



# HIVMEDVETENHET INOM ÄLDRE- OCH FUNKTIONSHINDEROMSORGEN I BORLÄNGE KOMMUN

EMMA HOWLETT

Masterprogram  
91-120 hp  
Välfärd och Hälsa  
Oktober 2018

Malmö Universitet  
Hälsa och Samhälle  
205 06 Malmö

# **HIVMEDVETENHET INOM ÄLDRE- OCH FUNKTIONSHINDEROMSORGEN I BORLÄNGE KOMMUN**

EMMA HOWLETT

Bakgrund: De antivirala behandlingarna har inneburit stora förändringar för personer som lever med hiv. Det har följaktligen inneburit att vi idag har den första generationen av personer som åldras med hiv. Äldre personer som lever med hiv kommer därför i större utsträckning att vända sig till olika områden inom äldre- och funktionshinderomsorgen. Än så länge finns det begränsad forskning kring äldre och hiv, då äldre tidigare inte har varit i fokus i forskningen kring hiv. Det finns därför ett kunskapsgap inom äldre- och funktionshinderomsorgen och hiv. Uppsatsen genomförs på uppdrag av Äldreprojektet Hiv-Sverige i samarbete med Borlänge kommun.

Syfte: Syftet med uppsatsen är att undersöka nivån av kunskap kring hiv och attityder gentemot personer som lever med hiv, bland vårdpersonal inom äldre- och funktionshinderomsorgen i Borlänge kommun.

Metod: Uppsatsen utgår från ”mixed methods research” och har därför två olika metoder; en kvantitativ och en kvalitativ metod. Totalt deltog 604 personer i enkätundersökningen och två fokusgrupper genomfördes.

Resultat: Fokusgrupperna ger en gemensam bild om otillräckliga kunskaper kring hiv inom domänen. Samma bild kunde hittas inom fokusgrupperna angående kunskapsluckor gällande sjukdomsförloppet, behandlingens effekter, indikatorsjukdomar och relationen mellan hiv och åldrande. Kunskapsnivån skilde sig från deltagare till deltagare beroende på vilken generation man tillhörde, utbildningsnivå och om det fanns erfarenhet av att möta och vårda personer som lever med hiv. Enkätundersökningen visade att vårdpersonal inom äldre- och funktionshinderomsorgen har otillräcklig kunskap om hiv men påvisar att en relativ positiv attityd förekommer gentemot personer som lever med hiv.

Konklusion: Sammantaget visar resultaten att det behövs en uppdatering av teoretisk kunskap om hiv bland vårdpersonalen inom äldre- och funktionshinderomsorgen.

Nyckelord: Hiv, kunskap, attityder, välinställd behandling, hiv och åldrande.

# **HIV AWARENESS IN THE ELDERLY AND DISABILITY CARE IN BORLÄNGE**

EMMA HOWLETT

**Background:** The antiviral treatments have meant major changes for people living with hiv, as we today have the first generation of people who age with hiv. Older people living with hiv will therefore, for a greater extent, turn to different areas within the elderly and disability care. So far there is limited research on the elderly and hiv, as the elderly have not previously been in focus in the research on hiv. There is therefore a gap of knowledge between elderly and disability care and hiv. The thesis is carried out in the interest of the Elderly Project Hiv-Sweden in cooperation with Borlänge municipality.

**Purpose:** The purpose of the thesis is to investigate the level of knowledge about hiv and attitudes towards people living with hiv, among healthcare professionals in the elderly and disability care in Borlänge municipality.

**Method:** The thesis is based on mixed methods research and therefore has two different methods; a quantitative and a qualitative method. A total of 604 people participated in the survey and two focus groups were conducted.

**Result:** The focus groups provide a common picture of insufficient knowledge about hiv within the care domain. The same picture could be found within the focus groups regarding the absence of knowledge about the disease course, the effects of the treatment, indicator diseases and the relationship between hiv and aging. The level of knowledge differed from participant to participant depending on which generation one belonged to, the level of education and whether there was experience of meeting and caring people living with hiv. The survey showed that healthcare professionals within the elderly and disability care have insufficient knowledge of hiv, but show a relatively positive attitude towards people living with hiv.

**Conclusion:** Overall, the results show that there is a need for an update of theoretical knowledge of hiv among healthcare professionals.

**Keywords:** hiv, knowledge, attitudes, well-treated treatment, hiv and aging.

## **FÖRORD**

Jag vill framföra ett varmt tack till alla som har stöttat mig i arbetet med denna uppsats. Ett stort tack till Äldreprojektet Hiv-Sverige som gav mig möjligheten att genomföra detta uppdrag och tack även till nyckelpersonen i Borlänge kommun som var till stor hjälp.

Jag vill även rikta ett stort tack till de lärare vid fakulteten som tagit sig tid att hjälpa mig när jag bett om det och gett mig konstruktiva kommentarer och förbättringsförslag i arbetet.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION	1
1.1.Problemformulering	1
2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	2
3. BAKGRUND	3
4. TIDIGARE STUDIER	6
5. TEORETISK FÖRHÅLLNINGSSÄTT	12
5.1.Kunskapsteori	12
5.2.Interaktionsteori	13
5.3.Omsorgsteori	15
5.4.Begreppet attityd	17
6. METOD	18
6.1.Mixed method	18
6.2.Målgrupp	18
6.3.Fokusgrupp	19
6.4.Enkätundersökning	22
6.5.Etik	26
7. RESULTAT	28
7.1.Fokusgrupper	28
7.2.Enkätundersökning	43
8. DISKUSSION	57
9. SLUTSATS	61
10. REFERENSER	62
11. BILAGA 1 REDOVISADE FRÅGOR	65
12. BILAGA 2 UPPSATSSENS ENKÄT	69
13. BILAGA 3 INFORMATIONSBREV TILL ENKÄT	75
14. BILAGA 4 INFORMATIONSBREV TILL FOKUSGRUPP	76
15. BILAGA 5 SAMTYCKE	77

# 1.INTRODUKTION

Inför min masteruppsats har jag blivit ombedd av Äldreprojektet hiv-Sverige att göra en analys av nuläget kring hiv inom äldre- och funktionshinderomsorgen i Borlänge kommun.

Uppsatsen genomförs i samarbete med Borlänge kommun på uppdrag av Äldreprojektet hiv- Sverige. Äldreprojektet är ett treårigt projekt, som finansieras av Arvsfonden och startade år 2016. Idag är det möjligt att leva länge och åldras med hiv, vilket innebär att det blir fler äldre som lever med hiv. Bakgrunden till Äldreprojektet baseras på målgruppen, dvs personer som lever med hiv (både unga och äldre), deras tankar och oro inför åldrandet. Det handlar om en oro över det medicinska omhändertagandet såväl som bemötandet i kontakt med äldre- och funktionshinderomsorgen. Denna oro är baserad på målgruppens erfarenheter från andra instanser av vården (Hiv-Sverige, 2016). Syftet med projektet är att förbättra livskvalitén för äldre personer (50+) som lever med hiv i Sverige och utifrån kartläggning och behovsanalys utveckla ett relevant metodmaterial för vårdpersonal (Hiv-Sverige, 2016).

Än så länge finns endast begränsad forskning kring äldre och hiv, då äldre inte har varit i fokus i forskning kring hiv tidigare. Det finns därför bara lite forskning kring hiv-kunskapen hos vårdpersonal som arbetar inom äldre- och funktionshinderomsorgen och hiv. Genom studien finns det en förhoppning att kunna bidra till ökad hivmedvetenhet bland yrkesverksamma inom domänen och säkerhetsställa en god och jämlik vård för personer som lever med hiv.

## 1.1 Problemformulering

De antivirala behandlingarna har inneburit stora förändringar för personer som lever med hiv. Det har följaktligen inneburit att vi idag har den första generationen av personer som åldras med hiv, där närmare hälften av de 7000 individer som lever med hiv i Sverige är över 50 år och detta ökar stadigt (Folkhälsomyndigheten, 2017). Det har även inneburit att personer som lever med hiv inte enbart behandlas för sitt allmäntillstånd på infektionskliniker eller mottagningar utan söker även vård på andra hälso- och sjukvårdsinstanser (Hall, Plantin & Tornberg, 2017).

Dessa nya förändringar innebär också nya utmaningar, då det är få som vet vad det innebär att åldras med hiv. De långsiktiga effekterna av att leva med hiv samt effekterna

av en långvarig behandling börjar sakta men säkert att framträda (Cahill & Valadéz, 2013). Däremot, den (än så länge) begränsade forskningen som finns idag, visar att personer som lever med hiv har en ökad risk för att utsättas för åldersrelaterad samsjuklighet i ett tidigare skede i livet. På senare tid har även en ökning av fler äldre som diagnostiseras med hiv skett i Europa, där 1 av 6 personer över 50 år diagnostiseras med hiv i jämförelse med 1 av 10 för 10 år sedan (Tavoschi, Gomes-Dias & Pharris, 2017). Äldre- och funktionshinderomsorgen är och kommer att bli en instans där allt fler äldre personer som lever med hiv, kommer att söka sig till (Hiv-Sverige, 2016).

## **2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING**

Syftet med uppsatsen är att undersöka nivån av kunskap kring hiv och attityder gentemot personer som lever med hiv, bland vårdpersonal inom äldre- och funktionshinderomsorgen i Borlänge kommun.

- Hur ser kunskapsnivån och attityderna ut bland vårdpersonalen?
- Hur förberedda beskriver vårdpersonalen att de är när det gäller att möta äldre personer som lever med hiv?
- Kan diskussioner mellan vårdpersonalen bidra till en lärandeprocess som ökar kunskapsutvecklingen?

### **2.1 Definition**

Uppsatsen riktar sig till vårdpersonal på de olika områden som ingår i Äldre- och funktionshinderomsorgen. I följande avsnitt beskrivs dessa olika områden kortfattat. Det är: särskilt boende äldreomsorgen, funktionshinderomsorgen/personlig assistans, hemsjukvård och hemtjänst.

- Särskilt boende äldreomsorgen, är ett boende för äldre personer med ett omfattande omsorgsbehov dygnet runt när hemtjänst och andra insatser i hemmet inte räcker till. Särskilt boende är lägenheter på någon av kommunens äldreboenden. Dessa boenden är inriktade på demensproblematik, stora omsorgsbehov och medicinsk vård. Boendena är bemannade med omsorgspersonal, enhetschef, sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut (Borlänge Kommun, 2017c).

- Funktionshinderomsorgen/personlig assistans finns för de individer som på grund av stora och bestående funktionshinder behöver hjälp med sina grundläggande behov (Borlänge Kommun, 2017b).
- Hemsjukvård är en instans som finns för de individer som av medicinska skäl inte själv kan besöka vårdcentralen. Sjuksköterskor finns tillgängliga dygnet runt för att hjälpa till med regelbundna planerade hembesök, akuta hembesök dygnet runt, kontakter med läkare och stöd till närstående (Borlänge Kommun, 2015).
- Hemtjänst hjälper till med personlig omvårdnad samt ärenden och avlösning i hemmet (Borlänge Kommun, 2017a).

### **3. BAKGRUND**

Följande avsnitt innehåller en presentation av hivviruset, indikatorsjukdomar kopplat till hiv, antivirala läkemedel, smittskyddslagen samt en beskrivning av vad det innebär att åldras med hiv.

#### **3.1 Hiv**

Hiv står för humant immunbristvirus och är ett virus som kan överföras (om man inte står under behandling) genom oskyddat sex, blod och från gravida till deras foster.

Hiv är ett retrovirus, vilket innebär att viruset inte kan föröka sig själv utan måste angripa en levande cell och utnyttja värdcellens kopieringsfunktion för att kunna tillverka och sprida nya kopior av hiv-viruset. De celler som angrips och ockuperas är de vita blodkropparna som ingår i kroppens immunförsvar. För att hivviruset ska kunna ta sig in i värdcellen, måste den koppla ihop sig med de receptorer som finns på cellens yta. När viruset befinner sig inne i värdcellen omvandlas hivviruset arvs massa (RNA) till att efterlikna värdcellens arvs massa (DNA). Denna process av ockupering och utnyttjande av värdcellen är nödvändig för att hivviruset ska kunna kopieras, tillverkas och sedan spridas till andra vita blodkroppar, som återupptar processen. Följden av detta blir en successiv minskning av de vita blodkropparna så att immunförsvaret till slut förlorar sin funktion. När immunförsvaret är så svårt attackerat och försämrat, kan det inte skydda kroppen mot andra sjukdomar och infektioner. Om personen i fråga inte börjar med behandling mot hiv, kommer personen till slut att utveckla det dödliga sjukdomstillståndet aids (Hiv-idag, 2018b).

##### **3.1.1 Indikatorsjukdomar**



Det finns flera olika indikatorsjukdomar som kan kopplas till en hivinfektion. Under den första perioden kan influensaliknande symptom uppstå, såsom feber, svullna lymfkörtlar, muskelvärk osv. Dessa symptom är övergående. Om en diagnos inte fastställs och individen därför inte får behandling, kan individen efter några år drabbas av opportunistiska infektioner och tumörsjukdomar. Det kan exempelvis röra sig om lunginflammation, upprepade svampinfektioner i mun, matstrupe och underliv, bältros, anemi eller olika virusorsakade tumörsjukdomar. Om personen förblir odiagnostiserad och obehandlad, kommer personen att utveckla aids. I detta skede uppträder allt mer allvarligare infektioner, såsom tuberkulos, svårbehandlad lunginflammation, hudtumörer som karposis sarkom, demens, lymfom m.m (Hiv idag, 2018a)

### 3.1.2 Antivirala läkemedel

De antivirala läkemedlen som introducerades år 1996, bidrog till en radikal minskning av sjuklighet och dödlighet framkallad av hivinfektionen. Succesivt har framtagandet av behandlingen utvecklats och förbättrats så att hiv, från att ha varit en dödlig sjukdom, har blivit ett kroniskt tillstånd med livslång medicinering. Vilket innebär att hiv i dagens Sverige är en infektion man lever och blir äldre med (FHM, 2014).

Utefter denna vetenskap, har olika studier utrett hur den allt mer effektiva medicinska behandlingen mot hivinfektionen påverkar överföringen av hiv till andra. Folkhälsomyndighetens rapport ”Smittsamhet vid behandlad hivinfektion” som publicerades år 2014, har gjort bedömningen att överföringsrisken av hivviruset vid vaginala och anala samlag, med kondom, är minimal om personer som lever med hiv står under en välinställd behandling, dvs låga virusnivåer i blodet. Vidare, menar man, att sannolikt gäller samma för samlag utan kondom under förutsättning att personen i fråga inte bär på andra sexuellt överförbara infektioner. När det gäller överföringsrisken mellan personer som delar injektionsverktyg, anses risken minska påtagligt och risken för perinatal överföring konstateras även vara mycket låg (FHM, 2014).

Kunskapsläget har idag utvecklats ännu mer, där ny forskning påvisar att med en välinställd behandling kan hivviruset inte överföras vid oskyddat sex (Rodger et.al, 2018).

### 3.1.3 Smittskyddslagen

Hiv omfattas av smittskyddslagen och betecknas som en ”allmänfarlig sjukdom”.

Smittskyddslagen reglerar på så sätt informationsplikten för personer som lever med hiv, att personen som lever med hiv måste informera om sin hiv vid tillfällen där det finns en risk att

hiv överförs. Dock kan en behandlande läkare besluta att informationsplikten inte gäller för en patient med välinställd behandling. Förhållningsregler i sin tur är något som alla personer med hiv måste hålla sig till oavsett om man har informationsplikt eller inte. Det gäller till exempel för situationer där kontakt med blod kan förekomma, som operationer eller blodprover, då vårdpersonalen måste veta att personen i fråga har en blodburen sjukdom (SFS, 2004:168). Informationsplikten har länge kritiserats i och med att merparten av alla personer som lever med hiv har en välinställd behandling och på så sätt inte kan föra hivviruset vidare (Hall, Plantin & Tornberg, 2017).

#### 3.1.4 Vad innebär det att åldras med hiv?

Hivinfektionen är i sig inte längre den primära hälsoaspekten för många utan det handlar snarare om att handskas med det tidiga stadiet av flera samsjukligheter (Cahill & Valadéz, 2013). Aktuell forskning, trots att den är begränsad, visar att personer som lever med hiv utsätts för en ökad förekomst av åldersrelaterad samsjuklighet i tidigare ålder, i jämförelse med allmänheten. Detta kan leda till sämre hälsa när målgruppen blir äldre (Guaraldi et al., 2011). Däremot är det svårt att fastställa, eftersom vi idag har vår första generation av äldre som lever med hiv, om samsjukligheter beror på hivviruset, behandlingen, åldrandet eller livsstilsfaktorer (Cahill & Valadéz, 2013). Exempelvis visar en studie att rökning är dubbelt så vanligt bland personer som lever med hiv än i genomsnittets befolkning (FHM, 2016a). Andra studier har kunnat påvisa kopplingar mellan metaboliska syndrom, såsom insulinresistens, höga blodfetter och kolesterol samt exponering av ytterligare specifika hjärt- och kärlriskfaktorer hos personer som lever med hiv associerat till hivviruset och behandlingen (Nasi et al., 2017). Ytterligare hälsokomplikationer kan kopplas till kombinationen hivbehandling och läkemedel som används för behandling av andra tillstånd. Detta är framför allt kritiskt för äldre personer som lever med hiv. Med en ökad förekomst av samsjuklighet är man mer benägen att ta två eller fler mediciner för olika tillstånd samtidigt. Det kan till exempel handla om blodförtunnande läkemedel och antidepressiva läkemedel. Det finns dessutom forskning som visar att beteendeavvikelser, motorisk dysfunktion och demens är kända kliniska manifest kopplade till en hivinfektion. Tack vare behandlingen har förekomsten av den allvarligaste formen av demens minskat, däremot har förekomsten av de lindrigare formerna, dvs kognitiv försämring och lindring kognitiv störning, ökat. Vilket som är orsak och verkan, dvs om det beror på hivviruset, behandlingen eller åldrandet är svårt att helt tyda. Men allt tyder på att när personer som lever med hiv åldras, även risken för kognitiv nedsättning ökar (Nasi et al, 2017).

## **4. TIDIGARE STUDIER**

Under avsnittet tidigare studier, presenteras både rapporter och forskning med fokus på hiv och åldrande, kunskap och attityder. Tre av dessa är svenska studier och resterande internationella studier.

### **4. 1 Att leva med hiv i Sverige**

Folkhälsomyndighetens (2016a) 'Att leva med hiv i Sverige' är en studie om livskvaliteten utifrån olika livsområden hos personer som lever med hiv. Studien är baserad på en enkätundersökning som nådde totalt 1096 personer med ett åldersspann på 18 till 82 år. Följande text koncentreras på de livsområden i rapporten, som är relevanta för denna undersökning, dvs allmän hälsa och psykiska faktorer.

Med utgångspunkt i området 'allmän hälsa', angav 42 procent av studiedeltagarna att de hade någon eller några andra kroniska åkommor; tex högt blodtryck, diabetes eller annan kronisk sjukdom, cancer, psykisk sjukdom eller någon form av beroendeproblematik. Ytterligare 12 procent rapporterade att de utöver hivinfektionen även hade en annan kronisk sjukdom. De psykiska faktorer som undersöktes var upplevt stigma och oro, där högre upplevt stigma relaterades till lägre livskvalité. Hivstigmat klassificerades bland annat utifrån: oro över att berätta om infektionen. 78 procent av deltagarna uppgav att de i hög grad var oroliga för att berätta om sin hiv. Oro över allmänhetens attityder till personer med hiv, där 55 procent kände en hög grad sådan oro. Personlig erfarenhet av stigma. 30 procent av deltagarna hade upplevt sådant stigma. Vidare utreddes även oro över ålderdomen, där 38 procent av deltagarna uppgav sig vara oroliga för att inte få vård och omsorg under sin ålderdom, 10 procent angav att de inte trodde att de skulle leva till dess och ytterligare 8 procent ville inte svara på frågan (FHM, 2016a).

### **4.2 Hiv-kunskaper och attityder inom primärvården**

Författarna till rapporten 'hiv- kunskaper och attityder inom primärvården' (2017), har undersökt kunskap och attityder kring hiv och personer som lever med hiv bland personal inom primärvården i Sverige. Bland annat undersöktes hur primärvården uppfattat den av Folkhälsomyndigheten genomförda informationsinsats om hiv som riktat sig till hälso- och sjukvården" (s.9). Rapporten baseras på en enkätstudie med totalt 327 slumpmässigt valda deltagare och en fokusgruppstudie med nio fokusgruppsintervjuer. Följande vårdpersonal: läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, inkluderades i dessa två empiriska underlag.

Rapporten resulterar i följande: Överlag ansågs hiv inte vara ett aktuellt ämne inom det dagliga arbetet i primärvården, då man inte möter personer som lever med hiv inom ramen för arbetet och därför inte heller konfronteras med hivrelaterade frågor. I frågor rörande attityder visade enkätstudien att 93 procent av vårdpersonalen hade en positiv inställning till att vårda en person som lever med hiv. Endast ett fåtal, 4, 6 procent, rapporterade rädsla att få hiv på sin arbetsplats. Samma attityd kunde även bekräftas inom fokusgrupperna. Vårdpersonalen ansåg även att personer som lever med hiv inte diskriminerades eller stigmatiserades inom vården. Frågor rörande informationsplikten visar enkätstudien att lite mer än hälften av de tillfrågade instämmer helt eller delvist i påståendet att den, som lever med hiv, inte har skyldighet att upplysa sina arbetskamrater om sin hivinfektion, oavsett arbetets karaktär. När däremot samma fråga specificerades till arbete inom vården, uppgav 7 av 10 deltagare, att personen med hiv har en skyldighet att berätta. Det råder emellertid en skiljaktighet i denna fråga inom fokusgrupperna, där man istället ansåg att det var helt upp till personen i fråga. Vidare ansåg ett flertal deltagare inom fokusgrupperna att personer, som lever med hiv, i mötet med vården måste informera vårdpersonalen om sin hivinfektion, framför allt när det rör sig om situationer där blod är inblandat. Detta för att minska överföringsrisken till personalen och för att säkra god vård för patienten. När det gäller kunskap om hiv, visar båda metoderna att de yrkesverksamma inom primärvården har bättre kunskap om hiv än vad allmänheten har. Däremot visar bägge metoderna också att påtagliga kunskapsluckor förekommer hos vårdpersonalen gällande behandlingens effekter på smittsamheten och indikatorsjukdomar kopplade till hiv. I fokusgrupperna framfördes även bristande kunskaper om sjukdomsförloppet, behandling och läkemedelsinteraktioner. Utifrån enkätmaterial kunde även skillnader i kunskap och attityder i de olika yrkesgrupperna urskiljas, där läkare hade bättre kunskap och attityd än sjuksköterskor och undersköterskor. Det framkom även att man inte uppdaterade kunskapen om hiv på arbetsplatserna. Flera framhöll att uppdatering kring hiv inte prioriteras eftersom man inte så ofta möter personer som lever med hiv. Samtidigt förklarade många att de skulle uppdatera sina kunskaper om en person som lever med hiv söker vård. Författaren till rapporten fastslår sammanfattningsvis att det inom primärvården finns ett behov av fortsatta informationsinsatser (Hall, I.E., Plantin, L. & Tornberg, J., 2017).

