Beteckning _____

HÖGSKOLAN
I GÄVLE

Akademin för hälsa och arbetsliv

Sjuksköterskors upplevelser gentemot att vårda patienter med blodsmitta; Hepatit B, C och HIV

- En intervjustudie

Malin Hedlund & Angelina Sjölund
Mars 2011

Examensarbete, 15 hp, grundnivå
Omvårdnadsvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinator: Josefin Westerberg Jacobsson
Handledare: Britt-Marie Sjölund

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att utifrån sjuksköterskors berättelser, beskriva deras upplevelser av att vårda patienter med blodsmitta, dvs. Hepatit B och C samt HIV. En kvalitativ intervjustudie med beskrivande design har genomförts. Undersökningsgruppen rekryterades genom ett bekvämlighetsurval och bestod av sex sjuksköterskor. Till intervjuerna användes semistrukturerade frågor och det insamlade materialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys med manifest inriktning. Resultatet visade att attityden bland personalen är bra och avslappnad gentemot patienter med blodsmitta, dock ansåg några att extra eller ny oerfaren personal kan ha en annorlunda attityd. Deltagarna i föreliggande studie var inte rädda för att bli smittade men ansåg att tanken om detta alltid finns. Dessutom framkom det att kunskapen var tillräcklig men att man efterlyste utbildningsdagar för att göra det bättre för patienterna och även påverka sjuksköterskans kunskap och attityd kring blodsmitta. Författarna har dragit slutsatsen om att det är viktigt att man gör upp med sig själv om vad man tycker och hur man känner i förhållande till blodsmitta. Författarna såg även att behovet av information och utbildning är eftertraktat, då många av deltagarna i föreliggande studie påtalat detta.

Nyckelord: Sjuksköterskor, upplevelser, kunskaper, attityder, bemötande.

Abstract

The purpose of this study was, based on the nurses' stories, to describe their experience of caring for patients with blood contamination, i.e. Hepatitis B and C and HIV. A qualitative interview study with descriptive design was implemented. The study group was recruited through a convenience sample and consisted of six nurses. Semi-structured questions were used in the interviews and the collected material was analyzed by using a qualitative content analysis with manifest direction. The results showed that the attitude among staff is good and relaxed towards patients with blood contamination, however some of them felt that the attitude of extra or new inexperienced staff might differ from their own. The participants in this study were not afraid of being contaminated, although they acknowledge they had an ever-present thought of it. Furthermore, it appeared that the knowledge was sufficient, but the nurses expressed a demand for more education in order to make it better for the patients whilst it also affects the nurse's knowledge and attitudes towards blood contamination.
The authors have drawn the conclusion that it is important to make up ones mind about blood contamination and how one feels in relation to it. The authors also noted the need for information and that education is desirable, since many of the participants in this study announce this.

Keywords: Nurse´s, experiences, knowledge, attitudes, treatment.

Innehållsförteckning

1 Introduktion 1

1.1 Blodsmitta 1

1.1.1 Hepatit B 1

1.1.2 Hepatit C 2

1.1.3 HIV 2

1.2 Attityder och kunskap om blodsmitta bland vårdpersonal 3

1.3 Problemformulering 4

1.4 Syfte 4

1.5 Frågeställning 4

2 Metod 5

2.1 Design 5

2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp 5

2.3 Datainsamlingsmetod 5

2.4 Tillvägagångssätt 6

2.5 Dataanalys 7

2.6 Forskningsetiska överväganden 8

3 Resultat 8

3.1 Attityder kring blodsmitta 8

3.1.1 Sjuksköterskans egna och arbetskollegors attityd 9

3.1.2 Påverkar omvårdnaden och patienten 10

3.2 Riskmedvetenhet 10

3.2.1 Sjuksköterskor ger uttryck om rädsla och upplevelser 10

3.2.2 Arbetssätt och säkert tankesätt 11

3.3 Kunskap 12

3.3.1 Kunskapsbrist och sjuksköterskans erfarenheter 12

3.3.2 Trygghet i vårdandet 14

3.3.3 Information, utbildning och saknandet av fortbildning 15

3.4 Sjuksköterskans syn på likvärdigvård och bemötande 16

4 Diskussion 18

4.1 Huvudresultat 18
4.2 Resultatdiskussion 18
4.2.1 Attityder kring blodsmitta 18
4.2.2 Riskmedvetenhet 19
4.2.3 Kunskap 20
4.2.4 Sjuksköterskans syn på likvärdig vård och bemötande 22
4.3 Metoddiskussion 23
4.4 Allmän diskussion 25
4.5 Slutsats 25

5 Referenser 26

1 Introduktion

1.1 Blodsmitta

Blodsmitta betyder att blodet innehåller mikroorganismer som kan överföras från en person till en annan genom olika former av blodtillblandade vätskor. Hud-, stick- och skärskador utgör risken att drabbas av blodsmitta. De sjukdomar som ingår i begreppet blodsmitta är, Hepatit B och C samt HIV (Humant immunbrist Virus). Dessa tre är anmälningspliktiga och ska enligt smittskyddslagen [SFS: 2004:168] anmälas till Smittskyddsinstitutet (SMI) [1].

Hepatit B, C och HIV definieras enligt smittskyddslagen som allmänfarliga sjukdomar, vilket innebär smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom, svårt lidande eller medföra allvarliga konsekvenser och där möjlighet att förebygga smittspridning finns. Lagen säger att om man vet eller misstänker att man bär på en allmänfarlig eller smittspårningspliktig sjukdom är man skyldig att omedelbart uppsöka läkare för att konstatera om smittsamhet föreligger. Om läkaren konstaterar att patienten har smittats av en allmänfarlig sjukdom eller en smittspårningspliktig sjukdom, har läkaren eller annan sjukvårdspersonal med särskild kompetens skyldighet att smittspåra, dvs. att ta reda på vem eller vad som kan ha överfört smittan och om det är någon mer som blivit smittad och underrätta denne med informationen. Om man vet eller misstänker att man bär på en smittsam sjukdom är man skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot att smittas, man är också skyldig att lämna information om smittan till de personer, där risken för smittoöverföring finns [2].

1.1.1 Hepatit B

Hepatit B-virus (HBV) är ett högvirulent virus, vilket innebär att det krävs väldigt små mänger infekterat blod för att det ska smitta vidare. Viruset smittas via blod s.k. inokulationssmitta, det smittas bland annat genom blodtransfusioner, injektioner eller via orena kanyler. HBV kan även smittas sexuellt genom små slemhinneblödningar eller så kan det smittas till barnet under en förlossning. Överföringen av smittan kan även ske genom sår på händer vid kontakt med smittat blod. Infektionens inkubationstid är cirka tre månader och sjukdomsförloppet varierar beroende på ålder och mängd virus [1]. Mot denna virusinfektion

finns det ett vaccin som medför aktiv immunisering dvs. att kroppens immunförsvar stimuleras och börjar producera egna antikroppar mot Hepatit B-viruset [3].
Enligt Epidemiologiska årsrapporten 2009 har det i Sverige anmälts totalt 1 535 fall av Hepatit B-smittade till Smittskyddsinstitutet. Av dessa var 112 nysmittade och 1314 hade en kronisk infektion dvs. att de hade smittats tidigare i livet, dock saknades det information om typ av infektion i 109 fall [4]. Sammanlagt har det under åren 2000 till februari 2011 anmälts ca 16 200 fall av Hepatit B-smittade [5].

