

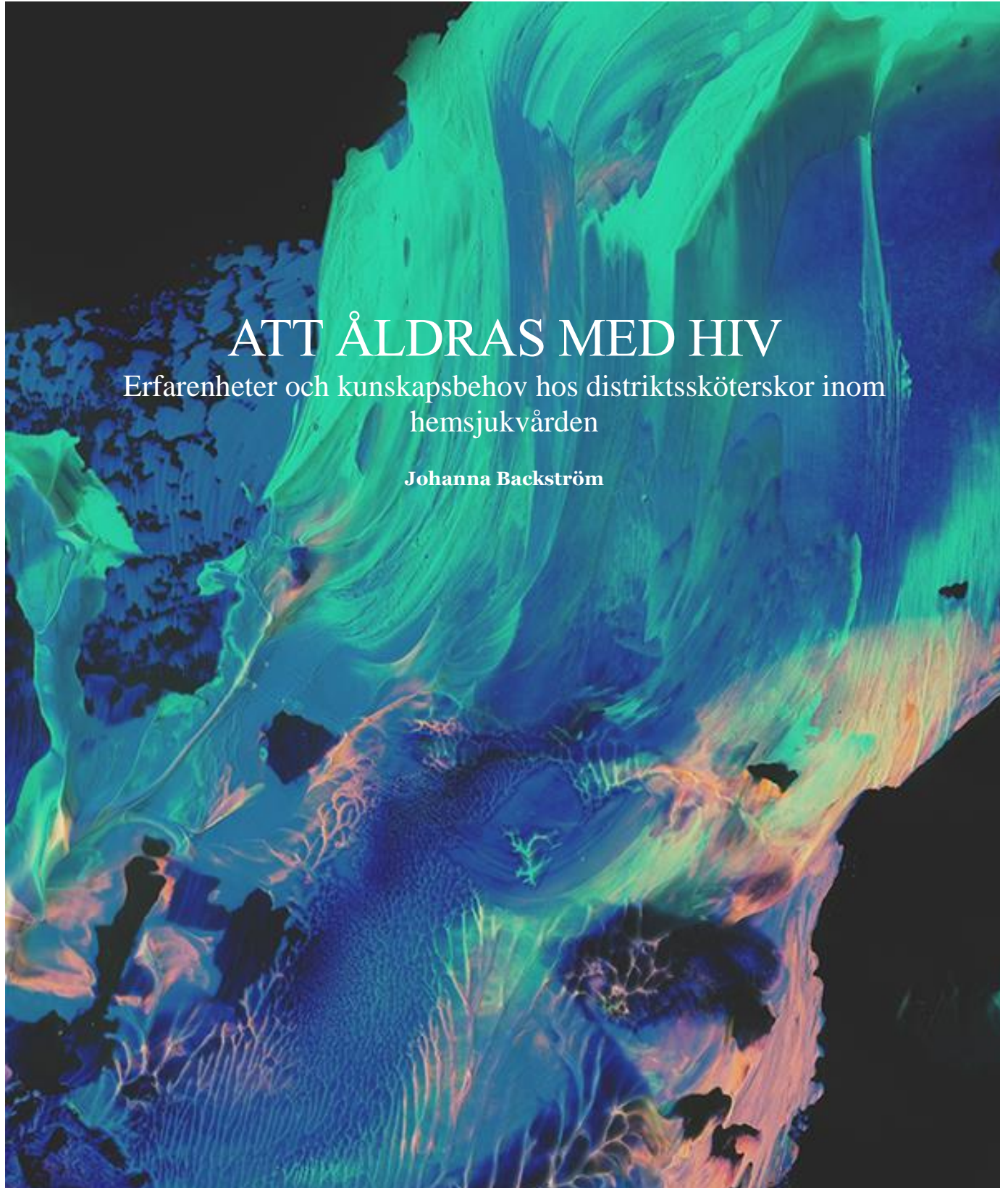


UMEÅ UNIVERSITET

ATT ÅLDRAS MED HIV

Erfarenheter och kunskapsbehov hos distriktssköterskor inom
hemsjukvården

Johanna Backström



Självständigt arbete (Examensarbete), 15 hp

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning till distriktssköterska, 75hp

Ht 2017

TACK

Tack till de distriktssköterskor och sjuksköterskor som ställde upp som informanter och till deras enhetschefer som lät dem delta.

Tack till Karin Sundin för värdefull feedback och stöd till uppsatsen.

Tack också till Anna Christensen och Anna Andersson på Hiv-Sverige för värdefull feedback och intressanta samtal.

ABSTRAKT

Titel: ATT ÅLDRAS MED HIV. Erfarenheter och kunskapsbehov hos distriktssköterskor inom hemsjukvården.

Bakgrund: I Sverige lever drygt 6500 personer med HIV. Effektiv behandling gör att antalet äldre som lever med HIV ökar. Idag betraktas HIV som en kronisk sjukdom, vilket ställer krav på kunskap om de åldersrelaterade problem det kan medföra för den äldre. Tidigare studier visar att sjuksköterskor och distriktssköterskor till viss del saknar grundläggande kunskap om HIV, smittsamhet och smittvägar. Brist på erfarenhet och kunskap kan påverka bemötandet och kvalitén på vård av äldre som lever med HIV.

Syfte: Att belysa erfarenheter och kunskapsbehov hos distriktssköterskor inom hemsjukvården beträffande äldre som lever med HIV.

Design: Kvalitativ design med induktiv ansats.

Metod: Studien bygger på semistrukturerade intervjuer med sju distriktssköterskor och två sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård i ett län i norra Sverige. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen resulterade i tre huvudkategorier, *Medvetandegöra okunskap*, *Önskan om fortbildning* och *Önskan om tydliga riktlinjer* och sju subkategorier. Resultatet belyses med citat från intervjuerna.

Slutsats: För att säkerställa en god vård och ett bemötande utan rädsla och fördomar krävs uppdaterad grundläggande kunskap om HIV. Det finns också ett behov av tydliga rutiner som är lätta att hitta och behov av stöd från personal med mer erfarenhet. Vård av äldre som lever med HIV bör präglas av ett personcentrerat förhållningssätt där brukarens erfarenheter och kunskap tas tillvara.

Nyckelord: distriktssköterska, erfarenhet, HIV, hemsjukvård, kunskap, personcentrerad, åldrande, äldre

ABSTRACT

Title: AGING WITH HIV. Experience and need for knowledge among district nurses in home care.

Background: In Sweden, about 6500 persons are living with HIV. With effective treatment the number of elderly living with HIV is increasing. HIV is to be regarded as a chronic disease. That increases the need for knowledge about the specific needs of the elderly living with HIV. Studies show that registered nurses and district nurses lack basic knowledge, to some extent, of HIV, contagiousness, and how it transfers. Lack of experience and knowledge can affect how they are treated and the quality of the care they receive.

Aim: To illuminate experiences and need for knowledge for district nurses working in home health care regarding older people living with HIV

Design: Qualitative design with an inductive approach.

Method: The study is based on semi-structured interviews with seven district nurses and two registered nurses working in community based home health care in the north of Sweden. The interviews were recorded, transcribed and analysed with content analysis.

Findings: The analysis resulted in three categories, *Raising awareness of ignorance*, *A wish for continuing education* and *A wish for clear guidelines*, and seven subcategories. The findings were illuminated by quotations from the interviews.

Conclusion: To ensure a relevant nursing care and treatment without fear and ignorance more basic up to date knowledge is needed. There is also a need for clear routines that are easy to find and a need for support from staff with more experience. The care of the elderly with HIV should include a person-centred approach where the experience and knowledge of the patient is considered.

Keywords: ageing, district nurse, elderly, experience, HIV, knowledge, person-centred, treatment

SAMMANFATTANDE BESKRIVNING

Varför behövs studien?

- Tillgång till behandling (ART) gör att de personer som lever med HIV idag kommer att bli gamla. Kunskapen hos sjukvårdspersonal, om äldre som lever med HIV, är bristfällig.
- Det har inte hittats några svenska studier om erfarenheter och kunskapsbehov hos distriktssköterskor inom hemsjukvården. Det behövs för att kunna möta behoven hos de äldre som lever med HIV.

Vad är det viktigaste som kom fram i studien?

- För att säkerställa en trygg och jämlik vård för äldre som lever med HIV krävs kunskap. Kunskap är en färskvara.
- Distriktssköterskorna inom hemsjukvården måste ges möjlighet till kontinuerlig fortbildning.
- Bristande erfarenhet av att vårda äldre som lever med HIV medför behov av tydliga rutiner och stöd.
- Vården av äldre som lever med HIV bör präglas av ett personcentrerat förhållningssätt där brukarens erfarenhet och kunskap tas tillvara.

Hur kan resultatet användas?

- Resultatet medvetandegör behovet av kontinuerlig utbildning och tydliga rutiner gällande äldre som lever med HIV för distriktssköterskor inom kommunal hemsjukvård.
- Resultatet påtalar behovet av HIV-relaterad kunskap inom sjuksköterskeutbildningen och specialistsköterskeutbildningen till distriktssköterska.
- Resultatet påtalar behovet av värdegrundsarbete för att minska stigmatisering och motverka diskriminering.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Historik	1
HIV	1
Epidemiologi.....	1
Symtom.....	2
Smittsamhet.....	2
Behandling	2
HIV och åldrande.....	3
Bemötande	5
Hemsjukvård.....	5
Distriktssköterskans roll.....	5
Teoretisk referensram	6
Problemformulering.....	7
SYFTE	7
METOD	7
Design	7
Urval	8
<i>Inklusionskriterier</i>	8
<i>Exklusionskriterier</i>	8
Datainsamling	8
Dataanalys.....	9
Rigour	10
Etiska ställningstaganden.....	10
RESULTAT	11
DISKUSSION.....	15
Resultatdiskussion.....	15
Metoddiskussion	19
Förslag till fortsatt forskning	20
SLUTSATS.....	20
KLINISK TILLÄMPBARHET	21
REFERENSER	22

BILAGOR

Bilaga 1: Informationsbrev till verksamhetschef

Bilaga 2: Informationsbrev med förfrågan om deltagande

Bilaga 3: Intervjuguide

INTRODUKTION

Antalet äldre som lever med HIV (Humant immunbristvirus) ökar. En kartläggning av HIV-kunskaper och attityder hos Primärvårdens personal som gjorts visar att kunskap finns men behöver förbättras (Hall, Plantin & Tornberg, 2017). Det har inte hittats några nationella studier, och få internationella, kring distriktssköterskors kunskap och erfarenhet av att vårda äldre som lever med HIV inom kommunal hemsjukvård. Förhoppningen är att studien ska bidra till en ökad medvetenhet. För att de äldre som lever med HIV ska ges samma möjlighet som andra äldre att få en god och jämlik vård ökar också behovet av uppdaterad kunskap kring HIV och det som är specifikt för äldre som lever med viruset.