### **4.3 Hiv i Sverige**

Folkhälsomyndighetens rapport 'hiv i Sverige 2016', är en studie som genomförts sedan år 1987 för att följa befolkningens attityder, kunskaper och sexualvanor kopplat till hiv. I den senaste rapporten, år 2016, har ändringar gjorts, som innebar nya frågor, ett bredare åldersspann från tidigare 16–44 år till 16–84 år och ett större urval när antalet tillfrågade ökades till 30 000 personer från tidigare 4000–6000. 11 000 personer besvarade enkäten. I följande text kommer de resultat som är kopplade till befolkningens attityder och kunskaper att redovisas.

Rapporten anger att 63 procent anser att de har de kunskaper de behöver om hiv och STI, medan 18 procent anser att de saknar kunskap. En stor majoritet vet att hiv och STI sprids genom sex och blod och att kondom minskar risken för överföring. En stor majoritet vet också att hiv inte överförs genom offentliga toaletter, tårar eller genom att dricka ur samma flaska. Däremot ökar osäkerheten när det gäller överföring av hiv genom kyssar, insektsbett och saliv. Det är i den yngsta åldersgruppen 16–19 år och i den äldsta åldersgruppen 65–84 år som både okunskapen och osäkerheten är som högst.

I frågor rörande attityder, angav signifikant fler kvinnor än män att de skulle använda samma toaletter och ha en nära kontakt med en arbets- eller skolkamrat som lever med hiv. Osäkerheten och okunskapen ökar när det gäller oro för att själva få hiv, dock var det en övervägande andel som inte oroade sig för detta. 10 % uppgav att de skulle undvika kontakt med en person som lever med hiv. Kunskapen om behandlingens effekter är fortfarande begränsad bland befolkningen. Enbart en femtedel tror att den effektiva behandlingen minskar överföringsrisken. Undersökningen visar att den största kunskapen om hiv generellt finns i åldersgruppen 25 – 49 år och då främst bland dem som har lång utbildning.

Sammanfattningsvis visar den senaste rapporten att osäkerhet och okunskap kring hiv inte har ökat från det senaste undersökningstillfället år 2007, men att gamla kunskaper lever kvar än idag. Fortfarande råder en osäkerhet i olika frågor rörande hiv och dessutom konstateras att en stor del av allmänheten inte har den senaste uppdaterade kunskapen om hiv. Folkhälsomyndigheten konkluderar att det behövs en fortsatt prioritering av hälsofrämjande och förebyggande arbete samt ett fortsatt arbete kring att motverka diskriminering och stigmatisering av personer som lever med hiv. Bland annat behöver kunskapen kring den effektiva behandlingen öka i befolkningen för att normalisera livet med hiv och minska stigma. Vidare konstateras det att denna kunskap behöver spridas ut i olika sammanhang, bland annat inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och andra kommunala verksamheter, som kan komma att möta personer som lever med hiv (FHM, 2017).

#### **4.4 Hiv knowledge and attitudes among providers in aging**

Studien ” Hiv knowledge and attitudes among providers in aging” som genomförts i USA, utvärderar attityder mot personer som lever med hiv och kunskaper angående hiv eller aids bland läkare specialiserade i geriatrik samt bland sjuksköterskor och socialarbetare specialiserade i gerontologi. Forskningsansatsen baseras på en tvärsnittsstudie med enkäter som datainsamlingsmetod. Av de 900 enkätutskicken användes 486 stycken för dataanalys.

Betydande skillnader i hiv-kunskap hittades mellan yrkena. Läkare hade bättre kunskaper om hiv i jämförelse med sjuksköterskorna och socialarbetarna, medan sjuksköterskor hade betydligt bättre kunskap än socialarbetarna. Generellt visade studien att hiv-kunskapen i de tre yrkena var god, men att det är överraskande att den inte är bättre. Yrkenas skilda kunskapsnivå härleds till de olika utbildningarnas inriktning. Kunskapen relaterat till äldre och hiv eller aids var låg i alla yrkesgrupper. Bland annat visste inte 83 procent av stickprovet att aidsrelaterad demens kan vara reversibel med behandling. Det visade sig finnas signifikanta skillnader mellan yrkena, där läkarna hade högre procentsats i jämförelse med de andra yrkena. Att en majoritet av yrkesgrupperna inte är medveten om att demens på grund av hiv är reversibel, visar också på bristande kunskap om effekten av de antivirala läkemedlen. I studien framkom dock att attityderna var generellt positiva. Trots generellt goda attityder bland yrkesgrupperna kunde små skillnader hittas mellan yrkena, exempelvis tenderade sjuksköterskor ha mer negativa attityder i jämförelse med läkare och socialarbetare.

Författaren drar följande slutsats i studien: när det gäller vård relaterat till hiv, är attityderna av stor vikt för den vård som ges. I och med de berörda yrkesgruppernas allmänt positiva attityder i vården av personer som lever med hiv, elimineras ett hinder för bra patientvård. Däremot krävs det mer kunskap kring komplexiteten av att åldras med hiv eller aids, dvs kring samsjuklighet och accelererat åldrande. Dessa komplikationer och komplexitet kommer att utmana de yrkesverksamma inom geriatrik och gerontologi. Studien identifierar behovet av fortsatt utbildning inom hiv eller aids och äldre för att ta itu med det identifierade kunskapsgapet (Hughes, 2011).

#### **4.5 Nursing home admission of aging HIV patients: Challenges and obstacles for medical and nursing staffs**

Studien ” Nursing home admission of aging hiv patients: Challenges and obstacles for medical and nursing staffs”, undersöker de utmaningar och hinder som uppstår när äldre

personer med hiv söker tillträde till vårdhem i Frankrike. Utmaningar och hinder identifierades av läkare och vårdpersonal. Enkätformulär skickades ut till 100 vårdhem och besvarades av 49 läkare och 201 vårdpersonal.

Resultaten av studien visar att efterfrågan till vårdhem för äldre personer som lever med hiv, är låg (12, 2%). Fyra läkare hade på sina vårdhem tagit emot personer som lever med hiv. Några vårdhem hade tidigare blivit ombedda att ta in en person med hiv. En läkare hade nekat en person som lever med hiv tillträde till sitt vårdhem, på grund av hela vårdhemslagets vägran. Flera hinder identifierades och de främsta anledningarna till att neka personer med hiv en plats på vårdhem var bristen på formell undervisning/utbildning om hiv och patologi och en rädsla för hivöverföring. Nästan hälften av 'annan personal' var rädd för en överföring till dem själva men även till de andra i boendet. En av tre läkare och två tredjedelar av 'annan personal' uppgav att en hiv-utbildning var nödvändig. Bland läkare och 'annan personal' var det få som hade fått en hiv-utbildning under de senaste åren.

Sammanfattningsvis menar författarna att personalutbildning är viktig. I fokus bör man ha de effektiva antivirala läkemedlen för att ge bästa möjliga förutsättningar för äldre med hiv i mötet med vårdhem (Naudet et al., 2017).

#### **4.6 Attitudes of Nursing and Auxiliary Hospital Staff Toward HIV Infection and AIDS in Spain**

Studien "Attitudes of nursing and auxiliary hospital staff towards hiv infections and aids in Spain" har undersökt sjuksköterskors och undersköterskors attityder gentemot hiv och aids. Studiedeltagarna bestod av 315 sjuksköterskor och 115 undersköterskor, arbetande på ett spanskt sjukhus där ett stort antal personer som lever med hiv eller aids diagnostiseras och behandlas. Ett validerat frågeformulär om attityder mot hiv och aids användes och delades ut till ett slumpmässigt urval sjuksköterskor och undersköterskor, stratifierat utifrån yrke och sjukhusavdelning. Av den totala svarsfrekvensen, var den klart övervägande delen kvinnor.

Överlag hade sjuksköterskor högre poäng, dvs positivare attityd, än undersköterskor. Av samtliga sjuksköterskor hade 52, 4 procent (n=165) och av undersköterskorna 44, 3 procent (n= 51) en positiv inställning. Av samtliga sjuksköterskor hade 20 procent (n=63) och 37,4 procent (n=43) av undersköterskorna en negativ attityd. Ju högre åldern var, desto mer var attityderna negativa. Detta mönster kan ses i båda yrkena, men undersköterskorna hade mer negativa attityder än sjuksköterskorna i alla åldrar. Denna

studie visar att ålder och yrke har en inverkan på attityder gentemot patienter som lever med hiv (Pita-Fernández, Rodriguez-Vazquez & Pertega-Diaz, 2004).

#### **4.7 Nurses´ knowledge and attitudes to HIV/AIDS- An international comparison between Finland, Estonia and Lithuania**

Studien “Nurse´s knowledge and attitudes to hiv/aids” presenterar data om sjuksköterskors kunskaper om hiv eller aids och attityder gentemot personer som lever med hiv. Studien omfattar tre länder: Finland, Estland och Litauen. En internationell tvärsnittsundersökning genomfördes under våren 2006 där totalt 681 registrerade sjuksköterskor från ett finskt (n=322), ett estnisk (n= 191) och ett litauiskt sjukhus (n=168) undersöktes.

Studien syftar till att beskriva och jämföra sjuksköterskornas kunskaper om hiv eller aids och attityder gentemot personer med hiv. Frågeformuläret utgick från tre skalor: demografisk och andra bakgrundsvariabler, sjuksköterskors kunskap om hiv eller aids och sjuksköterskors attityder gentemot personer som lever med hiv eller aids samt gentemot sjukdomen i sig. Av de finska sjuksköterskorna rapporterade nio procent, att de kände till en familjemedlem eller vän som lever med hiv eller aids jämfört med 26 procent hos de estniska och 14 procent av de litauiska sjuksköterskorna. Bland de finska sjuksköterskorna hade 81 procent, 42 procent bland de estniska och 7 procent bland litauiska sjuksköterskorna blivit ombedda att vårda en person som lever med hiv. Bland de finska sjuksköterskorna hade 88 procent vårdat en person med hiv, hos de estniska var den andelen 59 procent och av de litauiska sjukskötersksorna hade 19 procent vårdat en person med hiv. Villigheten att ge vård och omsorg till en person med hiv varierade, 81 procent av de finska sjuksköterskorna var villiga, jämfört med 54 procent av de estniska och 9 procent av de litauiska.

I resultaten gällande sjuksköterskornas kunskap om hiv eller aids och attityder gentemot hiv, kunde betydande skillnader i kunskap hittas mellan de tre länderna. Tidigare erfarenhet av personer som lever med hiv påverkade sjuksköterskornas kunskapsresultat positivt. De sjuksköterskor som rapporterade att de hade en familjemedlem eller vän med hiv eller aids uppvisade högre kunskaper än de sjuksköterskor som inte kände någon med hiv. Sjuksköterskor som hade blivit ombedda att ta hand om, och de sjuksköterskor som hade vårdat en person som lever med hiv hade betydligt högre kunskapsresultat i jämförelse med sjuksköterskor som inte hade erfarenhet av detta. Även sjuksköterskor som uppgav villighet till att ge vård till en person som lever med hiv, uppnådde högre kunskapsresultat.



Utbildningslängden bland sjuksköterskor korrelerade positivt till kunskapsresultaten medan arbetsår korrelerade negativt.

Den genomsnittliga poängen på attitydskalan (där 1 är minimum och 5 är max och anger den mest positiva attityden), hamnade på 3,34. Betydande skillnader emellan länderna hittades. Tidigare erfarenhet av omvårdnad av en person med hiv påverkade sjuksköterskornas attityder. Till exempel hade sjuksköterskor som kände någon med hiv, hade blivit ombedda och hade vårdat någon eller var villiga att vårda en person som lever med hiv, högre poäng på attitydskalan än sjuksköterskor utan den erfarenheten. Utbildningslängden korrelerade positivt medan arbetslängd korrelerade negativt med attitydskalan. Sammantaget fann studien betydande skillnader i kunskapsnivåer om hiv och aids samt om attityder gentemot personer som lever med hiv i de tre länderna, där litauiska sjuksköterskor verkar ha haft en begränsad erfarenhet i omvårdnad av personer som lever med hiv (Suominen et.al, 2010).

## 5. TEORETISK FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Följande avsnitt täcker den teoretiska referensram, som studien kommer att förhålla sig till. Avsnittet börjar med en beskrivning av kunskapsteorin för att därefter fördjupa sig i två omvårdnadsteorier: interaktionsteorin av Joyce Travelbee och omsorgsteorin av Kari Martinsens. Båda teorier fokuserar på relationen mellan sjuksköterska och patient, vilket är av värde när uppsatsen även undersöker attityder. Visserligen har uppsatsen inte enbart begränsat sig till sjuksköterskor utan har riktat sig till olika vårdpersonal, men då alla dessa yrken är av det vårdande slaget ansågs teorierna även kunna appliceras i detta sammanhang. Exempelvis är undersköterskor mer personnära än sjuksköterskor. Som komplement till dessa teorier kommer även en fördjupning i begreppet attityd att göras.

### 5.1 Kunskapsteori

Kunskapsteori ställer grundläggande frågor om mänsklig kunskap och definierar vad kunskap är och hur kunskap skapas. Kunskap betecknas vanligtvis som en sann och berättigad tro. Kunskap är alltså beroende av att det finns en trosföreställning. En trosföreställning kan antingen vara sann eller falsk. Hartman (2004) menar att ” När vi har kunskap så har vi alltid rätt - annars är det helt enkelt inte kunskap ” (s. 36). Vidare att ” Om en trosföreställning står i en korrekt relation till världen, då är den sann. I annat fall är den falsk ” (s. 37). Denna tanke

utgår från en realistisk teori om sanning; dvs att världen existerar oberoende av betraktaren. För att undersöka om en trosföreställning är sann eller falsk måste den alltså sättas i relation till något annat. Trosföreställningen är sann (alltså kunskap) om man kan ge goda skäl för detta, att den överensstämmer med andra trosföreställningar, att den är användbar eller att den överensstämmer med världen (Hartman, 2004).

För att kunna använda sig av kunskapsbegreppet inom den domän som uppsatsen handlar om, måste vi skilja mellan olika typer av kunskap: teoretisk (begreppslig) kunskap och praktisk kunskap, även kallad tyst kunskap, som är en förmåga som inte kräver att man har någon trosföreställning utan är något man har praktisk erfarenhet av. Det finns också en annan typ av kunskap som handlar om att man har förståelse för andra personer, att man kan leva sig in i den andra personens situation. Teoretisk kunskap i detta fallet är vetenskapligt verifierbar, t.ex effekter av behandlingen. Den praktiska kunskapen är den kunskap som inhämtas i det dagliga arbetet i omvårdnad och som till del inte kan formuleras i ord. Den praktiska kunskapen är sann när den överensstämmer med hur en viss sak ska utföras, t.ex injektion (Hartman, 2004). Det som kallas erfarenhetsbaserad kunskap är en kombination av teoretisk kunskap, tyst kunskap, praktisk klokhet, intuition, erfarenhet och personlig mognad. Detta kan uttryckas på följande sätt: ” Erfarenhetsbaserad kunskap utvecklas i praktiska situationer, genom möte med patienter och i diskussioner med kolleger, där händelser och upplevelser utsätts för reflektion och kritisk granskning. Den bygger på förmågan att lära av omvärlden och situation.” (Pilhammar, 2011, s17).

## **5.2 Interaktionsteori enligt Joyce Travelbee**

Enligt Kirkevold (2000) handlar Joyce Travelbees teoretiska huvudkomponent om omvårdnadens mellanmännsliga dimension. Där omvårdnad kan förstås, dvs vad omvårdnad är och ska vara, genom att förstå interaktionen mellan sjuksköterska och patient.

För att skildra omvårdnadens domän och karaktär, utgår Travelbee's teori från följande begrepp: människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer och kommunikation. Kirkevold (2000) anger att människan, enligt Travelbee, är ” en unik, oersättlig individ” (s. 131). Trots att vi alla kan få samma erfarenheter, såsom sjukdom, lidande etc. så är varje enskild människas upplevelse av dessa erfarenheter helt personlig. Med detta som utgångspunkt tar teorin avstånd från den mer generaliserbara människosynen och tar därför avstånd från begrepp som patient och sjuksköterska då dessa framhäver stereotyper. Detta reducerar individen till att bli något generellt istället för att se individens unika särdrag.

Lidandet är, enligt Travelbee, en oundviklig del av livet som varje människa får erfara och som ofta är förankrat i det individen bedömer som betydelsefullt. En sjuksköterska ska förhålla sig till individens upplevelse av sjukdom och lidande istället för sin egna objektiva bedömning. Någon mening kan inte hittas i upplevelsen av sjukdom och lidande, däremot kan erfarenheten av sjukdom och lidande bli meningsfull och medverka till självutveckling för den sjuke individen. Emellertid behöver individer ibland hjälp med att finna mening i sina olika erfarenheter. Mänskliga relationer är för Travelbee den viktigaste delen av omvårdnaden. Relationen är en process och ett medel för att tillgodose den sjuke personens omvårdnadsbehov. Ansvar för att etablera och upprätthålla en relation ligger på sjuksköterskan, men relationen måste ändå vara ömsesidig. En mellanmänsklig relation kan enbart förekomma bland 'reella' individer och inte bland generella. Det är en grundläggande tanke i den mellanmänniska relationen att individerna reagerar på varandras 'mänsklighet', vilket enbart kan göras om man är sin egen person och inte intar en generell roll. Det sista begreppet, kommunikation, är enligt Travelbee sjuksköterskans viktigaste redskap. Det är genom kommunikation som sjuksköterskan kan etablera en relation med den sjuka individen och på så sätt uppnå målet med omvårdnad. Detta kan hjälpa patienten att uthärda och bemästra sjukdom och lidande och hitta mening i sin upplevelse. Kommunikationen hjälper patienten att känna sig mindre isolerad och ensam. Detta förutsätter dock att sjuksköterskan har rätt färdigheter till kommunikation, såsom kunskap och förmåga att tillämpa den, sensitivitet, sinne för 'timing' osv. Om dessa färdigheter inte finns, kan avbrott i kommunikation ske och istället förstärka isoleringen och ensamheten hos den sjuke. Genom kommunikation ska sjuksköterskan knyta an till patienten och strukturera omvårdnadssituationer på så sätt att de möter patientens behov och hjälper den sjuke att acceptera de mänskliga villkor där sjukdom och lidande inkluderas.

Den mellanmänniska interaktionen samt kommunikationen är en process som enligt Travelbee är medvetet och noggrant planerad (Kirkevold, 2000). Identifierade interaktionsfaser så som Travelbee beskriver dem är följande: I den första fasen, det första mötet, är individerna främmande för varandra och utgår från sina generaliserade uppfattningar om varandra. Samtidigt får individerna även ett första intryck av den andres personlighet. Sjuksköterskan måste i detta skede gå bortom de stereotypa uppfattningar som präglar hennes uppfattning av den sjuke. I den andra fasen, framväxt av identiteter, slutar patienten se sjuksköterskan utifrån en roll och etablerar mer en uppfattning av sjuksköterskan som individ. Sjuksköterskan börjar i sin tur få en uppfattning av patientens upplevelse av sin situation. Bandet mellan sjuksköterskan och patienten grundas. Den tredje fasen, empati, innebär en

ömsesidig förståelse av den andres tankar och känslors mening och betydelse.

Personligheterna tydliggörs och bandet stärks ännu mer. Den fjärde fasen, sympati, är en utveckling av den tredje fasen och kännetecknas av medkänsla till den andres lidande med en önskan om att lindra lidandet. Det är en attityd, ett sätt att tänka samt en känsla som kommuniceras och som kommer till uttryck i form av omsorg. Sympati medverkar till att lindra lidande, den sjuke känner sig inte längre ensam i sin situation. Den sista fasen, ömsesidig förståelse och kontakt, är resultatet av relationsprocessen som utvecklats mellan sjuksköterskan och patienten. I denna fas, delar man varandras tankar, känslor och attityder vilket är meningsfullt och betydelsefullt för dem båda. Den mellanmännsliga relationen är fullbordad (Kirkevold, 2000).

### **5.3 Omsorgsteori enligt Kari Martinsens**

Kari Martinsens omsorgsteori förhåller sig kritisk till den rådande synen på omvårdnad som disciplin och profession. Martinsen är kritisk till den traditionella vårdvetenskapens bidrag till den praktiska omvårdnaden. Hennes syn på kunskap i omsorgsteorin skiljer sig från den rådande synen genom att anse sjuksköterskans professionella omdöme och praktiska kunskap långt viktigare än den teoretiska kunskapen (Kristoffersen, 2001).

Kari Martinsens omsorgsteori bygger på en kollektivistisk människosyn, med relationer och gemenskap som huvudfokus. Det faktum att människors liv bygger på relationer med andra människor, medför att individer är ömsesidigt beroende av varandra. En individs beroendeposition kan uppträda i olika livssituationer men blir särskilt påtaglig i samband med sjukdom, lidande och funktionsnedsättning. Omsorg skildras av Martinsen som ett grundläggande villkor i allt mänskligt liv och interaktion, och ligger därmed till grund för all omvårdnad. Vidare kännetecknas omsorg av "ett etiskt krav som förmedlas från människa till en annan via de spontana livsytringarna" ((Kristoffersen, 2001, s. 420). De spontana livsytringarna, som medkänsla, tillit, öppenhet, förlåtelse osv, går inte att visa utan en förståelse för andras tillstånd (Kristoffersen, 2001).

Martinsens omsorgsteori grundar sig på tre aspekter: moral, relation och praktik. Dessa aspekter tillsammans bildar en treenighet. Omsorg som moralbegrepp är knytet till makt och beroende i relationer och moral är där ett viktigt verktyg för att förvalta detta maktförhållande. Omsorgen måste grundas i ett moraliskt ansvarsfullt användande av makt, vilket ligger i linje med principen om att ta ansvar för de svaga och att handla för den andres bästa. Omsorg som relationsbegrepp ses som en mellanmännslig relation mellan två personer

som baseras på ömsesidighet, gemenskap och solidaritet. Omsorgen kommer till uttryck genom att vårdgivaren visar respekt och förståelse för den andra personens situation och genom att förståelse uppstår utifrån gemensamma erfarenheter. När två personer förhåller sig till gemensamma upplevelser, som uppnåtts till exempel genom liknande erfarenheter, formas en ömsesidig förståelse som kan stärka gemenskap och solidaritet. Vidare innefattar omsorg, att den som praktiserar omsorg inte förväntas något i utbyte. Omsorg är utöver en företeelse inom en relation även en praktisk handling, vars handlingar utgår från den sjuke personens situation och tillstånd. En praktisk omsorgshandling bygger på en helhetsförståelse. Detta innebär enligt Martinsen en förståelse av situationen. För sjuksköterskan gäller det att tolka den andres situation, att handla därefter, att uttrycka sig på ett begripligt sätt och hjälpa på ett så enkelt sätt som möjligt. Det handlar om att vårda patienten på ett för patienten bekant sätt. Konkret handling handlar istället om tillämpning och utövande av specialistkunskaper (Kirkevold, 2000).

För att uppnå en god omvårdnad, ska omsorgsutövningen baseras på sensorisk öppenhet och närvaro, där tolkningen av sinnesintryck och handling baseras på förståelsen av sjuksköterskans roll som ställföreträdare för patienten tills patientens själv kan återta sin plats. Av denna anledning måste omvårdnad baseras på en personlig relation mellan patient och sjuksköterska, där sjuksköterskan har förståelse och känner till patientens livshistoria (Kirkevold, 2000).