1.1.2 Hepatit C

Hepatit C-virus (HCV) smittas också via blod eller via sexuell kontakt. Tillskillnad från HBV är smittorisken lägre hos HCV, då det krävs en större mängd infekterat blod för att smittan ska överföras. För Hepatit C finns i dagläget inget vaccin därför uppmanas patienten själv att informera om sin smitta till andra och vidta åtgärder såsom att inte ge blod, använda kondom vid samlag och bandagera sina eventuella sår [3]. Inkubationstiden för detta virus är ca 6-8 veckor [1]. Det anmäldes totalt 2 215 fall av Hepatit C-smittade under 2009, vilket enligt rapporten är 12 % färre än under 2008 och den mest vanliga smittvägen var som tidigare år intravenöst missbruk. 1 210 fall (55 %) av alla anmälda fall av Hepatit C var smittade i Sverige, 623 fall saknade uppgifter om smittland medans övriga framförallt var smittade i Österuropa och olika delar av Asien [4]. Det har totalt under åren 2000 till februari 2011 anmälts ca 26 200 fall av Hepatit C-smittade [6].

1.1.3 HIV

Humant Immunbrist Virus (HIV) är ett virus som ger upphov till immunbristsjukdomen Aids. HIV-viruset finns i blod, sädesvätska, slidsekret, liqvor, nervvävnad och möjligen i saliv, dock är smittsamheten låg hos HIV-viruset. Smittvägarna för HIV är först och främst blodsmitta och sexuell kontaktsmitta. Blodsmitta kan ske via stick- och skärskador, blodtransfusioner, från mor till barn under graviditet och förlossning samt genom kontakt med smittat blod på skadad hud (i mun, näsa eller ögon). Idag finns ingen botande behandling mot HIV-infektionen utan behandlingen går ut på att bromsa sjukdomsförloppet, lindra symtom och förlänga överlevnadstiden. Aids är ett slutstadium på HIV-infektionen dvs. när immunförsvarets T-hjälparceller minskar i antal och fungerar sämre och då kan inte immunförsvaret längre bekämpa vanliga infektioner [1]. Antalet HIV fall som rapporterades

under 2009 var 486 stycken. År 2009 uppskattades det vara drygt 5 000 personer som i Sverige lever med HIV [4].

1.2 Attityder och kunskap om blodsmitta bland vårdpersonal

I en studie från England som undersökte läkares och sjuksköterskors kunskaper såg man en stor kunskapsbrist hos deltagarna när det gäller smittorisken hos Hepatit B, C och HIV [7]. Kunskapen om daglig kontakt med blodsmittade patienter hos läkare och sjuksköterskor i Belize var hög [8], men den var något bristfällig vad gäller smittvägar [8, 9]. Liknande resultat har hittats i flera studier från flera olika länder [10,11, 12], där en studie från Kina visar att den största orsaken till negativ attityd och rädsla var okunskap om smittvägar [10]. I Taiwan visade sjuksköterskorna många oroliga känslor kring HIV/Aids och deras kunskaper ansågs vara otillräckliga. Många av sjuksköterskorna visste inte att tvål, tvättmedel eller kokning var effektiva metoder för att förstöra HIV – smitta och det fanns även de som trodde att HIV-smitta fanns i vatten, luft och rök [11]. Även bland sjuksköterskestudenter i Turkiet fanns det många missförstånd om hur HIV smittar, en del av studenterna trodde att det smittar genom att skaka hand eller att använda samma toalett som en person med HIV [12].

I en studie från Israel där man undersökte läkare och sjuksköterskors attityder gentemot smittade kollegor, såg man att om vårdpersonalen personligen kände någon som hade blodsmitta så hade de mer kunskap om dessa sjukdomar. Den visar även att fler hade positiva attityder mot Hepatit jämfört med HIV och att ju mer kunskap man hade desto mer positiv attityd hade man [13]. Resultatet från två andra studier överrensstämmer med detta [6, 14]. Där det framgick att vårdpersonal som hade en personlig kontakt med HIV – smittade visade en mer fördomsfri attityd gentemot dem. Det är troligt att personlig kontakt med HIV – smittade kan minska fördomar och stigmatisering och detta kan vara viktigt för vårdpersonal [14]. Majoriteten av sjukvårdspersonalen i en studie från Belize ansåg att de var bekväma med att vårda patienter med HIV/ Aids [8], men sjuksköterskor från Nigeria var varken bekväma eller obekväma med att vårda dessa patienter [15].

Sjukvårdspersonalen från två studier anser att alla patienter som kommer till sjukhuset borde testas för blodsmitta [8,11]. I en av dessa ansåg sjuksköterskorna att det var deras rättighet att bli informerade om vilka patienter som har blodsmitta [11]. Sjuksköterskestudenter i en studie från

Nigeria uttryckte en längtan om att bli informerade om HIV-statusen på patienterna och avsikten med detta var inte diskriminering [16]. I Kina ansåg 44 % av sjuksköterskorna att HIV-positiva patienter borde sättas i karantän [9], och läkare och sjuksköterskor från Israel som hade negativa attityder föreslog hårdare restriktioner och begränsningar för kollegor som hade blodsmitta [13].

1.3 Problemformulering

Vårdpersonal runt om i världen stöter dagligen på patienter som har blodsmitta. Alla ovanstående studier visar att vårdpersonal har bristande kunskaper och attityder gentemot patienter med blodsmitta [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16]. Därför har vårt intresse väckts för att utforska och belysa detta område, som handlar om att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med Hepatit och HIV.
Ur ett omvårdnadsperspektiv tror författarna att det kan vara av stor vikt att man uppmärksammar sjuksköterskors inställning, kring sjukdomarna. Genom att man gör det öppnar man upp möjligheter för diskussion kring ämnet, på så vis kan man få möjlighet att identifiera eventuella kunskapsbrister och försöka åtgärda dem. Allt detta ligger till god för att patienten skall få så bra omvårdnad som möjligt.

1.4 Syfte

Syftet med intervjustudien var att utifrån sjuksköterskors berättelser, beskriva deras upplevelser av att vårda patienter med blodsmitta, dvs. Hepatit B och C samt HIV.

1.5 Frågeställning

- Vilka upplevelser har sjuksköterskor av att vårda patienter med blodsmitta?

2 Metod

2.1 Design

Designen som har valts är en beskrivande kvalitativ intervjustudie [17].

2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Den urvalsmetod som användes var ett bekvämlighetsurval, vilket innebär att man väljer ut deltagare som är mest tillgängliga och passar för studiens syfte [18]. Kriterierna för att få ingå i studien var att deltagarna skulle ha arbetat som sjuksköterskor i minst fem år och att de skulle ha vårdat patienter med blodsmitta. På ett sjukhus i mellan Sverige tillfrågades tre olika avdelningar, detta för att få en spridning på deltagare. Nio deltagare var tänkt att ingå i studien, endast sex sjuksköterskor från två avdelningar visade intresse. Alla deltagare var kvinnor och antal arbetande år som sjuksköterska varierade från 9 - 28 år.

2.3 Datainsamlingsmetod

Intervjuguiden innehöll öppna frågor med en viss struktur, en så kallad semistrukturerad intervju. En semistrukturerad intervju innebär att man har förberett öppna frågor där svaren på frågorna kan besvaras fritt, den man intervjuar kan då själv välja hur detaljerat denne vill svara på frågorna [18]. Intervjuguiden bestod av nio frågor som författarna själva har konstruerat utifrån studiens syfte och frågeställning. Intervjuerna inleddes med en bakgrundsfråga om hur länge deltagarna arbetat som sjuksköterska, detta för att författarna ville försäkra sig om att de uppfyllde urvalskriterierna. Intervjufrågorna berörde sjuksköterskans upplevelse av att vårda och bemöta patienter med blodsmitta, deras erfarenheter och kunskaper kring ämnet samt deras tankar och inställning.