BAKGRUND

Historik

Ursprunget till HIV finns i Centralafrika och det tros ha överförts från schimpans till människa i början av 1900-talet (Bergström, 2010). 1981 kom de första rapporterna om en "killer disease" som drabbade homosexuella män (Owen & Catalan, 2012). 1983 isolerades viruset för första gången av franska läkare (Folkhälsomyndigheten, 2015). I Sverige konstaterades det första fallet av HIV 1982 och det första dödsfallet året därpå. I samband med det ökade det mediala intresset för HIV i Sverige och bilden av en ny och skrämmande sjukdom utan bot målades upp. Till en början återgavs en rent homofobisk bild av sjukdomen och beskrevs i termer som "homosexsjukan" och "bögpesten" (Thorsén, 2013). Från början drabbades främst homosexuella män, intravenösa drogmissbrukare och blödarsjuka. Idag är det vanligast med heterosexuell smittoöverföring (Bergström, 2010).

HIV

HIV är ett så kallat retrovirus vilket långsamt bryter ner immunförsvaret. Ett retrovirus läker aldrig ut då det är lagrat i kroppens arvs massa. Viruset omvandlar sitt RNA till DNA genom omvänt transskriptas. På så sätt tar det sig in i cellkärnan och skyddas från immunförsvarets försök att bryta ner viruset. Viruset angriper den immunologiskt viktiga CD4-positiva lymfocyten, "T-hjälparcellen" (Bergström, 2010).

Epidemiologi

Över 36 miljoner människor lever med HIV i världen idag varav cirka 25 miljoner i Afrika, söder om Sahara (Folkhälsomyndigheten, 2016a; WHO, 2016). I Sverige lever drygt 6500 personer med HIV. Antalet nya fall har legat mellan 400-500 per år det senaste decenniet. År 2016 var åldersspridningen 0-77 år och av dessa var 38 % kvinnor och 62 % män. Flest fall

rapporterades i storstadsregionerna (Folkhälsomyndigheten, 2016b). I USA är 50% av alla som lever med HIV över 50 år (Cahill & Valadéz, 2013; Grov, Golub, Parsons, Brennan & Karpiak, 2010). I Sverige är siffran cirka 40 % (Folkhälsomyndigheten, 2016b).

Symtom

Några veckor efter smittotillfället får personen en primär infektion. Ungefär hälften får symtom av influensaliknande karaktär vilka oftast klingar av efter någon vecka. Andra känner inte av några symtom under lång tid. Vid obehandlad infektion har efter 5-10 år så många T-celler försvunnit att immunförsvaret sviktar och kan leda till AIDS (acquired immunodeficiency syndrome). AIDS är ett samlingsnamn för andra virussjukdomar, tumörer och svampinfektioner som kroppen normalt sett skulle stå emot men som kan förekomma vid nedsatt immunförsvaret i samband med obehandlad HIV. Även angrepp på centrala nervsystemet med perceptionsstörningar och demensrelaterade symtom kan förekomma (Bergström, 2010).

Smittsamhet

Viruset kan överföras vid oskyddat vaginalt, oralt och analt sex samt via blod, till exempel vid delande av sprutor och från mor till barn vid födsel eller amning (Folkhälsoinstitutet, 2016a, c). Smittsamheten är hög de första veckorna efter att man smittats. Därefter är smittsamheten låg (Folkhälsomyndigheten, 2016c).

I Sverige klassas HIV som en allmänfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen och är därför smittspårningspliktig. Den som bär viruset måste följa den behandlande läkarens förhållningsregler för att inte föra över viruset till andra (Smittskyddslag 2004:168).

Behandlingen kan göra att virusmängden i blodet är omätbar och att personen därför inte smittar. Det gör att den behandlande läkaren kan frånta personen den informationsplikt som tidigare tvingade alla som lever med HIV att informera en potentiell sexpartner innan samlag. Kravet är att han eller hon använder kondom (Folkhälsomyndigheten, 2016c).

Behandling

Läkemedel mot HIV kallas antiretrovirala läkemedel (ART). Behandlingen syftar till att förbättra hälsan, förlänga livet och reducera risken för att virus överförs till någon annan (Deeks, Lewis & Havlir, 2013). Läkemedlen ges i olika kombinationer för att undvika resistensutveckling. Av samma anledning är följsamheten hos den som tar läkemedlen viktig. Målet med den antiretrovirala behandlingen (ART) är att öka antalet CD4-celler i kroppen genom att minska mängden virus. Effekten av läkemedlen mäts genom att räkna antalet CD4-celler och viruspartiklar (Ormaasen, 2013).

HIV och åldrande

Sedan mitten av 1990-talet har dödligheten i HIV och AIDS minskat dramatiskt, tack vare effektiv behandling. De flesta kan idag leva ett långt liv med nästan samma livslängd som någon utan viruset (Bhavan, Kampalath & Turner Overton, 2008; Deeks, Lewin & Havlir, 2013; Gisslén & Tunbäck, 2014; Frain, 2017; Ion & Elston, 2015). Ytterligare en anledning till att antalet äldre som lever med HIV ökar är att det blivit vanligare att människor smittas på äldre dagar (Gimeno-Gracia, Crusells-Canales, Armesto-Gómez, Compaired-Turlán & Rabanaque-Hernández, 2016; Owen & Catalan, 2012). En förklaring till detta kan vara att informationskampanjer nästan uteslutande riktat sig till yngre personer vilket kan medföra att äldre inte nås av information om säkert sex. Äldre återupptar många gånger sitt sexliv till exempel efter skilsmässa eller efter att de blivit änka/änkeman och är då inte rädda för oönskade graviditeter. Kondomanvändningen är lägre hos äldre personer (Bahvan, Kampalath & Turner Overton, 2008).

Den ökade livslängden medför nya utmaningar både för den som lever med HIV och för sjukvården. Hos personer som lever med HIV och behandlas med ART ses ökad förekomst av kronisk inflammation, metabolt syndrom, hjärtkärlsjukdom, osteoporos, demens, nedsatt njur- och leverfunktion vilket även associeras med stigande ålder hos personer utan HIV. Skillnaden är att det inträder tidigare hos personer som lever med HIV (Bhavan, Kampalath & Turner Overton, 2008; Cahill & Valadéz, 2013; Deeks, Lewin & Havlir, 2013; Frain, 2017 Önen, et al., 2010). Greene et al. (2015) beskriver en ökad förekomst av geriatriska åkommor, redan i medelåldern, hos män som lever med HIV. 53,6 % hade två eller fler geriatriska besvär som till exempel nedsatt ADL-förmåga, inkontinens och risk för fall.

En annan viktig aspekt är medvetenhet om mängden läkemedel som följer en äldre person som lever med HIV. I en spansk retrospektiv studie från 2016 drogs slutsatsen att det är betydligt vanligare med polyfarmaci hos både äldre män och kvinnor som lever med HIV än hos övriga populationen. Vanligast läkemedel förutom de antiretrovirala, är läkemedel med koppling till åldersrelaterade sjukdomar (Gimeno-Gracia et al., 2016).

Tidigare forskning

Äldre har tidigare inte varit i fokus när det gäller forskning kring HIV och området är fortfarande förhållandevis outforskat. Framförallt saknas kvalitativ forskning om upplevelser av att leva med HIV som äldre (Owen & Catalan, 2012).

Forskning kring åldrande brukar vanligen omfatta personer >65 år men när det gäller HIV inkluderar de flesta studier personer >50 år. Riktlinjerna har satts upp av den amerikanska motsvarigheten till Folkhälsomyndigheten (Owen & Catalan, 2012). Forskningen gör ofta skillnad på de som levt med HIV från yngre år till ålderdom och de som smittats på äldre dagar (Owen & Catalan, 2012; Sangarlangkarn & Appelbaum, 2016).

Studier visar att kunskapen om HIV hos allmänheten är betydligt bättre idag än på 1980-talet men att det fortfarande finns felaktiga föreställningar om HIV. Kunskap om smittvägar påverkar hur personer som lever med HIV bemöts. Sjukvårdspersonal har ofta en bättre kunskap än allmänheten men även här finns brister enligt en kartläggning av kunskapen inom primärvården (Folkhälsomyndigheten, 2015; Hall, Platin & Tornberg, 2017; Platin, Wallander & Mannheimer, 2016). Bristande erfarenhet av att vårda personer som lever med HIV påverkar sjukvårdspersonalens bemötande och ökar stigmatiseringen. Det beror på rädsla och missuppfattningar orsakade av en brist på kunskap (Wagner, Hart, McShane, Margolese & Girard, 2014; Wagner, McShane, Hart & Margolese, 2016). Även Nöstlinger, Rojas Castro, Platteau, Dias & Le Gall (2014) menar att vårdpersonal kan ha en stigmatiserande attityd vilket visar sig genom olämpliga frågor, bristande acceptans och likgiltighet.