Jämförelse av Travelbee och Martinsen teorier:

- Båda teorierna ser relationen mellan sjuksköterska och patient central, där relationen grundar sig i ett ömsesidigt samspel.
- Båda teorierna lyfter fram att en sjuksköterska behöver kompetens som grundas i att vara människa.
- För Travelbee behövs en mellanmännisklig relation med "reella" individer för att kunna nå omvårdnads målet, vilket är att förebygga och lindra lidande. Däremot anser Martinsen att det inte finns ett konkret omvårdnads mål utan menar på att omsorgshandlingar som riktas mot patienten är målet i sig.
- Enligt Travelbee kan en sjuksköterskas egna behov till viss del tillfredsställas i sjuksköterska/patient relationen, men fokus ska vara på patientens behov. Martinsen anser däremot att den som utövar omsorg inte ska förvänta sig något i gengäld.

## 5.4 Begreppet attityder

Det kanske inte är helt överraskande att vilja definiera begreppet attityd i en studie som rör hiv, då hiv genom tiderna oftast har kopplats till attityder, framför allt negativa sådana. För att kunna förstå hur attitydläget, utifrån studiens syfte, ser ut idag ansåg jag det vara viktigt att fördjupa mig i begreppet.

Enligt Ajzen (2005) skildras en attityd som en generell och bestående inställning till något eller någon, som har byggts upp genom erfarenheter eller övertygelser över tid. Attityder är även känslomässigt kopplade och kommer till uttryck genom att man ställer sig positiv eller negativt till någon eller något, vilket får oss oftast att agera på ett visst sätt.

Då attityder är latent, hypotetiska konstruktioner kan de enbart förklaras genom yttre observerbara signaler. Exempelvis genom individens beteende, som kan uttryckas verbalt eller icke-verbalt (Ajzen, 2005).

En attityd anses bestå av tre olika komponenter; kognitiv, affektiv och handling. I den kognitiva komponenten återspeglas uppfattningar och tankar som vi har om ett attitydobjekt. Verbala uttryck om ett visst objekt, positivt som negativt, visar individens attityd. Om ett verbalt uttryck inte används kan det icke-verbala, i detta fall ens perceptuella reaktioner gentemot attitydobjektet, skildra vår attityd. Den affektiva komponenten, avser vilka känslor vi har gentemot ett attitydobjekt. I detta fall handlar det verbala om att verbalt uttrycka våra känslor gentemot attitydobjektet och det icke verbala, handlar om ansiktsuttryck, fysiologiska och andra kroppsliga reaktioner som visar vår attityd gentemot attitydobjektet. Den tredje komponenten, handlingskomponenten, syftar till individens benägenhet att handla på ett visst sätt i relation till attitydobjektet. Det verbala blir uttryck av beteendebeteendentioner och det icke-verbala är öppna beteenden gentemot attitydobjektet (Ajzen, 2005).

Starkt negativa attityder kallas även för fördomar, om de utgår från lätt identifierbara egenskaper utan att ta hänsyn till annan information. Följaktligen leder fördomar oftast till diskriminerande behandling mot de individer attityden är riktad mot. Attityder är också formbara och kan därför förändras i samband med nya händelser eller om ny information finns tillgänglig (Ajzen, 2005).

## 6. METOD

Följande metodavsnitt presenterar tillvägagångssätten och de metodval studien baseras på. Metodavsnittet presenteras på följande sätt: Vald metod och målgrupp förklaras, sedan kommer en mer detaljerad presentation av fokusgrupper, följt av enkätundersökningen och sedan avslutningen med en gemensam etisk redovisning.

### 6.1 Mixed method

Studien har utgått från en 'mixed methods research'. Denna metod är en framväxande metodik som betyder att man använder sig av både kvantitativa och kvalitativa data inom en forskningsstudie (Creswell, 2014). Studiens har utgått från två olika empiriska material: enkätundersökning och fokusgruppstudie, vilket har gett olika typer av information. Genom att använda mig av enkätundersökningen kunde jag få kvantifierbara data om kunskap om hiv och attityder kring personer som lever med hiv (Creswell, 2014). Fokusgruppstudien har i sin tur bidragit till ökad kunskap och förståelse kring hiv då deltagarna delade med sig av kunskaper och erfarenheter. Fokusgruppintervjuer valdes för att diskussioner frambringa en lärande process och skapar på så sätt kunskap, när deltagarna delar med sig av sina förståelser och meningar kring ett visst ämne. Kunskapen (data) som genereras ur fokusgrupperna baseras på kollektiva, gemensamma erfarenheter och fokuserar på variationen i den kollektiva förståelsen som växer fram ur diskussionerna (Dahlin- Ivanoff, 2011). Insamlade data från den kvantitativa och kvalitativa metoden har presenterats och analyserats separat.

### 6.2 Målgrupp

Det finns många olika yrkesfunktioner i domänen som studien riktar sig till. Det finns exempelvis de som ständigt är med i brukarens vardag, de som ansvarar för verksamheterna, och de med särskild kompetens. Äldreprojektet Hiv-Sverige ansåg det vara viktigt att inte avgränsa urvalet till några få vårdyrken utan ansåg det vara relevant att rikta sig till alla vårdyrken som kan komma att möta personer som lever med hiv. Av denna anledning riktar sig både enkätundersökningen och fokusgruppstudien till samtliga inom den sociala sektorn som har hand om vård och omsorg i Borlänge kommun. Det innefattade vårdpersonal som arbetade inom personlig assistans, funktionshinderomsorgen, särskilt boende och ordinärt boende.

En nyckelperson, som Äldreprojektet Hiv-Sverige haft sedan projektets uppstart, har varit behjälplig med att få tillträde till mailadresser till enkätstudien och har också

organiserat sammansättningen av fokusgruppsdeltagarna. Kontaktpersonen arbetar själv i Borlänge kommun som medicinsk ansvarig sjuksköterska, vilket innebär att hon har god överblick över personal inom olika yrkeskategorier samt direkt tillgång till mailadresser och kontakter. Detta har underlättat processen och kontakten med respondenterna och deltagarna. Att ta de respondenter som ligger närmast till hands, så som i enkätundersökningens urval, kallas även för bekvämlighetsurval (Troost, 2001).

### **6.3 Fokusgrupper**

Det genomfördes två fokusgruppsintervjuer i Borlänge kommun, där sessionerna varade mellan 40-45 minuter. Den första fokusgruppen bestod av personal inom särskilt boende äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen/personlig assistans. Sammanlagt bestod gruppen av sju deltagare, med ett bortfall då personen fick förhinder. I den andra fokusgruppen kom personal från hemsjukvård och hemtjänst. Sammanlagt bestod gruppen av fem deltagare, med ett bortfall varav anledning är okänd. I båda grupper ingick följande yrkeskategorier: sjuksköterskor, enhetschefer, undersköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut. Bortfallet i båda grupperna anses inte påverka graden av variation.

Fokusgrupperna spelades in och efter varje fokusgruppintervju fördes anteckningar, så kallat observationsprotokoll, av mina intryck. Detta för att fånga upp det väsentliga i och innebörden av diskussionerna som ägde rum (Dahlin- Ivanoff, 2011).

#### **6.3.1 Intervjufrågor**

Fokusgruppsintervjuerna utgick från semistrukturerade frågor i en intervjuguide. Det kännetecknas av att man på förhand har fastställt olika teman (Dahlin- Ivanoff, 2011). Denna intervjuguide utgick från tre teman: Kunskap om hiv, hiv och åldrande och i mötet. Utifrån dessa teman utvecklades frågor med målsättningen att de skulle vara fokuserade och tydligt formulerade för att stimulera till en fördjupad diskussion mellan deltagarna. Semistrukturerade frågor för med sig flexibilitet och gör det möjligt att ställa följdfrågor, vilket är viktigt vid diskussioner (Dahlin- Ivanoff, 2011). Frågorna presenterades för handledaren samt för projektledarna i Äldreprojektet före fokusgruppsintervjuerna.

#### **6.3.2 Tillförlitlighet**

Tillförlitlighet är central för att säkerställa kvalitet i en fokusgruppstudie. Termen delas upp i tre delar: Trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Dahlin- Ivanoff, 2011). Denna



studie strävar efter att uppnå detta och jag försöker förmedla det genom att noggrant beskriva tillvägagångssättet i detta metodkapitel.

Trovärdighet återges som intern validitet, vilket innebär hur trolig den sociala verkligheten, som presenteras och skildras i studien, är. Trovärdighet har eftersträvats genom att uppmuntra deltagarna att dela med sig av sina erfarenheter, för att på så sätt få olika perspektiv. Jag har återkopplat till deltagarna i slutet av varje möte med fokusgruppen om det som sagts, för att ge deltagarna möjligheten att bekräfta eller dementera. Jag har också bett att få bekräftat det som har verkat otydligt i diskussionerna. Trovärdigheten ökar även om forskaren är väl insatt i forskningen och metoden. Trovärdigheten kan ha påverkats av det faktum att jag för första gången genomförde fokusgruppsintervjuer, dock är jag väldigt insatt i forskningen, vilket i sin tur kan öka trovärdigheten. För att kompensera att jag inte hade genomfört metoden tidigare, förberedde jag mig genom att läsa in mig på metoden samt genom att få handledning. En annan nackdel som kan påverka trovärdigheten är sammansättningen av fokusgrupperna. Sammansättningen gjordes därför inte av mig utan av nyckelpersonen. Även om nyckelpersonen fick olika direktiv och önskemål om hur sammansättningen skulle vara, kunde jag inte vara med och påverka helt och hållet. Emellertid är nyckelpersonen väl insatt i domänen. Det faktum att det fanns olika yrkesfunktioner i grupperna kan ha påverkat dynamiken och då även samtalsinteraktionerna, vilket i sin tur kan påverka det insamlade materialets värde. Detta märktes i gruppen då vissa var mindre aktiva i diskussionerna än andra. Dock uppstod i fokusgrupperna en gruppidentitet och igenkänning bland deltagarna. Detta hände exempelvis när någon av deltagarna ”bröt isen” kring ett ämne där övriga kunde bekräfta och dela med sig av sina egna liknande erfarenheter (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017).

Pålitlighet eftersträvas genom att tillgängliggöra data från fokusgrupperna. Överförbarhet eftersträvas i sin tur genom innehållsrika beskrivningar av teman och kategorier som förstärks av citat taget ur gruppdiskussionerna (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017).

### 6.3.3 Analys av fokusgruppintervjuerna

Analysen sker redan under sessionerna, eftersom att jag som ledare i fokusgrupperna fångar in det väsentliga i diskussionerna för att förstå innebörden. Det är diskussionen som är föremålet för analysen, där tolkningarna av diskussionerna inte är en sammanställning av de olika deltagarnas uttalanden, utan istället en allomfattande bild av deras gemensamma förståelse. Data måste därför analyseras i sitt sammanhang och följa studiens syfte. Reflektioner och

anteckningar som har förts efter fokusgrupperna kommer även att användas i analysen (Dahlin- Ivanoff, 2011).

Analysprocessen startade med att jag lyssnade igenom det inspelade materialet, från den första fokusgruppen, flera gånger för att få en känsla av helheten. Därefter transkriberades diskussionerna från intervjuerna. Samma arbetsförfarande gjordes på den andra fokusgruppen. Processen av att lyssna på det inspelade materialet flera gånger samt att läsa det transkriberade materialet, från båda fokusgrupperna, medförde att olika teman började göra sig synliga. Jag insåg också i detta sammanhang att samma teman återkom i båda fokusgrupperna. I och med detta, och med inspiration från fokusgruppmetoden, valde jag att sammanslå fokusgrupperna i analysen (Dahlin- Ivanoff & Holmgren, 2017).

Utifrån det första försöket att bryta ner helheten till teman, kunde fem teman identifieras, dessa var: Kunskap, proceduren kring brukaren, bemötande, fördomar och lösningar. Därefter var följande steg att systematisera rådata under de identifierade teman. Denna process tog tid då jag insåg att vissa teman flöt samman, vilket medförde att jag fick gå tillbaka till det steget där teman skulle identifieras. Ur detta utvecklades och fastställdes tre teman istället för fem: Kunskap, proceduren kring brukaren och fördomar. Rådata systematiserades under varje tema, och ett första försök till kategorier gjordes (Dahlin- Ivanoff & Holmgren, 2017).

Under temat kunskap, kunde följande kategorier formars: Anskaffande av kunskap, utbildning, generationsskillnad, vilken kunskap saknas, hiv i det dagliga arbetet och erfarenhet. Under temat proceduren kring brukaren: Remiss och basala hygienrutiner. Under temat fördomar: Den historiska belastningen i mötet, risk för segregering och ålderism. Detta är en process och jag blev hela tiden tvungen att gå tillbaka till de inspelade materialen samt transkriberingarna för att försäkra mig om att dessa teman och kategorier motsvarade innebörden.

Det sista steget i analysen är att sammanfatta de kategoriserade rådata och kombinera dessa med ett tolkande steg som syftar till att ge förståelse så att innebörderna framträder (Dahlin- Ivanoff & Holmgren, 2017). I denna process insåg jag att vissa av kategorierna i temat kunskap flöt samman. Detta medverkade till att vissa kategorier förenades och nya kategorier kunde fastställas. Exempelvis förenades ”anskaffande av kunskap” med ”utbildning” för att enbart bli ”anskaffande av kunskap” och kategorin ”vilken kunskap saknas” blev en ny kategori ”kunskapsläget”. Även ordningsföljden av kategorierna ändrades, för att skapa en bättre struktur och sammanhang. Följande kategorier under temat kunskap kunde därmed fastställas: Kunskapsläget, anskaffande av kunskap,

generationsskillnad, erfarenhet och hiv i det dagliga arbetet. I det följande kunde beskrivande och koncentrerade sammanfattningar av de kategoriserade rådata göras som kompletterades med citat tagna från deltagarnas diskussioner. En korrigerig av de intervjuades tal gjordes i texten som presenteras i resultatavsnittet. Det är en korrigerig som inte påverkar innehållet eftersom att det som korrigerats är sådant som gör texten svårtillkomlig såsom hö, äh, hä, ah, upprepningar, talspråk som exempelvis hära, dörrn osv.

## **6.4 Enkätundersökning**

Webbenkäten skickades ut till 2378 personer jobbande inom äldre- och funktionshinderomsorgen i Borlänge kommun. Totalt deltog 604 personer i undersökningen. Datainsamlingen pågick från den 21 Mars 2018 till den 24 April 2018. Under denna period skickades 3 påminnelser ut.

Webbenkäten genomfördes genom enkätverktyget Google enkät. Verktyget valdes framför allt då det var gratis men också för dess lätthanterlighet. Enkäten skickades ut från Äldreprojektet Hiv-Sverige mail, för att möjliggöra en högre svarsfrekvens då ett utskick från min personliga mail, dvs direkt från Google enkät, såg ut som ett spam. Mailet bestod av en kort sammanfattning av informationsbrevet med länk till enkäten. Hela informationsbrevet med loggor från Borlänge kommun samt Malmö Universitet, då dessa ansågs skapa trovärdighet och motivation till fler svarsfrekvenser, bifogades som en fil i anslutning till mailet.

### **6.4.1 Enkätfrågor**

Enkäten bestod av 29 frågor med fokus på följande: att möta personer, som lever med hiv i arbetslivet, kunskap om hiv och antiretroviral behandling samt rutiner på arbetsplatsen. Enkätundersökningen baserades mestadels på befintliga enkätfrågor inom hiv området. Frågorna som användes har kommit från två olika rapporter, HIV: kunskaper och attityder inom primärvården och Hiv i Sverige 2016, en studie om kunskap, attityder och förhållningssätt till hiv i befolkningen. I den sista rapporten har frågor även tagits från den tidigare rapporten från år 2011. Första studien riktade sig till primärvården och andra studien riktade sig till allmänheten. Vicedekan/professorn Lars Plantin från Malmö Universitet, har varit involverad i båda rapporterna och har därmed också godkänt användandet av frågorna. Frågorna som använts från respektive studie redovisas i bilaga 1. Frågorna har uppdaterats

och anpassats till mottagaren av enkäten, dvs vårdpersonal inom äldre- och funktionshinderomsorgen. Till stor del är enkätfrågorna slutna, vilket innebär att olika svarsalternativ ges.

Enkätfrågorna kontrollerades och prövades av en pilotgrupp. Då frågorna som enkäten utgår från kommer från två tillförlitliga källor, valde jag att inte genomföra en pilotstudie inriktad på målpopulationen. Istället testades enkäten på fem personer, arbetskamrater och vänner, för att testa frågor, formuleringar samt frågeföljden. Detta för att minska misstolkning av frågorna, då en nackdel vid en enkätundersökning, enligt Ejlertsson (2014), är att respondenterna inte kan ställa kompletterande frågor under tiden de besvarar enkäten. För att se enkätformuläret, se bilaga 2.

Utifrån rapporten HIV: kunskaper och attityder inom primärvården har ändringar gjorts, för att bättre anpassas till studiens mottagare. Exempelvis har meningar som ”har ni som rutin att ta ett hivtest” reviderats till ”har ni rutiner för att hänvisa eller ombesörja ett hiv-test”, då inte alla, dvs yrkesfunktioner samt instanser, har möjlighet att ta hiv-test. Vidare har ett svarsalternativ ”tecken på demens eller annan minnesproblematik”, lagts till i frågan rörande indikationsjukdomar associerade till hivinfektionen, då studien riktar sig till äldre- och funktionshinderomsorgen. Följande begrepp, stigmatisering och diskriminering, som fanns i original frågan ändrades till ”att behandlas olika”, då dessa begrepp ansågs vara svåra att förstå innebörden av. Vidare har även ändringar gjorts gällande formuleringar och språk i anslutning till hiv, exempelvis har ”att bli smittad med hiv” ändrats till en mer neutral formulering ”att få hiv”. Detta ansågs vara viktigt då begrepp som exempelvis smittad är kopplade till negativa inställningar. Däremot behölls en fråga där ordvalet ”smittar” förekom, för att inte ändra innebörden av frågan. Svarsalternativet ’Instämmer knappast’ ändrades till ’Instämmer till liten del’, då flera av deltagarna i pilottestet misstolkade ordet knappast. Där ”knappast” mer tydes betyda att de verkligen inte alls instämde (Hall, Plantin & Tornberg, 2017).

När det gäller frågor som användes från Hiv i Sverige 2016, en studie om kunskap, attityder och förhållningssätt till hiv i befolkningen (FHM, 2017) och från Hiv i Sverige, kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987-2011 (FHM, 2012), har inga ändringar gjorts. Frågor har tagits från båda rapporterna då rapporten från år 2016 hade uppdaterade språkbruk kopplat till hiv, där ordval eller formuleringar ändrats från ’hiv kan smitta’ till ’hiv kan överföras’ från ’någon smittad’ till ’någon som har hiv’ och från ’hivsmitta’ till ’få hiv’. Det fanns även frågor som ställdes i rapporten från år 2011 som inte

fanns med i rapporten från år 2016, som fortfarande kändes relevanta och av denna anledning valdes att ha med i denna enkätundersökning.

#### 6.4.2 Bortfall

Externt bortfall förekom. De främsta orsakerna till bortfallet var att mottagarens e-post-leverantör avisade det eller att ett fel inträffade när meddelandet skulle levereras. I det sistnämnda är det svårt att veta vad detta fel beror på, det kan exempelvis vara att personen inte jobbar kvar och att mailadressen då inte längre existerar. Andra bortfall, som förekom och där anledningen blev känt var att en person avböjde och skrev till svar att hen ej var intresserad, tjänstledighet, mammaledighet, semester eller sjukskrivning.

Det interna bortfallet, dvs bortfall på enstaka frågor bland dem som besvarar enkäten (Ejlertsson, 2014), har förekommit i frågan om ålder, där vissa av respondenterna har valt att inte besvara frågan. I frågan gällande yrke och funktion, förekom även bortfall då några respondenter besvarat frågan med exempelvis ”sociala sektorn” eller ”hemtjänsten” istället för yrke. Det interna bortfallet var relativt lågt, då vissa frågor var konstruerade som obligatoriska.

#### 6.4.3 Reliabilitet och validitet

Deltagandet kan uppfattas som lågt, då där var ett stort externt bortfall, men jag anser ändå att insamlade data har kunnat ge meningsfull kunskap eftersom de kan sättas i relation till tidigare studier samt till fokusgrupperna.

Validiteten i frågor anses vara hög då frågorna kommer från två tillförlitliga källor, som själva har genomfört en validering. Däremot kan de ändringar som gjorts på de befintliga frågorna ha en viss påverkan på validiteten, trots att frågorna testades på en pilotgrupp. För de frågor som testar kunskapen, anses validiteten vara hög, då dessa är baserade på ”rätt och fel” frågor. Däremot upptäcktes en möjlig tolkningssvårighet gällande frågor som rörde faktiska överföringsvägar, dvs från mor till barn, sperma, slidsekret. Dessa frågor kan besvaras med både ja eller nej, beroende på om respondenten besvarar frågorna utifrån vetskap om behandlingens effekter, dvs att hiv kan eller kan inte överföras genom graviditet beroende på om man står under behandling. De frågor som utgår från ”upplever du” eller ”anser du”, har lägre validitet då de utgår från respondentens egen upplevelse angående en situation och detta kan inte mätas utifrån att det är rätt eller fel eller att många tycker så. Däremot kan validiteten stärkas genom att jämföra med andra enkätfrågor. Exempelvis kan frågan om respondenterna upplever att de har tillräckliga kunskaper om hiv jämföras med de

faktiska kunskaper de visar i "rätt och fel" frågor. I frågor som rör attityd går det inte att hitta en sanning utan istället snarare en diskurs, en trend eller en riktning dit en grupp drar åt (Trost, 2001).

Reliabiliteten i enkäten kan stärkas av att vissa frågor togs från två olika studier, där mätningarna och deras resultat kan styrkas eller dementeras i denna studies resultat (Trost, 2001).

#### 6.4.4 Analys av enkäterna

Efter insamling av enkäterna i Google enkätverktyget transfererades data till Microsoft Excel för att sedan överföras till SPSS för en statistisk analys. Analysprocess började med att koda de variabler (viss kodning gjordes redan i Excel programmet för att sedan fortsätta i SPSS programmet) till det numeriska formatet som SPSS kräver (Pallant, 2010). Jag ska i detta avsnitt enbart fokusera på de delarna av kodningen där jag mötte komplikationer, framförallt i frågor med öppna svar. Dessa frågor är: Vilket yrke/funktioner man har och i följdfrågan Om ja, på vilket sätt? (denna fråga är kopplad till frågan: Upplever du att patienter/brukare som lever med hiv behandlas annorlunda?). I båda fallen handlade det om att sätta upp tydliga regler samt att använda dem konsekvent när svaren från respondenterna skulle identifieras, kategoriseras och omvandlas till ett numeriskt format (Pallant, 2010).

Komplikationer rörande frågan, vilket yrke/funktion man hade, började i identifieringen och kategoriseringen av svaren. Jag mötte problem när respondenter skrivit två olika yrken/funktioner. Regeln blev följaktligen att prioritera det yrket/funktionen som var mest relevant för studien, exempelvis valdes vårdbiträde i kombinationen vårdbiträde/administratör. I de fall där det fanns två yrken/funktioner som var relevanta för studien, exempelvis personlig assistent/undersköterska var regeln att välja den första, dvs personlig assistent. Den sistnämnda regeln utvecklades efter att analyserat alla liknande svar och tolkat det som att de flesta första svaren oftast var det yrket/funktion man hade idag. Dessa regler följdes konsekvent. De mest förekommande yrkena, exempelvis sjuksköterska och undersköterska, fick en kategori och de yrken/funktioner som enbart förekom en eller enstaka gånger, exempelvis boendestöd, placerades i kategorin "övrigt".

