

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2015:80

Att se människan bakom sjukdomen
Det vårdande mötet mellan sjuksköterskan och patienter med hepatit C

Dahl Josefine
Lindberg Anna



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Att se människan bakom sjukdomen. Det vårdande mötet mellan sjuksköterskan och patienter med hepatit C
Författare:	Dahl Josefine och Lindberg Anna
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning. GSJUK13V
Handledare:	Lena Hedegård
Examinator:	Johan Herlitz

Sammanfattning

Idag lever 130-150 miljoner människor med hepatit C vilket utgör ett globalt folkhälsoproblem. Överföring av viruset via blod med orena injektionssprutor är största smittorsaken för hepatit C. Detta har skapat en stark association mellan hepatit C och intravenöst drogmissbruk. Associationen skapar en omfattande stigmatisering och fördomsfullhet gentemot hepatit C-positiva patienter. Syftet med litteraturstudien är att belysa det vårdande mötet mellan sjuksköterskor och patienter med hepatit C. Vi har gjort en litteraturstudie baserat på åtta artiklar som varit både kvalitativa och kvantitativa. För att kunna beskriva personers erfarenheter, upplevelser samt känslor lades fokus på kvalitativa artiklar. Axelssons analysmetod valdes till analysarbetet av artiklar. De studier vi granskat visar på att fördomar hos sjuksköterskor gentemot patienter med hepatit C är vanligt förekommande på grund av bristande kunskap samt kopplingen till intravenöst drogmissbruk. Det framkommer att en ökad kunskap hos sjuksköterskan om hepatit C skapar en bättre attityd och bemötande mot patientgruppen. Ur patienternas perspektiv visar studierna på en upplevelse av brist på information, holistisk vård, förståelse och empati av sjuksköterskan i det vårdande mötet. För att minska hepatit C-positiva patienters upplevelse av stigma bör sjuksköterskan eftersträva ett vårdande möte med ett holistiskt förhållningssätt där patientens samtliga upplevelser av sjukdomen får ta plats. Det är viktigt att sjuksköterskan har en tillfredställande kunskap om hepatit C för att kunna ge adekvat information och undervisning till patienten. Mer utbildning och därmed en ökad kunskap om hepatit C hos sjuksköterskan minimerar risken att fördomar och stigmatisering påverkar det vårdande mötet.

Nyckelord: *Hepatit C, vårdande möte, kunskap, stigma, upplevelse*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Smittöverföring	1
Symtom och påverkan på patienten	1
Behandling	2
Vikten av prevention	3
Stigma	3
Sjuksköterskan i sin yrkesroll	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	6
Datainsamling	6
Dataanalys	6
RESULTAT	7
Förväntningar på sjuksköterskan i sin yrkesroll	7
Att se patienten	7
Patientens behov av information och undervisning	8
Upplevelse av stigmatisering och diskriminering	9
Attityder och fördomar	9
Avslöjande av diagnos	10
Det vårdande mötet vid behandling	11
Kunskap och stöd vid behandling	11
Att bli avvisad	12
Kontinuitet och följsamhet	13
Behovet av en holistisk vård	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
SLUTSATSER	18
Implikationer i vården	19
Framtida forskning	19
REFERENSER	20
BILAGA 1	23

INLEDNING

Vi läser vår sjätte och sista termin i Sjuksköterskeutbildningen och har under våra tre år mött olika patienter med diagnosen hepatit C. Dessa patienter har vi mött under utbildningens gång när vi har haft vår verksamhetsförlagda utbildning, samt i vårt yrkesliv då vi arbetat på sjukhus. Vi upplever att patienter med hepatit C alltför ofta särbehandlas på grund av sin diagnos och blir annorlunda bemötta av sjuksköterskor. Frågan som vi ställer oss är huruvida detta beror på okunskap bland sjuksköterskor eller fördomar om blodsmitta. Vidare vill vi undersöka hur det vårdande mötet upplevs ur både patienter med hepatit C och sjuksköterskors perspektiv.

BAKGRUND

Hepatit C (HCV) är ett globalt folkhälsoproblem, där 130-150 miljoner människor världen över lider av ett kroniskt tillstånd (WHO, 2015). HCV är ett blodburet virus som kan orsaka leversjukdom. Viruset kan ge akuta eller kroniska hepatitinfektioner vilka kan vara relativt skonsamma och vara i några veckor eller vara mer allvarliga och livslånga (Folkhälsomyndigheten, 2013).

Smittöverföring

Gällande HCV finns smittämnet i blodet (Folkhälsomyndigheten, 2013). Blodburen smitta avser den smitta som med blod, blodtillblandade kroppsvätskor och blodprodukter kan överföras direkt eller via slemhinnor till mottagarens blod (Socialstyrelsen, 2006. s. 254). Den vanligaste smittorsaken av HCV är genom orna injektionssprutor, något som givit viruset en stark koppling till intravenöst drogmissbruk (Folkhälsomyndigheten, 2013). Viruset smittas även vid felaktig hantering av medicinsk utrustning, det vill säga bristande hygienrutiner vid sterilisering av kanyler och nålar (WHO, 2015). I sällsynta fall kan smittan spridas via blodkontakt med slemhinnor eller sår. Förr i tiden smittades patienter via blodtransfusion, men sedan 1992 testas allt blod som doneras vilket gör den smittvägen högst osannolik. HCV kan överföras sexuellt, men risken är väldigt liten. Vid graviditet finns en risk att smittan överförs till barnet, men denna överföring av viruset är mycket ovanlig (Folkhälsomyndigheten, 2013). HCV omfattas av smittskyddslagen som allmänfarlig sjukdom (SFS 2004:168). Då HCV är en smittspåringspliktig sjukdom ska alla fall anmälas till Folkhälsomyndigheten samt landstingets smittskyddsläkare (Folkhälsomyndigheten, 2015). Smittbäraren får genom sin läkare råd och uppmaningar för att förhindra smittspridning (Vårdhandboken, 2015d).