I en kvalitativ kanadensisk studie (Ion & Elston, 2015) efterfrågades en reformering av sjukvården där personalen uppdaterar sin kunskap om HIV men också integrerar en kulturell förståelse som bedöms saknas hos både läkare, sjuksköterskor och annan personal. Kvinnorna i studien upplevde att de redan vid det första mötet för diagnosbesked blev stigmatiserade på grund av okunskap. De beskrev rädsla från personalens sida att bli smittade trots att kvinnorna många gånger var behandlade och hade låga virusnivåer. Bristande sekretess och oförskämda frågor förekom i samband med smittspårning då det förutsattes att de till exempel använt droger eller haft många sexpartners. Författarna beskriver att kunskapen hos hälso- och sjukvårdspersonal om HIV inte hållit samma takt som utvecklingen av läkemedel och förutsättningarna att leva med HIV som en kronisk sjukdom och att det leder till att de i sitt bemötande bryter mot mänskliga rättigheter och frångår sjukvårdens etiska principer. Gagnon (2015) beskriver i sin studie att informanterna upplevde bemötandet väldigt olika mellan HIV-klinikerna och annan typ av vård som akutsjukvård och primärvård till exempel. Det talar för att kunskap och erfarenhet spelar stor roll för hur den som lever med HIV blir bemött. Så länge personalen styrs av rädsla och okunskap fortsätter stigmatiseringen. Enbart utbildning kommer däremot inte att leda till förändring. Mer forskning kring upplevelser hos

den som lever med HIV efterfrågades för att ge vårdgivare en djupare förståelse. Tidigare forskning har främst inriktat sig på personalens upplevelser (ibid). Tidigare studier visar att sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter uppvisade en negativ inställning till att vårda patienter med HIV på grund av rädsla för att smittas av viruset. Med hjälp av utbildning förändrades deras inställning till att bli mer positivt inställda (Pickles, King & Belan, 2012).

Bemötande

HIV omges av stigma vilket kan leda till depression, försämrad livskvalité, färre givande sociala kontakter, minskad tillgång till hälso- och sjukvård och försämrad förmåga till att fullfölja den medicinska behandlingen för den som lever med HIV. Framförallt bidrar personalens stigmatiserande syn på den som lever med HIV till minskad sannolikhet att personen söker hjälp av sjukvården (Gagnon, 2015; Wagner et al., 2014). Människor som tillhör socialt utsatta grupper riskerar att utsättas för dubbel stigmatisering om de också lever med HIV. Det kan röra sig om sexuell läggning, vilket kön de tillhör eller varifrån de kommer (Nötslinger et al., 2014). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS: 2017:30) ska vården, i Sverige, ges på lika villkor till hela befolkningen och med respekt för alla människors lika värde. Enligt Socialtjänstlagen (SFS 2010:427) har alla äldre rätt till ett värdigt liv och att känna välbefinnande.

Hemsjukvård

2013 tog kommunen över landstingets ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet i det län i norra Sverige som ingår i studien (SKL, 2015). Enligt statens offentliga utredningar är målsättningen att all basal hemsjukvård ska övergå till kommunal regi. Brukaren skrivs in i hemsjukvården efter en vårdplanering där läkare eller sjuksköterska bedömt behovet av hälso- och sjukvård i hemmet. Till grund för beslut ligger oftast den så kallade tröskelprincipen vilket innebär att brukaren på grund av hälsoskäl inte kan ta sig till hälsocentralen (SOU:2011:55).

Distriktssköterskans roll

Med ökad livslängd för den som lever med HIV kommer de flesta distriktssköterskor förr eller senare träffa brukare som lever med HIV oavsett inom vilket hälso- och sjukvårdsområde de arbetar. I distriktssköterskans kompetensbeskrivning står att det är nödvändigt att ha ett personcentrerat arbetssätt för att kunna integrera hälsofrämjande, medicinska och omvårdnadsmissiga ställningstagande och kunna stärka och stödja individen (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Svensk sjuksköterskeförening har tagit fram en värdegrund för omvårdnad där målet är att

"främja hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa samt lindra lidande och verka för ett fridfullt och värdigt avslut för en person med ohälsa/sjukdom med beaktande av kulturell bakgrund, ålder, kön och sociala villkor. Målet är också att balansera maktförhållandet i omvårdnadsrelationen så att patient och närstående blir partners i omvårdnaden, känner trygghet och upplever respekt" (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Teoretisk referensram

Som teoretisk referensram för studien användes personcentrerad vård. Begreppet personcentrerad vård beskriver en etiskt riktig och god omvårdnad med ett holistiskt synsätt och med en humanistisk grund. Personcentrerad vård har sitt ursprung inom psykiatrin. Psykologen Carl Rogers använde i mitten av 1900-talet uttrycket "Client-centered psychotherapy" för att förklara begrepp som mellanmänskliga relationer och personlighet. Rogers menade att personen som sökte hjälp skulle ses som expert på sig själv. Senare kom han istället använda begreppet "person-centered". Under senare delen av 1900-talet kom samma begrepp att användas inom demensvården genom Tom Kitwood. Han motsatte sig den rådande synen av att personen med demens bara var "ett tomt skal" och inte längre hade personligheten kvar. Istället menade han att personen var dold bakom sjukdomen och behövde uppleva meningsfulla relationer och sysselsättningar och omges av kärlek, trivsel, samvaro och uppskattning (Edvardsson, 2010).

Enligt Ekman, Norberg och Swedberg (2014) beskrivs personcentrerad vård som en process som bejakar människans livskraft och möjligheter även om personen är svårt sjuk.

Förutsättningen för personcentrerad vård är *patientens egen berättelse, partnerskap* mellan vårdare och patient och för att säkerställa den överenskomna vården krävs *dokumentation*.

I vården är maktförhållandet mellan vårdare och patient vanligtvis skevt där patienten är i beroendeställning. Vårdaren har möjlighet att påverka om relationen utvecklas till en känsla av utsatthet och övergivenhet eller istället utvecklas mot tillit och förtröstan. Att få dela med sig av sin livsberättelse kan vara helande i sig och skänka glädje och tillfredsställelse.

Livsberättelsen handlar om personens liv, vad som varit utmärkande och vilka händelser som påverkat henne eller honom. Den förmedlar personens drömmar, förhoppningar och förväntningar oavsett i vilken livssituation eller hälsotillstånd personen befinner sig.

Livsberättelsen är en förutsättning för personcentrerad vård. Det som fullbordar livsberättelsen är lyssnandet vilket kräver tid och planering (Santamäki Fisher, 2010).

Problemformulering

Antalet äldre som lever med HIV blir tack vare effektiv behandling fler. Tidigare har vården till största delen tillhandahållits av Infektionskliniker. I dag när HIV, snarast är att betrakta som en kronisk sjukdom med låg smittsamhet vid fungerande behandling, sker vården även via primärvård, kommunens omsorg och hemsjukvård. Personer som lever med HIV utsätts fortfarande för stigmatisering och diskriminering i sjukvården. Studier visar att kunskapen om HIV förvisso har ökat sedan 1980-talet, både hos allmänhet och sjukvårdspersonal men att det fortfarande finns brister. Okunskap gällande smittsamhet och smittvägar kan leda till överdriven rädsla hos personalen och påverka bemötandet. Kunskap är avgörande för hur den äldre som lever med HIV bemöts.

Det finns flera internationella och enstaka nationella studier om erfarenhet och kunskap inom den specialiserade sjukhusvården och primärvården men svenska studier som berör hemsjukvård har inte hittats. Förhoppningsvis kan en studie för att belysa erfarenhet och kunskapsbehov hos distriktssköterskor inom hemsjukvården beträffande äldre som lever med HIV, ge värdefull information om hur det förhåller sig samt bidra till att medvetandegöra frågan.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa erfarenheter och kunskapsbehov hos distriktssköterskor inom hemsjukvården beträffande äldre som lever med HIV.

METOD

Design

I studien användes en kvalitativ induktiv ansats och semistrukturerade intervjuer som granskades med hjälp av innehållsanalys (Polit & Beck, 2016; Graneheim & Lundman, 2004). Förhoppningen var att kunna belysa hemsjukvårdens distriktssköterskors erfarenhet och kunskap om äldre som lever med HIV och på så sätt få en djupare förståelse för hur de ser på sin förmåga att vårda äldre som lever med HIV. Den kvalitativa intervjun gav möjligheter att få en helhetsbild genom att deltagarna med egna ord berättade om sina erfarenheter av att vårda äldre som lever med HIV. Den induktiva ansatsen utgår från innehållet i materialet som granskas förutsättningslöst för att hitta mönster (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017; Danielson, 2012). Intervjuerna baserades på en intervjuguide innehållande 10 semistrukturerade frågor rörande erfarenheter och kunskap om HIV och

äldre (se Bilaga 3). Studiens formalia följde instruktionerna från Journal of Advanced Nursing (2015).

Urval

Urvalet gjordes i ett län i norra Sverige. Då hemsjukvården i detta län bedrivs i kommunal regi söktes distriktssköterskor där. Först identifierades aktuella kommuner. Kontaktuppgifter till enhetscheferna söktes via kommunernas hemsidor samt via kommunernas telefonväxel. Totalt 12 enhetschefer kontaktades, först via mejl med förfrågan om tillstånd samt förfrågan om mejladresser till potentiella deltagare. Av de som inte svarat inom två dagar gjordes uppföljning per telefon. Till mejlet fanns bifogad information om studien samt blankett för tillstånd att kontakta distriktssköterskorna (se Bilaga 1). Fem enhetschefer tackade nej till att låta distriktssköterskorna delta med hänvisning till tidsbrist. Tre tackade ja. Fyra återkom inte trots mejl och meddelanden. När tillstånd beviljats kontaktades berörda distriktssköterskor via mejl eller telefon med information och en förfrågan om att delta. De ombads återkomma för att bestämma plats, datum och tid för intervjuerna. Målsättningen var att intervjua cirka 10 distriktssköterskor som arbetar inom hemsjukvården med varierande bakgrund och antal år i yrket. Enligt Polit och Beck (2016) är cirka tio ett lämpligt antal att intervjua i en kvalitativ studie. Totalt sju distriktssköterskor erbjöd sig att låta sig intervjuas samt två grundutbildade sjuksköterskor. Informanterna var mellan 29 och 57 år. Två var män och sju var kvinnor. De hade arbetat som grundutbildade i genomsnitt 13,3 år, varit distriktssköterskor i genomsnitt 9,1 år och arbetat inom hemsjukvården i genomsnitt 5 år.

Inklusionskriterier

Inklusionskriterier var distriktssköterskor med varierande antal år i yrket. Ingen begränsning av hur länge de skulle ha arbetat inom hemsjukvård. Även två grundutbildade sjuksköterskor inom hemsjukvården inkluderades för att få ett större underlag för analysen.