I arbetet med följdfrågan "Om ja, på vilket sätt?" var identifieringen av teman och kategoriseringen för kodning mer krävande. Varje svar analyserades för att sedan omgrupperas till de mest förekommande teman. Följande teman kunde identifieras: På grund av rädsla, brist på kunskap, bristande erfarenhet, behandlas mer varsamt samt övrigt. Identifieringen genomfördes genom att utgå från svarstexten, exempelvis "Kan finnas en

rädsla för smitta” och kategoriserades då inom det skapade temat ”på grund av rädsla”, då detta tema förekom i många svarstexter från respondenterna. På samma sätt formades de andra teman. Svarstexter som inte handlade om ovanstående teman placerades in på temat “övrigt”. Exempelvis kunde en sådan svarstext se ut så här: ” Vet ej, men jag antar att om man är ”udda” så behandlas man alltid annorlunda”. När det gäller de svarstexter som både hade rädsla och okunskap, valde jag att kategorisera dessa inom temat ”pga brist på kunskap”, då man i svarstexter uttryckte att rädsla var en följd av okunskap. Ett problem som upptäcktes inom denna variabel, var att vissa respondenter, trots att de besvarat nej på huvudfrågan, besvarade följdfrågan. Denna problematik valdes att lösas genom att inkludera dessa i kategoriseringen, då svaren visade på en osäkerhet och gav meningsfull kunskap.

I frågorna där svarsalternativen är Ja, Nej, Annat med en kortsvarstext, valde jag att omkoda dessa som ja, nej, annat utan att ta med svarstexter. Detta dels för att det var få respondenter som skrev kommentarer och dels för att det mest intressanta är de breda trenderna och inte vad enstaka individer säger. Däremot har alla svarstexter granskats och svaren kan komma att återkopplas i resultatkapitlet om så krävs.

## **6.5 Etik**

Forskningsetiska krav har följts under både den kvalitativa som den kvantitativa metoden (Eljertsson, 2014).

Nedan följer en beskrivning av varje etiskt krav kopplat till båda metoderna:

- Informationskravet uppfylldes genom att respondenterna till enkätundersökningen och deltagarna in fokusgrupperna fick ta del av informationsbrevet där studiens syfte och bakgrund beskrevs. Samtliga deltagare i fokusgruppsintervjuerna fick även ta del av informationsbrevet före fokusgruppsintervjun och under sessionen såväl skriftligt som muntligt.
- Samtyckekravet uppfylldes genom att respondenterna och deltagarna blev upplysta om att deras insatts var helt frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. I informationsbrevet riktat till enkätundersökningen markerades följande text ” Du tillfrågas härmed att delta i studien”. Respondenterna som valde att besvara enkäten visade på så sätt sitt samtycke. En etisk aspekt att ta i beaktande enligt Dahlin-Ivanoff & Holmgren (2017) gällande rekryteringen av fokusgruppsdeltagarna, är att när rekryteringen går via en kontaktperson finns en risk att deltagarna tackar ja av lojalitet till personen. Av denna anledning informerades deltagarna ett flertal gånger.

Samtliga deltagare skrev på ett samtyckeformulär samt fick möjligheten att godkänna att intervjuerna spelades in.

- Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att deltagarna blev upplysta om att studien har största möjliga konfidentialitet. Varje deltagare och respondent anonymiseras under transkriberingen, vid dataöverföringen till SPSS och i studiens resultatavsnitt. Materialet behandlades konfidentiellt så att ingen obehörig kan ta del av materialet. Datamaterialet raderades vid avslutat arbete. -
- Nyttjandekravet uppfylldes genom att samtliga respondenter och deltagare informerades om att insamlad data enbart kommer att användas för ändamålet (Eljertsson, 2014).

Andra etiska aspekter att tänka över är, vilka konsekvenser deltagarna kan få av att delta i studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Följaktligen är en forskare moralisk skyldig att minimera risken för eventuellt risk om skada under exempelvis en intervju-session (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). För att återkoppla till studien, ansågs inte deltagandet i studien få personliga konsekvenser för vederbörande. Däremot fanns en risk, vilket det gör i alla fokusgrupper, att vissa påståenden under fokusgruppsdiskussioner kan uppfattas obehagligt för andra gruppdeltagare. I studiens fokusgrupper utvecklades inte sådana tendenser och stämningen var god under hela sessionen.

En etisk aspekt som påverkade mig under fokusgruppsessionerna var det känsliga ämnet bemötandet och dess koppling till låg kunskap (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). Exempelvis var det viktigt att försiktigt och med rätt valda ord uttrycka följdfrågor så att deltagarna inte uppfattade dessa som påhopp eller fick känslan av att jag skulle ha förutfattande meningar om deras bemötande gentemot personer med hiv. Detta skulle kunna uppfattas som kränkande och få deltagarna att inte vilja fullfölja sessionen.

Andra aspekter som jag som gruppleddare hade att tänka på, var bland annat att rikta frågorna till hela gruppen, så att ingen enskild skulle känna sig tvungen att svara (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). Samtidigt fanns en tendens, framför allt i en grupp, att en eller flera var mer bekväma med att föra ett samtal och på så sätt tog mer plats än andra i olika diskussioner. Trots försök att ge utrymme för de deltagarna som var mindre aktiva, var det en utmaning att få dem att känna sig bekväma. Detta kan som följd påverka deltagarens svar. Maktbalansen mellan deltagarna är även en viktig aspekt att tänka på, framför allt när deltagarna representerar olika yrken och dessa kan ha olika hierarkiska nivåer.



Under analysprocessen är det viktigt att jag som forskare filtrerar bort mina förväntningar, föreställningar och åsikter. Anledningen till detta är att förhindra att analysen styrs av ens förutbestämda förväntningar. Detta har gjorts i den mån det har gått för forskaren har alltid med sig tidigare kunskap och erfarenheter in i en studie. För att analysen inte ska styras av mina förväntningar, har analysen skett systematiskt och verifierbart (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017).

## **7. RESULTAT**

Resultatavsnittet presenterar och analyserar empirin först från fokusgrupperna och sedan från enkätundersökningen.

### **7. 1 Fokusgrupp**

Vid bearbetning av empirin har tre teman utkristalliserats. Dessa är kunskap, proceduren kring brukaren och fördomar. Inom varje tema kan man utifrån gruppens diskussioner och de insikter som växte fram ur dessa, skönja följande resultat.

#### **7.1.1 Kunskap**

Under temat "kunskap" kunde följande underkategorier framställas: Kunskapsläget, anskaffande av kunskap, generationsskillnad, erfarenhet och hiv i det dagliga arbetet.

#### **Kunskapsläget**

Det framkom en gemensam bild av att kunskapen om hiv inom äldre- och funktionshinderomsorgen är bristfällig. Ett kunskapsunderskott blev även synligt under samtalet i fokusgrupperna där kunskapsnivån skiljde sig från deltagare till deltagare. Det fanns överlag en tendens i båda fokusgrupperna som visade att deltagarna som var sjuksköterskor hade en bättre kunskap kring hiv i jämförelse med andra professioner som fanns representerade i grupperna. De personer med högre kunskapsnivå i fokusgrupperna hade viss kunskap om överföringsvägar, att det är en kronisk sjukdom som man kan leva länge med, att behandlingarna har blivit effektivare samt att man kunde identifiera vissa indikatorsjukdomar. Emellertid framkom en osäkerhet från vissa av deltagarna, kring hur man ska tänka kring hiv. Samtalen som fördes kring detta, diskuterades inte ur egna erfarenheter

utan kopplades oftast till hur man tror att andra skulle kunna agera. Citatet nedan visar på osäkerheten.

D: ja det, jag tror att det är någonstans i alla fall för jag, för mig, så är det någonstans ja men hur ska jag tänka, jag vet inte ens det, hur jag ska tänka.

Int: i bemötandet eller vad menar du eller bara allmänt?

D: kring, alltså kring hiv. Så hur ska jag tänka för jag vet hur jag, hur det var någonstans när jag börjar inom omsorgen men då var det inom psykiatrin, det var en helt annan patientgrupp så att säga, och där fanns det ganska mycket strikta regler och det blev väldigt upphaussat, som jag tror kanske det inte behöver vara och jag, eller någonstans ser det riskabelt ut, det kanske skulle kunna bli det inom vårt område också om vi inte faktiskt får information för vi vet kanske inte riktigt hur vi ska tänka.

De gamla kunskaperna om hiv finns kvar och deltagarna upplevde själva att de inte har den uppdatering som är nödvändig. De hade alla erfarenhet av andra typer av blodburna infektioner, exempelvis hepatit och det framkom att de förstår att det skulle kunna finnas samma avdramatiserade attityd kring hiv om kunskap fanns. En förvirring uppstår i krocken mellan den professionella självbilden och osäkerheten skapad av okunskap.

Det fanns även kunskapsluckor för samtliga deltagare gällande kunskap om hiv och åldrande, dvs dess utveckling, påverkan på kroppen och medicininteraktionen. Frågorn, som kom upp i samband med detta, handlade bland annat om ifall speciella komplikationer uppstod i sambandet med hiv och åldrandet, hur sjukdomen utvecklas, hur effektiv behandlingen är och hur immunförsvaret påverkas.

En önskan om mer information kring hiv förmedlades av båda fokusgrupperna, då man under sessionens gång blev medveten om sina bristande kunskaper.

### **Anskaffande av kunskap**

Den vanligaste kunskapskällan till anskaffande av hiv kunskap var massmedia.

För flera av deltagarna var det främst massmedial information från 80–90 talet, detta framkom framför allt i den första fokusgruppen.

H: ja det var när hiv fick ett ansikte, Sighsten Herrgård och då var det väl mycket information då som inte stämmer längre. Men man har ju inte tänkt så mycket på det, genom att man inte har kontakt med det. Hur det har förändrats, så det har liksom vart känt då.

INT: Men känner du att du har koll på förändringarna idag?

H: nej nej man har ju inte det, genom att man inte är i kontakt med det

En deltagare berättade att hon självmant sökt information på internet, på hemsidor som RFSL och RFSU. Ett annat sätt som bidrog till anskaffandet av kunskap, var utbildning. Detta framkom i den första fokusgruppen. För exempelvis sjuksköterskor och sjukgymnaster hade hiv nämnts i utbildningen, däremot framkom det att hiv inte hade tagits upp som ämne i undersköterskornas utbildning.

E: det är inte mycket egentligen, för om man tänker på min utbildning till undersköterska, ingenting togs upp, det var början på 2000 talet  
Gruppen. Hmm

E: Ingenting, så det enda man har läst det var på 80–90 talet i tidningar, sen har jag ingen kunskap om vad som har hänt. ingenting faktiskt.

I båda fokusgrupperna framgår det att mycket av deras information om hiv inte har uppdaterats. För ungefär hälften av deltagarna i båda fokusgrupperna hade informationen inte uppdaterats sedan 80–90 talet. En deltagare i den första fokusgruppen nämnde också att tv-serien ”torka aldrig tårar utan handskar” medförde en tankeställare, som bidrog till att man uppdaterat sina kunskaper, då man förstod att man hade fel uppfattning kring hiv.

Utav alla deltagare var det enbart några få som hade gått en utbildning om hiv.

Här fanns en kunskapslyftande effekt av samtalet, där deltagarna definierade både för sig själv och för de andra, hur de respektive utbildningarna har sett ut och var och ens kunskapsnivå.

### **Generationsskillnad**

I båda fokusgrupperna togs generationsskillnaden upp som en potentiell faktor till olika kunskapsnivåer samt skillnader i synen på sjukdomen. Deltagarna fick genom samtalen i gruppen insyn i att deras kunskap och syn om hiv skiljer sig beroende på vilken generation de tillhör. Om man tillhörde den generationen som växte upp med 80 talets ofta skräckinjagande massmediala beskrivning om hiv eller om man kom från en senare generation där kunskaperna kring sjukdomen var mer utvecklade och mindre skräckinjagande.

F: de som är lite äldre, vi som jobbar inom det här, för de yngre de har inte samma syn på det här för de är ju det här bara en kronisk sjukdom

E: ja

F: de ser det så

INT: så det skiljer från vilken ålder?

F: ja ja det tror jag

E: ja för jag ser liksom inte problemet

F: Nej och jag vet mina barn de ser inte heller det problemet liksom så, det finns ingen rädsla de har ju kanske nån som har blodsmitta eller sånt där som är som vem som helst. Så tror jag.

Följande exempel lyfter samma skillnad i synsätt och kommer från en deltagare ur den yngre generationen. En annan aspekt som även är intressant att lyfta fram från citatet är att synen på hiv från förr dröjer sig kvar.

D: jag vet inte hur det är för Borlänge kommun men jag träffade patienter med hiv när jag jobbade i X och då kom det orolig personal till mig och undrade om den här personen skulle, vilka, framför allt var frågan om den här personen fick äta i matsalen eller om de skulle äta inne på sitt rum och va om man måste ta på sig dubbla handskar i allt och det var så jättekonstiga frågor. Jag blev faktiskt ganska ställd blev jag men, det kan ju också ha och göra med min ålder, jag upplevde aldrig den här hiv skrällen på 80-talet, så det här är ju för mig jättefrämmande. Jag tror inte jag tänker mig hiv som farligt, hepatit är ju mycket värre.

Att generationstillhörighet inverkar på kunskapen eller synen på hiv är inte generaliserbart, men en tendens kunde uppfattas att yngre hade mer uppdaterade kunskaper och en mer realistisk syn på hiv. Båda fokusgrupperna lyfter fram att kunskap är ett viktigt verktyg för att minska rädsla och stigma.

### **Erfarenhet**

Erfarenhet kom att förstås, gemensamt, som en annan bidragande faktor till olika kunskapsnivåer bland deltagarna. Ingen av deltagarna hade mött personer som lever med hiv inom äldre- och funktionshinderomsorgen, men flera av deltagarna hade mött och vårdat personer som lever med hiv inom en annan instans. Bland de deltagarna som hade erfarenhet av att vårda personer som lever med hiv märktes en högre kunskapsnivå i jämförelse med de deltagarna som inte hade erfarenhet. Diskussionen nedan beskriver hur erfarenheten skapar eller initierar till att söka förbättrade kunskaper.

B: ja jag har vårdat en patient på rehab, men det kanske inte, nej jag vet inte...

C: vi har jobbat tillsammans

B: Så då kom det upp en del frågor men då, då ställs man ju inför situationen och då tar man också reda på..

Gruppen: mmm ja

B: fakta och så har man läkaren där eller man har ja eller liksom hela personalgruppen formar ju då en kunskap tillsammans och vissa har större farhågor och andra har mindre men så får man, man hamnar ju ändå i en

situation där man ska möta den här personen och det är klart att då ökar ju kunskapen

Mötet med en patient som lever med hiv genererar att man söker kunskap, både genom att söka information och genom att fråga annan vårdpersonal. Det innebär att en sådan situation genererar både individuell kunskapshöjning och även ger hela personalgruppen en gemensam erfarenhet och kunskapshöjning. Diskussionen ovan visar på en sådan insikt, både att man kan lära sig av varandra men också att man gemensamt kan definierar rädslor som finns.

### **Hiv i det dagliga arbetet**

En konsensus som görs i båda fokusgrupperna är att hiv är ett ämne som inte tas upp i äldre- och funktionshinderomsorgen och att detta kan vara en av anledningarna till bristande kunskaper. En förklaring till varför hiv inte diskuteras är, menar grupperna, att hiv inte är något man möter dagligen på sin arbetsplats, och av denna anledning är inte hiv ett ämne som diskuteras eller reflekteras över i det sammanhanget. En deltagare menade att kunskapen kring hiv inte har ansetts nödvändig, då man inte har varit i behov av den i ett professionellt sammanhang.

G: vi har ju inte varit med om det än, så

H; nä, vi har ju inte det, så då tänker man inte på det, hur det är

Båda fokusgrupperna inflikar i det sammanhanget, att man ”inte har varit med om det än”, eller att ”det kommer väl”. Tack vare samtalet skapades en medvetenhet för några, för andra aktualiserades frågan att vårdandet av personer som lever med hiv kan komma att bli allt vanligare inom äldre- och funktionshinderomsorgen.

### **Analys**

Eftersom vi vet att tillgång till kunskap utgår från en trosföreställning, är det viktigt att ringa in denna hos deltagarna. Man kan se att trosföreställningen, mest hos de som inte har mött eller vårdat personer som lever med hiv, fortfarande är kvar i gamla icke uppdaterade kunskaper om hiv. Stigmatiseringen och rädslan ligger i viss mån kvar. Hartman (2004) beskriver att en trosföreställning, för att undersöka om den är sann eller falsk, måste sättas i relation till något annat, t ex en annan trosföreställning för att den ska kunna vara användbar eller också att den överensstämmer med omvärldens. När det inte finns tillgång till kunskap

och erfarenhet är det väldigt svårt att verifiera en trosföreställning. Det är den begränsningen vi möter här vad gäller deltagarna i fokusgrupperna.

För det första hade deltagarna olika utgångspunkter gällande den teoretiska kunskapen om hiv. Första utgångspunkten var vilken generation man tillhörde, vilket påverkade både kunskapsnivån och synen på hiv. Den andra utgångspunkten gällde vilken utbildning man hade. För undersköterskor var den teoretiska kunskapen om hiv obefintlig, sjuksköterskorna och sjukgymnaster hade i liten omfattningen stött på den i sin utbildning. Under samtalets gång synliggjordes hos deltagarna sambandet mellan erfarenhet och kunskap, då de deltagare som hade mer erfarenhet av att möta och vårda en person som lever med hiv också hade mer uppdaterad kunskap om hiv. Den erfarenhetsbaserade kunskapen som lyfts fram i fokusgrupperna, belyser att mötet med en person som lever med hiv har satt igång en process av kunskapssökande. T.ex. har vårdpersonalen då på eget initiativ sökt information på hemsidor som RFSU och RFSL och på så sätt själva skapat en kunskapshöjning, som även har kommit annan personal tillgodo. Personalgruppen har också genom diskussion kunnat lägga ihop sina individuella kunskaper till en gemensam kunskap för att hantera situationen (Pilhammar, 2011).

Genom samtalen i fokusgrupperna kunde flera hinder till den gemensamt framställda bilden om kunskapsbristen om hiv inom äldre- och funktionshinderomsorgen, konkretiseras. Det handlade framförallt om att man ännu inte mött eller vårdat äldre personer som lever med hiv. Detta i sin tur innebar att man inte diskuterade hiv på arbetsplatserna och inte heller hade utbildningar om hiv med uppdaterade teoretiska kunskaper. Det innebär att det då i många fall varken finns en uppdaterad teoretisk kunskap om hiv eller en erfarenhetsbaserad kunskap gällande äldre personer som lever med hiv på äldre- och funktionshinderomsorgen. Personalen som inte har den basen, är därmed inte förberedd för att möta denna patientgrupp. Man bortser då från det mycket viktiga att vårdpersonal, oavsett kunskap om hiv, ändå har erfarenhet av omvårdnad och patientsmöte, vilket är en viktig del i helhetsbilden.

En annan intressant aspekt som dök upp under diskussionerna kring kunskapen om hiv, är hiv och åldrande. Diskussionen kring detta lyfte fram att man inte visste om speciella komplikationer uppstod i samband med att man åldras med hiv. Detta är dock inte så konstigt, då ämnet inte diskuteras eftersom man inte möter äldre personer som lever med hiv. En annan förklaring är att kunskapen om hiv och åldrande är en ny kunskap som precis har börjat forskas kring, eftersom vi idag har vår första generation äldre som lever med hiv (Nasi et al., 2017).

Det blev tydligt att varje brukare ska vårdas efter sina egna behov. Den professionella aspekten kommer tydligt fram i detta sammanhang. Framför allt kopplades detta till samsjuklighet, då de flesta brukare de möter och vårdar har samsjukligheter. Man lyfte fram att kunskapen om hivs påverkan på åldrandet var viktigt information, men inte det primära då samsjukligheter är något välkänt inom äldre- och funktionshinderomsorgen.

I sin helhet ledde diskussionerna dels till identifiering av kunskapen och synen på hiv, dels till en lärandeprocess som frambringade kunskap och medvetenhet bland deltagarna. Genom diskussionerna blev varje deltagare medveten om sin egen kunskapsnivå och även andras. Brister och kunskaper om hiv kunde tydas men också diskuteras kring. Det medverkade till en lärandeprocess och en medvetenhet kring att mer kunskap behövs. Diskussionerna genererade även ett medvetande om att man i större utsträckning kommer att möta äldre personer som lever med hiv. Ur detta växte också olika lösningar på hur man skulle kunna förbättra kunskaperna. I den första fokusgruppen, som bestod framför allt av sjuksköterskor och undersköterskor, kom sjuksköterskorna att förstå att kunskapen kring hiv bland undersköterskorna var lägre. I det sammanhang tog man upp hur viktigt det var att denna kunskap skulle höjas men att detta också låg på sjuksköterskorna att genomdriva. För den andra fokusgruppen blev förståelsen densamma. För att förbättra detta kom ett önskemål till en av deltagarna med hög kompetens och erfarenhet om en informationsstund. Man ansåg överlag att utbildning om hiv behövdes inom äldre- funktionshinderomsorgen för att förbereda ankomsten av patientgruppen i större omfattning.

För övrigt kan man i diskussionerna uppmärksamma det faktum att när rädsla och osäkerhet diskuterades kopplat till hiv, så var det ingen som uttalar sin egen rädsla, utan man talar istället om detta i allmänna ordalag ”man” eller om de andra. Man kan här tänka sig att det finns en viss grad av självzensur som har med självbilden som kompetent vårdpersonal att göra och att man outtalat förstår att rädslan kommer av bristande kunskap och fördomar.

Utifrån resultatet från ovanstående tema, kunskap, kan flera likheter dras till andra studier och rapporter som presenteras i avsnittet ”tidigare forskning”. Erfarenhet av att möta och vårda en person som lever med hiv påverkar kunskapsnivån. Detta lyftes fram i fokusgrupperna och konstaterades även i studien ”Nurses’ knowledge and attitudes to HIV/AIDS” (Suominen et.al, 2010). Sjuksköterskor, som kände en familjemedlem eller vän med hiv eller hade vårdat en person som lever med hiv, visade sig ha bättre kunskapsnivåer i jämförelse med de sjuksköterskor som inte hade erfarenhet av detta. Andra likheter har hittats i rapporten ”Hiv- kunskaper och attityder inom primärvården” (Hall, Plantin & Tornberg, 2017), där man också har beskrivit att hiv inte är ett aktuellt ämne inom primärvårdens

dagliga arbete eftersom man inte möter personer med hiv och då inte heller konfronteras med frågor rörande hiv. Samma rapport visade också märkbara kunskapsluckor i exempelvis behandlingens effekter på överföringsrisken, indikationsjukdomar och sjukdomsförloppet. Dessutom nämndes att man inte uppdaterat kunskapen om hiv på arbetsplatserna trots att många meddelat att man skulle uppdatera sina kunskaper i mötet och i vårdandet av en person som lever med hiv.