Symtom och påverkan på patienten

70-80% av de som drabbats av akut HCV-infektion är asymtomatiska vilket försvårar diagnostiseringen. Detta gör att många av de smittade går runt ovetandes och får inte sin diagnos ställd förrän många år senare (Chen & Morgan, 2006). Av de som har HCV utvecklar 75-85% en kronisk infektion. Detta kan leda till ett livslångt bärande av viruset vilket ökar riskerna för att få levercirrhos, leverfibros och levercancer (Chen &

Morgan, 2006). Kneck (2013) beskriver att få en diagnos på en långvarig sjukdom är en livsomställning som för individen kan innebära en känsla av ständig oro, sorg och förlust. Det skapar ett lidande där individen känner sig ”drabbad” av ohälsa och sjukdom. Individen kan få en upplevelse av att dennes liv, kropp och person förändras i grunden. Kneck (2013) skriver vidare om att få en diagnos på en långvarig sjukdom samtidigt kan ses som att ”få en gåva” av den anledningen att det skapar en möjlighet för individen att se på sig och sitt liv på ett nytt sätt.

Symtom som kan drabba vissa patienter vid insjuknandet är bland annat trötthet, feber, minskad aptit, buksmärta, ledsnärta och illamående (WHO, 2015). I en studie av McCreaddie, Lyons, Horsburgh, Miller och Frew (2011) nämner deltagarna symtomen trötthet och ”hjärndimma” som något som skapar svårigheter för den drabbade i dennes dagliga aktivitet. ”Hjärndimman” förklaras av deltagarna som en mental oförmåga att tänka klart eller fokusera, medan tröttheten påverkade deltagarna rent fysiskt. Córdoba, et al (2003) visar i sin forskning att patienter med hepatit C har en försämrad livskvalitet. Córdoba et al (2003) skriver vidare att livskvaliteten försämras ju värre utvecklade symtom från leversvikt som den drabbade har. Eriksson (1993, 1994 se Wiklund 2003 s. 102) menar att symtom orsakade av sjukdom kan leda till ett sjukdomslidande hos patienten. Wiklund (2003, ss. 102-104) beskriver att patienten kan uppleva en fysisk begränsning som en direkt följd av sin sjukdom vilket skapar ett lidande. Denna typ av lidande är starkt förknippad med livslidande, då symtomen och vetskapen om sjukdomen väcker existentiella tankegångar hos patienten. Wiklund (2003, ss. 108-111) tar upp livslidandet som något som berör hela människans liv och dennes livshistoria. Denna typ av lidande är knutet till människans existens och berör patientens hela livssituation.

Behandling

Behandling av HCV ges oftast till patienter med betydande leverfibros eller kompenserad levercirros och normal njurfunktion samt till de patienter som har viljan och förmågan att genomföra behandlingen. Syftet med behandlingen är att utrota viruset och på så sätt hindra tillväxten av fibros samt förhindra utveckling av skrumplever (Mayhew, 2011). Behandling krävs inte alltid hos personer som är drabbade av HCV. I vissa fall klarar deras immunförsvar att bekämpa infektionen (WHO, 2015). För de patienter som genomgår hepatit C-behandling har standardbehandlingen tidigare varit injektioner av Interferon och Ribavirin som givits en gång i veckan. Patienter som erhållit denna hepatit C-behandling har uppvisat influensaliknande symtom samt andra svåra biverkningar såsom hosta, klåda, illamående, andnöd, huvudvärk, koncentrationssvårigheter, anorexi, sömnlöshet och minnesförlust. Dessa biverkningar leder till att en tredjedel av patienterna avslutar behandlingen, vilket är ett stort problem. Idag finns det nya läkemedel på marknaden, Boceprevir och Telaprevir (Mayhew, 2011). Dessa läkemedel är mer effektiva, säkrare och kan förebygga sena komplikationer till infektionen (WHO, 2015). Mayhew (2011) skriver att trots att dessa nya läkemedel har hyllats och gett hopp till de patienter som har genomgått en misslyckad behandling eller misslyckats med sin behandling på grund av andra orsaker, kvarstår problemen med nedsatt tolerans och långvariga behandlingar.

Vikten av prevention

HCV är en sjukdom som saknar vaccin. Därför är det viktigt med förebyggande åtgärder för att minska risken att exponeras för viruset (WHO, 2015). Den största smittriskan i vården är inokulation av smittat blod. Detta sker främst vid stick- och skärskador där det kan förekomma smittat blod, exempelvis på en kanylspets (Vårdhandboken, 2015c). Özdelikaras och Tan (2012) framhäver i sin studie vikten av att sjuksköterskor får adekvat information och utbildning gällande förebyggande åtgärder och prevention av stick- och skärskador. Vidare skriver Özdelikaras och Tan (2012) att behovet av denna typ av information och undervisning för sjuksköterskor är stort.

Genom att upprätthålla en god handhygien, använda handskar vid kontakt med blod, ha en säker hantering av nålar och kanyler samt utbilda sjuksköterskor i riskhantering minimeras risken att utsättas för HCV (WHO, 2015). I en studie av Keller, Daley, Hyde, Greif och Church (2005) framkommer det att det finns ett starkt behov av att utbilda sjuksköterskor om HCV, framför allt gällande förebyggande av sjukdomen och utbildning om ämnet, då sjuksköterskor utgör en viktig målgrupp. I och med sjuksköterskors professionella ansvar löper de en stor risk att få HCV-infektion men de fyller även en viktig roll i spridandet av information om HCV både till sina patienter samt den vårdpersonal de jobbar med. För att information ska kunna leda till kunskap och förståelse beskriver Hansson Scherman (2013) vikten av att den är anpassad efter varje specifik patients känslor, tankar och värderingar. Genom detta ökar möjligheterna att patienten kan bearbeta informationen, göra den till sig egen och förstå. Kneck (2013) förklarar att information kan bli en viktig och underlättande del i lärandeprocessen om den utgår från den lärande individens behov och svarar på just dennes frågor.