2.4 Tillvägagångssätt

Ansökan om tillstånd från verksamhetscheferna förbereddes och ett informationsbrev samt en deltagarlista utformades. Informationsbrevet innehöll information om ämnet, studiens syfte, författarnas kontaktuppgifter samt att intervjuerna skulle spelas in. Det framkom även att de inspelade materialet och deltagarnas personuppgifter kommer hanteras konfidentiellt och att deltagandet i studien var frivilligt, samt att längden på respektive intervju beräknas ta ca 20-30 min.
En ansökan om tillstånd från verksamhetschefen, fyra informationsbrev och en deltagarlista lämnades personligen till respektive verksamhetschef tillsammans med ett frankerat kuvert. I detta skickades ansökan om tillstånd tillbaka till författarna, då alla tre ansökningar blev godkända.
Deltagarna rekryterades genom att verksamhetschefen informerade sjuksköterskorna på sin avdelning om ett frivilligt deltagande i denna studie. De tre första deltagarna på respektive avdelning, som skrev upp sig på deltagarlistan fick en varsin kopia av informationsbrevet så att deltagarna var för sig kunde ta del av informationen. Verksamhetschefen mejlade därefter kontaktuppgifterna på dessa deltagare som författarna sedan kontaktade via mejl och bestämde tid och plats för respektive intervju.

I samråd med deltagarna genomfördes intervjuerna på sjukhuset, detta för att det passade deltagarna bäst. Intervjuerna genomfördes enskilt och materialet spelades in på en mp3-spelare avsedd för detta ändamål samt en diktafon lånad på Högskolan i Gävle. Båda författarna medverkade vid samtliga sex intervjuer, dessa delades upp på tre vardera, där den ena ledde intervju och ställde frågorna och den andra observerade och förde stödanteckningar. Om något svar var otydligt ställdes tänkbara följdfrågor för att på så sätt förtydliga eventuella frågetecken, exempelvis ”Hur menar du då?”. Intervjuerna utfördes under en veckas tid och transkriberades allt eftersom. Detta för att det är av betydelse om man i så nära anslutning som möjligt till intervjun gör en utskrift [17].

2.5 Dataanalys

En manifest innehållsanalys har använts för att bearbeta det insamlade materialet, vilket innebär att man analyserar texten efter vad som sägs till skillnad från latent där man även gör en egen tolkning, ”man läser mellan raderna” [19]. Allt material från intervjuerna transkriberades dvs. skrevs ut ordagrant. När samtliga sex intervjuer var transkriberade skrevs de ut och därefter läste författarna tillsammans igenom materialet och strök under de meningsbärande enheterna som var kopplade till syfte och frågeställning, detta för att försäkra sig om att inget av betydelse försummats. De meningsbärande enheterna togs därefter från intervjuerna och placerades i sex analysscheman där de kondenserades till mindre meningar och kodades, utan att förlora dess innebörd, se tabell 1. På så sätt blir textmassan mer hanterbar och överskådlig [17].

Därefter färgkodades materialet med en färg för respektive intervju, för att på så sätt kunna identifiera vilken kod som hör till vilken intervju, detta har behållits under hela analysprocessen. Alla sex analysscheman skrevs ut för att få en översikt om vilka koder som påminde om varandra. Därefter utformades subkategorier och författarna konstruerade även fyra huvudkategorier som representerade de olika subkategoriernas betydelse. Koderna för respektive subkategori placerades i spalter i fyra nya scheman, ett för varje huvudkategori. Författarna gick sedan tillbaka till den ursprungliga transkriberingen av alla intervjuer, de delades upp i tre vardera och lästes igenom på varsitt håll ytterligare en gång. Det hittades då flera meningsbärande enheter som valdes att kondenseras, kodas och kategoriseras och som sedan placerades i de fyra kategorischemana. Författarna har använt sig av Graneheim och Lundmans [19] beskrivning när de genomfört innehållsanalysen.

Tabell 1. Illustration av analysschemat.

Meningsbärande enhet	**Kondensering**	**Kod**	**Subkategori**	**Huvudkategori**
Fast man ska behandla liksom förhålla sig som att alla har blodsmitta. Så när man vet det blir man extra försiktig, så är det.	Man ska förhålla sig som att alla har blodsmitta, när man vet det blir man extra försiktig.	Förhålla sig som att alla har blodsmitta.	Säkerhet	**Riskmedvetenhet**

Alltså jag tycker inte att det är nå speciellt annorlunda mot för vad det är att ta hand om andra patienter. Man tänker inte på det…	Tycker inte att det är speciellt annorlunda mot att vårda andra. Tänker inte på det.	Inget annorlunda mot att vårda andra patienter.	Bemötande	**Likvärdig vård**

2.6 Forskningsetiska överväganden

Eftersom denna studie inte innefattade patienter behövde inte författarna ansöka hos Forskningsetiska rådet på Högskolan i Gävle. Författarna anser dock att detta ämne kan vara ”laddat” och väcka känslor, så därför konstruerades neutrala frågor. Deltagarna informerades om att deltagandet i studien var frivilligt, att de kunde välja att avbryt sin medverkan när som helst och att intervjuerna skulle spelas in samt att det inspelade materialet kommer hanteras konfidentiellt. Vilket betyder att man säkerhetsställer anonymitet hos deltagarna så att varken personer eller situationer ska kunna kännas igen, materialet skall även förvaras så att inga obehöriga har tillgång till det [17]. Allt insamlat material har förvarats på ett säkert sätt under hela examensarbetet och när arbetet har blivit godkänt kommer materialet att makuleras. Deltagarna i studien kommer inte att kunna spåras i resultatet. Studien har genomförts med hänsyn till de ”Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden” [20].

3 Resultat

Nedan kommer en redovisning av resultatet, som presenteras i löpande text och kommer att styrkas med citat från intervjuerna. Resultatet kommer att presenteras under rubrikerna *”Attityder kring blodsmitta”, ”Riskmedvetenhet”, ”Kunskap”, ”Sjuksköterskans syn på likvärdig vård och bemötande”* och dessa rubriker motsvarar huvudkategorierna i studien.

3.1 Attityder kring blodsmitta

Innehållet under denna kategori handlar om sjuksköterskors och arbetskollegors attityder och hur attityden kan påverka omvårdnaden och patienterna.

3.1.1 Sjuksköterskans egna och arbetskollegors attityd

Alla deltagare ansåg att attityden bland personalen är bra och avslappnad, men det framkom dock från några deltagare att extra personal och ny oerfaren personal kan ha en annorlunda attityd. Ett fåtal påpekade att det finns arbetskollegor som inte bryr sig och att de aldrig lär sig oavsett hur mycket information de får. En deltagare beskrev att de som jobbat länge inte är lika aktsamma med att skydda sig.

”Sen finns det alltid rötägg... naturligtvis... men det tror jag finns överallt... och dom tror jag aldrig blir nå bättre...”

Det framkom av en deltagare att hon inte hört någonting negativt från sina arbetskollegor men att man skulle kunna påverka negativ attityd genom att man pratar om det, för att på så sätt förbättra attityden. En annan deltagare hade en förhoppning om att attityden kan påverkas så att den blir bättre. En tredje deltagare upplevde inte att hon har stött på någon kollega som är rädd och inte vill vårda patienter med blodsmitta. En fjärde deltagare har upprepade gånger hört spontana kommentarer vid städning efter patienter med blodsmitta.

”Åh hur ska vi göra nu då!?... och det blir samma fråga varenda gång och de är från samma personer... de är ju helt otroligt! Dom lär ju sig aldrig heller...”

En deltagare lyfte fram att rädslan eller attityden kan minska om man är medveten om smittvägar och risker kring blodsmitta. En annan deltagare tog upp att om man har en negativ attityd så tror hon att det kan bero på rädsla och osäkerhet hos den personen och att detta går att ändra till något positivt genom att man pratar om det.

”Därför att har man en negativ attityd är det nog för att man är rädd och osäker själv.”

Ett par deltagare ansåg att den yngre generationen har bättre attityder gentemot blodsmittade patienter och att det därför kommer att bli annorlunda i framtiden för dessa patienter.