Exklusionskriterier

Exklusionskriterier var andra yrkesgrupper än distriktssköterskor och sjuksköterskor. Arbeta inom andra områden än kommunal hemsjukvård.

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes under september och oktober 2017. Intervjuerna blev kortare än planerat varför även två grundutbildade sjuksköterskor med erfarenhet av arbete inom hemsjukvård intervjuades för att få ett mer omfattande material till analysen. Det resulterade i totalt nio intervjuer. Innan genomförandet av intervjun upprepades information samt gavs möjlighet att ställa frågor. Slutligen ombads distriktssköterskorna och sjuksköterskorna fylla i

ett samtyckesformulär. Intervjuerna planerades till 30 minuter men tog mellan 10-25 minuter att genomföra. Två intervjuer gjordes på berörda distriktssköterskors kontor. Övriga intervjuer genomfördes per telefon. Samtalen spelades in via mobiltelefon. Inspelningarna överfördes sedan till en datafil för lagring.

Dataanalys

Intervjuernas innehåll transkriberades ordagrant till en sammanhängande text. För att säkerställa kvalitén lyssnades intervjuerna igenom ett flertal gånger för att korrigera eventuella felaktigheter. Även pauser, skratt och suckar markerades i texten. Därefter analyserades texten med inspiration av Graneheim och Lundman (2004) vilket innebär att texten läses förutsättningslöst upprepade gånger för att få en djupare förståelse. Sedan plockades relevanta meningar som svarar mot syftet ut, så kallade meningsbärande enheter. De bröts ner till kondenserade enheter där kärnan finns kvar men där meningen är komprimerad. Därefter kodades och fördelades de i olika kategorier och subkategorier beroende av vad som framkom. Exempel på hur analysförfarandet gick till ses i Tabell 1. Både det latent och det manifesta innehållet i intervjuerna analyserades med betoning på det manifesta. Latent innehållsanalys utgår från forskarens tolkning av textens underliggande mening medan manifest innehållsanalys utgår från det som faktiskt uttrycks i texten utan tolkningar av innebörden (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Resultatet presenteras i en tabell (se Tabell 2).

I rapporten benämns de sju distriktssköterskorna och två sjuksköterskorna informanter. Personer inskrivna i hemsjukvården benämndes olika av olika informanter. I rapporten benämns de brukare.

Tabell 1: Exempel på analysförfarandet

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Eh, det jag vet om HIV det är ju, det är ju nån.. det är en autoimmun sjukdom	HIV är en autoimmun sjukdom	Felaktig kunskap	Att identifiera missuppfattningar	Medvetandegöra okunskap
Jag vill svara – nja på det för att jo, blodsmittämässigt vet jag det men när jag började jobba som sjuksköterska då var det ju liksom att – Oj en enda lite bloddroppe på öppet sår så var du körd.	Jag vet att det är en blodsmitta men i övrigt känner jag mig osäker på hur HIV smittar och är medveten om att mina kunskaper är gamla.	Behov av kunskap	Att behöva uppdaterad kunskap	Önskan om fortbildning

Vi har rutiner kring alltså stick och skärskada och sånt där men rutiner kring vård av dom med (HIV), alltså jag tror inte vi har några. Jag har då aldrig sett några.	Vi har inga rutiner kring vård av dom(brukare) med HIV	Brist på rutiner	Att behöva tydliga rutiner	Önskan om tydliga riktlinjer
--	--	------------------	----------------------------	------------------------------

Rigour

Inom kvalitativ forskning bedöms studiers trovärdighet genom centrala begrepp som giltighet, överförbarhet och tillförlitlighet. För att stärka tillförlitligheten valdes en metod som passade för att besvara syftet. Metod, urval och analysförfarande beskrevs så ingående som möjligt vilket är avgörande för överförbarhet till andra situationer eller kontexter. Det ger även läsaren möjlighet att bedöma tolkningarnas giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). För att öka tillförlitligheten i resultatet är det viktigt att få variationsrika berättelser varför författaren valde att inte ha en begränsning beträffande ålder, antal år i yrket eller kön. På så sätt fanns större möjlighet att få en så god variation i intervjuerna som möjligt (Henricson & Billhult, 2012; Polit & Beck, 2016). Trovärdigheten handlar också om forskarens förståelse. Reflektioner kring vilken påverkan författarens tidigare livserfarenheter och yrkeserfarenheter kunnat ha för tolkningen har gjorts under arbetets gång. Eftersom det bara är en författare till studien diskuterades analysen med handledaren för att säkerställa tolkningens kvalitet och ge trovärdighet till studien (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Citat från intervjuerna användes för att belysa resultatet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det ett sätt att förstärka tillförlitligheten.

Etiska ställningstaganden

Lag (2003:460) ställer krav på etikprövning hos Regional etikprövningsnämnd (EPN) för vetenskapliga studier avseende människor. Studier gjorda inom ramen för kandidat- och magisterutbildning behöver i normalfallet inte göra en sådan etikprövning enligt Umeå universitets riktlinjer. Ingen etikprövning gjordes. Däremot genomfördes en etisk reflektion under planeringen av studien. Den innefattade reflektioner om att det kan upplevas svårt att svara på frågor om erfarenheter och kunskap om HIV. Kunskapen varierar och är fortfarande till viss del bristfällig även hos vårdpersonal. Dessutom omges HIV fortfarande om fördomar och stigma. Det var också anledningen till att studien kändes viktig att genomföra då antalet äldre som lever med HIV ökar och alla har rätt till en jämlik vård. Tidsåtgången för intervjuerna planerades för att möjliggöra tid att efteråt bemöta och informera vid eventuell okunskap och negativa känslor.

Enhetscheferna samt informanterna informerades muntligt samt via brev och deras samtycke inhämtades (se Bilaga 1 och 2). Breven innehöll information om studiens syfte, metod och typ av analys. Informanterna gavs möjlighet att ställa frågor och informerades om att deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta intervjun. De fick information om att materialet skulle avidentifieras innan analys och förvaras säkert från obehöriga (Codex, 2016b). Informanternas konfidentialitet säkerställdes genom att namn och arbetsplats inte nämndes i inspelningen eller publicerades i rapporten. Enbart ålder och antal år i yrket som grundutbildad och som specialistutbildad distriktssköterska samt antal år inom hemsjukvården fanns med i den slutliga rapporten. Intervjuerna avidentifierades och försågs med en bokstav A-I. Även koderna är att betrakta som personuppgifter då kodnyckel finns (Codex, 2016a) och förvaras således inlåsta. Alla personuppgifter hanterades enligt Personuppgiftslagen (1998:204). Citat från intervjuerna användes för att belysa resultatet. De var då försedda med en kod. Materialet kommer att i enlighet med Umeå universitets regler sparas i tre år.

RESULTAT

Intervjuerna resulterade i tre olika kategorier när det gällde erfarenheter och kunskapsbehov hos distriktssköterskor beträffande äldre som lever med HIV. Kategorierna var *Medvetandegöra okunskap*, *Önskan om fortbildning* och *Önskan om tydliga riktlinjer*, vilka tillsammans består av sju subkategorier. Resultatet presenteras i tabell 2.

Tabell 2: Översikt över kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategorier
Medvetandegöra okunskap	Att bemöta fördomar Att identifiera missuppfattningar Att uppleva rädsla för att smittas
Önskan om fortbildning	Att behöva uppdaterad kunskap Att behöva den personliga berättelsen
Önskan om tydliga riktlinjer	Att behöva tydliga rutiner Att behöva stöd

Medvetandegöra okunskap

Att bemöta fördomar

Informanterna upplevde att känslor av obehag och otrygghet inför att vårda en person som lever med HIV förekommer. Informanterna ansåg att HIV fortfarande omges av fördomar och att de måste jobba aktivt med sig själva för att inte diskriminera. Exempel på fördomar var till exempel att det inte fanns personer som lever med HIV inskrivna i hemsjukvården eftersom sprutnarkomaner sköts via hälsocentralen. Det var inte bara egna fördomar som behövde bemötas utan det fanns också funderingar kring hur man på bästa sätt kan bemöta andras. Informanterna kopplade fördomar och okunskap till utbildningsnivå. De ansåg att utmaningen framförallt låg i att bemöta fördomar hos omvårdnadspersonalen, till exempel inom hemtjänst eller personlig assistans. Det fanns en oro för att fördomar och okunskap kan stå i vägen för en god personcentrerad vård och påverka bemötandet negativt och med bristande respekt.

"Ja, jag tycker att det (att vårda en person som lever med HIV) skulle kännas obehagligt faktiskt. Jag skulle känna mig så hära, ja obekvämt. Skulle inte tycka att det var nåt trevligt. Faktiskt. Men sen skulle jag måsta jobba med mig själv då så att jag ändå kunde liksom. Jag måste bemöta det på rätt sätt" (Distriktssköterska B)

Att identifiera missuppfattningar

Informanterna hade varierande kunskap om hur smittsamt viruset är eller i vilka situationer det smittar. Informanterna visste, med ett undantag, att HIV är en virussjukdom men i övrigt gjordes många antaganden om viruset och vården av äldre som lever med HIV. Informanterna hade delvis felaktig kunskap utan att vara medvetna om det. Missuppfattningar om virusets smittsamhet ledde till överdriven försiktighet vid omvårdnaden för att vara på den säkra sidan.

"Alltså, det har jag ju känt att man har respekt fortfarande för smittsamheten men men kanske inte så att jag tänker att det bara kommer hoppa på en när man kommer i närheten av personen med HIV" (Distriktssköterska C)

Att uppleva rädsla för att smittas

Informanterna upplevde rädsla för att smittas av viruset på grund av att de inte kände sig säkra på smittsamhet och smittvägar och att det riskerade att göra dem försiktiga i omvårdnaden. Vidare fanns en oro för att rädslan skulle stå i vägen för ett bra bemötande och en god personcentrerad vård vilket de ansåg vara en grundpelare i omvårdnaden. De fanns oro för att inte våga komma de äldre som lever med HIV lika nära som andra äldre i samband med omvårdnaden. Informanterna beskrev att de skulle vara extra försiktiga vid framförallt provtagning. De beskrev känslor av att vara på sin vakt och att brukaren har HIV alltid skulle

finnas i bakhuvudet. Det fanns en önskan om att själva få hjälp att bemöta sin egen rädsla för att i sin tur kunna förmedla trygghet och lugn till omvårdnadspersonalen, till exempel, inom hemtjänsten. Det ansågs viktigt att möta omvårdnadspersonalens rädsla och ge dem kunskap för att bli trygga och undvika onödiga försiktighetsåtgärder som att sätta på sig lager av handskar och annan skyddsutrustning när de ska gå in i en lägenhet. Här fanns en skillnad mellan de informanter som arbetat länge i vården och de som arbetat en kortare tid. Äldre informanter och de som arbetat länge gav uttryck för en större rädsla och osäkerhet än de yngre och de som arbetat en kortare tid.