Stigma

Goffman (2014, s. 9) förklarar att termen stigma skapades av de antika grekerna med syftet att beteckna kroppsliga tecken för att kunna påvisa något säreget eller nedsättande i en individs moraliska status. Tecknen som brändes eller skars in i kroppen gav en uppfattning om att bäraren var en individ som av olika anledningar skulle undvikas. Nuförtiden när termen används ligger större fokus på själva olycksödet än på kroppsliga kännetecken. Goffman (2014, s. 9) beskriver att det är varje samhälle som avgör vilka medel som används för att dela in individer i kategorier och även vilka egenheter som uppfattas som normala hos dessa individer i varje kategori. Genom miljöns sociala spelregler finns det en förväntan på vad för slags människor som individen väntar sig möta. Goffman (2014, s. 10) skriver vidare att vid ett första möte med en främling kommer denne genast att kategoriseras in i de olika fack som samhället skapat, där de första intrycken formas till normativa förväntningar och krav. Främlingens egenskaper kan visa sig vara annorlunda än övriga individer inom samma kategori. Det kan resultera i att bilden om en normativt fullständig och vanlig individ reduceras till en utstött och kastmärkt individ. Det sker en stämpling som innebär att individen bär på ett stigma med en stor vanhedrande effekt (Goffman 2014, s. 10). Butt, Paterson och McGuinness (2008, s. 206) lyfter fram den stigmatisering som sker av individer med HCV och beskriver den som mycket komplex och att den innefattar såväl individuella som samhälleliga bedömningar. Detta stärks av tidigare forskning som indikerar att stigmatisering sker i olika sorters miljöer från såväl individer som hela samhället. Detta påverkar den drabbade negativt och kan reducera dennes välmående och livskvalitet.

Butt, Paterson & McGuiness (2008, s. 211) redovisar i sin studie att deltagarna blev hotade, avfärdade eller negativt dömda av människor i deras omgivning på grund av att de hade HCV. Deltagarna trodde att reaktionerna oftast berodde på en okunskap eller en missuppfattning om HCV eller associationen mellan HCV och olagligt drogmissbruk.

Wiklund (2003, ss. 96, 101) beskriver att en människa lider när dennes upplevelse av sig själv som en hel individ hotas. Detta kan ha samband med en tro att inte kunna leva upp till egna eller omgivningens förväntningar på grund av sättet att vara i sin tur utlöst av till exempel sjukdom. Lidandet handlar inte endast om observerbara symtom utan även om en inre process. Det kan beskrivas som en form av kränkning, hot eller förlust av människans själv. Wiklund (2003, s. 97) skriver vidare om att lidandet är förenat med en känsla av avsaknad av kontroll samt skuld känslor som kan leda till att individen tystnar och sluter sig inom sig själv. Här har sjuksköterskan en viktig roll i att hjälpa den lidande att förlösa lidandet och börja berätta.

Sjuksköterskan i sin yrkesroll

Att främja hälsa, lindra lidande, återställa hälsa och förebygga sjukdom är sjuksköterskans fyra grundläggande områden. I ICN:s etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2012) står det skrivet att sjuksköterskan ska främja en miljö där mänskliga rättigheter respekteras. Detta innebär att varje patient ska bemötas med respekt och att sjuksköterskan även ska respektera patientens rätt till liv och egna val, kulturella rättigheter och patientens värdighet. Omvårdnad skall ges med respekt oberoende av följande faktorer; ”ålder, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politiska åsikter eller social ställning” (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Sjuksköterskan ska i sin yrkesroll uppvisa medkänsla, lyhördhet, trovärdighet, integritet och respektfullhet gentemot patienten. Ett ytterligare ansvar sjuksköterskan har är att se till att patienten får adekvat och tillräcklig information för att kunna ge sitt samtycke till vård och behandling (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Om sjuksköterskan inte följer de riktlinjer och bestämmelser som föreligger kan vården istället skapa ett lidande hos patienten. Wiklund (2003, ss. 102-108) beskriver vårdlidande som ett lidande som förorsakats av vård eller behandling. Att som patient inte förstå meningen med vårdandet, eller vad som sker och eventuellt ska ske i omvårdnaden är likaså ett vårdlidande. Vårdlidandet kan ta hårt på patientens självkänsla då det innebär en utsatthet och känsla av maktlöshet att inte förstå vad som händer (Dahlberg och Segesten, 2010, ss. 215-216). Eriksson (1994 se Dahlberg och Segesten 2010 ss. 211-212) förklarar att ett omedvetet handlande i form av bristande kunskap eller avsaknad av reflektion ofta ligger till grund för vårdlidandet. Vidare beskriver Eriksson (1994 se Dahlberg och Segesten 2010 ss. 211-212) denna typ av lidande som onödigt och något som bör elimineras.