3.1.2 Påverkar omvårdnaden och patienten

Det påtalades av de flesta deltagare att om personalen är osäker och rädd, så får inte patienterna samma omvårdnad. En deltagare ansåg att ovan personal påverkar patienterna negativt medans van personal gör dem nöjda. Några deltagare hade uppfattningar om att attityden kan påverka omvårdnaden negativt. En av dessa hoppades att attityden inte påverkar negativt fast det tror hon att den gör. En annan deltagare tyckte att vissa av personalens attityder kan vara skrämmande.

”Men de finns ju dom som blir så... som nästan inte vill ta i dom här stackars patienterna… så illa är det… de e ju skrämmande…”

En deltagare beskrev att hon kunde märka på patienterna om personalen varit obekväm i situationen, detta märkte hon på att patienterna fått allt ifrån, otillräcklig information till omvårdanden i sig. Hon ansåg att detta kunde bero på rädsla.

3.2 Riskmedvetenhet

Under denna kategori beskrivs sjuksköterskornas upplevelser, deras arbetssätt samt tankesätt kring hur man kan arbeta säkert.

3.2.1 Sjuksköterskor ger uttryck om rädsla och upplevelser

De flesta deltagare påtalade att de inte var rädda för att bli smittade när de vårdar patienter med blodsmitta. Men flera av deltagarna menade också att tanken att man kan bli smittad alltid finns. Några av deltagarna berättade om att det blir en värre upplevelse när man sticker sig och man är medveten om att det är en patient med blodsmitta. En av dessa beskrev att själva stickskadan i sig är samma sak, men att upplevelsen av den blir värre när det är positiv blodsmitta. Hon menade också att det finns en rädsla när man ska ta prover eller sätta nål, men när det kommer till bemötande och daglig omvårdnad så har det gjorts framsteg.

”Jag tror att själva bemötandet... det tror jag folk har släppt... just det här med att kunna gå in och hjälpa till med maten... hjälpa till att tvätta... det tror jag inte... utan det är just stickmässigt... sätta nålar... ta prover... jag tror att det är där många kanske känner... man ser att då backar dom gärna...”

När HIV kom var det mycket fokus kring det och det blev jättestort men man visste inte så mycket om det, menade ett par av deltagarna. En av deltagarna menade att man nu inte hör så mycket, det verkar ha ”försvunnit” lite grann. Informationen till ungdomarna idag är mer fokuserade på klamydia och inget om HIV. Många kanske tror att HIV nästan är borta, bara för att man kan behandla det, men så är inte fallet menar deltagaren.

”Till ungdomar hör man ju mycket om Klamydia…
Men inte ett ord om att, kan du få klamydia så hade du lika gärna kunna fått HIV.”

En annan deltagare nämnde att det till en början var väldigt mycket känslor att möta HIV-patienter jämfört med att möta Hepatit C-patienter, för där visste man att det enbart var blodsmitta.

3.2.2 Arbetssätt och säkert tankesätt

Att man alltid ska arbeta enligt rutiner och systematiskt, är något som flera deltagare tog upp, detta för att man ska kunna känna sig trygg och skyddad och för att risken att bli smittad ska minska. En deltagare påpekade att det är ett personligt ansvar att skydda sig och att man använder rätt skyddsutrustning och att man hela tiden tänker på vad man gör.

”… så man försöker liksom tänka hela tiden på vad man gör…”

En deltagare berättade att hon tycker det underlättar när man vet att det är blodsmitta, för då kan man förhålla sig till det och skydda sig. Om man alltid skyddar sig så behandlar man alla patienter lika, menade en annan deltagare. Hon menar dessutom att man alltid ska ha respekt för blodsmitta.

”På nått sätt är det skönt att veta att de har, för då kan jag förhålla mig och skydda mig.”

Alla deltagare poängterade att man aldrig kan veta vilken patient som har en blodsmitta, därför är det viktigt att man förhåller sig som att alla kan ha det. Det är nog vanligare än vad man tror när man vårdar en patient, menade en deltagare. Några av deltagarna framhöll att man ska betrakta alla patienter som smittsamma oavsett sjukdom.

”Jag tycker att man ska vårda alla patienter som om dom skulle vara smittsamma…”

De flesta berättade att man blir mer försiktig när man vet om att patienten har en blodsmitta, man tänker mer på vad man gör och är mer noga. En av dessa menade att om man har en patient med blodsmitta som dessutom är oklar så tänker man ännu mer på vad man gör, för att minska risken att bli smittad. En annan deltagare kände att det är mer otäckt att gå in och sätta nål på en patient med blodsmitta som viftar och slåss till skillnad från en som inte har blodsmitta. En tredje deltagare poängterade att hon har störst respekt för Hepatit C då det smittar lättast och att det inte finns något vaccin emot det.

Några deltagare tog upp att det är viktigt att man tänker på säkerheten och att man skyddar sig som personal, för sig själv och för patientens skull.

”Man måste utgå ifrån att det blir säkert för sig själv o de är även bra för patienten…”

En deltagare påtalade att man ska behandla allt blod och alla vätskor som smittsamt. Hon menade också att tanken på att bli smittad finns, men att den risken inte är så stor om man är försiktig.

3.3 Kunskap

Under denna kategori presenteras sjuksköterskornas kunskaper, erfarenheter och behovet av utbildning och information.

3.3.1 Kunskapsbrist och sjuksköterskans erfarenheter

De flesta av deltagarna tror att tiden man har arbetat som sjuksköterska kan påverka synsättet man har på blodsmittade patienter. Däremot är en deltagare övertygad om att tiden som

sjuksköterska inte ändrar synsättet man har mot blodsmittade patienter, utan hon tror att det är den inställning och attityd man har för övrigt.

Det framkom även från några att man lär sig hantera blodsmitta efter flera år i yrket, det gör att man blir mer van och man upplever inte att det är så speciellt längre. En deltagare ansåg inte att synsättet har med åldern att göra utan hon menar att det ligger i hur många blodsmittade patienter man har träffat.

”Har du inte träffat någon blodsmittad patient på 10 år så spelar det ingen roll att man har jobbat i 10 år, tror jag...”

Ett par deltagare beskrev att de upplevde rädsla när de var nya i yrket och vårdade patienter med blodsmitta. En av dessa trodde att det dels kan ha berott på att hon var ny i yrket men också att det var en helt annan syn på dessa patienter då.
En annan deltagare berättade att de sjuksköterskor som är nyexaminerade idag fortfarande kan känna en otrygghet och rädsla i mötet med blodsmittade patienter. Detta trodde ännu en annan deltagare kan bero på osäkerhet och kunskapsbrist.

Både positiva och negativa erfarenheter från möten med blodsmittade patienter har påverkat en av deltagarna. Hon ansåg att ens fördomar och attityder inte har någon betydelse, för att hon har insett i och med dessa möten att det kan drabba vem som helst.

”Sådana patienter tror jag påverkar mig… det tror jag… just att man har träffat många av dom här, som man aldrig kunnat tro varit smittade…”

En deltagare har fått uppfattningen om att man idag inte vet så mycket om HIV, hon menade att den okunskapen kan bidra till att man använder mer skyddsutrustning än vad som behövs. En annan deltagare var förvånad över att fler människor är rädda för HIV än vad de är för Hepatit, då det smittas lättare. Dessa två trodde att denna rädsla kan bero på otillräcklig kunskap hos dessa människor.

”Och det tror jag inte bara gäller blodsmittade patienter... utan överlag... det som jag vet för lite om... det är jag lite rädd för...”

Fortfarande idag finns det människor som blir rädda när man säger HIV trots att det har funnits ganska länge så finns det fortfarande en sådan syn på blodsmittade patienter, påtalade en deltagare. Hon upplevde också att det förekom rädsla på andra instanser, där hon ansåg att de är dåligt upplysta inom ämnet. En annan deltagare ansåg att det är avdramatiserat nu, man vet hur det smittar idag vilket man inte gjorde förr, då vågade man knappt ta i dessa patienter utan handskar. En tredje deltagare poängterade att det fortfarande förekommer, exempelvis att personal på andra avdelningar har varit upprörda och detta kan bero på att de har otillräckligt med kunskap.