”Men det är ändå det här avståndstagandet. Jag menar en person som har HIV kan ju också behöva en kram eller stryka på kinden eller sitta på sängkanten. Och hålla handen. O att man då kan känna att jag kan göra det och vara trygg. I att jag inte smittar mig med någonting”
(Distriktssköterska C)

” jag skulle tänka till och va lite mer extra försiktig när jag tar prover. Det är egentligen det enda, inte komma in med en astronautdräkt” (Distriktssköterska E)

Önskan om fortbildning

Att behöva uppdaterad kunskap

Informanternas erfarenhet av att möta brukare som lever med HIV är begränsad och att kunskapen på området inte är heltäckande. Det ingick ingen utbildning om HIV varken i grundutbildningen till sjuksköterska eller specialistutbildningen till distriktssköterska vad de kunde minnas. De äldre informanterna mindes informationskampanjerna på 80-talet när HIV uppmärksammades för första gången, framförallt via radio och tv.

”Utan det man, det jag vet om HIV, det är ju sen det kom. Ja, den där vågen, den stora vågen som kom och all information som allmänheten o som bara basunerades ut på tv och radio och sådär” (Distriktssköterska A)

”eh mina kunskaper om kan absolut bli bättre om hivsjukdom. Jag minns att vi, jag kan inte ens minnas att vi, varken i vidareutbildningen läste nånting om det när vi gick vidareutbildningen. Och i grundutbildningen så så minns jag faktiskt inte heller att läste om hiv” (Distriktssköterska I).

Informanterna hade hört att det hänt mycket på området beträffande behandling och smittsamhet men de visste inte vad förändringarna bestod i och kände ett behov av att lära sig mer angående dagens behandling. Framför allt fanns en önskan om att lära sig vilka biverkningar läkemedlen kan orsaka och hur de interagerar med andra läkemedel som brukarna använder för att kunna uppmärksamma problem. Informanterna uppgav att det inte i första hand var läkaren på vårdcentralen de skulle vända sig till med sina frågor om HIV. I

stället efterfrågades kunskap från de som är experter på området. De önskade en skraddarsydd utbildning i den egna arbetsmiljön där de kunde få aktuella föreläsningar och få möjlighet att ställa frågor kring vården av en specifik brukare. De ansåg att de har så många brukare med olika svårigheter och sjukdomar så generella föreläsningar utan en specifik brukare att relatera till kan göra att kunskapen faller i glömska. Att få uppdaterad kunskap, framförallt knutet till en specifik brukare, trodde informanterna skulle bidra till en ökad trygghet och ett bättre bemötande.

"Åh gud, alltså jag är faktiska inge bra alls på. Jag vet bara att man kan behandla det men vad det är för sorts mediciner åh liksom hur man behandlar i olika stadier och sådär det är jag väldigt dåligt insatt i" (Distriktssköterska H)

Att behöva den personliga berättelsen

Informanterna såg brukaren som expert på sin sjukdom och det är brukaren som tillsammans med distriktssköterskan avgör vad de behöver hjälp med. Den som lever med en kronisk sjukdom sitter ofta på värdefull information och att det är viktigt att ta tillvara brukarens kunskap och lära sig av deras erfarenheter. Det gäller att ta sig tid att lyssna på deras personliga berättelse. Informanterna upplevde inget problem med att visa sin brist på erfarenhet för brukaren utan att istället visa att de var måna om att lära sig mer om sjukdomen för att kunna ge en god personcentrerad vård vilket är särskilt viktigt när vården bedrivs i hemmet.

"det beror ju på människan också, en del som drabbas av såna hära svåra sjukdomar, om det nu är hiv eller vad det nu kan vara, de har ju också en egen förmåga och en vilja att berätta. Jag skulle lyssna och lära av patientens erfarenhet och kunskap. Jag tänker att jag kan ju nöja mig med den historien" (Distriktssköterska A)

Önskan om tydliga riktlinjer

Att behöva tydliga rutiner

Informanterna upplevde att det saknas rutiner beträffande vård av personer som lever med HIV vilket gör att det är svårt att veta vad som förväntas av distriktssköterskorna. De uppgav att det kändes viktigt att ha sådana rutiner på arbetsplatsen och att det är arbetsgivarens uppgift att se till att det finns. Informanterna ansåg att enhetschef och MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) förmodligen inte förstod att antalet äldre som lever med HIV ökar och att det därför kommer att uppstå ett behov av rutiner beträffande detta. I brist på rutiner skulle de använda sig av basal hygien i mötet med brukaren men det fanns osäkerhet kring om detta skulle vara en tillräcklig skyddsåtgärd. Informanterna önskade rutiner om hygien, för att på bästa sätt skydda sig från viruset och inte föra det vidare. Det fanns också en önskan

om rutiner för hantering av läkemedel, biverkningar och uppföljningar och vem som ska ansvara för det.

"Vi har ju inga rutiner. Vi har ju aldrig stött på det. Så jag tror inte våran MAS ens utformat nån rutin" (Distriktssköterska D)

Att behöva stöd

Informanternas brist på erfarenhet ger ett ökat behov av stöd av personer som har kunskap och erfarenhet för att kunna känna sig trygg. Det framhölls att det var viktigt att det tydligt skulle framgå var distriktssköterskan skulle vändas sig med sina frågor. Informanterna skulle vända sig till hälsocentralens läkare för att få hjälp att ställa diagnos om de misstänkte att en brukare fått HIV. Däremot skulle de inte vända sig dit för att hjälp med vården av brukaren då man inte hade tilltro till deras kunskap på området. Informanterna upplevde behov av hjälp och stöd från experter som hade specialistkompetens på området. Det fanns också en önskan om att ha möjlighet att få snabb hjälp utan att behöva gå omvägen via hälsocentralen. Som distriktssköterska inom hemsjukvården står sköterskan ofta ensam i svåra situationer och behöver snabbt kunna ta beslut i olika frågor. Det är inte alltid det går att komma i kontakt med vårdcentralen för stöd när så behövs. De såg istället gärna uppbackning av speciella team liknande AHS som ofta stöttar hemsjukvården i svåra situationer. De har egna läkare som kan besöka brukarna för bedömningar i hemmet vilket inte läkaren på vårdcentralen gör. Bristande stöd från läkarhåll kan resultera i att distriktssköterskan måste skicka in brukaren till sjukhuset för bedömning i stället vilket många gånger kan vara påfrestande för brukaren. *"Bara ha den där tryggheten att man vet att man kan få snabb hjälp och man har ett rakt rör in. Och det blir lite speciellt också med såna här, en sån sjukdom kan jag tänka mig. Det är ju inte bara som en vanlig hjärtsvikt eller nånting"* (Distriktssköterska D)

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa erfarenheter och kunskapsbehov hos distriktssköterskor inom hemsjukvården beträffande äldre som lever med HIV. Resultatet utmynnade i tre huvudkategorier och sju subkategorier. Resultatet visar att distriktssköterskor inom hemsjukvården hade ytterst begränsad erfarenhet av att vårda äldre personer som lever med HIV. Det fanns behov av att få uppdaterad kunskap om smittvägar, smittsamhet och behandling. Dessutom fanns behov av uppdaterad kunskap om det som är specifikt för äldre som lever med HIV. Bristen på erfarenhet och kunskap medförde behov av tydliga riktlinjer och stöd. Det var viktigt att identifiera och bemöta fördomar, rädsla och missuppfattningar

för att möjliggöra ett gott och jämlikt bemötande. Distriktssköterskorna hade behov av att ta tillvara patientens erfarenhet och kunskap, vilket också är grunden för personcentrerad vård. Resultatet visar att erfarenheten av att vårda äldre som lever med HIV var begränsad hos informanterna. En europeisk studie av Nöstlinger et al. (2014) visar att vårdpersonal som saknar erfarenhet av att vårda människor som lever med HIV diskriminerar i högre utsträckning än de som har vana på området. En tredjedel av patienterna uppgav att de blivit diskriminerade av vårdpersonal och att deras behov inte tillgodosetts. Det ledde till ett dåligt förhållande mellan patienten och vårdpersonalen. Wagner et al. (2014) beskriver också att personal med brist på erfarenhet tenderar att bagatellisera stigmatiseringen kring HIV vilket kan bidra till att den kvarstår.

I Sverige ska vården, enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS: 2017:30), ges på lika villkor till hela befolkningen och med respekt för alla människors lika värde. Enligt resultatet i studien uppgav informanterna att det fanns risk för att rädslan för att smittas kunde stå i vägen för ett gott bemötande. Det medför samtidigt en ökad risk för en stigmatiserande syn på brukaren. Människor som tillhör socialt utsatta grupper riskerar att utsättas för dubbel stigmatisering om de också lever med HIV. Sexuell läggning, könstillhörighet eller varifrån du kommer inverkar också (Nöstlinger, et al., 2014). Även äldre människor riskerar att utsättas för stigmatisering (Voss, Wolff & Rothermund, 2016). Distriktssköterskan spelar en viktig roll i att se till att brukaren får den vård och det bemötande han eller hon har rätt till.

Informanterna beskrev en irrationell rädsla för att smittas vid provtagning av en person som lever med HIV. Enligt Folkhälsomyndigheten (2016d) finns dock inte ett enda känt fall, i Sverige, av överföring av virus från patient till sjukvårdspersonal. Informanterna uttryckte att de egentligen visste att risken att smittas vid provtagning inte var så stor men att det ändå skulle medföra känslor av obehag och leda till extra försiktighet till exempel i form av extra handskar.