För att optimera vårdandet bör sjuksköterskan sträva efter att få ta del av patientens livsvärld. Dahlberg och Segesten (2010 s. 126-131) beskriver begreppet livsvärld som ”världen som den erfars” och att livsvärlden är en essentiell del i vårdandet. En omvårdnad grundad i ett livsvärldsperspektiv innebär att sjuksköterskan har en öppenhet för patienten och försöker förstå hur sjukdomen påverkar patienten och dennes

leverne. Det är av stor vikt att sjuksköterskan har förståelse för att livsvärlden är högst personlig och unik för varje patient. Förförståelse är ett begrepp som Wiklund (2003, s. 52) lyfter och förklarar som att människor alltid uppfattar något i relation till tidigare erfarenheter och kunskaper, vilket i sin tur innebär att människor aldrig kan vara helt objektiva i förhållande till tillvaron. Det påverkar människans sätt att uppfatta verkligheten och har därmed betydelse för tankar, känslor och agerande i alla situationer (Wiklund 2003, s. 52). Ekebergh (2009, s. 37) beskriver att för att möjliggöra utveckling för en ny förståelse krävs en förmåga att se helheten, ett öppet sinne för nya perspektiv och verkligheter. För sjuksköterskan med ett livsvärldsperspektiv i mötet med patienten innebär det att ta ett steg tillbaka, träda ur sin naturliga hållning och vara öppen för det som finns bakom det uppenbara och för givet tagna (Ekebergh 2009, s. 37). Ekebergh (2009 s. 22) tar upp att patienten inte kan skiljas från sin levda värld och ska alltid förstås och uppmärksammas i sitt sammanhang vilket betyder att sjuksköterskan måste tillämpa ett helhetsperspektiv i mötet med patienten. Med ett helhetsperspektiv ses människan som en odelbar enhet som ständigt är i samspel med världen omkring. Ekebergh (2009 ss. 25, 84) lyfter begreppet ”subjektiv kropp” som ett förtydligande av helhetsperspektivet. Den subjektiva kroppen är fysisk, psykisk och existentiell på samma gång, fylld med erfarenheter, upplevelser och minnen. Med ett helhetsperspektiv och patientens berättelse i fokus kan patientens behov och problem såväl som resurser synliggöras.

PROBLEMFORMULERING

Hepatit C är ett stort folkhälsoproblem som i varierad utsträckning påverkar den drabbade individen både fysiskt, psykiskt och socialt. Att vara bärare av ett blodsmittande virus som dessutom av många är förknippat med intravenöst drogmissbruk kan skapa ett stort lidande hos patienten. Sjuksköterskan har en viktig roll gällande att informera och undervisa individer med hepatit C. Om sjuksköterskan inte har tillräckligt med kunskap om hepatit C och hur sjukdomen kan påverka den enskilda individen finns det risk att vården istället blir diskriminerande och särbehandlande som ett resultat av fördomar gentemot patientgruppen. Genom en ökad kunskap och förståelse för hur både patient och sjuksköterska upplever det vårdande mötet kan förutsättningar för en god vård skapas. Sjuksköterskan bör sträva efter att få ta del av patientens livsvärld för att i största möjliga mån kunna tillgodose dennes behov.

SYFTE

Syftet med studien är att belysa hur det vårdande mötet upplevs mellan såväl sjuksköterskor som patienter med hepatit C.

METOD

Den valda metoden för studien är en litteraturstudie enligt Axelssons (2012, ss. 203-220) modell. Denna typ av metod kännetecknas av att data endast kommer från primärkällor i form av rapporter eller vetenskapliga artiklar. Med detta menas att författarna som genomfört undersökningen också har skrivit rapporten (Axelsson, 2012, s. 203). Kvalitativa artiklar ligger främst till grund för studien eftersom de på ett tydligare sätt ökar förståelsen och beskriver individens upplevelse, men studien har även kompletterats med kvantitativa artiklar då det fanns begränsat med artiklar som överensstämde med studiens syfte.

Datainsamling

De databaser som har använts för att söka fram artiklar är Cinahl, PubMed samt sökmotorn Summon. Till att börja med gjordes en pilotsökning med sökorden: "hepatitis c, nursing, care, experience, treatment, attitude, stigma, prejudice, discrimination" för att påvisa i vilken utsträckning det finns forskning inom valt ämnesområde. Dessa sökord användes i sex olika kombinationer, vilket resulterade i 123 sökträffar. Därefter valdes artiklar ut som uppfyllde inklusions- och exklusionskriterierna och då kvarstod 21 artiklar. Av dessa var det 14 artiklar som stämde överrens med studiens syfte. Efter att vi båda läst igenom dessa artiklars resultat valdes åtta ut. Utöver dessa åtta artiklar hittades tre via sekundärsökning genom referenslistan i redan funna artiklar. Efter noggrann granskning exkluderades tre artiklar då de inte uppfyllde kraven innehållsmässigt. Inklusionskriterierna vid sökningen var att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade, skrivna på engelska eller svenska, inkludera både män och kvinnor med en bekräftad HCV-diagnos samt att deltagarna i studierna skulle vara fyllda 18 år. Exklusionskriterierna var att artiklarna inte skulle vara äldre än 10 år, att artiklarna inte skulle fokusera på anhörigas upplevelser samt utesluta artiklar från utvecklingsländer.

Dataanalys

I denna litteraturstudie har vi valt att tillämpa Axelssons analysmetod (2012, ss. 212-214). För att få en tydlig helhetsbild över artiklarnas innehåll lästes de grundligt igenom ett flertal gånger. Därefter gjordes en sammanställning av artiklarna i en tabell där syfte, metod, urval och resultat presenteras (se bilaga 1). Efter utförd sammanställning läste vi på varsitt håll artiklarnas resultat noggrant och använde färgkodning för att få en tydlig struktur och markerade liknande innehåll ur de olika resultaten. Därefter jämförde vi de olika områdena vi färgkodat för att finna likheter och skillnader i artiklarnas resultat. När de utvalda artiklarnas resultat hade färgkodats delade vi in färgerna i olika grupper, varpå dessa grupper analyserades efter dess innebörd. Detta resulterade i en rad olika subteman. Efter bearbetning av funna subteman analyserade vi huruvida olika subteman kunde sammankopplas för att skapa huvudteman. Genom detta analysarbete skapades tre huvudteman och åtta subteman som utgör en ny helhet och presenteras som ett nytt resultat. Under processens gång ändrades valda huvudteman och subteman upprepade gånger av den anledning att vi ville säkerställa en distinkt koppling mellan resultatdelen och studiens syfte.