Rapporten ”Hiv i Sverige 2016, en studie om kunskap, attityder och förhållningssätt till hiv i befolkningen” (FHM, 2017), synliggör att störst kunskap om hiv generellt finns i den yngre generationen, att gamla kunskaper lever kvar än idag samt att det fortfarande finns en osäkerhet i olika hivrelaterade frågor. Dessa påståenden kan bekräftas av fokusgruppernas diskussioner kring kopplingen till generationstillhörighet, kunskapsnivå samt syn på hiv. Där tog man upp att den yngre generationen har mer uppdaterade kunskaper och en mer avslappnad syn på hiv. Detta jämfördes med den äldre generationen där man ansåg att kunskapsnivån var lägre och synen på hiv mer grundad på rädsla. Vidare bekräftar fokusgrupperna att gamla kunskaper lever än idag kvar, då flera deltagare inte hade uppdaterat sina kunskaper sedan 80–90 talet.

### 7.1.2 Proceduren kring brukaren

Under temat "proceduren kring brukaren" kunde följande underkategorier framställas:  
Remiss och basala hygienrutiner.

#### **Remiss**

Båda fokusgrupper kom i diskussionen in på proceduren kring brukaren. Proceduren syftar här på hur lång tid i förväg man får remiss/journal innan en brukare kommer till instansen.

B: Ja tack vare att jag jobbade på rehab och det är en remiss, ett remissförfarande, så visste vi ju redan innan att vi kommer få en patient som är hiv smittad och då kan vi förbereda oss

C: och så går det ju till här i kommunen också, man vet ju vilka som kommer

B: ja, men så fungerar det ju inte innan, akutsjukvården där kommer det bara in patienter

H: ja, men vi får ju inte veta så långt i förväg heller, fast det är ett äldreboende, det kan ju vara dan förre

B: ja vi får, så kan det vara på rehab också men ändå så

C: patienten står inte där i dörren

B: patienten dyker inte upp akut utan det är ändå ett planeringsförfarande och även om inte ni (äldreboendet) får reda på förrän nå dag innan så har vi ändå varit en process innan



H: men det handlar att det kommer nån och vi har inte fått nån information  
Gruppen: nej  
H: det kommer i efterhand, det förekommer ju

Denna diskussion uppstod spontant och deltagarna var väldigt engagerade i detta. Det tyder på att deltagarna lägger vikt vid och önskar att få tid att förbereda ankomsten av en brukare. Den typen av procedur underlättar för vårdpersonal att ge bästa tänkbara vård så fort brukaren ankommer. Detta problematiserades vidare när man tog upp det faktum att blodburna sjukdomar inte alltid var inskrivna i journalerna som vårdpersonalen mottager.

B: alltså vi får inte reda på någon blodsmitta  
Nån i gruppen: nej nej  
C: det får vi inte heller  
B: nej, vi får inte reda på blodsmittorna, om man inte har sagt ja till det, så får inte vi reda på det att folk har en blodsmitta  
F: men personen själv är ju skyldig att berätta  
B: men det gör de inte  
F: nej  
B: nej  
C: det kanske inte är kapabla  
B: nej, även om de skäms kanske en del också, så vi har ju upptäckt blodsmitta efter ett bra tag, mm, så det är ju inte så roligt  
INT: och när du säger blodsmitta?  
B: hepatiten är en sån vanlig.

Flera deltagare nämnde i olika diskussioner att man inte hade vårdat någon person med hiv, men inflikade också i samma mening ”som jag vet om” eller om någon deltagare hade vårdat enstaka personer som lever med hiv, kunde även dessa deltagare inflika ”som jag vet om”. Dessa kommentarer återkom ofta under sessionerna. Ur diskussionen framkom att alla deltagare önskar bli informerade om en brukare har en blodburn sjukdom. Man kan förstå av citatet ovan och även av diskussionerna, att de är medvetna om att det finns en informationsplikt, men det visar också att de inte helt har tagit till sig kunskapen om att en person med välinställd behandling inte kan överföra viruset.

### **Basala hygienrutiner**

Basala hygienrutiner (exempel handskar och skyddskläder) blev en naturlig följd i ovanstående konversation. Det framgick i samtalet att detta ska vara en grundläggande rutin i alla sammanhang, bland annat på grund av att man inte alltid vet om brukaren har någon blodburn sjukdom. Därför ska alla brukare ses som om de hade en eventuell blodburn sjukdom.

B: varenda brukare ska vi se kanske ha en eventuell smitta

F: hmm basala hygienrutiner

Gruppen: ja

F: hur enkelt som helst men i hemtjänsten, många i hemtjänsten, vi är ju, vi predikar för de om det där men det, det funkar inte.

INT: det följs inte alltså?

F: jo på vissa ställen, det gör det men det är på många ställen det faller

En annan deltagare menar att de basala hygienrutinerna oftast tummas på, och att detta kan handla om lättja eller tidsbrist. Så även om det finns riktlinjer och rutiner kring hur man som vårdpersonal ska vara i mötet med en brukare, är det inte alltid som detta följs.

### **Analys**

Att inte få tid att förbereda sig eller inte få information om en brukare, kunde uppfattas som problematisk för vårdpersonalen. Förberedelsetiden och information om brukaren, var en viktig aspekt för personalgruppen för att exempelvis kunna ta reda på fakta och få mer kunskap om brukarens behov samt för att i bemötandet kunna ge bästa tänkbara vård. För de deltagarna som hade mött och vårdat personer som lever med hiv, kunde diskussionen föras och kopplas till hiv, men för de andra deltagarna kunde kopplingar göras till hepatit. Båda fokusgrupper nämner brukarens skyldighet att berätta om sin blodburna sjukdom, dvs förhållningsregeln (Smittskyddslagen, 2004:168). Under dessa samtal kunde jag känna att detta gav upphov till mycket känslor. Med känslor syftar jag på att jag upplevde att det skapade en svårighet mellan att vara professionell och vara en individ bakom sin profession. Framför allt kunde man märka att rädslan för att själv få en blodburn sjukdom var kärnan till denna konflikt (mellan sin profession och sig själv). Detta var i situationer där man inte fått reda på att en brukare haft en blodburn sjukdom, framför allt hepatit, förrän efteråt. Att använda sig av basala hygienrutiner och ha kunskap om blodburna sjukdomar minskade konflikten och stärkte den professionella rollen.

Även i rapporten "Hiv- kunskaper och attityder inom primärvården" kunde hos fokusgrupper ses liknande tendenser. Flertalet deltagare ansåg att personer som lever med hiv ska informera vårdpersonal om sin hivinfektion, framför allt i situationer där blod är inblandat. Dels för att minska överföringsrisken till personalen och dels för att försäkra god vård för patienten. (Hall, Plantin & Tornberg, 2017). En lärdom av dessa diskussioner är att det finns kunskapsluckor angående behandlingens effekt på överföringen av hiv. Detta konstateras även i rapporten ovan.

Enligt Travelbees interaktionsteori anses kommunikation vara det viktigaste redskapet för vårdpersonalen, då det är genom kommunikation som vårdpersonalen kan etablera en relation med brukaren och på så sätt uppnå målet med omvårdnad. För att en god relation ska etableras krävs dock att vårdpersonalen har de rätta färdigheterna för kommunikation, dvs har kunskap och förmåga att tillämpa denna kunskap (Kirkevold, 2000). Kommunikation är även viktig i den andra riktningen kan man förstå av diskussionen. Deltagarna efterlyste information om blodburna sjukdomar och menade att känslan av att kanske inte få sådan information skapar osäkerhet. Det visar att en ömsesidighet i kommunikationen är viktigt för både personalen och för patienten. En tanke som också finns i interaktionsteorin. Detta ger större trygghet för alla, dock innebär det också att personalen ska ha god kunskap om blodburna sjukdom, medicinering etc. Det är därför viktigt att vårdpersonal får kunskap och möjlighet att fylla sina kunskapsluckor om hiv.

### 7.1.3 Fördomar

Under temat "fördomar" kunde följande underkategorier framställas: Den historiska med belastningen i mötet, risk för segregering och ålderism.

#### **Den historiska belastningen i mötet**

När man inte berörs av hiv, när hiv inte finns i det dagliga arbetet eller när hiv har försvunnit ur radarn bland annat i media osv, så beskriver deltagarna att hiv inte finns i deras medvetande. Det är först i mötet med en patient som lever med hiv som detta vaknar till liv igen och då också fördomarna.

B: jag får en känsla av lite så här, från att det har varit jätte stort och jätte farligt, så har det blivit till ett inte så stort problem, så att man inte tycker, nej men man funderar inte så mycket

C: nej precis, men när det väl kommer så kommer det ju att..

B: ja och då kommer alla dem här funderingarna och farhågorna, fördomarna. Men innan så det är liksom, det är nåt som bara finns där långt...

C: långt borta

B. långt bort, faktiskt

Man kan förstå att om man inte är i direkt kontakt med hiv, så verkar hiv helt har blivit förträngt, vilket kan bidra till att ens kunskapsnivå hålls kvar där man senast reflekterade eller hörde om hiv. Liksom rädslorna så uppmärksammas fördomarna i allmänna termer, det är ingen som uttalar sin insikt om sin egen fördom. Här ser man en distansering till problemet.

Diskussionen nedan synliggör dock att det finns en viss medvetenhet om att gamla kunskaper lever kvar och att detta måste brytas genom att tillföra ny uppdaterad kunskap.

D: sen kanske också framför allt hur man, hur man inte ska bemöta

C: ah exakt det, precis

Gruppen: hm ja

D: där kan väl jag känna en väldigt tung kärna för att hivviruset har ju förändrats väldigt mycket...

C: verkligen

D: väldigt mycket sen 80 talet, det har blivit svagare via bromsmedicinerna, de det basala hygien rutiner, alltid, men hela det här idén om att dubbla handskar och isolering

Någon i Gruppen: precis hm

D: det måste ju bort

Att identifiera präglingen från 80–90 talet är viktig för att gemensamt förstå i vilket sammanhang fördomarna uppstod. I jämförelse med en annan blodburen sjukdom, hepatit, framträder stigma med hiv igen.

C: ah jag tänker på att vi har ju äldre patienter som har hepatit

D: ja precis

Gruppen: hm

D: och det är ju inget konstigt

C: nej det är, nej det är inga konstigheter mer att men då informerar man kanske den gruppen av personal

D: ja

Gruppen: hm

D: och den är ju mycket värre än hiv

C: ja men precis, det är det som...

B: men det finns mycket fördomar och det är ...

D: ja

B: det är väl det man behöver garantera, tycker jag

Gruppen: ah ja

INT: Vill du vara mer specifik med det du säger? Just med fördomarna tänker

B: ja men det finns, det finns en rädsla och den här kunskapen hur det smittar och som D tar upp att man är rädd för att bli smittad och det här fördom eller det här som pumpades ut, hur farligt det här var på 80-talet, det lever ju kvar i form av fördomar. Det är jag helt övertygad om och sen så finns det både kunniga personer och personer som inte har hängt med i den utvecklingen och kunskapen såklart. Så det tror jag är viktigt för att...

C: hm kunskap om vad det innebär

B: Hm

F: ja för fördomar grundar ju sig i okunskap

Ett sätt att motverka fördomarna är genom praktisk kunskap och erfarenhetsbaserad kunskap. Detta förtydligas av en deltagare som har stor erfarenhet i vårdandet av personer som lever med hiv:

F: Har man såna som är rädda med sig när man jobbar, då tittar de på mig och jag, alltså hur jag beter mig alltså att man är med, att man inte bara står och pratar utan man kanske är med i vårdandet av den personen. Då tror jag att de ser att det inte var så farligt

INT: för att hur man agerar och bemöter säger väldigt mycket då liksom

F: ja, än att jag bara ska stå och predika så här ska de göra, utan det är bättre att man är med ut i rummet.

Diskussionerna som förs inom denna kategori är kunskapshöjande eftersom att det är ett medvetandegörande av att fördomar fortfarande existerar på grund av okunskapen.

### **Risk för segregering**

Samtliga deltagare konstaterade att en uppdaterad kunskap om hiv är viktig ur vårdpersonalens perspektiv för att bearbeta fördomar och undvika stigmatiseringen kopplad till denna patientgrupp.

D. ja alltså jag menar, har man kunskap och rutiner, alltså vi har ju rutiner egentligen idag, basala hygien rutiner, det ju behandlar vi ju alla på lika sätt men är det så att, vi säger att jag kan ingenting om hiv och jag ska hantera en brukare som har hiv och då kan ju mina fördomar spela in i omsorgen, vilket får mig att få en lite mer avvaktande approach gentemot vad jag har, men nästa brukare som jag vet inte har nån blodsmitta på nåt sätt och då och det tror jag kan bli, väldigt tokigt och de kan känna sig segregerade som grupp på ett felaktigt sätt.

Ännu en gång diskuteras attityder gentemot personer som lever med hiv på ett hypotetiskt sätt. Det finns en förståelse och en insikt i att låg kunskap och brist på erfarenhet leder till att det fortfarande existerar en viss rädsla och ett stigma kring hiv som är färgat av dess bakgrund. Men detta gjordes med viss underton av försiktighet, vilket man kan tolka som ett försök att skydda den professionella självbilden som omhändertagande och kunnig i första hand.

### **Ålderism**

Under diskussionen uppdagades en annan fördom, som är kopplad till äldre och som även kallas för ålderism. I följande diskussion, som utvecklades från ett samtal kring indikatorsjukdomar och möjligheten till hivtest, verkade det som att vissa av deltagarna fick en tankeställare.

B: Ja nej det vet man inget om (vilka som är indikatorsjukdomarna)

INT: inte?

B: nej

D: alltså egentligen så, ja alltså grejen är att det är klart att man vet att hiv påverkar immunförsvaret, så har du nån med återkommande svampinfektioner i munnen eller återkommande sån här dåligt allmänt tillstånd utan nån egentlig förklaring, nån oklar infektion, då kanske man borde tänka hiv, men helt ärligt kan jag säga att jag som sjuksköterska har inte tänkt det

INT: just med äldre personer?

D; ja, just med äldre personer, hade det varit någon i 40 års åldern, i 50 års åldern ja jo men då kanske man börjar tänka men det här är ju också en hemsk fördom, men det är väl lite för att man glömmer bort att äldre personer har haft ett aktivt sexliv som yngre

H: jag har faktiskt tänkt såhär, att vissa äldre karar, vet man ju inte, de kan ha varit i Thailand och så vidare. Så man vet ju inte.

C: jag håller med dig, jag har nog hellre aldrig när jag har jobbat som sjuksköterska tänkt tanken på en äldre människa.

D: nej, det är ju som sagt för en yngre människa då och det är ju mina egna fördomar om äldre, det är ju ren ålderism och det här samtalet är ju jättenyttigt därför det ger ju mig en tankeställare också.

C: och då har jag ju jobbat i hematologen där man har ju tänkt, ja förvisso tagit de här proverna för att man har misstänkt, man har ju inte haft svar på va orsaken till varför de mår såhär

D: ja men precis

C: men jag har ju aldrig tänkt så med de äldre

Diskussionen synliggör en brist på medvetande av att äldre personer kan få hiv. Det innebär att man inte skulle ha uppmärksammat att en hivinfektion kunde vara orsaken till hur den äldre personen mår. I samtalet kom deltagarna fram till att detta beror främst på fördomen om att äldre personer inte har ett sexliv.

Följande citat taget från den andra fokusgruppen visar på att ålderism får reella konsekvenser:

C, F, D: nej

C: vi vet ju inte vad vi ska se efter (indikatorsjukdomar).

F: det tror jag är väldigt väldigt ovanligt, jag har ju en nära bekant som är 70 + som har fått hiv och innan de kommer, fick fram tog hiv testen, så hann det ju, han gjorde hur mycket prover som helst. Så att det är nog inte vanligt någonstans, att man tänker på det nu när de är så pass gammal.

Diskussioner avslöjar inte bara en medvetandegjord ålderism utan synliggör också att vissa av deltagarna har bristande kunskaper när det gäller indikatorsjukdomar.

## **Analys**

I studien ”Att leva med hiv i Sverige, en studie om livskvalitet hos personer som lever med hiv” visar deltagarna (som lever med hiv) hög grad av oro över allmänhetens attityder, samt oro över att inte få den vård och omsorg som är adekvat under deras ålderdom (FHM, 2016a). Med detta som utgångspunkt kan man se att diskussioner som förs i fokusgrupperna faktiskt kan bekräfta deras oro.

Enligt Ajzen (2005) skildras en attityd som en generell och bestående inställning till något, som har byggts upp genom erfarenhet eller övertygelser över tid. Det framgår av diskussionerna att attityden kring hiv dels kan baseras på en övertygelse som är färgad av 80-talets stigma, rädsla och fördomar, som ligger kvar i det undermedvetna och dels en attityd som har byggts upp genom erfarenhet där man i mötet med en person som lever med hiv konfronterat och utvecklat sin inställning. En attityd kan också vara formbar och föränderlig i samband med ny information (Ajzen, 2005). Att attityden kan påverkas och utvecklas blev tydligt i fokusgruppernas samtal. Det som framkom i diskussionerna var att man kan förändra attityden, dels genom en teoretisk kunskapshöjning, dels genom den direkta erfarenheten i mötet och vårdandet av en person som lever med hiv, men också i samtalet mellan personalen. Deltagarna har således genom diskussionerna identifierat hur man ska bryta rädsla och stigma. Som tidigare nämnts diskuterades inte attityderna utifrån egna personliga erfarenheter, utan berättades på ett fiktivt sätt, hur man tror eller har sett andra agera, reagera och bemöta. Detta kan bero på hur deltagarna väljer att presentera sig själv inför varandra, vilket även kan ha varit ett hinder i samtalen kring bemötande.

Studien ”Nurses’ knowledge and attitudes to HIV/AIDS” visar att sjuksköterskor med tidigare erfarenhet av omvårdnad av en person som lever med hiv, hade positivare attityder i jämförelse med de andra sjuksköterskorna som inte hade den erfarenheten (Suominen et.al, 2010). Samma mönster kan ses i fokusgrupperna.

Om man tittar på studien ”Attitudes of nursing and auxiliary hospital staff towards hiv infection and aids in Spain” så visar den att åldern hade en inverkan på attityder gentemot patienter med hiv. Ju högre ålder, desto mer negativ attityd (Pita-Fernández, Rodriguez-Vazquez & Pertega-Diaz, 2004). I mitt möte med fokusgrupperna visade eller uttryckte ingen av deltagarna direkt negativa attityder gentemot personer som lever med hiv. Men man kunde ändå se att de unga hade en lite mer realistisk, avkopplad attityd gentemot patienter med hiv. Detta kan bero på att den äldre generationen påverkats av 80–90 talet hivskräck och fortfarande i viss mån präglas av det.

Alla dess olika attityder påverkar interaktionen mellan brukare och vårdpersonal. Travelbee’s interaktionsteori samt Martinsens omsorgsteori ser relationen

mellan patient och vårdpersonal som central för att säkerhetsställa god omvårdnad (Kirkevold, 2000). Det framkom också i fokusgruppernas diskussioner att deltagarna är väl medvetna om detta, att de värnar om god kvalitet i relation till brukaren och även inser betydelsen av ömsesidighet och kommunikation. Denna interaktion måste etableras och säkerhetsställas av vårdpersonalen. Problemet är att det är svårt att leva upp till god professionalitet i interaktionen med brukaren, eftersom rädslor och osäkerhet på grund av bristande kunskaper och erfarenhet hos vårdpersonal ännu finns. Det uppstår en konflikt mellan självbilden och önskan att vara professionell. Man är den person man är med de rädslor och fördomar man bär på. Det är helt tydligt att deltagarna inser att ökad kunskap på olika sätt kan förbättra interaktionen och ge större trygghet både hos brukaren och den vårdande.

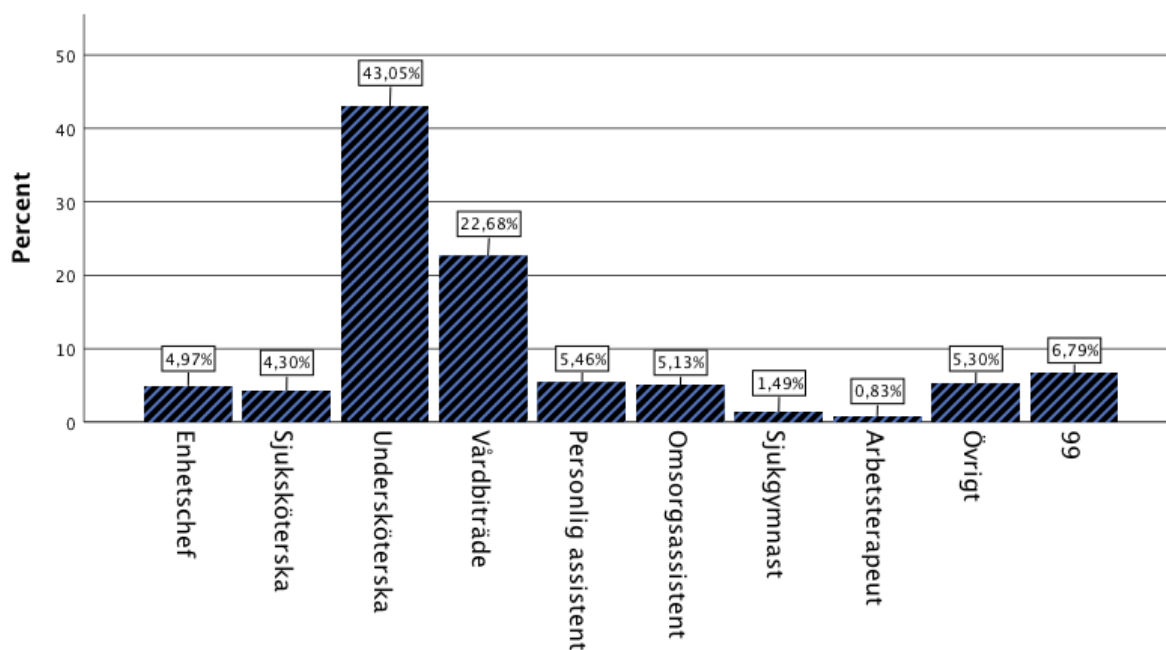
## **7.2 Enkätundersökning**

Följande kategorier kommer att presenteras och analyseras: Respondenter, kunskaper om hiv och attityder.

### **7.2.1 Respondenter**

De yrken eller funktioner som var mest representerade i enkäterna var undersköterska och vårdbiträden. I tabellen nedan visas fördelningen av respektive yrken/funktioner som respondenterna hade, stapeln 99 står för de respondenterna som inte hade svarat eller som besvarat frågan felaktigt.





Figur 1. Andelen i olika yrken/funktioner av samtliga svarande.

När det gäller åldersfördelningen för samtliga respondenterna i enkäten var majoriteten 81,63% i åldrarna 18–55 år och 18,37% i åldrarna 56+. I följande analys kommer skillnader mellan åldersgrupper enbart tas upp om de är signifikanta.

När det gäller åldersgrupp fördelningen mellan yrkena, är åldersgruppen 56+ i minoritet bland samtliga yrken/funktioner. Andelen skiljer sig inte så kraftigt mellan de olika funktionerna.

## 7.2.2 Kunskaper om hiv

### Självuppfattad kunskap om hiv

Respondenterna i enkäten blev tillfrågade om den självupplevda kunskapen om hiv, om de bedömde att de hade tillräckliga kunskaper om hiv för att bemöta personer med hiv.