De informanter som uppgav att de kände obehag inför att vårda brukare som lever med HIV ansåg att det delvis berodde på att de kände sig rädda för att smittas men det fanns också inslag av att känna obehag på andra grunder som inte specificerades. Enligt Röndahl, Innala & Carlsson, (2001) är rädsla för att smittas en del av orsaken till att sjuksköterskorna inte vill vårda personer som lever med HIV men de beskriver också att moral och värderingar kan ligga bakom. Sjuksköterskorna i deras studie gav ändå basal vård men utan djupare engagemang.

Resultatet visade att informanterna var oroliga att deras egen och omvårdnadspersonalens rädslor riskerade att skapa ett avstånd mellan brukaren och personalen. Det är viktigt att

distriktssköterskan får den kunskap om HIV hon eller han behöver för att okunskapen inte ska stå i vägen för ett värdefullt partnerskap. Skapandet av en relation baseras till stor del på en icke verbal kommunikation där sättet distriktssköterskan vidrör brukaren, hur hon eller han tittar på densamma, tonfall, gester och kroppshållning har stor betydelse i personcentrerad vård (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014).

I studien framkom att brukaren kan vara en hjälp när distriktssköterskan behöver kunskap om brukarens sjukdom. Det gäller att ta sig tid att lyssna. Enligt Dahlberg och Segersten (2010) är varje patient expert på sig själv, sin livssituation och sin hälsa. Om sjuksköterskan är öppen och följsam kan hon eller han härigenom få värdefull kunskap. Patientens berättelse är grunden för personcentrerad vård. Lyssnaren måste kunna se bortom det biomedicinska perspektivet där sjukdom och behandling kan stå i vägen för ett verkligt möte. För att kunna ta emot berättelsen måste lyssnaren ha ett icke värderande förhållningssätt, vara tillgänglig och närvarande (Santamäki Fisher, 2010). I vården av äldre som lever med HIV är det viktigt med en personcentrerad individuell vårdplan där hänsyn tas till alla besvär den äldre upplever (Sangarlangkarn & Appelbaum, 2016). Den personliga hälsoplanen utformar personalen och patienten tillsammans. Resurser och behov uppmärksammas genom berättelsen och ska förstärka patientens hälsa trots närvaro av sjukdom (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Informanterna i studien kunde inte minnas att de genom sin utbildning fått kunskap om HIV och dess behandling. Det de kunde hade de hört om på tv och radio eller själva läst i någon tidning. Det bekräftas av Frain (2017) som i sin studie konstaterar att sjuksköterskestudenter får ingen, eller väldigt lite, utbildning om HIV och det medför en stor risk för osäkerhet och rädsla i mötet med den som lever med HIV och bidrar till fortsatt stigmatisering. Med aktuell kunskap om till exempel smittvägar, läkemedel, komorbiditet (samsjuklighet) samt med berättelser från personer som lever med HIV kan studenterna bli bättre rustade i sin blivande yrkesroll.

Ju längre informanterna varit yrkesverksamma inom vården desto mer rädsla och osäkerhet gav de uttryck för. De yngre och de som arbetat färre antal år hade bättre kunskap avseende smittvägar och smittsamhet och kände sig inte rädda för att smittas. Det skulle delvis kunna förklaras med att deras utbildning ligger närmare i tiden. Fyndet får stöd av en tvärsnittsstudie från 2010 där finska, estniska och lettiska sjuksköterskors kunskap och attityder till HIV/AIDS jämfördes. Där konstaterades att de som arbetat länge som sjuksköterskor hade sämst kunskap och en mer negativ inställning till att vårda människor som lever med HIV. Där framkom också att utbildning är en färskvara som behöver fyllas på

och att kunskap spelar stor roll för bemötandet av människor som lever med HIV (Suominen et al., 2010). Även Wagner et al. (2016) bekräftar i en kvalitativ studie att yngre sjuksköterskor hade mer kunskap och ett bättre bemötande.

Informanterna saknade helt eller delvis tydliga riktlinjer för vård av äldre personer som lever med HIV. De önskade tydliga rutiner gällande smittskydd, handhavande av läkemedel och rutiner för provtagning vid misstanke om ny HIV-infektion. De hade egna tankar om hur det skulle utföras men de var inte samstämmiga. I den relation som uppstår mellan vårdare och brukare är brukaren den hjälpsökande och vårdaren den som ska inneha tillräcklig kunskap för att hjälpa. Det är viktigt för förtroendet för distriktssköterskan att alla som träffar brukarna har tillgång till samma riktlinjer och förhåller sig på samma sätt för att inte osäkerhet ska uppstå vilket kan medföra besvikelse hos brukaren för att förväntningar på hjälpen inte infrias (Dahlberg & Segesten, 2010).

Informanterna önskade få kunskap om behandlingens upplägg och vilka biverkningar och interaktioner de behöver vara uppmärksamma på när övertagit det medicinska ansvaret för patienten. De äldre som skrivs in i hemsjukvården kan göra det på grund av att de drabbats av kognitiv svikt vilket gör att de inte själva klarar av sin medicinhantering. Äldre som lever med HIV är i större utsträckning utsatt för polyfamaci än andra äldre. Årliga läkemedelsgenomgångar är viktiga att göra. Däremot ska bara personal som har god kännedom om ART göra ändringar i medicineringen. Ett samarbete mellan olika professioner är därför viktigt (Sangarlangkarn & Appelbaum, 2016). Chu och Selwyn (2011) betonar att antalet äldre som lever med HIV stadigt ökar och att sjukvården behöver anpassas därefter. De efterlyser nya modeller för vården och att det är primärvården och kommunal hemsjukvård och äldreomsorg som med stöd av specialister ska ansvara för vården. Specialister inom infektionssjukvård har god kännedom om HIV och dess behandling men är inte specialister på behandling av hyperlipidemi, osteoporos och hypertoni till exempel. Informanterna pratade om HIV-infektionen som en isolerad fråga. Det finns behov av att se på HIV som en kronisk sjukdom och förstå vilka effekter det kan ha på den enskilda brukarens hälsa och sociala situation. Det gäller att inte glömma bort att arbeta utifrån ett hälsofrämjande perspektiv även med äldre som lever med HIV. Ett exempel är att hjälpa brukarna uppnå rökfrihet. Enligt Helleberg et al. (2015) är dödsorsaken för äldre som lever med HIV i dag inte infektionen i sig utan kan relateras till hjärtkärlsjukdom och icke aidsrelaterade tumörsjukdomar. Rökning ansågs ha stor betydelse och dödligheten var större

hos rökande personer som lever med HIV, trots ART-behandling, än för rökande icke infekterade personer.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa erfarenheter och kunskapsbehov hos distriktssköterskor inom hemsjukvården beträffande äldre som lever med HIV. För att få en djupare bild av informanternas erfarenhet och kunskap valdes en kvalitativ design för studien. I kvalitativa studier är det viktigt att lokalisera ett ändamålsenligt urval av informanter (Graneheim och Lundman, 2004; Henricson & Billhult, 2012; Polit & Beck, 2016), varför distriktssköterskor inom kommunal hemsjukvård utvaldes att ingå i studien. Urvalet av specifika distriktssköterskor var svårt att påverka på grund av att enhetscheferna "agerade dörrvakt". Det var därför oklart hur många distriktssköterskor som egentligen kunde ha tänkt sig att bli intervjuade. Enligt Polit och Beck (2016) måste forskaren få tillgång till informanterna (gain entrée) genom att förhandla med dörrvakter (gatekeepers). Misslyckas det kan det vara svårt att genomföra studien trots att rätt grupp informanter identifierats. Trots skriftlig information och efterföljande samtal nekade fem enhetschefer tillträde och fyra återkom inte med svar. Detta kan sammantaget ha påverkat resultatets giltighet.

Då informanterna fick en kort information om vad studien skulle handla om fanns en risk att någon av dem läst på innan intervjun. Det skulle i så fall kunnat påverka tillförlitligheten i resultatet. Av sättet att svara på frågorna bedömdes dock att så inte var fallet. Författarens förförståelse rörande ämnet måste också tas i beaktande. Det handlar dels om författarens kunskap i ämnet, dels om författarens erfarenhet och värderingar rörande ämnesområdet. Författaren försökte hålla sig så neutral som möjligt under intervjuerna för att inte påverka svaren från informanterna och på så sätt undvika att författarens förförståelse påverkade resultatet. Vid de tillfällen informanterna uppgav felaktiga svar, till exempel beträffande smittsamhet, gavs inga kommentarer kring detta. I stället följdes svaren upp efter avslutad intervju på ett sådant sätt att vederbörande inte skulle känna sig tillrättavisad (Priebe & Landström, 2012). På grund av sin omfattning brukar kvalitativa intervjuer spelas in för att författaren sedan ska kunna transkribera dem till en text för analys. Enligt Polit och Beck (2016) finns en risk att inspelningen gör informanten nervös varför en stunds samtal kan behövas innan den riktiga intervjun. Vidare bör andra störningar minimeras så gott det går varför informanterna i studien ombads stänga av ljudet till sin mobiltelefon under intervjun. Det var svårt att få till bra djupintervjuer i ämnet. Det berodde till stor del på bristande erfarenhet hos författaren av att göra kvalitativa intervjuer vilket bidrog till att svaren på vissa frågor blev kortfattade och inte nådde ett djup. Enligt Trost (2010) krävs erfarenhet för att

intervjua och en otränad intervjuare kan med fördel ta hjälp av en mer erfaren för att få till en bättre intervju med större mängd information.

Att rapporten endast har en författare kan ses som en svaghet med studien. Det kan finnas en risk för misstolkningar och bristande tillförlitlighet. Olika synsätt och infallsvinklar kan bidra till en mer nyanserad analys. Enligt Graneheim och Lundman (2004) förstärks tillförlitligheten i en kvalitativ studie av att det finns en medförfattare att diskutera kodning och kategorisering med då texten kan tolkas olika. Regelbunden kontakt med handledaren fick till viss del kompensera detta. Analysens trovärdighet stärks av att författaren genom abstraktion tagit fram kategorier och subkategorier i en växelprocess där författaren går fram och tillbaka i analysarbetet vilket stärker tillförlitligheten. Tillförlitligheten ökar då citat från informanterna användes för att belysa resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

Då studien är kvalitativ kan resultatet inte generaliseras. Ett noggrant beskrivet urval, datainsamling och analysarbete medför däremot ökad överförbarhet av studiens resultat till liknande kontext (Graneheim & Lundman, 2004).