RESULTAT

Tre huvudteman och åtta subteman utgör strukturen för resultatet. Huvudtemana är *Förväntningar på sjuksköterskan i sin yrkesroll*, *Upplevelse av stigmatisering och diskriminering* samt *Det vårdande mötet vid behandling* (Tabell 1).

(Tabell 1)

Huvudtema	Subtema
Förväntningar på sjuksköterskan i sin yrkesroll	<ul style="list-style-type: none">- Att se patienten- Patientens behov av information och undervisning
Upplevelse av stigmatisering och diskriminering	<ul style="list-style-type: none">- Attityder och fördomar- Avslöjande av diagnos
Det vårdande mötet vid behandling	<ul style="list-style-type: none">- Kunskap och stöd vid behandling- Att bli avvisad- Kontinuitet och följsamhet- Behovet av en holistisk vård

Förväntningar på sjuksköterskan i sin yrkesroll

Vid mötet med sjuksköterskan förväntar sig patienten att sjuksköterskan skall vårda utifrån bästa förmåga. Detta innefattar exempelvis att sjuksköterskan skall ha god yrkesmässig kompetens, adekvat kunskap samt kunna se till individen med en öppenhet och lyhördhet. Om dessa förväntningar inte uppfylls kan patientens osäkerhet öka vilket påverkar patientens förmåga att hantera och leva med sjukdomen.

Att se patienten

Vid mötet med sjuksköterskan berättade många patienter att det var viktigt att sjuksköterskan tog sig tid att lära känna patienten. Sjuksköterskan ska bemöta de problem och tankegångar som patienten har och kan tänkas ha. Patienter betonade även vikten av att sjuksköterskan har en öppenhet och lyhördhet gentemot just deras specifika vårdprocess. Denna öppenhet och lyhördhet ansågs värdefull för att sjuksköterskan skulle kunna vara mottaglig för deras idéer. Många patienter förklarade att sjuksköterskan innehar en stor roll i att hjälpa dem med att handskas med och lära sig leva med HCV på en daglig basis. Genom att skapa trygghet upplevde patienterna att sjukdomen blev lättare att leva med (Hill, Pfeil, Moore & Richardson, 2014). Samtliga patienter var eniga i att de inte ville bli bemötta som offer eller få sina känslor förringade på ett nedlåtande sätt på grund av deras diagnos. Att som patient bli behandlad på ett korrekt sätt och känna sig sedd av sin sjuksköterska skapade ett positivt vårdande möte (Brunings, Klar, Butt, Nijkamp & Buxton, 2013). En patient beskrev följande:

” ... then when I got in here, I found out, well finally people actually cared about me. ... I was told, from B and the nurses, we care about you. And to hear that from a professional, well it was just so beautiful to hear. It’s like music to the soul. (Brunings et al., 2013, s. 252).

Patientens behov av information och undervisning

Patienter förväntade sig att sjuksköterskan skall ha god och heltäckande yrkeskompetens om HCV. Patienter förutsatte även att sjuksköterskan har adekvat kunskap gällande psykiska och psykosociala effekter av HCV samt den behandling som finns att tillgå (Brunings et al., 2013). Många patienter upplevde behovet av stöd, information och undervisning som essentiellt för att kunna hantera sjukdomen (Hill et al., 2014; Brunings et al., 2013). En patient berättade:

”It’s a big part of our lives, you know, the Hep C and something that we have to deal with every day. So the more education we can get ourselves the better we will be.”(Brunings et al., 2013, s. 252).

Enligt patienterna bör information och undervisning innefatta en allmän information om sjukdomen, för- och nackdelar med behandling och dess biverkningar, information om egenvård (framför allt gällande kost och livsstil) samt undervisning om olika strategier för att kunna uthärda och leva med sjukdomen (Brunings et al., 2013). Felaktig eller otillräcklig information om sjukdomen och dess symtom påverkade ett flertal patienter negativt (Hill et al., 2014; Sheppard & Hubbert, 2006). Att inte få adekvat kunskap resulterade i en skam som gjorde att deras förtroende för sjuksköterskan minskade (Sheppard & Hubbert, 2006). Bristfällig kunskap gällande sexuell överföring, allmän smittöverföring av viruset, behandlingsmöjligheter och riskerna som finns påverkar inte bara patienten utan även sjuksköterskans praktiska arbete negativt (Richmond, Dunning & Desmond, 2006).

Upplevelsen av bristande information och stöd från sjuksköterskan ökade vissa patienters osäkerhet kring sjukdomen och reducerade deras förmåga att kunna hantera den (Hill et al., 2014). Otillräcklig information angående just smittspridning av HCV skapade en osäkerhet hos många patienter. De upplevde svårigheter i att avgöra nivån på smittrisen, både i allmänhet såväl som sexuellt. Föreställningen av att vara smittsam skapade en känsla att vara smutsig och sjuk. En betydande faktor för hur patienterna såg på sig själva och att vara smittad med HCV var den information de fått av vårdpersonal i anslutning till bekräftandet av diagnosen (Conrad, Garrett & Cooksley, 2006). Många fick beskedet väldigt bryskt och upplevde detta som okänsligt och var inte förberedda på detta (Hill et al., 2014). Negativa tankar och känslor om sig själva minskade hos patienterna, om sjuksköterskan gav informationen på ett känsligt och lämpligt sätt (Conrad, Garrett & Cooksley, 2006). De patienter som uppfattade en okänslighet och blev orättvist behandlade från sjuksköterskan fick en försämrad självkänsla (Conrad et al., 2006, Hill et al., 2014). Dessa patienter tenderade att ha större risk för negativa tankar om sig själva som bland annat innefattade känslan av att vara infekterad och önskad (Conrad, Garrett & Cooksley, 2006).