”Det händer att man har fått frågan när man ska ta över en patient att… att dom har varit jätte upprörda därför att patienten ligger ju på en dubbelsal och dom använder samma toalett… Åh då blir man ju lite såhära… Oooj! Det var ju hemskt…”

En deltagare kände att det är viktigt att man träffar blodsmittade patienter för att man ska inse att det inte smittar från kropp till kropp utan att man kan ta i patienterna utan att det smittas. Hon menade också att man i och med mötet med dessa människor får en erfarenhet som har betydelse för hur man känner. Attityden kan även påverkas av ens värderingar, rädslor och funderingar, vad man har med sig i sin ryggsäck. En annan deltagare ansåg att tidigare erfarenheter påverkar hur man känner.

”Jag kanske har något i bagaget också, asså hemifrån, som gör att jag tycker och känner som jag gör.”

3.3.2 Trygghet i vårdandet

Alla deltagare kände att de hade tillräckligt med kunskap för att känna sig trygga i vårdandet av blodsmittade patienter. Några av deltagarna poängterade att man aldrig kan blir fullärd, det finns alltid mer att lära. En annan deltagare kände att hon saknade uppdatering inom ämnet för att med kunskap känns det bättre och lättare.

”För vet man bara, har man bara kunskapen, så känns det ju bättre å lättare. Tycker jag!”

I och med att man vet hur det smittar och vet hur man skall skydda sig, så känner flera av deltagarna sig trygga. En deltagare menade att hon känner sig trygg på grund av att hon alltid har ”läst på” mycket inför en ny patient då hon upplevt sig ha en kunskapsbrist, hon menade också att med grundtryggheten kommer man långt.
Ett par deltagare tyckte att det ger en trygghet när man kan få hjälp av läkare eller andra avdelningar vid funderingar kring sjukdomar som man inte stöter på speciellt ofta.

Några deltagare ansåg att det är viktigt att man som sjuksköterska gör upp med sig själv, om vad man tycker och hur man känner i förhållande till blodsmitta för att man ska känna sig trygg i sin roll. Två av dessa poängterade att mycket bygger på hur man själv är, ens egna attityder, upplevelser och känslor och detta kan spela roll i hur trygg man blir som sjuksköterska när man bemöter blodsmittade patienter.

”Det beror ju på hur sjuksköterskan, hur hon själv känner. Hur trygg hon är i sin profession, med den här patientgruppen.”

3.3.3 Information, utbildning och saknandet av fortbildning

Ett fåtal deltagare kände att man som sjuksköterska måste ta reda på det mesta själv, men att tiden inte räcker till. En av dessa berättade att hon hade en förhoppning som nyexaminerad att hon skulle hinna läsa på allting men upptäckte snabbt att den tiden inte fanns. En annan deltagare ansåg att det borde finns mer tid till att läsa på arbetstid, så att man inte ska vara tvungen att läsa på fritiden. Hon menade därför att det skall finnas möjlighet till utbildning på arbetstid, då det gynnar alla.

”Det är klart att man kan läsa på fritiden också, om man tycker att de är intressant o roligt... men jag tycker ändå att de måste ingå…”

Trots huvudkunskap är det bra med utbildning och uppdatering, ansåg en deltagare. Hon upplevde också att utbildning är viktigt och det är bra att repetera med jämna mellanrum för att man inte skall glömma bort. Repetition är även bra för dem som inte arbetar med blodsmitta, ansåg hon, då varje avdelning är inriktad på sitt område. Det är därför viktigt att man repeterar kunskaperna om blodsmitta eftersom dessa patienter kan hamna var som helst.

Ett par deltagare tyckte också att det är viktigt med uppdatering och tror att information kommer göra det bättre för blodsmittade patienter och även påverka sjuksköterskornas attityder kring detta.

”De är alltid bra och få reda på nyheter… Sen kan de ju komma någon ny blodsmitta som man inte vet om... de är också bra och få veta… de tycker ja…”

Flera av deltagarna efterlyste utbildningsdagar om blodsmitta och hur man skyddar sig, dock ansåg de att det inte behöver uppta en hel dag. Några hade erfarenhet av att deras läkare kom och föreläste lite kort om Hepatit och HIV. En tyckte att det gav relativt mycket med dessa små utbildningstillfällen.

”Ja men det kunde väl komma någon som föreläste med jämna mellanrum om blod och blodsmitta och dom sjukdomarna… när man har utbildning… kanske vartannat år eller nånting sånt där…”

En av deltagarna ansåg att det bör ges mer utrymme under utbildningen att prata om blodsmitta för att man skall kunna skapa sig en egen uppfattning om hur man känner kring ämnet. Hon påtalade också att man formas till den man blir som sjuksköterska just under grundutbildningen genom vilka lärare och handledare man har.

”Att man kanske grundar det på nått vis så att man finns utrymme under utbildningen att prata om det. Att man får känna sig för, ”hur känner jag verkligen för det här?”...”

En annan deltagare tyckte att man bör informera och uppdatera alla människor som kommer i kontakt med blodsmittade. Hon har själv erfarit att extra personal inte vill arbeta när det är blodsmitta och har då i mån av tid och kunskap försökt förklara vad det innebär. Hon tycker därför att man bör informera och/eller utbilda extra personal samt andra instanser.

3.4 Sjuksköterskans syn på likvärdigvård och bemötande

Innehållet under denna kategori handlar om hur sjuksköterskorna bemöter och behandlar patienter med blodsmitta.

Alla deltagare betonade att de bemöter och behandlar alla patienter lika, oavsett vilken sjukdom de har. De tycker inte att man skall göra någon skillnad eftersom det kan drabba vem som helst. En deltagare påtalade att man på ett professionellt sätt skall bemöta patienter och därmed visa respekt och empati.

”Jag tycker inte att det är nå speciellt annorlunda mot för vad det är att ta hand om andra patienter. Man tänker inte på det…”

”Ne, jag tycker att man ska behandla precis som alla andra. Det kan drabba vem som helst. Så, det är inget konstigt, tycker jag.”

Ett fåtal av deltagarna poängterade att de vårdar alla lika, de upplever att det inte är någon skillnad att vårda patienter med blodsmitta. En deltagare kände att i den dagliga omvårdnaden är en blodsmittad patient som vilken patient som helst så att det är inget annorlunda mot att vårda andra patienter.

”Näe jag vårdar dom precis lika som alla andra patienter... jag gör ingen skillnad… för jag mena du kanske inte har blivit smittad med flit… du kan ju ha fått de genom en blodtransfusion eller var som helst…”

Är man som sjuksköterska rädd och otrygg så tror en deltagare att patienterna inte får lika god omvårdnad. Hon tror även att om personalen är rädd att bli smittad så kan det finnas de som undviker att göra vissa saker som de annars skulle göra på någon som inte har blodsmitta. En annan deltagare tror inte att patienterna där hon arbetar får någon sämre vård bara för att de har blodsmitta.

”Jag tror att om man är rädd och man inte är trygg i sig själv å vet vad man gör… då tror jag att det blir lätt att man… dom här patienterna blir särbehandlade eller negativt… dom får inte lika god omvårdnad... skulle jag kunna tänka mig…”

En deltagare påtalade att ingen människa har valt att bli smittad och en annan deltagare framhöll att alla som är sjuka är ”vanliga människor” oavsett vilken sjukdom de har. En tredje deltagare ansåg att det är synd om alla människor som är sjuka men hon menar inte att, bara för att man har blodsmitta så ska man få ett speciellt bemötande.