Av samtliga svarande angav 56,13 procent att de bedömde att de inte hade tillräckliga kunskaper medan 40,40 procent angav att de bedömde att de hade tillräckliga kunskaper om hiv. Det tredje svarsalternativet ”annat” angavs av 3,48 procent av de svarande. Däremot varierar den självupplevda kunskapen mellan de olika yrkesgrupperna. I denna analys, för att göra de överskådligt, har jag valt att slå samman svarsalternativet ”annat” med ”nej”. Dels för att ”annat” är ett relativt ovanligt svar och dels för att svaren på ”annat” (då det tillkommer en svarstext) visar främst på en osäkerhet. Procentuellt störst andel av dem som svarade ja, dvs att de bedömde sig ha tillräckliga kunskaper, fanns arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter. Dessa grupper är dock relativt små. Bland de större

yrkesgrupperna noterades följande höga andelar: sjuksköterskor 65,4 procent och enhetschefer 56,7 procent. Procentuellt störst andel av dem som bedömde att de inte hade tillräckliga kunskaper fanns bland vårdbiträden med 72,3 procent, följt av undersköterskor med 59,2 procent.

Tabellen nedan utgår från samma fråga men fokuserar på andelen ”Ja” av samtliga i respektive yrkesgrupp. I tabellen har 27 personer exkluderats då de ej har angivit ålder. Andelen sjuksköterskor som anser sig ha tillräckliga kunskaper (65,4 %) är större än motsvarande andel bland undersköterskor (40,9 %). Andel bland undersköterskorna är i sin tur större än motsvarande bland vårdbiträdena (26,7%).

Åldersgrupperna skiljde sig inte totalt sett, men i vissa yrkesgrupper/funktioner kan skillnader noteras, exempelvis vårdbiträde.

*Tabell 1. Bedömer du att du har tillräckliga kunskaper om hiv för att bemöta personer som lever med hiv? Tabell utifrån svarsalternativ; ja.*

Yrke (antal personer) /ålder (antal personer)	18-55 (471)	56+ (106)	Total (577)
Enhetschef (28)	58,3	50	57,1
Sjuksköterska (26)	59,1	100	65,4
Undersköterska (247)	40,4	42,6	40,9
Vårdbiträde (131)	27,8	18,8	26,7
Personlig assistent (31)	54,5	44,4	51,6
Omsorgsassistent (29)	39,1	33,3	37,9
Sjukgymnast/Fysioterapeut (9)	33,3	33,3	33,3
Arbetssterapeut (5)	0	-	0
Övrigt (31)	55,6	50	54,8
Ej svar (40)	41,2	33,3	40
Total (577)	40,1	40,6	40,2

## Allmänkunskap om hiv

För att få en uppfattning om kunskapsnivån bland vårdpersonal inom äldre- och funktionshinderomsorgen, valdes ett antal frågor som berör i vilken mån man tror att påståendena stämmer. Följande frågor är renodlade ”rätt/fel”-frågor.

Kan hiv överföras genom graviditet?

En överföring av hiv kan ske mellan mor till barn under en graviditet, förlossning och amning om personen i fråga inte känner till att hon lever med hiv. Om modern känner till sin hivdiagnos och på sätt har tillgång till behandling, minskar risken att överföra hiv till fostret radikalt (FHM, 2017).

Av samtliga respondenter svarar 69,70 procent att hiv kan överföras. 10,10 procent anger att hiv inte kan överföras och 20,20 procent anger att de inte vet. Här kan det vara lite knepigt att veta hur frågan har uppfattats av samtliga respondenter. Man kan ha tänkt att den gravida som står på välinställd behandling inte överför hiv till sitt foster och då väljer man att svara ”nej” på frågan. Detta i sin tur innebär att man måste ha kunskap om att med en välinställd behandling är överföringsrisken lika med noll. Man kan också ha tänkt att den gravida som inte står under behandling eller inte känner till att hon lever med hiv, kan överföra hiv till fostret. I det fallet kan man välja att svara svarsalternativet ”Ja”.

Kan hiv överföras genom kyssar?

Hiv kan inte överföras genom kyssar. Av samtliga respondenter svarar 50,99 procent nej. 30,96 procent anger ja och 18,05 procent anger vet inte.

Hiv kan överföras genom offentliga toaletter?

Hiv kan inte överföras genom offentliga toaletter. Av samtliga respondenter svarar 75,99 procent ”nej”; 6,29 procent svarar ”ja” och 17,72 procent svarar ”vet inte”.

Kan hiv överföras genom insektsbett?

Hiv kan inte överföras genom insektsbett. Totalt är det 43,21 procent som besvarar frågan med ”nej”, 23,84 procent som svarar ”ja” och 32,95 procent svarar ”vet inte”.

Kan man få hiv genom att dricka ur samma flaska som någon som har hiv?

Hiv kan inte överföras genom att dricka ur samma flaska. Totalt angav 66,06 procent svar ”nej”; 9,60 procent angav svar ”ja” och 24,34 procent angav svar ”vet inte”.

Kan hiv överföras genom saliv?

Hiv kan inte överföras genom saliv. Av samtliga respondenter angav 50,17 procent svar ”nej”; 31,62 procent angav svar ”ja” och 18,21 procent angav svar ”vet inte”.

Kan hiv överföras genom tårar?

Hiv kan inte överföras genom tårar. Totalt angav 76,32 procent ”nej” svar; 7,62 procent ”ja” svar och 16,06 procent ”vet inte” svar.

Kan hiv överföras genom blod?

Hiv kan överföras via blod. En stor majoritet 97,52 procent svarar ja på frågan, följt av 1,99 procent för ”vet inte” och 0,50 procent för ”nej”.

Kan hiv överföras genom sperma?

Hiv kan överföras genom sperma. Av samtliga respondenter svarar 77,48 procent ”ja”; 10,26 procent svarar ”nej” och 12,25 procent svarar ”vet inte”. På samma sätt som gällande överföring mellan mor till foster kan även denna fråga vara svårtolkad, då en person som lever med hiv och har en välinställd behandling, inte kan föra hivviruset vidare.

Hiv kan överföras genom slidsekret?

Hiv kan överföras genom slidsekret. Totalt angav 68,87 procent svar ”ja”; 10,10 procent angav svar ”nej” och 21,03 procent angav svar ”vet inte”. Samma tolkningssvårighet som ovanstående gäller även här.

## **Yrkesfördelning**

Likartade mönster beträffande yrkesfördelningen återkommer i flera frågor.

Sjukgymnaster/fysioterapeuter och sjuksköterskor var de yrken som svarade som väntat på flertalet av dessa frågor. Det ska dock noteras att sjukgymnaster/fysioterapeuter i hög grad ger det förväntade svaret, men att yrkesgruppen är relativt liten i materialet.

En intressant iakttagelse är sjuksköterskornas svarsmönster. I frågorna om hiv kan överföras från mor till foster och genom sperma och slidsekret, fanns en hög procentuell andel på svarsalternativen ”ja” och ”nej”. En förklaring till detta kan vara en tolkningssvårighet som ovan nämnda angående behandlingen effekter på överföringsrisken, där både ”ja” och ”nej” kan vara det förväntade svaret beroende på om man menar att personen står på en välinställd behandling eller inte. Detta kan tyda på kunskap eller också

kunskapsluckor gällande dessa frågor. Enhetschefer blev den tredje yrkesgruppen som hade flest förväntade svar.

De yrkesgrupper som hade minst förväntade svar var vårdbiträde, undersköterska och personlig assistent.

### **Åldersfördelning**

I frågan om hiv kan överföras genom kyssar, fanns en signifikant snedfördelning mellan åldersgrupperna. Där betydligt fler har angett ”nej” i den yngre åldersgruppen, fanns däremot i den äldre åldersgruppen en lika stor frekvens av både ”ja” och ”nej” svar.

I frågan om hiv kan överföras genom saliv, fanns en signifikant skillnad mellan åldersgrupperna på nivån en promille. Framför allt fanns det fler ”ja” svar i jämförelse med ”nej” svar i den äldre åldersgruppen och betydligt fler ”nej” svar än ”ja” svar i den yngre åldersgruppen.

I frågan om hiv kan överföras genom tårar, fanns en signifikant skillnad mellan åldersgrupperna på nivån en promille, där ”ja” är en minoritet som är en större minoritet bland äldre än bland de yngre.

I frågan om hiv kan överföras genom sperma, fanns en signifikant skillnad mellan åldersgrupperna på nivån en procent. Svar ”nej” och ”vet inte” är minoriteter som är större minoriteter bland yngre än bland äldre.

Visa tendenser kan peka på att den äldre åldersgruppen har mindre kunskap i jämförelse med den yngre åldersgruppen. En intressant iakttagelse utifrån ovanstående frågor, är att ett kunskapsunderskott verkar finnas i den äldre åldersgruppen gällande överföringsvägar genom kroppsvätskor, dvs saliv och tårar. I frågan om hiv kan överföras genom sperma, kan man tolka följande resultat som att äldre i motsats till yngre är mindre benägna att underskatta riskerna. 80-talets information kan ha färgat den äldre åldersgruppens kunskap i större utsträckning än den yngre åldersgruppen.

### **Kunskaper om indikatorsjukdomar**

En stor del av kunskapen om hiv, är indikatorsjukdomar. Att tidigt kunna diagnostisera en person som har hiv, medför att man kan få effektiv behandling och förhindra överföring av hiv till andra människor. Då en ökning av äldre, som diagnostiserats med hiv, skett i Europa (Tavoschi, Gomes-Dias & Pharris, 2017), är det viktigt att vårdpersonal i äldre- och funktionshinderomsorgen känner till de indikatorsjukdomarna som kopplas till hiv.

Genom att se hur många sjukdomar som respondenterna känner till samt vilka sjukdomar som har angetts, kan man på så sätt ta reda på kunskapsnivån gällande indikatorsjukdomar bland respondenterna. Frågan som ställdes i enkätformuläret löd: *Det finns ett antal symtom eller tillstånd (s.k indikatorssjukdomar) som i vissa fall kan vara associerade med hivinfektion, och där man bör överväga ett hiv-test. Vilka av följande tillstånd gäller det?* Dessa två mått, hur många sjukdomar som angetts samt vilka, kommer att redovisas nedan och jämföras med resultat från rapporten ”Hiv-kunskaper och attityder inom primärvården” (2017). I tabellen nedan har missing exkluderats.

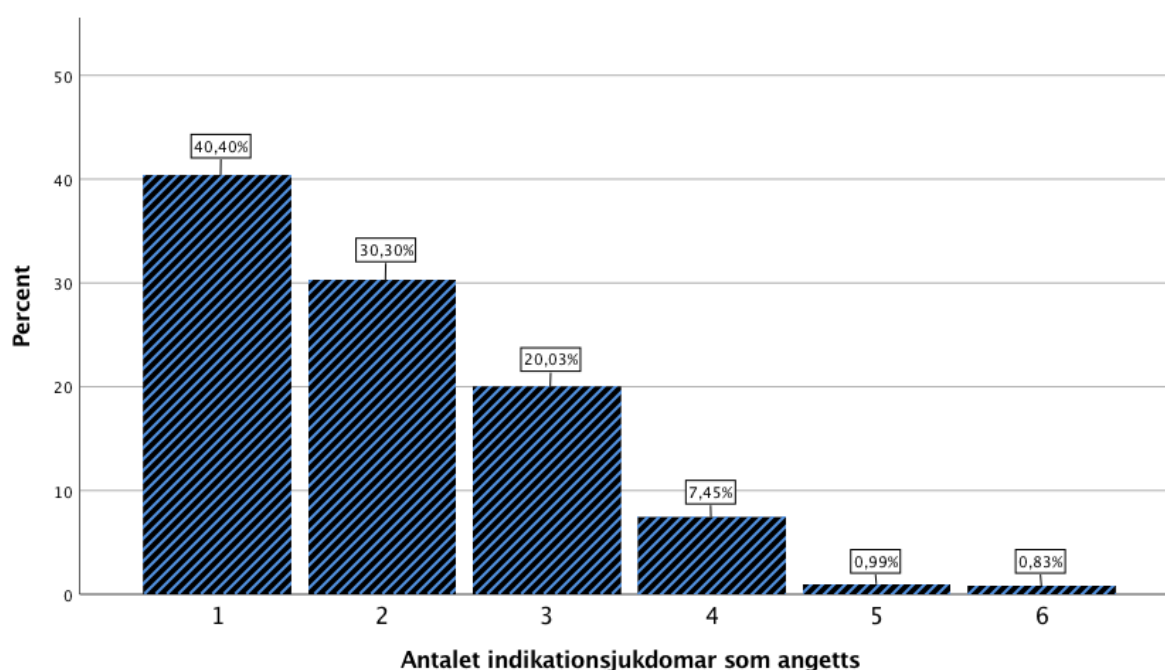
Tabell 2. Andelen i respektive yrkesgrupp som känner till indikatorsjukdomar.

Yrke (antal)/ indikatorsjukdomar	Annan STI (Gonorré eller syfilis)	Hepatit B/C	Tecken på demens /minnes- problematik	Körtel- feberlikande symtom/ oklar lymfkörtel- svullnad	Bältros	Upprepade svamp- infektioner i munhåla	Övriga svar
Enhetschef (30)	0,3	0,467	0,1	0,533	0,067	0,333	0,133
Sjuksköterska (26)	0,308	0,423	0,115	0,808	0,192	0,692	0,077
Undersköterska (260)	0,377	0,635	0,046	0,508	0,062	0,3	0,1
Vårdbiträde (137)	0,328	0,54	0,08	0,394	0,117	0,292	0,153
Personlig assistent (33)	0,424	0,545	0,03	0,545	0,061	0,394	0,121
Omsorgsassistent (31)	0,226	0,548	0,065	0,677	0,226	0,548	0,097
Sjukgymnast/Fysioterapeut (9)	0,444	0,444	0,111	0,556	0	0,222	0,222
Arbetsterapeut (5)	0,2	0,2	0,2	1	0	0,4	0
Övrigt (32)	0,25	0,344	0,125	0,594	0,031	0,375	0,219
Total (604)	0,334	0,555	0,063	0,508	0,088	0,331	0,129

Den vanligaste indikatorsjukdomen, som samtliga respondenter känner till, är, hepatit B och C med högst procentuell andel bland professionen undersköterskor med 63,5 procent. Därpå angavs i följande ordning körtelfeberliknande symtom, annan STI och svampinfektioner. Bältros följt av tecken på demens var de indikatorsjukdomar som minst sammankopplades med hiv. Övriga svar har framförallt syftat till att man inte vet.

En intressant iakttagelse, är sjuksköterskorna svarsalternativ, där högst procentuell andel fanns i körtelfeberliknandesymtom och oklar lymfkörtelsvullnad samt upprepade svampinfektioner i munhåla. Följandevís lägre procentuell andel fanns i annan STI och hepatit B och C. Således skulle detta kunna betyda att sjuksköterskor särskilt markerar symptom, där körtel- och upprepade svampinfektioner oftast belyser en annan problematik. Detta snarare än STI och hepatit, som oftast inte kopplas till en annan problematik. Samma betydelse, som det sistnämnda, kan även ses i demens och bältros.

Figuren nedan indikerar hur många indikatorsjukdomar som angetts av respondenterna. Medelvärde är två angivna indikatorsjukdomar. Endast 0,83 procent av samtliga respondenter angav alla sex indikatorsjukdomarna som specificerats i enkätformuläret. Professionen sjuksköterska hade störst procentuellt andel.



Figur 2. Antalet indikatorsjukdomar som angivits.

Följaktligen verkar det finnas en kunskapsbrist gällande indikatorsjukdomar för hiv i alla yrkesgrupper. Sammanställningen ska ses i ljuset av vad som sagt ovan om tolkningen av svaren.

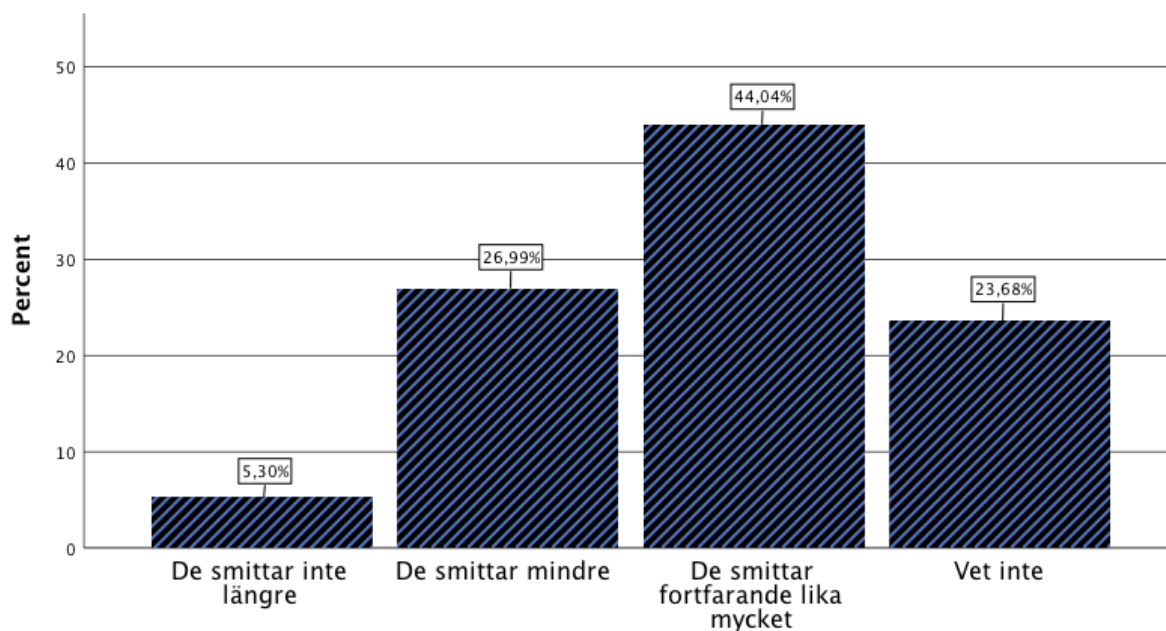
Studien ”Hiv- kunskaper och attityder inom primärvården” (2017), kunde visa på samma tendenser dock med något större kunskap, då medeltalet för indikatorsjukdomar låg på tre angivna sjukdomar samt högre procentandel på sex indikatorsjukdomar. Detta kanske inte är helt oväntat då primärvårdens enkät riktade sig främst till läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, där fler respondenter har en högre medicinsk utbildning än i denna studie.

När det gäller om man i personalen har diskuterat eller övervägt möjligheten att ombesörja ett hiv-test, svarade majoriteten, 87, 42 procent att nej det hade man inte. Frågan som ställdes i enkätformuläret löd: *Vissa åldersrelaterade sjukdomar ger symptom liknande hivinfektion? Har ni i personalen diskuterat eller övervägt möjligheten att ombesörja ett hiv-test i dessa situationer?* Detta resultat kan exempelvis förstås utifrån sammanställningen i tabell 2 om indikatorsjukdom, där indikatorsjukdomen demens och minnesproblematik, hade minst procentuell andel.

### **Behandling och överföring av hiv**

Kunskapen kring dagens effektiva behandlingar, dvs att hiv inte kan överföras om personen med hiv har en välfungerande behandling, är något som har fått stor betydelse. Däremot har den inte fått så stor spridning bland allmänheten, vilket studien ”Hiv i Sverige” (2011) visar, då färre än var femte person känner till att överföringsrisken minskar drastiskt vid en välinställd behandling. Liknande mönster kan hittas i den senaste studien om ”Hiv i Sverige” (2016), som visar att kunskapen om dagens effektiva behandling och dess påverkan på överföring inte har ökat i befolkningen. Samma fråga, som användes i ”Hiv i Sverige” (2011) för att ta reda på kunskapsnivån om de effektiva behandlingarna, har även använts i enkätstudien ”Hiv- kunskaper och attityder inom primärvården” (2017). En annorlunda bild visades där, då majoriteten av de svarande angav att behandlingen minskade överföringen av hiv. I denna studie har även frågan använts i enkätformuläret, men där går resultatet mer i enlighet med studien ”Hiv i Sverige” (2011). 44, 04 procent ansåg att hiv smittar fortfarande lika mycket trots behandling.





**Vad tror du detta har för betydelse för smittsamheten hos de som tar medicinerna?**

*Figur 3. Vad tror du detta har för betydelse för smittsamheten hos de som tar medicinerna?*

Störst procentuell andel som svarade att även behandlade personer som lever med hiv fortfarande smittar lika mycket, fanns i yrkena undersköterska (53,1 procent) och omsorgsassistent (51,6 procent). Undersköterskorna var så många att de dominerade i totalsiffrorna, övriga grupper blev mindre synliga där. Andra yrkesgrupper som hade hög procentuell andel i denna kategori, var vårdbiträde och personlig assistent.

Störst procentuell andel som svarade att behandlingen leder till att personer som lever med hiv smittar mindre, fanns bland sjuksköterskor med 57,7 procent. Detta kan kopplas till tolkningssvårigheten med frågeställningen om överföringsvägar.

Vidare svarade en stor grupp bland respondenterna, 38,25 procent att de inte alls instämde i påståendet: vid väl fungerande behandling är risken mycket låg att hiv överförs vid samlag utan kondom. Störst procentuell andel ”instämmer inte alls” fanns bland omsorgsassistent (61,3 procent) och undersköterskor (43,5 procent). 12,35 procent, andel av samtliga, svarade att de instämmer helt i påståendet. Störst procentuell andel av detta hade sjuksköterskor (57,7 procent). 27,9 procent av samtliga svarade att de inte kunde ta ställning. Störst procentuell andel av detta hade enhetscheferna (40 procent). Dessa resultat överensstämmer med ovanstående resultat, där samma yrkesgrupper hittas. De yrkesgrupper som tror att överföringsrisken är hög, att man fortfarande smittar lika mycket, fast man står under behandling, tror även att det trots behandling är hög risk att hiv överförs vid samlag utan kondom.

## **Analys**

Utifrån ovanstående resultat från temat “kunskaper om hiv”, vill jag först precisera vad kunskap är enligt kunskapsteorin: en trosföreställning är sann om den överensstämmer med världen (Hartman, 2004). I resultaten av enkäterna så måste man urskilja vad som är trosföreställning och det som är verklig kunskap. I detta fall finns det verifierad vetenskapligt kunskapsmaterial när man bedömer svaren i enkäten. Svaren visar att respondenterna i många fall är kvar i en trosföreställning och inte har nödvändig kunskap i dessa frågor. Som exempel kan man vetenskapligt visa att hiv inte kan överföras till någon om man står under en välinställd behandling. I enkäten svarade 44 procent att en person som lever med hiv under behandling fortfarande smittar lika mycket och enbart 5,3 procent svarade att man inte smittar längre. Slutledningen av resultaten är att kunskapen om hiv bland vårdpersonal är bristfällig.