Utöver yrkesmässig kompetens identifierade flera patienter vikten av ett gott samarbete mellan sjuksköterskan och olika yrkesroller (Brunings et al., 2013; Sheppard &

Hubbert, 2006). Patienterna belyste vikten av att specialister inom området och sjuksköterskan fungerade bra som ett team (Brunings et al., 2013).

Upplevelse av stigmatisering och diskriminering

Ökad kunskap om HCV hos sjuksköterskan leder till en bättre attityd till och ett bättre bemötande av patienten. Om kunskapen däremot är bristfällig ökar sannolikheten att vården kommer att präglas av fördomar och diskriminerande handlingar. Detta påverkar i hög grad patienten negativt och leder till ett lidande.

Attityder och fördomar

I en studie av Frazer, Glacken, Coughlan, Staines och Daly (2011) framkommer det att majoriteten av sjuksköterskorna har en öppenhet för att vårda en patient med HCV oavsett hur viruset förvärvats. Sjuksköterskor som jobbade inom missbruksenheter hade en bättre attityd gentemot patienter med HCV än övriga sjuksköterskor. Andra sjuksköterskor som uppvisade en god attityd var yngre sjuksköterskor, högt utbildade sjuksköterskor samt de sjuksköterskor som ofta kom i kontakt med HCV-positiva patienter. I studien påvisades ett samband mellan attityd och kunskap. De sjuksköterskor som ansåg sig ha kunskap om HCV uppvisade en god attityd gentemot patienterna (Frazer, Glacken, Coughlan, Staines & Daly, 2011). För att en god vård skall upprätthållas bör sjuksköterskan vara medveten om hur dennes kunskap och attityd gentemot patienten påverkar det vårdande arbetet (Richmond, Dunning & Desmond, 2006). Richmond, Dunning och Desmond (2006) skriver att sjuksköterskor ofta får kunskap via dialog med kollegor och experter. När sjuksköterskan förlitar sig på information och kunskap från kollegor så finns en risk att kunskapen blir bristfällig, felaktig, subjektiv och förlegad - vilket kan resultera i en vård som inte är objektiv. Med detta menas att sjuksköterskor kan bli influerade av den kollega de rådfrågar och tar till sig deras subjektiva syn.

I Sgorbini, O'Brien och Jacksons (2008) studie upplevde patienterna att många sjuksköterskor hade fördomar samt saknade kunskap om HCV. En av patienterna i studien arbetade själv inom vården och berättade om hennes kollegors starka åsikter om att individer med HCV inte förtjänar en kostsam behandling som är statligt finansierad. Många patienter ansåg att avsaknaden av information och bristande kunskap gällande HCV skapade en stereotyp bild av HCV-patienter som injicerande drogmissbrukare. Denna association mellan HCV och drogmissbruk och den stigmatisering som uppkommer tror patienterna har en direkt påverkan på den vård som ges. Detta är en påverkan som gör att de människor som har HCV får mindre stöd i sjukvården än de individer som lever med en kronisk sjukdom som inte bär på ett stigma. En deltagare i studien uttryckte följande:

”One of the things that I think is different about HepC is the stigma about it. This sort of belief that it's largely an illness of intravenous drug use that people have only themselves to blame and I have medically acquired HepC but the stigma is still very real and so I think it means that you have less support than you might have if you had some other chronic illness.” (Sgorbini, O'Brien och Jackson 2008, s. 2288).

Det framkom i Richmond, Dunning och Desmonds studie (2006) att sjuksköterskor behandlade patienter med HCV på ett annorlunda sätt än övriga patienter. En övervägande del av sjuksköterskorna hade större medkänsla för de individer som smittats av HCV genom blodtransfusion än de som smittats på grund av injicerande drogmissbruk. I studien identifierades diskriminerande attityder gentemot injicerande drogmissbrukare där sjuksköterskorna bland annat ansåg dessa individer som manipulerande, våldsamma och aggressiva. Dessa fördomsfulla attityder hos sjuksköterskan hade en stor inverkan på deras vilja att vårda patienter med HCV. Vårdpersonal med en mer tolerant inställning till drogmissbrukare var mer villiga att vårda patienter med HCV. Vidare framkommer det i studien att rädslan hos sjuksköterskor att själva bli smittade av viruset hade en stor påverkan på deras vilja att vårda patienter med HCV. Studien visar på en koppling mellan denna rädsla och kunskap. De sjuksköterskor som upplevde sig ha bristande kunskap om HCV uttryckte en större oro över att smittas. En sjuksköterska berättade följande:

"I don't know a lot about hep C and therefore I am scared of it. I would like some education about it so I would be more confident when caring for patients with hep C." (Richmond, Dunning & Desmond 2006, s. 629).

Många sjuksköterskor ansåg att patienter med HCV bör identifieras på grund av hälso- och säkerhetsskäl (Frazer et al., 2011; Richmond, Dunning & Desmond, 2006). En vanlig företeelse bland många sjuksköterskor var att de "varnade" varandra genom både muntlig information och genom att fästa notiser i HCV-positiva patienters journaler angående deras status (Richmond, Dunning & Desmond, 2006). Majoriteten av sjuksköterskorna uppgav att de hade tillräcklig kunskap om förebyggande åtgärder och basala hygienrutiner samt var medvetna om att de skulle använda skyddande utrustning vid behov. Dock framkom det att över hälften av sjuksköterskorna trots detta använde sig av extra skydd vid vårdandet av patienter med HCV. Detta kunde exempelvis vara användande av dubbla handskar vid blodprovstagning och kontakt med blod (Frazer et al., 2011; Richmond, Dunning & Desmond, 2006). Användandet av extra skydd kan visa på bristande kunskap och ge en falsk känsla av extratrygghet. Om sjuksköterskan i sin yrkesroll följer de basala hygienrutiner som finns är skyddet så pass gediget att något extra skydd inte behövs (Frazer et al., 2011). Att lära ut, evaluera och följa upp sjuksköterskors kunskap gällande basala hygienrutiner och förebyggande åtgärder är av största betydelse (Richmond, Dunning & Desmond, 2006).