”Dom ska inte bli bemött på ett speciellt sätt alltså nå slags daltande sätt eller så heller bara för att dom har blodsmitta, o det är synd om dom…”

4 Diskussion

4.1 Huvudresultat

Utifrån de sex intervjuerna framkom det att attityden bland personalen är bra och avslappnad gentemot patienter med blodsmitta, dock ansåg några att extra eller ny oerfaren personal kan ha en annorlunda attityd. Det framkom även att patienterna kan få sämre omvårdnad om personalen är osäker eller rädd. Resultatet visade också att deltagarna inte är rädda för att bli smittade men att tanken alltid finns. Synsättet man har på blodsmittade patienter kan påverkas av tiden man har arbetat som sjuksköterska, och det är viktigt att man gör upp med sig själv om vad man tycker och hur man känner i förhållande till blodsmitta, för att man ska känna sig trygg i sin roll. Dessutom framkom det att kunskapen är tillräcklig men man efterlyser utbildningsdagar för att göra det bättre för patienterna och även påverka sjuksköterskans kunskap och attityd kring blodsmitta.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Attityder kring blodsmitta

Attityden bland vårdpersonalen var enligt alla deltagarna bra och avslappnad gentemot patienter med blodsmitta, detta stämmer överrens med andra studier, där man menar att sjuksköterskans positiva attityder kännetecknas av empati, medkänsla, respekt och värdighet [21, 22, 23, 24]. Dock framkom det att extra och ny oerfaren personal kunde visa en avvikande

attityd till dessa patienter vilket stämmer överrens med resultatet från en studie där man såg att undersköterskestudenters attityder var mindre positiva mot blodsmittade som även var homosexuella [21]. Författarna tror att sjuksköterskornas avslappande attityd kan ha att göra med både deras långa erfarenhet men också att de vårdar dessa patienter med jämna mellanrum.

En deltagare beskrev att hon inte hade hört något negativt från sina arbetskollegor men att man skulle kunna påverka negativ attityd genom att prata om det. Att ändra negativ attityd anser författarna vara en viktig åtgärd bland sjukvårdspersonal då detta kan påverka patienterna och den omvårdnad de får. Flera andra studier visar att det förekommer måttliga och negativa attityder bland vårdpersonal och studenter [12, 13, 15, 25, 26]. Ett fåtal av deltagarna i föreliggande studie upplever att negativ attityd kan påverka omvårdnaden negativt. Det är viktigt att man ändrar negativ attityd och det kan man göra genom att förbättra kunskapen [10].

4.2.2 Riskmedvetenhet

De flesta av deltagarna påtalade att de inte var rädda för att bli smittad när de vårdar patienter med blodsmitta men flera av deltagarna menar att tanken att bli smittad alltid finns. Vilket överrensstämmer med en studie, där majoriteten inte kände någon rädsla eller ångest i vårdandet av patienter med HIV/Aids vilket kan bero på att alla hade gått en Aids utbildning [22]. Majoriteten i flertalet studier påtalar en rädsla och oro över att smittas i vårdandet av patienter med Hepatit och HIV [11, 16, 21, 23, 24, 27], vilket motsäger sig föreliggande resultat. Där framkom det att sjukvårdspersonal ofta behandlade Hepatit C-patienter annorlunda och att vissa vägrade att vårda dessa patienter för att förhindra smittspridning, då de ansåg att detta var det enda sättet [27]. Majoriteten av sjuksköterskorna var oroliga över att få Hepatit och HIV på jobbet, och ett antal av dessa kunde uppriktigt tänka sig att säga upp sig på grund av oro [11]. Några deltagare i föreliggande studie berättar att upplevelsen blir värre när man sticker sig och man är medveten om att patienten har blodsmitta. En av dessa menar också att det fortfarande finns en rädsla vid provtagning och nålsättning men att i bemötandet och i den dagliga omvårdnaden har det skett framsteg.

I föreliggande studie framkom det att det är viktigt att arbeta enligt rutiner och på ett systematiskt sätt, för att man ska känna sig trygg och skyddad och för att risken att bli smittad ska minska. Det är ett personligt ansvar att skydda sig och använda rätt skyddsutrusning.

Detta styrks av flera studier [11, 22, 27, 28]. Dock är majoriteten i en av studierna oroliga över den låga kvalitén och tillgängligheten av skyddsutrustning och påtalar att man inte vet vem som är smittad [22]. Författarna tycker att det är viktigt att man som sjuksköterska arbetar enligt rutiner, för att dessa är till för att skydda och visa hur man ska gå tillväga.
Alla deltagare i föreliggande studie poängterade att man aldrig kan veta vilken patient som har blodsmitta och man bör därför alltid förhålla sig som att alla kan ha det, ett fåtal ansåg också att man ska betrakta alla patienter som smittsamma oavsett sjukdom. Det framkom även i föreliggande studie att man skall behandla allt blod och alla vätskor som smittsamt. Majoriteten av deltagarna i två studier ansåg att de behandlade alla patienter som att de hade blodsmitta [7, 29].

En deltagare tycker att det underlättar när man vet vilken patient som har blodsmitta, då anser hon att man kan förhålla sig till det och skydda sig. De flesta deltagarna blir mer försiktiga när de vet att en patient har blodsmitta, de tänker mer på vad de gör och är mer noggranna. Majoriteten av deltagarna i två studier ansåg att personer med Hepatit C skulle identifieras av säkerhets- och hälsoskäl [27, 28], i en av dessa tyckte majoriteten att de sjuksköterskor som vårdar dessa patienter regelbundet skall testas för Hepatit C. Studien tog även upp att om sjuksköterskor följer de universala riktlinjerna så behövs inga ytterligare försiktighetsåtgärder eller att man behöver bli upplyst om vilken patient som har blodsmitta [28]. Författarna tycker att man alltid ska vara försiktig och skydda sig när man vårdar patienter, inte gå till överdrift med skyddsutrustning och försiktighetsåtgärder bara för att man vet att patienten har blodsmitta.

4.2.3 Kunskap

De flesta av deltagarna i föreliggande studie anser att tiden man har arbetat som sjuksköterska kan påverka synsättet man har på blodsmittade patienter, en deltagare tror däremot inte att synsättet har med åldern att göra utan att det ligger i hur många blodsmittade patienter man har träffat. Detta styrks av en studie där man kunde se att kunskapen inte var associerad med ålder, kön eller personlig erfarenhet utan den var associerad med nivå av utbildning och hur ofta man vårdar patienter med HIV/Aids [24]. Det kan vara både tiden man har arbetat som sjuksköterska och antalet blodsmittade patienter man har träffat som inverkar på hur man ser på dessa patienter, anser författarna.

Det framkom i föreliggande studie att några deltagare upplevde en rädsla när de var nya i yrket och vårdade patienter med blodsmitta. En deltagare upplever att nyexaminerade sjuksköterskor fortfarande idag kan känna en otrygghet och rädsla i mötet med dessa patienter, vilket kan bero på osäkerhet och kunskapsbrist. I en studie framkom det att äldre och de som studerat längre hade mer kunskap [30], i en annan studie såg man att även om kunskaperna om HIV/Aids ökade med utbildning så fanns det fortfarande en kunskapsbrist oavsett utbildningsnivå [25].
I två studier såg man att kunskapsnivån om HIV var högre än kunskapsnivån för Hepatit B och C [13, 29], detta skiljer sig från resultatet i föreliggande studie där ett fåtal är förvånade över att fler är rädda för HIV än för Hepatit då det smittas lättare. Detta tror de kan bero på otillräcklig kunskap hos dessa människor. Författarna tror att den stora rädslan för HIV även kan bero på att sjukdomen har fått mer uppmärksamhet inom media och att man vet att det kan leda till utvecklig av Aids. Då uppmärksamheten för Hepatit inte har varit lika stor, så kanske folk tror att det går att bota alla former av Hepatit, men de flesta vet att det inte finns något botemedel för HIV.
Ett par deltagare i föreliggande studie anser att den yngre generationen har bättre attityder gentemot blodsmittade patienter och de tror därför att det kommer att bli bättre för dessa patienter i framtiden. Detta kan stödjas med resultat från en studie där man såg att yngre vårdpersonal hade mer kunskap om HIV/Aids jämfört med de äldre då dessa hade utbildat sig innan HIV-pandemin [31].