Studien tog hänsyn till gällande lagar och etiska riktlinjer. Alla personuppgifter hanterades enligt Personuppgiftslagen (1998:204) vilket ska säkerställa att informanternas integritet skyddas. För en magisteruppsats inom ramen för högskoleutbildning behövs vanligtvis ingen etikprövning enligt (2003:460). Under urvalsprocessen följdes etiska principer genom att information till enhetschefer och informanter gavs både skriftligt och muntligt samt att deltagarna gavs möjlighet att avbryta om så önskades.

Förslag till fortsatt forskning

Då personer som lever med HIV tidigare inte uppnådde hög ålder finns inte mycket forskat på området. Med ökad livslängd ökar möjligheten till studier. Framförallt behövs forskning kring äldre brukares erfarenheter av att bli äldre med HIV för att kunna möta deras behov. Om den äldre som lever med HIV samtidigt tillhör en socialt utsatt grupp finns risk för dubbel stigmatisering. Då det kommit många asylsökande till Sverige på senare år skulle det vara intressant att forska kring hur behovet av vård för äldre från andra kulturer som lever med HIV ser ut och om det skiljer sig från behovet hos andra äldre. Det behöver också göras en fortsatt kartläggning av vilken kunskap distriktssköterskorna inom kommunal hemsjukvård behöver för att tillgodose en god och jämlik vårdnad.

SLUTSATS

Resultatet belyste bristen på erfarenhet av att vårda äldre personer som lever med HIV hos distriktssköterskor inom kommunal hemsjukvård i norra Sverige. Bristen på erfarenhet kan

tillsammans med distriktssköterskans värderingar leda till rädsla och påverka hur den äldre som lever med HIV bemöts. Det pekar på ett behov av värdegrundsarbete där frågorna diskuteras. Bristen på erfarenhet av att vårda äldre som lever med HIV medför behov av tydliga rutiner för hur vården ska bedrivas och att det finns stöd när så behövs.

Studien visade att kunskap är viktig för att brukaren som lever med HIV ska få ett tryggt medicinskt omhändertagande och att distriktssköterskorna ska känna sig trygga med att ge omvårdnaden. Distriktssköterskor är väl förtrogna med åldrandets sjukdomar och hur det går att arbeta för att stödja de äldre för att de på bästa sätt ska klara av att bo kvar i ordinärt boende. Det borde medföra goda förutsättningar för att möta behovet hos äldre som lever med HIV. Det gäller att frågan uppmärksammas högre upp i organisationen så distriktssköterskorna i hemsjukvården ges möjlighet till fortbildning.

Studien visade att vidareutbildning till distriktssköterska inte var avgörande för hur mycket kunskap distriktssköterskorna eller sjuksköterskorna besatt utan snarare hur länge sedan de gick sin utbildning. De som arbetat kortare tid var mindre otrygga med att vårda personer som lever med HIV och såg det mer som vilken annan kronisk sjukdom som helst. Det visar att kunskap är en färskvara och att fortbildning bör ske kontinuerligt.

För att få kunskap om brukaren och lära sig mer om hur HIV påverkar den äldre bör distriktssköterskan inta ett personcentrerat förhållningssätt där brukaren ges möjlighet att berätta om sig själv och sin situation. Distriktssköterskan behöver lyssna och ta emot berättelsen utan förutfattade meningar. På så sätt kan de utveckla ett förhållande med ömsesidig respekt vilket skapar bra förutsättningar för en trygg vård och jämlik.

KLINISK TILLÄMPBARHET

Resultatet i studien kan användas för att uppmärksamma Enhetschefer inom kommunal hemsjukvård om det ökande antal äldre som lever med HIV och som på sikt kan behöva hjälp. Det innebär att de måste erbjuda distriktssköterskorna kontinuerlig fortbildning då kunskap är en färskvara. Enhetschefer och MAS bör också säkerställa att det finns tydliga rutiner angående vården och att dessa är lätta att hitta. Resultatet i studien påtalar behovet av fortsatt värdegrundsarbete för att minska stigmatiseringen.

Distriktssköterskorna beskrev i studien bristen på utbildning om HIV. Det påtalar behovet av att förbättra utbildningen om HIV i grundläggande vårdutbildningar till sjuksköterska samt i specialistsjuksköterskeutbildningen till distriktssköterska.

REFERENSER

- Bergström, T. (2010). *Virusinfektioner: klinik, diagnostik, profylax och behandling*. 4. uppl. Göteborg: Corpus-Gullers. ISBN 978-91-976033-4-8.
- Bhavan, K. P., Kampalath, V. N. & Turner Overton, E. (2008). The aging of the HIV epidemic. *Current HIV/AIDS Reports*. 5:150-158.
- Cahill, S. & Valadéz, R. (2013). Growing older with HIV/AIDS: new public health challenges. *American Journal of Public Health*. 103(3):7-15.
- Chu, C. & Selwyn, P. A. (2011). An epidemic in evolution: the need for new models of HIV care in the chronic disease era. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 88(3)556-566. doi:10.1007/s11524-011-9552-y
- Codex. (2016a). *Personuppgifter*. CODEX. <http://www.codex.vr.se/manniska3.shtml> (Hämtad 171120)
- Codex. (2016b). *Informerat samtycke*. CODEX. <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml> (Hämtad 171120)
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur. ISBN 978-91-27-12211-6.
- Danielson, E. Kvalitativ innehållsanalys. (2012). I Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur. s. 330-343. ISBN 978-91-44-07135-0
- Deeks, S. G., Lewin, S. R., & Havlir, D. V. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a Chronic Disease. *The Lancet*. 2(382): 1525-1533. doi:10.1016/S0140-6736(13)61809-7
- Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsoeffekter. I Edvardsson, D (Red.) *Personcentrerad omvårdnad- I teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur. s. 29-37. ISBN 978-91-44-05439-1.
- Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård. I Ekman, I. (Red.) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber. s. 69-96 ISBN 978-47-114054.
- Folkhälsomyndigheten. (2015). Attityder till och kunskap om hiv. Nollmätning hösten 2015. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/hiv-sti-prevention/informationsinsatser/novus-rapport-attityder-till-och-kunskap-om-hiv-nollmatning-hosten-2015> (Hämtad 170905)
- Folkhälsomyndigheten. (2016a). *Sjukdomsinformation om hivinfektion*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittykydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/hivinfektion/> (Hämtad 170830)

- Folkhälsomyndigheten. (2016b). *Sjukdomsstatistik om hivinfektion*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/hivinfektion/> (Hämtad 170830)
- Folkhälsomyndigheten. (2016c). *Att leva med hiv i Sverige. En studie om livskvalitet hos personer som lever med hiv*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/a/att-leva-med-hiv-i-sverige-en-studie-om-livskvalitet-hos-personer-som-lever-med-hiv/> (Hämtad 170901)
- Folkhälsomyndigheten. (2016d). *Smittsamhet i vårdkontakter*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/hiv idag/smittsamhet/hiv-i-vardkontakter/> (Hämtad 171204)
- Frain, J. A. (2017). Preparing every nurse to become an HIV nurse. *Nurse Education Today*. 48:129-133. doi: 10.1016/j.nedt.2016.10.005
- Gagnon, M. (2015). Re-thinking HIV-related stigma in health care settings: a qualitative study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 26(6): 703-719. doi: 10.1016/j.jana.2015.07.005
- Gimeno-Gracia, M., Crusells-Canales, M. J., Armesto-Gómez, F. J., Compaired-Turlán, V. & Rabanaque-Hernández, M. J. (2016). Polypharmacy in older adults with human immunodeficiency virus infection compared with the general population. *Clinical Interventions in Aging*. 11, 1149-1157. doi:10.2147/CIA.S37738
- Gisslén, M. & Tunbäck, P. (2014). Sexuellt överförbara sjukdomar. I Helena Ramström (red.) *Läkemedelsboken* 19. uppl. Uppsala: Läkemedelsverket. s. 483-494. ISBN 978-91-637-4150-0.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Greene M., Covinsky K.E., Valcour V., Miao Y., Madamba J., Lampiris H., Cenzer I.S., Martin J., Deeks S.G. (2015). Geriatric syndromes in older HIV-infected adults. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 69(2):161-7. doi: 10.1097/QAI.0000000000000556
- Grove, C., Golub, S. A., Parsons, J. T., Brennan, M. & Karpiak, S. E. (2010). Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care*. 22(5): 630-639. doi: 10.1080/09540120903280901

- 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. doi:10.1016/j.2015.03.012
- Hall, I.E., Platin, I. & Tornberg, J. (2017). *Hiv-kunskaper och attityder inom primärvården*. FoU rapport. 2017:2. Malmö högskola. ISBN: 978-91-7104-770-0.
- Helleberg M, May MT, Ingle SM, Dabis F, Reiss P, Fätkenheuer G, Costagliola D, d'Arminio A, Cavassini M, Smith C, Justice AC, Gill J, Sterne JA, Obel N. (2015). Smoking and life expectancy among HIV-infected individuals on antiretroviral therapy in Europe and North America. *AIDS*. 2015 Jan 14;29(2):221-9. doi: 10.1097/QAD.0000000000000540
- Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. s. 129-137. ISBN 978-91-44-07135.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. 3. uppl. I Höglund Nielsen, B. & Granskär, M. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. s. 159-172. ISBN 978-91-44-11863-5.
- Nöstlinger, C., Rojas Castro, D., Platteau, T., Dias, S. & Le Gall, J. (2014). HIV related discrimination in European health care settings. *AIDS Patient Care STDS*. 28(3): 155–161. doi: 10.1089/apc.2013.0247
- Ormaasen, V. (2013). Läkemedel vid infektionssjukdomar. I Hedvig Nordeng & Olav Spigset (red.) *Farmakologi och läkemedelsanvändning*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur, 115-143. ISBN 978-91-44-09085-6.
- Owen, G. & Catalan, J. (2012). “We never expected this to happen”: narratives of ageing with HIV among gay men living in London, UK. *Culture, Health & Sexuality*. 14(1):59-72. doi:10.1080/13691058.2011.621449
- Pickles, D. King, L. & Belan, I. (2012). Undergraduate nursing student's attitudes towards caring for people with HIV/AIDS. *Nurse Education Today*. 32(1): 15-20. doi: 10.1016/j.nedt.2011.01.008
- Platin, L., Wallander, L. & Mannheimer, L. (2016). Public knowledge and attitudes to HIV: research from three decades in Sweden. *International Journal of Sexual Health*. 1-10. doi:org/10.1080/19317611.20161193080
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10:e uppl. Philadelphia: Lippinkott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-4963-0023-2.