Avslöjande av diagnos

God kommunikation är extra viktigt gällande patienter med HCV på grund av den stigmatisering som förknippas med HCV. Sjuksköterskan måste respektera och förstå detta annars riskerar hen att förstärka detta stigma (Brunings et al., 2013). På grund av stigmatisering och diskriminering upplevde många av patienterna en stor ångest inför valet om att eventuellt avslöja sin HCV diagnos för människor i sin omgivning. Tidigare erfarenheter av, eller en rädsla för, att bli stigmatiserad och diskriminerad gjorde att många patienter valde att inte avslöja sin diagnos. Detta ledde bland annat till isolering från andra samt en begränsad livsstil. Konsekvensen av detta gjorde att patientens möjligheter att få stöd i sin livssituation minskade (Conrad, Garrett & Cooksley, 2006).

Tidigare erfarenheter av diskriminering från sjuksköterskor hade en stor skadlig effekt på patienternas sociala identitet. Detta påverkade i sin tur patienternas vilja att söka hjälp, deras tillit till vårdpersonal samt sannolikheten att avslöja sin HCV-diagnos till det negativa (Hill et al., 2014). En majoritet av patienterna i Conrad, Garrett och Cooksleys (2006) studie tog beslutet att avslöja sin HCV-diagnos på grund av två huvudsakliga skäl. Det ena skälet uppgavs vara på grund av en eftersträvan att behålla en öppen och tillitsfull relation till betydelsefulla människor i omgivningen. Det andra skälet var en känsla att de var tvungna för att skydda andra människor från att smittas, däribland sjuksköterskan. Alla patienter i studien var medvetna om att vårdpersonal skulle arbeta enligt rådande hygienföreskrifter och därmed alltid använda skyddsutrustning vid kontakt med kroppsvätskor. Av den anledningen valde vissa att inte avslöja sin HCV-diagnos om detta inte var en nödvändighet för den vård och behandling som gavs. Vissa av patienterna trodde att de var tvungna att avslöja sin HCV-diagnos för att inte bryta mot lagen. Behovet av att agera ansvarsfullt övervägde deras rädsla för att bli stämplad och diskriminerad och gjorde att många av patienterna valde att avslöja sin HCV-diagnos. Trots att avslöjandet kunde upplevas som psykiskt påfrestande valde de flesta av patienterna att göra detta om de kände att det fanns risk att smitta andra (Conrad, Garrett & Cooksley, 2006).

Det vårdande mötet vid behandling

Det här temat behandlar mötet mellan sjuksköterskan och patienten vid behandling. Här framkommer det att kunskap och stöd är viktigt för patienten, samt behovet av en holistisk vård. Med holistisk vård menas att patienten skall ses som en helhet. Här lyfts även förståelse, empati och kontinuitet som viktiga aspekter i vårdandet.

Kunskap och stöd vid behandling

Sjuksköterskor med en god förståelse för hur olika faktorer berör patienten kan påverka hans attityd till behandlingen genom att stödja patienten utifrån bästa förmåga. Patientens inställning kan påverkas genom att de orkar genomföra behandlingen vilket i sin tur ökar chansen att bekämpa viruset (Brunings et al., 2013; Hill et al., 2014; Rasi et al., 2014; Sgorbini, O'Brien & Jackson, 2008).

Kvalitén på informationen före behandlingen hade stor betydelse hos en övervägande del av patienterna. Många patienter fick mycket information, men förklarade att den informationen snarare hade stjälpt än hjälpt dem. För mycket information gjorde många patienter rädda och bidrog inte med någon form av hjälp som kunde underlätta deras liv under behandlingen (Sheppard & Hubbert, 2006). Ett flertal patienter upplevde en allmän bristfällig kunskap hos sjuksköterskor om symtom och biverkningar. Några patienter förklarade att den information de fått gällande detta inte överensstämde med verkligheten (Rasi et al., 2014, Sheppard & Hubbert, 2006). En del patienter beskrev ett behov att få hjälp av sin sjuksköterska att sätta ord på symtomen och känslorna som uppstod. De förklarade vidare att sjuksköterskan ofta hade svårigheter att göra detta. Trots denna upplevelse av bristande kunskap hos sjuksköterskan, uppskattade i princip alla patienter den vård de erhöll. De flesta patienter upplevde att sjuksköterskan vårdade efter bästa förmåga (Rasi et al., 2014). En god kunskap gällande behandlingens alla

aspekter är något som sjuksköterskan bör sprida vidare genom utbildning och undervisning (Sgorbini, O'Brien & Jackson, 2008).

Känslan av att inte bli förstådd lyfte majoriteten av patienterna fram som en dominerande känsla. Under behandlingens gång upplevde de flesta patienter bristande förståelse och lyhördhet från sjuksköterskan (Sheppard & Hubbert, 2006). Några patienter berättade om den ilska och frustration som uppstod gentemot sjuksköterskan vid behandlingens olika skeden. Den uppkomna ilskan och frustrationen eskalerade ju längre in i behandlingsprocessen som de befann sig. Anledningen beskrivs vara en följd av att patienterna inte upplevde att de fick sjuksköterskans fulla uppmärksamhet i det vårdande mötet. Patienterna uttryckte framför allt en önskan om att sjuksköterskan skulle lägga mer tid på att lyssna på dem (Brunings et al., 2013; Sheppard & Hubbert, 2006). Oförmågan hos sjuksköterskan att bemöta patienten på det sätt som önskades lämnade många frågor och funderingar som uppstod under behandlingen obesvarade. Detta skapade en osäkerhet, frustration och uppgivenhet hos patienten (Sheppard & Hubbert, 2006). En patient beskrev frustrationen över sjuksköterskans oförståelse enligt följande:

”He sits there like he’s listening, but he’s not. He’s in and out so quickly—there’s no way he can take it in. Sometimes I want him to take the time to just listen to me. Heck—there’s no way he can understand me if he won’t even listen.” (Sheppard & Hubbert, 2006, s. 312).