Alla deltagare i föreliggande studie kände att de har tillräckligt med kunskap för att känna sig trygg i vårdandet av patienter med blodsmitta. Några känner sig trygga då de vet hur det smittar och att de vet hur man skall skydda sig. Flertalet studier påvisar liknande resultat [13, 23, 28, 29, 30, 31, 32]. I en av dessa ansåg en tredjedel av sjuksköterskorna att de hade tillräckliga kunskaper för att effektivt vårda patienter med Hepatit C [28]. I flera andra studier visar resultaten på bristande kunskaper bland deltagarna vad gäller HIV/Aids [9, 11, 12, 15].

Flera deltagare påtalar bristen om utbildning och efterlyser därför utbildningsdagar och några påtalar även att de tycker att det är viktigt med uppdatering och information. Liknande resultat påvisas även i andra studier [15, 22, 23, 28, 33]. I föreliggande studie har deltagarna erfarenheter av att läkare kom och föreläste om Hepatit och HIV, en av dessa tyckte att det gav relativt mycket. Majoriteten i en studie var mycket nöjda med den utbildning de fick, hälften av dem tyckte att föreläsningar var det mest effektiva utbildningssättet. Man såg även att de med

utbildning hade bättre attityd jämfört med de utan utbildning, vilket tyder på en positiv effekt av utbildning [15]. Författarna håller med om att det är viktigt med uppdateringar och utbildningsmöjligheter, för att kunskaperna ska bevaras under tiden man arbetar.

Det framkom i föreliggande studie att det bör ges mer utrymme under utbildning att prata om blodsmitta och hur man känner kring ämnet. Det framkom även att den man blir som sjuksköterska formas under utbildning beroende på vilka lärare och handledare man har. I en studie såg man att lärare bör se över sin egen attityd och hur de väljer att undervisa om HIV, det är även viktigt att de tar itu med studenternas attityder och kunskaper [25], detta styrks av resultatet från en annan studie som visade att man kan förbättra sjuksköterskestudenters attityd genom undervisning [10].

4.2.4 Sjuksköterskans syn på likvärdig vård och bemötande

Alla deltagare i föreliggande studie betonade att de bemöter och behandlar alla patienter lika, de tycker inte att man skall göra någon skillnad eftersom det kan drabba vem som helst. Det framkom även att man ska bemöta patienter på ett professionellt sätt och därmed visa respekt och empati. Detta styrks av två studier [16, 24], där man menar att patienter med HIV skall bemötas med samma respekt som alla andra patienter. Författarna håller med om att bemötandet av patienter med blodsmitta inte ska skilja sig från andra patienter med tanke på att sjuksköterskan har ett ansvar att behandla alla lika oavsett sjukdom.

Är man som sjuksköterska rädd och otrygg får patienterna med blodsmitta inte lika god omvårdnad, det kan leda till att personalen undviker att göra vissa saker som de annars skulle göra på patienter som inte har blodsmitta, detta är vad resultatet i föreliggande studie visar. Detta styrks av flera studier [12, 23, 27, 28]. Ett antal studier påvisar att sjuksköterskor vårdar patienter olika beroende på hur de har blivit smittade [12, 27, 28]. Majoriteten av sjuksköterskorna visade medkänsla när en patient blivit smittad via blodtransfusion och ett fåtal visade ingen medkänsla om en patient smittats via missbruk, trots detta var ändå majoriteten villiga att vårda patienterna med Hepatit C [28]. I föreliggande studie framkom det dock av en deltagare att hon inte tror att patienter med blodsmitta får sämre vård. Man ska inte behandla patienterna olika beroende på hur dessa har smittats då det i slutändan är samma sjukdom menar författarna. Bara för att man har smittats via missbruk så ska inte omvårdnaden påverkas, för personen har inte valt att bli sjuk.

Majoriteten av sjuksköterskorna i en studie ansåg inte att personer som fått HIV har sig själv att skylla, de påtalade att ingen har valt att bli smittad [24], detta påtalas också i föreliggande studie. Det framkom även att det är synd om alla människor som är sjuka vilket även påvisas i ett par studier [12, 23]. I en av dessa visade några sjuksköterskor sympati och var oroliga för patienter med HIV [23].

4.3 Metoddiskussion

Valet av en kvalitativ beskrivande design anser författarna vara den design som på bästa sätt erhåller studiens syfte. Kvalitativa forskningsmetoder syftar till att beskriva eller tolka fenomen, det kan även vara att förstå och förklara fenomen, erfarenheter eller upplevelser. Kvalitativ forskning bygger på att man genom språket ska kunna ta del av varandras tankar och åsikter, vilket innebär en närhet till undersökningsproblemet och en interaktion mellan forskaren och deltagaren [34]. Om författarna istället hade använt sig av en kvantitativ forskningsmetod, till exempel enkäter, hade möjligheten till flera deltagare ökat. Men med denna metod tror inte författarna att resultatet hade blivit lika ingående som vid en kvalitativ metod.
Enligt Polit och Beck [18] finns det olika sätt att benämna personerna som ingår i en kvalitativ studie, de kan benämnas som informanter, nyckelpersoner eller deltagare. I föreliggande studie har författarna valt att kalla sjuksköterskorna som ingått i studien för deltagare.

Eftersom författarna valde att använda sig av ett bekvämlighetsurval kan detta ha påverkat studiens trovärdighet då deltagarna möjligtvis endast representerar populationen som inte har en negativ attityd. Eftersom deltagandet i studien var frivilligt tror författarna att det är de som kände sig bekväma med sina åsikter om blodsmittade patienter som ställt upp.
Bekvämlighetsurval är den vanligaste formen av urvalsmetod men det är även den svagaste formen, och det är stor risk att resultatet blir snedvridet [18].
Författarna är medvetna om att föreliggande studie endast hade sex kvinnliga deltagare, då bortfallet var tre och även att detta kan ha påverkat resultatets trovärdighet. Trots detta anser författarna att resultatet i föreliggande studie är trovärdigt då mycket stämmer överens med tidigare genomgången forskning. Författarna funderar om resultatet hade blivit annorlunda om studien hade inkluderat både kvinnor och män.

Författarna anser att rekryteringen av deltagare kunde ha gjorts på ett annat sätt. Istället för att ha överlåtit ansvaret att informera om studien till verksamhetscheferna kunde författarna själva kort ha informerat sjuksköterskorna på respektive avdelning, samtidigt som de lämnade ut informationskuverten till verksamhetscheferna. Då kanske sjuksköterskorna hade upplevt informationen mer personlig och mer intressant, och bortfallet på deltagare hade då kanske kunna förhindrats.
Eftersom båda författarna medverkade vid respektive intervju anser de att detta höjer studiens trovärdighet på grund av att risken för feltolkningar minskar och att inget av vikt har förbisetts.

Då författarna har valt ett känsligt ämne så användes öppna frågor för att deltagarna själva kunde välja hur mycket de ville dela med sig. Frågorna som ställdes kring attityd valdes att framhållas neutralt för att deltagarna inte skulle ta det personligt och bli förnärmade. Därför påvisar resultatet mer sjuksköterskans generella attityder från deltagarnas synvinkel än vad deltagarnas egna attityder speglar. Författarna anser att en pilotstudie hade kunnat genomföras för att säkerställa relevansen i intervjuguiden, dock anser de att tiden för att genomföra en sådan pilotstudie inte räckte till och att antalet deltagare var för få.

Det insamlade materialet bearbetades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Eftersom författarna redovisar ett exempel av analysschemat och flera citat i resultatet så styrks trovärdigheten i analysprocessen. Under genomförandet av innehållsanalysen har författarna förhållit sig objektiva och neutrala i bearbetningen av materialet för att deras personliga åsikter och tankar inte ska ha kunnat påverka resultatet.