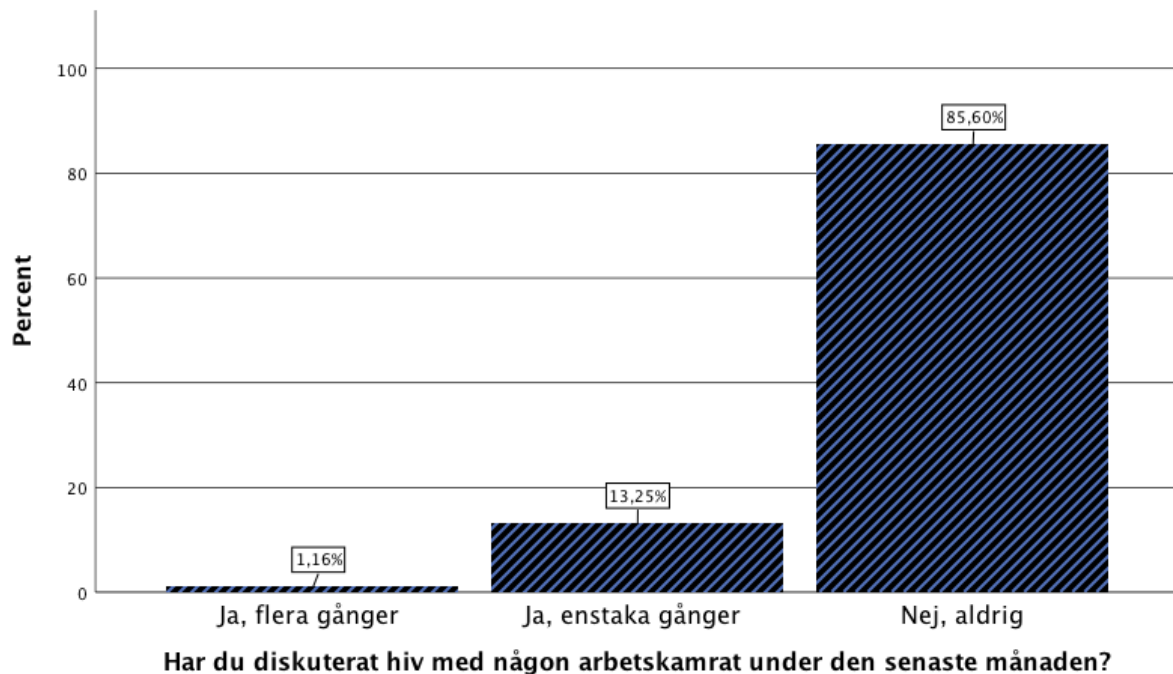
### **7.2.3 Attityder**

#### Hiv i det dagliga arbetet

Då vi idag har den första generationen personer som åldras med hiv, kan man förvänta sig att det kommer bli allt vanligare att möta och vårda personer som lever med hiv för vårdpersonal inom äldre- och funktionshinderomsorgen (Hall, Plantin & Tornberg, 2017). För att undersöka om vårdpersonalen är förberedd på detta, bads respondenterna att svara på om de trodde att de framöver kommer möta personer med hiv i sitt arbete. Endast ett fåtal, 5,79 procent trodde att så var fallet, 46,36 procent svarade att de inte visste, 45,86 procent angav att det skulle ske men mer sällan och 1,99 svarade nej aldrig. Procentuellt störst andel ”ja, mer sällan” fanns bland enhetschefer och sjuksköterskor. En viss skillnad finns mellan åldersgrupperna, där den yngre åldersgruppen är något mer benägen att svara ”ja, ofta” och ”ja, mer sällan” och den äldre åldersgruppen är mer represensenterad i svarsalternativet ”vet inte”.

Tabellen nedan visar att hiv inte är ett ämne som diskuteras i större utsträckning inom äldre- och funktionshinderomsorgen. Samma tendenser går att hitta i rapporten ”hiv-kunskaper och attityder inom primärvården” (2017) där enligt enkätformuläret de flesta, 55 procent, inte hade diskuterat hiv med en arbetskamrat under det senaste månaden. Däremot anger i samma rapport 45 procent av respondenterna att de enstaka gånger diskuterat hiv med en arbetskamrat den senaste månaden. Detta skiljer sig från denna studie, som figur 4 anger, där majoriteten, 85,60 procent av de svarande, angav att de aldrig har diskuterat hiv under den senaste månaden. Att det finns en högre andel ”nej, aldrig” i jämförelse med ovanstående rapport om primärvården, kan bero på att personer som lever med hiv inte i lika stor

utsträckning vänder sig till äldre- och funktionshinderomsorgen i jämförelse med primärvården, då vi idag har vår första generation av äldre som lever med hiv.



Figur 4. Har du diskuterat hiv med någon arbetskamrat under den senaste månaden?

Majoriteten av respondenterna (87, 58 procent) hade inte tagit hand om en person som lever med hiv, men av de som hade tagit hand om en person som lever med hiv, var sjuksköterskor överrepresenterade.

Utifrån frågan "Är du villig att ta hand om en person som lever med hiv?" angav majoriteten (80,07 procent) att de var villiga till att ta hand om en person som lever med hiv, men 9,53 procent ville inte detta. 10,30 procent visade på en osäkerhet. Procentuellt störst andel "nej" samt osäkerhet hittades bland undersköterskor. Det kan diskuteras om man faktiskt kan neka att vårda en brukare ur ett professionellt perspektiv. Däremot finns det nog olika flexibilitet i faktiskt eller uppfattat handlingsutrymme bland olika yrken där sjuksköterskor har mindre handlingsutrymme och mer ansvar för att vårda en brukare i jämförelse med andra yrkesgrupper.

När det gällde frågan om man kände rädsla att få hiv i sitt arbete, svarade majoriteten, 81,79 procent, nej och 18,21 procent svarade ja. Vet ej eller annat fanns inte som svarsalternativ. Av de svarande som kände rädsla, var undersköterskor det yrke som hade störst procentuell andel.

Vidare ansåg majoriteten, 81,29 procent av de svarande, att de inte upplevde att personer som lever med hiv behandlas annorlunda inom äldre- och funktionshinderomsorgen. Denna fråga kan vara lite svår att tolka, då majoriteten inte hade tagit hand om en person som lever med hiv, däremot kan resultatet jämföras med hjälp av den villiga inställningen inför att ta hand om en person som lever med hiv. 18,71 procent ansåg dock att personer med hiv behandlades annorlunda och där rädsla och brist på kunskap var de mest förekommande angivna anledningarna.

### Hiv och bemötande

För att undersöka attityder och bemötande valdes frågor som berör hur man skulle agera om en arbets- eller skolkamrat har hiv. I jämförelse med ”Hiv i Sverige” (2016) där frågorna togs från, kan samma tendenser till inställning påvisas.

- “Jag skulle lära mig mer om hiv”. Där svarade majoriteten av respondenterna, 89,40 procent, att de tror att de skulle lära sig mer om hiv. 3,64 procent svarade ”nej” och 6,95 procent ”vet inte”.
- “Jag skulle undvika att använda samma toalett som personen”. Majoriteten av respondenterna, 71,52 procent, skulle inte undvika att använda samma toalett, 7,78 procent skulle undvika att använda samma toalett och 20,70 procent var osäkra.
- “Jag skulle undvika nära kontakt med personen”. Majoriteten av respondenterna, 78,15 procent, svarade ”nej”, 6,79 procent svarade ”ja” och 15,07 procent svarade ”vet inte”.
- “Jag skulle bli orolig att själv få hiv”. Majoriteten av respondenterna, 69,21 procent, svarade ”nej”, 15,56 procent svarade ”ja” och 15,23 procent svarade ”vet inte”.
- “Jag skulle försöka stötta den personen”. Majoriteten av respondenterna, 88,74 procent, svarade ”ja”, 2,32 procent svarade ”nej” och 8,94 procent svarade ”vet inte”.

### Informationsplikten

Ett antal frågor har ställs rörande vårdpersonalens uppfattning om vilken skyldighet personer, som lever med hiv, har att berätta om sin hiv. Frågorna berör skyldigheter både inom sitt arbete som gentemot sin sexpartner. Dessa frågor, som är tagna från studien ”Hiv- kunskaper och attityder inom primärvården” syftar till att undersöka om man uppfattar att personer som lever med hiv har skyldighet att informera om sin diagnos i diverse situationer, snarare än att undersöka vårdpersonalens syn på informationsplikten.

Det finns en generell uppfattning bland vårdpersonalen om att personer som lever med hiv har en ganska omfattande skyldighet att informera om sin diagnos. Detta visar även ovannämnda studie. Utifrån första påståendet, om man tycker att den som lever med hiv har en skyldighet att upplysa sina arbetskamrater om sin hiv-status oavsett var man arbetar, svarade merparten av respondenterna, 30,79 procent, att de instämde helt i utsagan, varav vårdbiträden och undersköterskor hade procentuellt störst andel. Av de övriga svarade 22,68 procent att de instämmer delvis. 17,05 procent instämde till liten del och 18,54 procent instämde inte alls. Av de sistnämnda hade sjukgymnaster/fysioterapeuter och sjuksköterskor procentuellt störst andel. 10,93 procent kunde inte ta ställning. Andra påståendet, som lyder som första påståendet, men där man har ändrat till att man arbetar personnära inom äldre- och funktionshinderomsorgen, visar på en något förändrad inställning. 41,06 procent instämmer helt och där hittar vi även vårdbiträden och undersköterskor med procentuellt störst andel. 22,52 procent instämmer delvis, 12,58 procent instämmer till liten del och 14,07 procent instämmer inte alls. I sistnämnda grupp hade sjukgymnaster/fysioterapeuter och sjuksköterskor störst andel. I det sista påståendet som ställer kravet på informationsplikt i relation till en sexpartner, blir det ännu tydligare. Totalt instämde 95,86 procent helt i påståendet.

### **Analys**

I frågorna där respondenternas attityder ska ringas in, ger deras svar en bild av en positiv attityd till att vårda någon med hiv, majoriteten säger sig också inte vara rädda. Man kan trots detta se en viss osäkerhet hos flera i dessa frågor. Vad gäller informationsplikten svarade tex en relativt stor grupp att om man har hiv så är man skyldig att informera om sin diagnos på sin arbetsplats, framför allt om man arbetar personnära inom äldre- och funktionshinderomsorgen och detta gäller även i relation till sin sexpartner. Detta skulle kunna tyda på vissa kunskapsluckor angående exempelvis behandlingens effekter.

De övervägande positiva attityderna, satta i samband med att 44 % trodde en patient smittar trots behandling och att det även fanns kunskapsluckor gällande överföringsvägar, är intressant. Detta skulle behöva fördjupas för att förstås. Det skulle kunna tyda på att man tex är van vid att vårda brukare med andra blodburna sjukdomar och att det är den praktiska erfarenheten och kunskapen därifrån som är utslagsgivande. Deltagarna har ju dessutom både erfarenhet och kunskap om att helt allmänt vårda människor. Det är en kunskap som också har sin plats inom kunskapsteorin (Hartman, 2004). Definitionen av omvårdnad, som respondenterna har erfarenhet av, kan hittas i Kirkevold's (2000)

beskrivning av Martinsens omsorgsteori, där principen omsorg bland annat betyder att ta ansvar för de svaga och handla efter den andres bästa. Omsorg är också en praktisk handling utöver relationen, där handlingen utgår från den sjuke personens situation och tillstånd. Att vara professionell är att bejaka vården först och främst.

## **8. DISKUSSION**

Antivirala behandlingens effekt har inneburit en längre livslängd för personer som lever med hiv och idag har vi den första generationen som åldras med hiv (Folkhälsomyndigheten, 2017). Studien har haft som mål att undersöka nivån av kunskap kring hiv och attityder gentemot personer som lever med hiv, bland vårdpersonal inom äldre- och funktionshinderomsorgen i Borlänge kommun.

Resultatet från fokusgrupperna visar på kunskapsluckor gällande sjukdomsförloppet, indikatorsjukdomar, behandlingens effekt på överföringsrisken och relationen mellan hiv och åldrande. Kunskapsnivån var dock olika, beroende på vilken generation man tillhörde, utbildningsnivån och om det fanns erfarenhet av att möta och vårda personer som lever med hiv. Hur förberedd är vårdpersonalen inför ankomsten av brukare med hiv? I ramen för diskussionerna framkom att de inte känner sig förberedda, det har inte funnits en medveten tanke kring hiv och äldre- och funktionshinderomsorgen. Detta beror delvis på att det inte har behövts, då man inte har mött äldre personer med hiv ännu. Diskussionen blev ett uppvaknande för dem och skapade en medvetandehöjning. Interaktionen mellan deltagarna blev också ett kunskapsutbyte och lärande, vilket gjorde att diskussionerna i sig fick en kunskaphöjande effekt. Attityden var svår att skönja, eftersom flera talade om osäkerhet och otrygghet, men inte talade i egen sak utan talade om det i allmänna ordalag. Deltagarna definierade själva att osäkerheten grundade sig i bristfällig kunskap.

Resultatet från enkäterna, visar på kunskapsluckor gällande överföringsvägar, indikatorsjukdomar och behandlingens effekt på överföringsriskerna. Detta visar alltså att vårdpersonal inom äldre- och funktionshinderomsorgen har otillräckliga kunskaper om hiv. Resultat kopplat till attityder gentemot personer som lever med hiv, visar att majoriteten har en positiv inställning till att ta hand om en person som lever med hiv, men tendenser finns till motsatsen. Skillnad mellan åldersgrupperna kunde även hittas, där den äldre åldersgruppen i relation till den yngre åldersgruppen hade mindre kunskap gällande vissa överföringsvägar.

Flera likheter och mönster går att hitta i både enkätundersökningen och i fokusgrupperna. Kunskapsluckor gällande behandlingens effekt och indikatorsjukdomar visades genom bägge metoderna och också att olika kunskapsnivåer berodde på generation, utbildning och erfarenhet. Det blir även tydligt i bägge metoderna att hiv inte diskuteras inom domänen. Generell positiv attityd kan ses men rädsla och brist på kunskap är faktorer som påverkar attityden. Resultaten visar också på att vårdpersonalen ansåg att man var skyldig att berätta om sin hiv.

Det var intressant att se att resultaten sammanföll så pass bra som de gjorde, eftersom enkäterna görs anonymt (utan vittne) och att det i fokusgrupperna finns ett visst gruppträck. Metoderna visade mer än vad vårdpersonalen själv trodde sig veta och behärska. Hur de faktiskt agerar och bemöter en brukare när situationen uppkommer, är svårt att få grepp om genom dessa metoder. Därför skulle det vara bra att komplettera studien med en etnologisk undersökning på arbetsplatserna. Fokus har framförallt varit på teoretisk kunskap och konsekvenserna av bristen av denna kunskap. Men den praktiska och erfarenhetsbaserade kunskapen från övrigt vårdande, den som till stor del är tyst kunskap och kanske skulle kunna komma till uttryck i mötet med en brukare med hiv (Hartman, 2004), den kunskapen kommer inte till uttryck tillräckligt i dessa metoder. Men även i en sådan etnologisk undersökning skulle det vara svårt att helt komma ifrån önskan att framställa sig som professionell och i positiv dager. Min personliga känsla i samtalen var att deltagarna i fokusgruppen ville framstå som professionella gentemot varandra och mig som samtalsledare. Detta gav mig känslan av att det fanns en viss självzensur.

För att möta den generationen av äldre som lever med hiv och som söker sig till äldre- och funktionshinderomsorgen behövs en uppdaterad och relevant kunskap, både teoretisk och praktisk. Inför osäkerheten kopplat till hiv, som uppenbaras både i enkätundersökningen och i fokusgrupperna krävs alltså tillgång till teoretisk kunskap, som ger bättre möjlighet att kunna möta en brukare med hiv med större professionell trygghet. Kunskap är källan till den förändring som efterlyses från fokusgrupperna.

Enkäterna och fokusgrupperna har synliggjort och analyserat att det både är kunskap och erfarenhet om hiv som saknas. På grund av detta så är det många trosföreställningar som lever kvar från en annan tid (Hartman, 2004). Teoretisk kunskap är nödvändig, eftersom det blir tydligt genom gruppsamtalen att bristande kunskap skapar rädsla och osäkerhet bland personalen. Detta står i vägen för att etablera en god relation mellan vårdpersonalen och brukaren, vilket, som tidigare visats, är nödvändigt för att individualisera och ge en bra anpassad vård (Kirkevold, 2000). Enligt Kirkevold (2000) anser Travelbee och

Martinsen att relationen och interaktionen mellan vårdpersonal och brukare är absolut fundamental för omvårdnaden. Enligt Travelbee, ska en sjuksköterska förhålla sig till individens upplevelse av sjukdom och lidande istället för sin egna objektiva bedömning, vilket även innebär att man måste kunna gå bortom de stereotypa uppfattningarna av den sjuke. Vidare anses kommunikation vara vårdpersonalens viktigaste verktyg för att etablera en relation och på så sätt uppnå målet med omvårdnad (Kirkevold, 2000). Här kan den bristfälliga kunskapen om hiv, skapa hinder i etableringen av relationen och i omvårdnaden. Om en vårdpersonal känner rädsla, otrygghet och osäkerhet på grund av stigmat mot hiv som ligger kvar, kan detta allvarligt försvåra kommunikationen och förståelsen mellan vårdaren och brukaren. Det kan då medföra att brukarens behov inte kan mötas samt bidra till att stärka brukarens isolering och ensamhet. Den mänskliga interaktionen mellan vårdpersonal och brukare kan då inte fullföljas, eftersom relationsprocessen inte kan utvecklas. Därmed kan inte heller omvårdnads målet fullföljas, dvs att hjälpa brukaren att utvärda och bemästra sjukdom (samsjukligheter) och lidande och hitta mening i sin upplevelse (Kirkevold, 2000).

Vidare menar Kirkevold (2000) enligt Martinsen, att spontana livsyttringar, som medkänsla, tillit, öppenhet, osv inte kan ge sig tillkänna utan en förståelse för andras tillstånd. Hon menar också att en god omvårdnad, måste baseras på sensorisk öppenhet och närvaro. Tolkningen av sinnesintryck och handling måste vila på förståelsen att vårdpersonalen intar en roll som ställföreträdare för patienten till dess den själv kan återta sin plats (Kirkevold, 2000). Igen kan den bristfälliga kunskapen om hiv bli ett hinder för en god omvårdnad. Rädslan som kommit i uttryck i fokusgrupperna riskerar att medföra fokuseringen på sig själv hos vårdpersonalen istället för relationen till brukaren. Detta kan också skapa svårighet i förståelsen av brukarens tillstånd, och på så sätt minimera de spontana livsyttringarna, vilket påverkar rollen som ställföreträdare i omvårdnaden. Liknande bild har uttryckts i fokusgrupperna, där man menade att risken att inte ha uppdaterad kunskap om hiv, skulle kunna medverka till att brukaren som lever med hiv skulle kunna få en kall omvårdnad. För Martinsen är vårdpersonalens professionella omdöme och praktiska kunskaper långt viktigare än den teoretiska kunskapen (Kirkevold, 2000). När man talar om kunskap hos vårdpersonal så handlar det alltså inte bara om teoretisk kunskap, utan det måste finnas i ett samspel med den praktiska och erfarenhetsbaserade kunskapen. Det är alltså i själva omvårdnaden av brukare som lever med hiv som en allomfattande kunskap kan etableras. Det handlar om kunskapshöjning, om medkänsla, tillit, förståelse etc., om att vara människa och möta en annan människa. Det är väl det som är den professionella aspekten, att känna medmänsklighet med alla sin brukare. Oavsett sjukdom. Martinsens treenighet, dvs moral, relation och praktik



är alltså viktiga aspekter i omsorgen (Kirkevold, 2000). Ett viktigt perspektiv, inte att förglömma, är det faktum att det finns många yrken som inte har medicinsk utbildning eller bara i ringa omfattning, exempelvis undersköterskor, vårdbiträde och personlig assistent. Det är också i dessa yrkesgrupper där det förekommer mest osäkerhet, bristfällig erfarenhet och kunskap gentemot hiv. Just de här gruppernas arbete är personnära och därför kan det vara viktigt, att även de får ta del i en viss teoretisk utbildning vad gäller hiv för bästa möjliga omvårdnad för brukaren.

Det är alltså viktigt att notera att vårdpersonal är människor och att de därför också har ett eget bagage bortom sin profession. Otryggheten som påtalas har delvis att göra med fördomar i kombination med bristfällig kunskap om behandlingens effekter på överföringsrisken. Om rädslan finns hos några finns även en risk att denna sprids vidare till andra i personalen. En av deltagarna i fokusgruppen nämnde att en sådan kunskapsbrist riskerar att medföra orimliga regler som riskerar att stigmatisera brukaren. I diskussionerna återkom deltagarna ofta till situationen under 80–90 talet och attityderna, rädslor etc. från den tiden. Samtalen genererade en medvetenhet om hur skräcken från den tiden finns som kvar som ett eko (speciellt hos de som inte hade tillgång till uppdaterad information). Men ingen tänker på sambandet mellan skräcken som lever kvar från den tiden och de människor som var sjuka då och det trauma de överlevande bär med sig från den tiden. Det är just den gruppen brukare som kanske kommer till äldre- och funktionshinderomsorgen nu. Stigmatiseringen har satt djupa spår och därför krävs det insikt hos vårdpersonalen om dessa sår.

I bägge metoderna uppdagades det att man inte satt hiv i relation till åldrande. Dessutom konstaterades att det finns tendenser till en dubbel fördom: både mot hiv och mot äldre. Ålderism handlar om synen på äldres sexualitet. Eller snarare tanken på att den skulle var frånvarande och att därför risker för sexuell överföring inte finns. Den kan vara ett uttryck för den allmänt rådande fördomen i samhället vad gäller sexualitet och äldre. Det innebär att man ser på äldre som en homogengrupp och inte som individer. Det aktualiserar återigen omvårdnadsteoriernas grund i att omvårdnad måste utgå från den enskildes behov.

Mötet mellan deltagarna i fokusgrupperna visade sig vara fruktbart, eftersom diskussionerna ledde till ett utbyte av kunskap, lärande, ett medvetandegörande och synliggörande av problemet och att man tillsammans kunde definiera vad som behövs för att öka kompetensen hos dem som ska ta emot patientgruppen. Genom samtalen blev deltagarna medvetna både om sig själva och utmaningarna de står inför. Gruppsamtal är att rekommendera på arbetsplatserna och det skulle kunna bidra till en gemensam kunskapsbas.

Det vore intressant att återknyta till fokusgrupperna längre fram och göra en fördjupning och studera effekterna av detta första möte där kunskapen och erfarenheten visade sig vara bristfällig.

Denna studie är för liten för att kunna generaliseras för hela äldre- och funktionshinderomsorgen i Sverige, men den är intressant som ett referensmaterial till alla. Det vore intressant att veta om detta är en allmän situation och därför vore det viktigt att se hur det ser ut i resten av landet. Hur förberedda är dessa arbetsplatser i allmänhet? Vidare vore det viktigt att studera jämlikheten i vården, nivån på kunskap och omvårdnad på olika platser, och jämföra situationen i storstäder och situationen på landsbygden.

## **9. SLUTSATS**

Det behövs en uppdatering av teoretisk kunskap bland vårdpersonal i äldre- och funktionshinderomsorgen. Utbildning av vårdpersonal på dessa arbetsplatser är nödvändig redan innan de möter patientgruppen. Den praktiska kunskapen kommer att inhämtas efterhand, men genom att regelbundet organisera personalsamtal så kan man, som vi har sett i fokusgrupperna, både medvetandegöra, synliggöra och öka kunskapen dels genom själva diskussionen, men också genom att personalen får tillfälle att lära sig av varandra. Förutom att man får ta del av teoretisk kunskap så får man också del av den tysta kunskapen som var och en bär på från olika håll. Personalen kan få överblick över kunskaper och brister, vilket kan vara en hjälp för att öka samarbetet och kompetensen på arbetsplatsen och garantera en god omvårdnad för den grupp av äldre personer som lever med hiv.

