noe annet å tilføye temaet? Gjerne fortellinger fra egen arbeidsutøvelse.

Vedlegg 2: Kvittering NSD.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Helga Helland Finstad
Profesjonshøgskolen
Universitetet i Nordland
8049 BODØ

Vår dato: 15.03.2011

Vår ref: 26407 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.02.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26407	<i>Stigmatisering av mennesker som lever med HIV</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Helga Helland Finstad
Student	Marion Knutsen

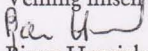
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 29.04.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
Vedlegg: Prosjektvurdering
✓ Kopi: Marion Knutsen, Valbergsveien 2604, 8357 VALBERG

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til respondent.

Har du muligheten til å stille til et intervju i forbindelse med min bacheloroppgave?

Jeg er en sykepleierstudent som snart er ferdig med treåring bachelorstudie. Med dette skal jeg starte datainnsamling til avsluttende hovedoppgave, og ønsker å intervju en fagperson som har kontakt med gjeldende område: HIV. Studien/intervjuet legger ikke vekt på personopplysninger om pasienter eller pårørende med HIV, men ønsker fortellinger om eventuelle opplevelser du som fagperson har opplevd i samarbeid med HIV rammende og deres erfaring med helsevesenet i Norge. Siden denne oppgaven er begrenset av tid, og kombinert med en litteraturstudie, intervjuer jeg ikke et utvalg, men kun en fagperson innen helsevesenet for å få innstyk av hans/hennes meninger og erfaringer innen helseomsorgen. Sitater fra intervjuet vil bli brukt for å forsterke litteratur i oppgaven. Intervjuet blir tatt opp på bånd og skrevet av nøyaktig slik det er fortalt. All opplysning som blir hentet ved dette intervjuet, vil ikke kunne spores tilbake til person, tid eller sted. Dokumentasjonen vil bli lagret på en laptop med adgangskode. Informasjonen behandles konfidensielt, inntil prosjektet innleveres senest 29 april 2011. Student og veileder er underlagt taushetsplikt. Deltakelse er frivillig, og samtykke kan bli trukket tilbake uten grunn på hvilket som helst tidspunkt. Etter innlevering slettes all data, senest 29. april 2011. Samtykkeerklæring må signeres før intervjuet starter.

Bakgrunnen for valget av tema stammer fra min medisinske praksis. Dagen jeg refererer til utførte jeg et bevisst ”valg” av ansvarsrom, for å unngå møte med et menneske som lever med HIV. Etter denne arbeidsdagen følte jeg meg ikke særlig stolt, og lovte meg selv at dette ville jeg lære mer om! For å oppsummere er dette en studie som legger vekt på å belyse stigma innad i helsevesenet. Har det seg slik at helsevesenet mangler nok kunnskap i møte den HIV-rammede? Hvis kunnskapen ikke er til stede, preges dette møtet med lite respekt og verdighet, og virker stigmatiserende? Hvordan kan sykepleiere være med på å forhindre at dette skjer?

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 951 83 959, eller sende en e-post til marionknutsen88@hotmail.com. Du kan også kontakte min veileder Helga Finstad ved Universitetet i Nordland på telefonnummer: 755 17 943.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen
Marion Knutsen
Valbergsveien 2604
8357 VALBERG

Jeg har mottatt informasjon om studien: Stigmatisering av mennesker som lever med HIV, og ønsker å stille på intervju.

Signatur Telefonnummer

Vedlegg 4: Tillatelse til innhenting av data.



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.: TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: _____
Avdeling / institusjon

Ved: _____
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave ___
- 2.) Deleksamen ___
- 3.) Semesteroppgave ___
- 4.) Prosjektarbeid ___

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: _____ Studiested: _____

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: _____

Metode v/ datainnsamlingen: _____

Respondenter / intervjupersoner: _____

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen: _____

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: _____

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: _____

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ:

Vedtak: _____

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Underskrift

Underskrift

Vedlegg 5: Samtykkeerklæring.

Samtykkeerklæring

All opplysning som blir hentet ved dette intervjuet, vil ikke kunne spores tilbake til person, tid eller sted. Dokumentasjonen vil bli lagret på en laptop med adgangskode. Informasjonen behandles konfidensielt, inntil prosjektet innleveres senest 29. april 2011. Student og veileder er underlagt taushetsplikt. Deltakelse er frivillig, og samtykke kan bli trukket tilbake uten grunn på hvilket som helst tidspunkt. Etter innlevering slettes all data, senest 29 april 2011.

Ved å signere dette dokumentet bekrefter jeg mitt informerte, frivillige samtykke til innhenting av data til denne semesteroppgaven.

Dato: _____ Underskrift: _____