Författarna anser inte att studiens resultat kan överföras på större populationer, då deltagarna var för få för att detta skall kunna generaliseras. Dock anser de att studiens syfte skulle kunna användas i studier om attityder gentemot andra sjukdomar men att man då skulle kunna använda sig av en större grupp deltagare.

4.4 Allmän diskussion

Studiens syfte och frågeställning har blivit besvarad i och med denna studie, anser författarna. Mycket av resultatet stämmer överrens med det som många andra studier visar, vad gäller attityder och bristande kunskaper gentemot blodsmittade patienter. Eftersom detta är ett problem som förekommer runt om i världen anser författarna att man måste informera och utbilda alla som kommer i kontakt med dessa patienter. Detta för att patienterna ska få ett bra bemötande och en god omvårdnad, men också för att sjuksköterskan ska känna sig trygg i sin roll. Författarna anser att föreliggande studie bidrar med betydelsefull information om att sjuksköterskorna efterlyser mer utbildning och kontinuerlig uppdatering. Författarna menar också att attityderna bland dessa sjuksköterskor är bra men att det förekommer sämre attityder som borde förändras.

Med detta vill författarna säga att fortsatt forskning kring detta ämne är av betydelse för att man ska kunna förbättra dessa attityder och reducera kunskapsbrister hos sjukvårdspersonal och andra grupper.

4.5 Slutsats

Författarna kan dra slutsatsen om att det är viktigt att man som sjuksköterska har erfarenheter och kunskaper om blodsmitta för att man på bästa sätt skall kunna bemöta dessa patienter, detta ligger till god för att patienten skall få en bra omvårdnad men också för att sjuksköterskan skall känna sig trygg i sin roll. Författarna kan även dra slutsatsen om att behovet av information och utbildning är eftertraktat, då många av deltagarna i föreliggande studie påtalat detta.

5 Referenser

1. Ericson E, Ericson T. Klinisk mikrobiologi: infektioner, immunologi, sjukvårdshygien. 3 uppl. Stockholm: Liber; 2002
2. Riksdagen. Smittskyddslagen (2004:168). [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2011-03-08 från http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2004:168
3. Ericson E, Ericson T. Illustrerade medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2008.
4. Smittskyddsinstitutet. Epidemiologisk årsrapport 2009; Verksamhetsberättelse 2009 [Elektronisk resurs]. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2009. Hämtad 2011-03-08 från http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/Publikationer/epi-arsrapport-2009.pdf
5. Smittskyddsinstitutet. Statistik för Hepatit B. [Elektronisk resurs]. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2011. Hämtad 2011-03-08 från http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/hepatit-b/#statistics-nav
6. Smittskyddsinstitutet. Statistik för Hepatit C. [Elektronisk resurs]. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2011. Hämtad 2011-03-08 från http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/hepatit-c/
7. Stein AD, Makarawo TP, Ahmad MF. A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. J Hosp Infect. 2003;54(1):68-73.
8. Andrewin A, Li-Yin C. Stigmatization of Patients with HIV/AIDS among Doctors and Nurses in Belize. AIDS Patient Care STDS 2008;22(11):897-906.
9. Wei-Ti C, Mei H. Knowledge, attitudes, perceived vulnerability of Chinese nurses and their preferences for caring for HIV-positive individuals: a cross-sectional survey. J Clin Nurs 2010;19(21/22):3227-34.
10. Bo Q, Yang Z, Haiqiang G, Gao S. Relationship Between HIV/AIDS Knowledge and Attitude Among Student Nurses: A Structural Equation Model. AIDS Patient Care STDS 2010; 24(1):59-63.
11. Juan CW, Siebers R, Wu FF, Wu CJ, Chang YJ, Chao C. The attitudes, concerns, gloving practices and knowledge of nurses in a Taiwanese hospital regarding AIDS and HIV. Int J Nurs Pract 2004;10(1):32-8.
12. Bektaş H, Kulakaç Ö. Knowledge and attitudes of nursing students toward patients living with HIV/AIDS (PLHIV): A Turkish perspective. AIDS Care 2007;19(7):888-94.
13. Kagan I, Ovadia KL, Kaneti T. Physicians' and nurses' views on infected health care workers. Nurs Ethics. 2008;15(5):573-85.

14. Li L, Li-Jung L, Chunqing L, Zunyou W, Yi W. Individual attitudes and perceived social norms: Reports on HIV/AIDS-related stigma among service providers in China. Int J Psychol 2009;44(6):443-50.
15. Oyeyemi A, Oyeyemi B, Bello I. Caring for patients living with AIDS: knowledge, attitude and global level of comfort. J Adv Nurs 2006;53(2):196-204.
16. Uwakwe CB. Systematized HIV/AIDS education for student nurses at the University of Ibadan, Nigeria: impact on knowledge, attitudes and compliance with universal precautions. J Adv Nurs 2000;32(2):416-24.
17. Olsson H, Sörensen S. Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv. 2. uppl. Stockholm: Liber; 2007.
18. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004;24(2):105-12.
20. Sjuksköterskornas samarbete i Norden. Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries. [Elektronisk resurs]. Rev. tryckning. Oslo: 2003.
Hämtad 2011-03-08 från
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf
21. Röndahl G, Innala S, Carlsson M. Nursing staff and nursing students' attitudes towards HIV-infected and homosexual HIV-infected patients in Sweden and the wish to refrain from nursing. J Adv Nurs 2003;41(5):454-61.
22. Smit R. HIV/AIDS and the workplace: perceptions of nurses in a public hospital in South Africa. J Adv Nurs 2005;51(1):22-9.
23. Wei-Ti C, Mei H, Holzemer W. Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practice Related to HIV Transmission in Northeastern China. AIDS Patient Care STDS 2004; 18(7):417-22.
24. Delobelle P, Rawlinson J, Ntuli S, Malatsi I, Decock R, Depoorter A. HIV/AIDS knowledge, attitudes, practices and perceptions of rural nurses in South Africa. J Adv Nurs 2009;65(5):1061-73.
25. Mahat G, Eller L. HIV/AIDS and universal precautions: knowledge and attitudes of Nepalese nursing students. J Adv Nurs 2009;65(9):1907-15.
26. Hossain M, Kippax S. HIV-related Discriminatory Attitudes of Healthcare Workers in Bangladesh. J Health Popul Nutr 2010;28(2):199-207.
27. Richmond J, Dunning T, Desmond P. Health professionals' attitudes toward caring for people with hepatitis C. J Viral Hepat 2007;14(9):624-32.
28. Frazer K, Glacken M, Coughlan B, Staines A, Daly L. Hepatitis C virus in primary care: survey of nurses' attitudes to caring. J Adv Nurs 2011;67(3):598-608.

29. Kagan I, Ovadia KL, Kaneti T. Perceived knowledge of blood-borne pathogens and avoidance of contact with infected patients. J Nurs Scholarsh 2009;41(1):13-9.
30. Suominen T, Vänskä ML, Koponen N, Staniuliene V, Istomina N, Aro I, et al. Nursing students´ knowledge about HIV/AIDS: An international comparison between Finland, Estonia and Lithuania. Vård I Norden 2010;30(3):14-9.
31. Mbanya D, Zebaze R, Kengne A, Minkoulou E, Awah P, Beure. Knowledge, attitudes and practices of nursing staff in a rural hospital of Cameroon: how much does the health care provider know about the human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome? Int Nurs Rev 2001;48(4):241-9.
32. Frazer K, Glacken M, Coughlan B, Staines A, Daly L. Hepatitis C virus infection in primary care: survey of registered nurses' knowledge and access to information. J Adv Nurs 2011;67(2):327-39.
33. Keller S, Daley K, Hyde J, Greif R, Church D. Hepatitis C prevention with nurses. Nurs Health Sci 2005;7(2):99-106.
34. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur & Kultur; 2008.