## 10. REFERENSER

- Ajzen, I. (2005). Attitudes, personality and behavior. (2. ed.) Maidenhead: Open University.
- Borlänge Kommun. (2015). Borlänge hemsjukvård. Hämtad 2018-02-13, från <https://wwwtest.borlange.se/omsorg-och-hjalp/sjukvard-och-tandvard/hemsjukvard/>
- Borlänge Kommun. (2017a). Hjälp i hemmet. Hämtad 2018-02-13, från <https://www.borlange.se/omsorg-och-hjalp/hjalp-i-hemmet/>.
- Borlänge Kommun. (2017b). Personlig assistans. Hämtad 2018-02-13, från <https://www.borlange.se/omsorg-och-hjalp/funktionsnedsattning-handikapp/personlig-assistans/>
- Borlänge Kommun. (2017c). Äldreboende. Hämtad 2018-01-24, från <https://www.borlange.se/omsorg-och-hjalp/boende-sarskilda/alldreboende/>
- Cahill, S. & Valadéz, R. (2013). Growing Older With HIV/AIDS: New Public Health Challenges. *American Journal of Public Health*. 103(3):7-15.
- Creswell, J.W. (2014). Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. (4th ed.) Thousand Oaks: SAGE Publications
- Dahlin Ivanoff, S. & Holmgren, K. (2017). Fokusgrupper. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlin- Ivanoff, S. (2011) Fokusgruppsdiskussioner. I Ahrne, G., Ahrne, G. & Svensson, P. (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder*. (1. uppl.) Malmö: Liber.
- Ejlertsson, G. (2014). Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik. (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten (2012). Hiv i Sverige, kunskaper, attityder och beteende hos allmänheten 1987-2011. Solna: Folkhälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten (2014). Smittsamhet vid behandlad hivinfektion: kunskapsunderlag från Folkhälsomyndigheten och Referensgruppen för Antiviral terapi (RAV). (2. rev. uppl.) Solna: Folkhälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten (2016a). Att leva med hiv i Sverige, en studie om livskvalitet hos personer som lever med hiv. Solna: Folkhälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten (2017). Hiv i Sverige 2016, en studie om kunskap, attityder och förhållningssätt till hiv i befolkningen. Solna: Folkhälsomyndigheten
- Guaraldi, G., Orlando, G., Zona, S., Menozzi, M., Carli, F., Garlassi, E,... Palella, F. (2011). Premature Age-Related Comorbidities Among HIV-Infected Persons Compared With the General Population. *Clinical Infectious Diseases*, 53(11),1120–1126.

- Hall, I.E., Plantin, L. & Tornberg, J. (2017). HIV: kunskaper och attityder inom primärvården. Malmö: Malmö högskola, Fakulteten för hälsa och samhälle.
- Hartman, J. (2004). Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori. (2., [utök. och kompletterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Hartman, J. (2004) Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori. (2.uppl) Lund: Studentlitteratur
- Hiv-Sverige. (2016) Äldreprojektet. Hämtad 2018-01-24, från <http://www.hiv-sverige.se/projekt/aldreprojektet/>
- HIV idag. (2018a). Symptom. Hämtad 2018-02-07, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/hiv idag/symtom/>
- HIV idag. (2018b). Så verkar hivviruset och behandlingen av hiv. Hämtad 2018-01-24, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/hiv idag/behandling/sa-verkar-hivviruset-och-behandlingen-av-hiv/>
- Hughes, A. K. (2011) HIV Knowledge and Attitudes Among Providers in Aging: Results from a National Survey. *Aids Patient Care and STD*, 25(9), 539-545
- Kirkevold, M. (2000). Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering. (2.uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Kristoffersen, N. J. (2001) Teoretiska modeller i omvårdnad. I N.J.Kristoffersen (Red.), *Allmän omvårdnad 1, Profession och ämnesområde - utveckling, värdegrund och kunskap* (s.417-430). Enskede: TPB
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). Den kvalitativa forskningsintervjun. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Nasi, M., De Biasi, S., Gibellini, L., Bianchini, E., Pecorini, S., Bacca, V,... Cossarizza, A. (2017) Ageing and inflammation in patients with HIV infection. *Clinical and experimental immunology*, 187(1), 44-52.
- Naudet, D., Decker, L. DE., Chiche, L., Doncarli, C., Ho-Amiot, V., Bessaud, M... Retornaz, F. (2017) Nursing home admission of aging Hiv patients: Challenges and obstacles for medical and nursing staffs. *European Geriatric Medicine*, 8(1), 66-70.
- Pallant, J. (2010). SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS. (4. ed.) Maidenhead: Open University Press/McGrawHill.
- Pilhammar Andersson, E. (2011). Erfarenhetsbaserad kunskap och lärande inom vård och medicin. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Pita-Fernández, S., Rodríguez-Vázquez, B., & Pertega-Díaz, S. (2004) Attitudes of Nursing and Auxiliary Hospital Staff Toward HIV Infection and AIDS in Spain. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 15(3), 62-69

Rodger, A., Cambiano, V., Brunn, T., Vernazza, P., Collins, S., Corbelli, G.M...Lundgren, J. (2018) Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive ART: The PARTNER2 Study extended results in gay men. *Journal of the international aids society*, 21, 163-170.

SFS 2004:168. Smittskyddslagen. Stockholm: Socialdepartementet

Suominen, T., Koponen, N., Mockiene, V., Raid, U., Istomina, N., Vänskä, M-L... Välmäku, 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

Tavoschi, L., Gomes-Dias, J., & Pharris, A. (2017) New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004-15:an analysis of surveillance data. *Lancet Hiv* 2017;4: e514-21

Trost, J. (2001). *Enkätboken*. (2., uppl.) Lund: Studentlitteratur.

## BILAGA 1

Följande bilaga redovisar de frågor som använts från Hiv- kunskaper och attityder inom primärvården och Hiv i Sverige 2016, en studie om kunskap, attityder och förhållningssätt till hiv i befolkningen och från Hiv i Sverige, kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987-2011,

Enbart frågor som används från respektive studie redovisas nedan.

Hiv- kunskaper och attityder inom primärvården

1. Har du diskuterat hiv med någon arbetskamrat under den senaste månaden?

Enbart ett svarsalternativ möjligt

- Ja flera gånger
- Ja enstaka gånger
- Nej, aldrig

2. Upplever du att patienter som lever med hiv stigmatiseras och/eller diskrimineras i hälso- och sjukvården?

Enbart ett svarsalternativ möjligt

- Ja
- Nej

3. Känner du rädsla inför att bli smittad med hiv i ditt arbete inom hälso- och sjukvården?

Enbart ett svarsalternativ möjligt

- Ja
- Nej
- Annat svar:

4. Tror du att du, i ditt arbete framöver, kommer att möta patienter som lever med hiv?

Enbart ett svarsalternativ möjligt

- Ja, ofta
- Ja, mer sällan
- Nej, aldrig
- Vet ej

5. Är du villig att ha hand om en patient som lever med hiv? Enbart ett svarsalternativ möjligt

- Ja
- Nej
- Annat svar:

6. Har du någon gång tagit hand om en patient som lever med hiv? Enbart ett svarsalternativ möjligt

- Ja
- Nej

7. Nu följer ett antal påståenden. Hur väl instämmer du med dessa?

Jag tycker att den som lever med hiv har en skyldighet att upplysa sina arbetskamrater om sin hiv-status, oavsett var den arbetar. Enbart ett svarsalternativ möjligt

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Instämmer knappast
- Instämmer inte alls
- Kan inte ta ställning

Jag tycker att den som lever med hiv har en skyldighet att upplysa sina arbetskamrater om sin hiv-status, om denne arbetar patientnära inom hälso- och sjukvården

Enbart ett svarsalternativ möjligt

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Instämmer knappast
- Instämmer inte alls
- Kan inte ta ställning

Jag tycker att den som lever med hiv måste informera sin sexpartner om detta

Enbart ett svarsalternativ möjligt

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Instämmer knappast
- Instämmer inte alls
- Kan inte ta ställning

8. Sedan 1997 har medicinerna för behandling av hivinfekterade blivit mer effektiva. Vad tror du detta har för betydelse för smittsamheten hos de som tar medicinerna?

Enbart ett svarsalternativ möjligt

- De smittar inte längre
- De smittar mindre
- De smittar fortfarande lika mycket
- Vet inte

9. Nu följer ett antal påståenden. Markera för vart och ett av dessa med ett kryss den ruta som bäst stämmer med din uppfattning?

Personer som lever med hiv kan leva ett långt liv Enbart ett svarsalternativ möjligt

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Instämmer knappast
- Instämmer inte alls
- Kan inte ta ställning

Vid väl fungerande behandling är risken mycket låg att hiv överförs vid samlag utan kondom

Enbart ett svarsalternativ möjligt

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Instämmer knappast
- Instämmer inte alls
- Kan inte ta ställning

Att leva med hiv kan liknas med att leva med andra kroniska sjukdomar  
Enbart ett svarsalternativ möjligt

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Instämmer knappast
- Instämmer inte alls
- Kan inte ta ställning

10. Använder ni, på er arbetsplats, samma hygienrutiner för patienter med hiv som patienter med andra blodsmittor, exempelvis hepatit B eller C?

Enbart ett svarsalternativ möjligt

- Ja
- Nej
- Annat svar:

11. Har ni som rutin att ta ett hivtest när en patient själv önskar det?

Enbart ett svarsalternativ möjligt

- Ja, alltid
- Nej, vi hänvisar vidare till annan mottagning
- Nej, det beror på den medicinska bedömningen
- Vet ej

13. Det finns ett antal symtom eller tillstånd (s.k indikatorsjukdomar) som i vissa fall kan vara associerade med HIV-infektion, och där man bör överväga att erbjuda ett HIV-test.

Vilka av följande tillstånd gäller det? Flera svarsalternativ möjliga

- Annan STI (Gonorré eller syfilis)
- Hepatit B och C
- Bältros hos yngre person
- Körtelfeberliknande symtom och oklar lymfkörtelsvullnad
- Upprepade svampinfektioner i munhålan
- Annat svar:

Hiv i Sverige 2016, en studie om kunskap, attityder och förhållningssätt till hiv i befolkningen  
Svarsalternativ för följande frågor är: ja, nej, vet inte

15. Markera i vilken mån du tror att påståendena stämmer:

1. Hiv kan överföras från gravida till deras foster



2. Hiv kan överföras genom kyssar
  3. Hiv kan överföras genom offentliga toaletter
  4. Hiv kan överföras genom insektsbett
  5. Man kan få hiv genom att dricka ur samma flaska som någon som har hiv
  6. Om man använder kondom varje gång man har sex, med ny eller tillfällig partner, minskar man risken att få hiv
  7. Risken för att få hiv ökar ju fler personer man har sex med utan kondom
  8. En person som ser frisk ut kan ha hiv
16. Tror du att man kan få hiv genom...
1. ... saliv?
  2. ... tårar?
  3. ... blod?
  4. ... sperma?
  5. ... slidsekret?
20. Hur skulle du reagera om du får veta att till exempel en arbetskamrat eller skolkamrat har hiv? Jag tror att jag skulle:
1. lära mig mer om hiv
  2. undvika att använda samma toalett som personen
  3. undvika nära kontakt med personen
  4. bli orolig för att själv få hiv
  5. försöka stötta den personen

Hiv i Sverige, kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987-2011,

17 B. Tror du att människor är lika noga med att skydda sig mot hiv nu när det finns effektiva bromsmediciner?

- Ja, säkert
- Ja, troligen
- Nej, troligen inte
- Nej, absolut inte
- Vet inte

## BILAGA 2- Uppsatsens enkät

### BAKGRUNDSFRÅGOR

Vad är ditt kön?

- Kvinna
- Man
- Annan könstillhörighet

Din ålder? \_\_\_\_\_

Vilken är din högsta avslutade utbildning?

- Grundskola eller motsvarande utbildning
- Gymnasieskola eller motsvarande utbildning
- Universitet eller högskoleutbildning
- Annat

Vad har du för funktion/yrke inom äldre- och funktionshinderomsorgen? \_\_\_\_\_

Hur länge har du arbetat inom äldre- och funktionshinderomsorgen? \_\_\_\_\_

Känner du någon som har hiv?

- Ja
- Nej
- Vet inte

### ATT MÖTA PERSONER SOM LEVER MED HIV I ARBETSLIVET

Har du diskuterat hiv med någon arbetskamrat under den senaste månaden? Kryssa i enbart ett svarsalternativ

- Ja, flera gånger
- Ja, enstaka gånger
- Nej, aldrig

Bedömer du att du har tillräckliga kunskaper om hiv för att bemöta personer som lever med hiv på ett bra sätt?

- Ja
- Nej
- Annat: \_\_\_\_\_

Känner du rädsla inför att få hiv i ditt arbete inom äldre- och funktionshinderomsorgen?

- Ja
- Nej

Är du villig att hand om en person som lever med hiv?

- Ja
- Nej
- Annat: \_\_\_\_\_

Har du någon gång tagit hand om en person som lever med hiv? Kryssa i enbart ett svarsalternativ

- Ja
- Nej
- Annat: \_\_\_\_\_

Tror du att du, i ditt arbete framöver, kommer att möta personer som lever med hiv? Kryssa i enbart ett svarsalternativ

- Ja, ofta
- Ja, mer sällan
- Nej, aldrig
- Vet inte

Upplever du att patienter/brukare som lever med hiv behandlas annorlunda inom äldre- och funktionshinderomsorgen? Kryssa i enbart ett svarsalternativ

- Ja
- Nej
- Annat: \_\_\_\_\_

Om ja, På vilket sätt? Utveckla \_\_\_\_\_

Nu följer ett antal påståenden. Hur väl instämmer du med dessa?

Jag tycker att den som lever med hiv har en skyldighet att upplysa sina arbetskamrater om sin hiv-status, oavsett var den arbetar. Kryssa i enbart ett svarsalternativ

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Instämmer till liten del
- Instämmer inte alls
- Kan inte ta ställning

Jag tycker att den som lever med hiv har en skyldighet att upplysa sina arbetskamrater om sin hiv-status, om denne arbetar personnära inom äldre- och funktionshinderomsorgen.

Kryssa i enbart ett svarsalternativ

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Instämmer till liten del
- Instämmer inte alls
- Kan inte ta ställning

Jag tycker att den som lever med hiv måste informera sin sexpartner om detta.

Kryssa i enbart ett svarsalternativ

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Instämmer till liten del

- Instämmer inte alls
- Kan inte ta ställning

Hur skulle du reagera om du får veta att till exempel en arbetskamrat eller skolkamrat har hiv?  
Jag tror att jag skulle:

Lära mig mer om hiv

- Ja
- Nej
- Vet inte

Jag skulle undvika att använda samma toalett som personen

- Ja
- Nej
- Vet inte

Undvika nära kontakt med personen

- Ja
- Nej
- Vet inte

Bli orolig för att själv få hiv

- Ja
- Nej
- Vet inte

Försöka stötta den personen

- Ja
- Nej
- Vet inte

Nedan finner du en uppräknig av ett antal påståenden om hiv. Markera med ett kryss på varje rad!

Markera i vilken mån du tror att påståendena stämmer?

Hiv kan överföras genom graviditet

- Ja
- Nej
- Vet inte

Hiv kan överföras genom kyssar

- Ja
- Nej
- Vet inte

Hiv kan överföras genom offentliga toaletter

- Ja
- Nej

- Vet inte

Hiv kan överföras genom insektsbett

- Ja
- Nej
- Vet inte

Man kan få hiv genom att dricka ur samma flaska som någon som har hiv

- Ja
- Nej
- Vet inte

Om man använder kondom varje gång man har sex, med ny eller tillfällig partner, minskar man risken att få hiv

- Ja
- Nej
- Vet inte

Risken för att få hiv ökar ju fler man har sex med utan kondom

- Ja
- Nej
- Vet inte

En person som ser frisk ut kan ha hiv

- Ja
- Nej
- Vet inte

Tror du att man kan få hiv genom...

...saliv?

- Ja
- Nej
- Vet inte

...tårar?

- Ja
- Nej
- Vet inte

...blod?

- Ja
- Nej
- Vet inte

...sperma?

- Ja
- Nej
- Vet inte

...slidsekret?

- Ja

- Nej
- Vet inte

## HIV OCH ANTIRETROVIRAL BEHANDLING

Sedan 1997 har medicinerna för behandling av hiv blivit mer effektiva.

Vad tror du detta har för betydelse för smittsamheten hos de som tar medicinerna? Kryssa i enbart ett svarsalternativ

- De smittar inte längre
- De smittar mindre
- De smittar fortfarande lika mycket
- Vet inte

Tror du att människor är lika noga med att skydda sig mot hiv nu när det finns effektiv behandling?

- Ja, säkert
- Ja, troligen
- Nej, troligen inte
- Nej, absolut inte
- Vet inte

Nu följer ett antal påståenden. Markera för vart och ett av dessa med att kryssa i den ruta som bäst stämmer med din uppfattning?

Personer som lever med hiv kan leva ett långt liv. Kryssa i enbart ett svarsalternativ

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Instämmer till liten del
- Instämmer inte alls
- Kan inte ta ställning

Vid väl fungerande behandling är risken mycket låg att hiv överförs vid samlag utan kondom.

Kryssa i enbart ett svarsalternativ

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Instämmer till liten del
- Instämmer inte alls
- Kan inte ta ställning

Att leva med hiv kan liknas med att leva med andra kroniska sjukdomar.

Kryssa i enbart ett svarsalternativ

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Instämmer till liten del
- Instämmer inte alls
- Kan inte ta ställning

## RUTINER PÅ ARBETSPLATSEN

Använder ni, på er arbetsplats, samma hygienrutiner för personer med hiv som för personer med andra blodburna sjukdomar, exempelvis hepatit B eller C?

Kryssa i enbart ett svarsalternativ

- Ja
- Nej
- Annat: \_\_\_\_\_

Det finns ett antal symtom eller tillstånd (s.k indikatorsjukdomar) som i vissa fall kan vara associerade med hivinfektion, och där man bör överväga ett hiv-test. Vilka av följande tillstånd gäller det? Flera svarsalternativ möjliga

- Annan STI (Gonorré eller syfilis)
- Hepatit B och C
- Tecken på demens eller annan minnesproblematik
- Körtelfeberliknande symtom och oklar lymfkörtelsvullnad
- Bältros
- Upprepade svampinfektioner i munhålan
- Annat: \_\_\_\_\_

Vissa åldersrelaterade sjukdomar ger symtom liknande hivinfektion? Har ni i personalen diskuterat eller övervägt möjligheten att ombesörja ett hiv-test i dessa situationer? Kryssa i enbart ett svarsalternativ

- Ja
- Nej
- Annat: \_\_\_\_\_

Har ni rutiner för att hänvisa eller ombesörja ett hiv-test om en patient/brukare själv önskar testa sig? Kryssa i enbart ett svarsalternativ

- Ja
- Nej
- Annat: \_\_\_\_\_



**BORLÄNGE**

Malmö 2018-03-20

## Förfrågan om att delta i enkätstudie om hivmedvetenhet inom äldre- och funktionshinderomsorgen

Vi har idag den första generationen som åldras med hiv. Närmare hälften av de 7000 individer som lever med hiv i Sverige är över 50 år. Dessutom är det allt fler äldre som diagnosticeras med hiv. Detta innebär att äldre- och funktionshinderomsorgen i högre grad blir en instans som personer med hiv har behov av.

Syftet med studien är att göra en nulägesanalys riktad till vårdpersonal inom äldre- och funktionshinderomsorgen i Borlänge kommun, för att ta reda på kunskapsnivån angående hiv och bemötande.

Studien genomförs i samarbete med Borlänge kommun på uppdrag av Hiv-Sveriges Äldreprojekt, som är ett treårigt projekt finansierat av Arvsfonden. Syftet med projektet är att förbättra livskvaliteten för äldre personer (50+) som lever med hiv i Sverige och utifrån kartläggning och behovsanalys utveckla relevant metodmaterial för vårdpersonal. Borlänge kommun är pilotkommun för projektet.

Studien är ett examensarbete på masternivå inom Vårld och hälsa vid Malmö universitet. Enkäten genomförs under våren 2018 och kompletteras med fokusgrupper i Borlänge kommun. Enkäten tar ca 5 minuter att svara på och omfattar dina erfarenheter, kunskaper och rutiner kring hiv.

Redovisningen av enkätresultatet sker på gruppnivå och ingen enskild individ kan identifieras. Resultatet presenteras i form av skriftliga och muntliga presentationer inom Äldreprojektet samt uppsats i ett examensarbete. Det finns möjlighet att ta del av resultaten och examensarbetet vid intresse efter examination.

Sekretess är av hög prioritet och största möjliga konfidentialitet eftersträvas i undersökningen. Det innebär bland annat att ingen obehörig får ta del av materialet. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan närmare motivering. OBS; enkäten kommer att begära er e-postadress, denna önskar vi att ni fyller i för att säkerställa tillförlitligheten. Detta kommer inte att synas i resultatet. Svaren kan ej ledas till respektive enkätdeltagare.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga:

Emma Howlett  
Student  
emma@pgsyd.se  
0736892752

Maria Granholm  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Borlänge kommun  
maria.granholm@borlange.se

Du tillfrågas härmed att delta i studien. Följ länken nedan:

<https://goo.gl/forms/ARLtnuqLrG2qMqo73>

Enkätens slutdatum är den 9.e April 2018.

Vänligen, Emma Howlett







**BORLÄNGE**

Malmö 2018-03-19

## Förfrågan om att delta i fokusgruppsintervjuer om hivmedvetenhet inom äldre- och funktionshinderomsorgen

Vi har idag den första generationen som åldras med hiv. Närmare hälften av de 7000 individer som lever med hiv i Sverige är över 50 år. Dessutom är det allt fler äldre som diagnosticeras med hiv. Detta innebär att äldreomsorgen i högre grad blir en instans som personer med hiv har behov av.

Under våren har vi genomfört en enkätstudie riktad till vårdpersonal inom äldre- och funktionshinderomsorgen i Borlänge kommun, med syfte att få en inblick i kunskapsnivån angående hiv och bemötande. Denna enkätstudie vill vi komplettera med fokusgruppintervjuer angående hiv och åldrande med personal inom äldre- och funktionshinderomsorgen. Du är utvald att delta i fokusgruppsintervju den 10 April.

Studien genomförs i samarbete med Borlänge kommun på uppdrag av Hiv-Sveriges Äldreprojekt, som är ett treårigt projekt finansierat av Arvsfonden. Syftet med projektet är att förbättra livskvaliteten för äldre personer (50+) som lever med hiv i Sverige och utifrån kartläggning och behovsanalys utveckla relevant metodmaterial för vårdpersonal. Borlänge kommun är pilotkommun för projektet.

Studien är ett examensarbete på masternivå inom Välfärd och hälsa vid Malmö universitet. Redovisningen av intervjuresultatet sker på gruppnivå och ingen enskild individ eller instans kan identifieras. Resultatet presenteras i form av skriftliga och muntliga presentationer inom Äldreprojektet samt uppsats i ett examensarbete. Det finns möjlighet att ta del av resultaten och examensarbetet vid intresse efter examination.

Sekretess är av hög prioritet och största möjliga konfidentialitet eftersträvas i undersökningen. Med din tillåtelse kommer intervju-sessionen att spelas in, för att transkriberas samt analysera intervjun. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt så att ingen obehörig får ta del av materialet. Det inspelade materialet kommer att raderas vid avslutat arbete. Deltagandet är frivilligt och anonymt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan närmare motivering.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga:

Emma Howlett  
Student  
emma@pgsyd.se  
0736892752

Maria Granholm  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Borlänge kommun  
[maria.granholm@borlange.se](mailto:maria.granholm@borlange.se)





**BORLÄNGE**

Malmö 2018-03-19

Du tillfrågas härmed att delta i studien.

Samtycke

Jag har tagit del av informationen och syftet med studien.

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

Jag samtycker till att delta i studien.

Datum:

Namnsteckning:

Tack för din medverkan!