Priebe, G. & Landström, C. (2012) Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricsons (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad* s. 33-50. Lund: Studentlitteratur. ISBN:978-91-44-07135.

Röndahl, G., Innala, S. & Carlsson, M. (2001). Nursing staff and nursing students' attitudes towards HIV-infected and homosexual HIV-infected patients in Sweden and the wish to refrain from nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 41(5): 454-461 doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02553.x>

Sangarlangkarn, A. & Appelbaum, J. S. (2016). Caring for older adults with the human immunodeficiency virus. *Journal of American Geriatric Society*. 64(11):2322-2329. doi: 10.1111/jgs.14584

Santamäki Fischer, R. (2010). Att samla in och använda livsberättelser - teorier och metoder. I Edvardsson, D. (Red.) *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur. s. 39-49. ISBN 978-91-44-05439.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm. Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2010:427. *Lag om ändring i Socialtjänstlagen 2001:453*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2004:168. *Smittskyddslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU:2011:55. Statens offentliga utredningar. *Kommunaliserad hemsjukvård*. <https://data.riksdagen.se/fil/AF841F00-3449-4AAF-9447-9FCD736497E1> (Hämtad 171017)

Statens Kommuner och Landsting, SKL (2015). *Hemvård, kommunalisering*. <https://web.archive.org/web/20150315163435/http://skl.se/socialomsorgstod/aldre/hemvard.2120.html> (Hämtad 171017)

Suominen, T., Koponen, N., Mockiene, V., Raid, U., Istomina, N., Vänskä, M.-L., Blek-Vehkaluoto, M. & Välimäki, M. (2010). Nurses' knowledge and attitudes to HIV/AIDS- An international comparison between Finland, Estonia and Lithuania. *International Journal of Nursing Practice*. 16: 138-147. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01822.x

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/> (Hämtad 171006)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*.

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

(Hämtad 171006)

Thorsén, D. (2013). *Den svenska aidsepidemin: ankomst, bemötande, innebörd*. Diss., Uppsala Universitet.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4. uppl. Lund: Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-06216-7.

Voss, P., Wolff, J. & Rothermundl, K. (2016). Relations between views on ageing and perceived age discrimination: a domain-specific perspective. *European Journal of Ageing* 1(14): 5–15 doi: 10.1007/s10433-016-0381-4

Wagner, A. C., McShane, K.E., Hart, T. A. & Margolese, S. (2016). A focus group qualitative study of HIV stigma in the Canadian health care system. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 25(1):61-71. doi: 10.3138/cjhs.251-A6

Wagner, A.C., Hart, T. A., McShane, K.E., Margolese, S. & Girard, T.A., (2014). Health care provider attitudes and beliefs about people living with HIV: initial validation of the health care provider HIV/AIDS stigma scale (HPASS). *AIDS and Behavior*. 18:2397-2408. doi:10.1007/s10461-014-0824-8

WHO (2016). <http://www.who.int/hiv/en/> (Hämtad 170901)

Önen, N.F., Turner Overton, E., Seyfried, W., Stumm, E.R., Snell, M., Mondy, K. & Tebas, P. (2010). Aging and HIV Infection: A comparison between older HIV-infected persons and the general population. *HIV Clinical Trials*. 11(2):100-109. doi:10.1310/hct1102-100

BILAGA 1



Umeå universitet

Institutionen för omvårdnad

Till enhetschef

Jag heter Johanna Backström och läser specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning till Distriktssköterska vid Institutionen för omvårdnad vid Umeå Universitet. Jag planerar utföra en studie om kunskapen kring äldre som lever med hiv.

Min förfrågan avser om att få tillstånd att intervjua distriktssköterskor vid er enhet. Jag vill gärna intervjua distriktssköterskor med olika bakgrund och varierande antal år i yrket.

Bakgrund

Effektiva läkemedel gör att hiv idag är att betrakta som en kronisk sjukdom med vilken det går att leva ett långt liv. Det innebär att antalet äldre som lever med hiv kommer att öka de kommande åren. Vården spås i framtiden i stor utsträckning ske i hemmet via hemsjukvård och inom äldreomsorg. Äldre som lever med hiv drabbas som andra äldre av geriatriska sjukdomar. Det ställer krav på kunskap hos personalen som träffar dessa äldre avseende till exempel smittsamhet, smittvägar, läkemedel och samsjuklighet.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka erfarenheter och kunskapsbehov hos distriktssköterskor inom hemsjukvården beträffande vården av äldre personer som lever med hiv.

Metod

Jag planerar att använda mig av en kvalitativ, induktiv ansats och söker distriktssköterskor som arbetar inom hemsjukvård att intervjua. Intervjuerna sker på svenska. Intervjuerna sker en och en genom personliga möten eller via telefon och planeras ta ca 30 minuter.

Intervjuerna kommer att spelas in för att därefter transkriberas till en sammanhängande text och analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Efter godkännande från Dig som enhetschef tas kontakt med berörda distriktssköterskor. Svara gärna med vändande mejl för besked om beviljande eller avslag. Vid beviljande bifoga gärna mejladresser till aktuella distriktssköterskor.

Etiska bedömningar

Deltagarna kommer att informeras muntligt och skriftligt om studien. Deltagande är frivilligt och deltagaren kan när som helst avbryta sin medverkan. Innan intervjun fyller deltagaren i ett samtycke. I den slutliga uppsatsen kommer inga namn eller specifika arbetsplatser att omnämnas. Namnen ersätts med en kod. Endast jag och min handledare kommer att ha tillgång till det inspelade materialet. Studien kommer att göras inom ramen för magisterexamen via Umeå universitet.

Med vänliga hälsningar

Johanna Backström

Sjuksköterska

Mejl:XXXXXXXX

Tel: XXXXXXXXXXX

Karin Sundin

Professor: Handledare

Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet

Mejl:XXXXXXXXXX

Tel:XXXXXXXXXXXX

Härmed ges tillstånd att genomföra studien samt att ta kontakt med berörda distriktssköterskor:

Datum _____

Namnsteckning _____

BILAGA 2



Umeå universitet

Institutionen för omvårdnad

Distriktssköterskors kunskap om äldre som lever med hiv inom hemsjukvården.

Förfrågan om deltagande i en intervjustudie

Jag heter Johanna Backström och läser specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning till Distriktssköterska vid Institutionen för omvårdnad vid Umeå Universitet.

Information till deltagare i studien

Antalet äldre som lever med hiv ökar. Jag önskar utforska vilka erfarenheter och behov av kunskap det finns om äldre människor som lever med hiv. Jag vänder mig till dig som arbetar som distriktssköterska inom hemsjukvården.

Studien genomförs med hjälp av enskilda semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna kan ske i ett personligt möte eller via telefon och beräknas ta ca 30 minuter. Intervjun kommer att spelas in och sedan skrivas ner ordagrant till en löpande text. Texten analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Resultatet kommer att sammanställas i en Magisteruppsats inom ramen för vidareutbildningen till Distriktssköterska via Institutionen för omvårdnad vid Umeå universitet.

Det inspelade materialet kommer endast att lyssnas till av mig och min handledare. Det skriftliga materialet kommer att behandlas konfidentiellt och kodas. Inga namn eller specifika arbetsplatser kommer att nämnas i det slutliga arbetet. Citat från intervjuerna kommer att användas men då avidentifierade. Detta för att belysa resultatet.

Ditt deltagande är helt frivilligt och Du har rätt att avbryta din medverkan när som helst.

Om du accepterar att delta i studien: mejla svar till Johanna för att bestämma tid och plats för intervjun.

Vid frågor, kontakta i första hand Johanna.

Med vänliga hälsningar:

Johanna Backström

Sjuksköterska

Mejl:XXXXXXXX

Tel:XXXXXXXXXX

Karin Sundin

Professor: Handledare

Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet

Mejl:XXXXXXXXXX

TEL:XXXXXXXXXXXXXX

Samtycke

Jag har tagit del av informationen och syftet med studien.

Jag förstår att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas om jag så önskar.

Jag samtycker till att delta i studien.

Datum_____

Namnsteckning_____

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

BILAGA 3



Umeå universitet
Institutionen för omvårdnad

Intervjuguide

Deltagarnas bakgrund:

Ålder:

Utbildning:

Antal år i yrket: Grundutbildad sjuksköterska:

Distriktssköterska:

Hemsjukvård:

Frågor:

1. Kan du berätta vad du vet om hiv (t.ex. virus, smittsamhet, testning och behandling).
2. Kan du berätta vilken erfarenhet du har av att möta människor som lever med hiv?
3. Känner du att du har tillräcklig kunskap för att på ett bra sätt vårda en brukare som lever med hiv?
4. Vilken kunskap anser du att du skulle behöva för att kunna möta/vårda en brukare som lever med hiv? FF Vad upplever du att du skulle behöva veta?
FF Hur skulle du vilja få kunskapen? FF Har ni tid avsatt för utbildning?
5. Vad känner du till om dagens behandling av hiv?
6. Känner du dig säker på hur hiv överförs? Berätta.
7. Har ni pratat om hiv på er arbetsplats det senaste året? (Med arbetskamrater? Med ledningen)?
8. Kan du berätta vilka rutiner ni har för att vårda människor som lever med hiv på din arbetsplats?

9. Vart vänder du dig om du misstänker att en brukare har fått hiv?

10. Hur känner du inför att vårda en brukare som lever med hiv?

Använd följdfrågor som uppmuntrar till att berätta: kan du berätta mer? hur menar du, hur tänker du? berätta? etc.