En ökad tillgänglighet och mer tid från sjuksköterskan i mötet med patienten förbättrade patienternas uppfattning om kvaliteten på vårdandet (Brunings et al. 2013).

Det ansågs vara viktigt, enligt patienterna, att sjuksköterskan hade adekvat kunskap och stöttade patienten genom tydliga och relevanta råd (Hill et al., 2014; Sheppard & Hubbert, 2006). När sjuksköterskan exempelvis föreslog en tupplur för att lindra symtomet trötthet så uppfattade vissa patienter detta som ett orealistiskt råd mot en kronisk trötthet. Uppfattningen av sjuksköterskan som oförstående skapades på grund av detta och en viss irritation gentemot sjuksköterskan uppstod. (Sheppard & Hubbert, 2006). Bristen på praktiska råd resulterade även i svårigheter för patienterna att orka genomföra rekommenderade livsstilsförändringar. (Hill et al., 2015). Många patienter hade dock en stor tilltro till sin sjuksköterska och följde de instruktioner och råd som gavs, gällande exempelvis medicinering vid behandling, utan att ifrågasätta. Detta skedde trots att upplevelsen stundtals var så outhärdlig att patienterna knappt orkade genomföra hela behandlingen (Rasi et al., 2014).

Att bli avvisad

Efter en påbörjad eller misslyckad behandling berättade en övervägande del av patienterna att de kände sig övergivna av sjuksköterskan. Känslan av ensamhet ökade då sjuksköterskan uppfattades som avvisande, vilket skapade en känsla av att blivit utfrysad. Detta i sin tur bidrog till ett ökat lidande hos patienterna (Hill et al., 2014; Sheppard & Hubbert, 2006). Patienterna upplevde även att sjuksköterskans distansering påverkade deras anhöriga negativt och även hur de uppfattades av omgivningen (Sheppard & Hubbert, 2006). Den upplevda känslan av att sjuksköterskan hade en underliggande negativ attityd gentemot HCV-positiva patienter gjorde att många patienter kände sig

respektlöst behandlade under behandlingens gång. Vidare förklarade dessa patienter att denna negativa attityd resulterade i en bristande omtanke hos sjuksköterskan som påverkade deras upplevelse och mötet med sjuksköterskan negativt (Sgorbini, O'Brien & Jackson, 2008). Ett flertal patienter uttryckte sig ha blivit svikna av sjuksköterskan eller annan vårdpersonal, före och under behandlingsförloppet. Detta gjorde att deras syn på sjukvården fick sig en törn och ändrade deras uppfattning om vården (Sheppard & Hubbert, 2006).

Kontinuitet och följsamhet

De behov som eftersträvades av vissa patienter var konkreta rutiner och en tydlig kontinuitet inom vården (Brunings et al., 2013). Sjuksköterskan kan med sin kompetens och genom ett kontinuerligt stöd underlätta behandlingsprocessen för patienten och på så sätt minska eventuellt lidande (Brunings et al., 2013; Rasi et al., 2014). Flertalet patienter uttryckte det som högst väsentligt att sjuksköterskan följde upp behandlingen och erbjöd stöttning genom hela processen. Detta gällde även efter att patienten ansetts friskförklarad, då många upplevde att behovet av stöd fortfarande kvarstod (Brunings et al., 2013). I Brunings et al. (2013) studie beskriver en patient om hur de egna förväntningarna på behandlingen var betydande för att kunna känna trygghet och skingra osäkerhet. Patienten hade avslutat sin behandling utan att nå lyckade resultat och förväntade sig då information och vägledning inför den nya livssituationen. Patienten upplevde frustration och uppgivenhet när hen inte blev upplyst om huruvida framtida behandlingar skulle bli aktuella eller vilka former av stöd som fanns att tillgå. Ytterligare en patient beskrev sin situation liknande och upplevde samma behov av stöd efter avslutad behandling. Denna sistnämnda patient beskrev vidare hur omtumlande det upplevdes att behöva övergå till ett normalt vardagsliv. Patienten uttryckte ett behov av fortsatt stöd eftersom behandlingen som pågått under så pass lång tid nu var det som upplevdes som det normala tillståndet.

Behovet av en holistisk vård

Att bli vårdad med ett holistiskt synsätt betonades av alla patienter som ett grundläggande behov (Brunings et al., 2013). På grund av bristande kunskap, förståelse och resurser upplevde alla patienter att de inte fick en holistisk vård (Sgorbini, O'Brien & Jackson, 2008). Patienter berättar att fokus vid behandlingen ofta låg på att behandla de fysiska symtom som uppstod på grund av sjukdomen och att sjuksköterskan glömde bort att se till de psykosociala faktorer som påverkade patienten (Hill et al., 2014; Sgorbini, O'Brien & Jackson, 2008; Sheppard & Hubbert, 2006). Ett flertal patienter upplevde att behandlingen var en prioritet och att vårdandet enbart kretsade kring denna (Sgorbini, O'Brien & Jackson, 2008). Den rent medicinska och tekniska biten i vårdandet upplevde många patienter vara av god kvalitet. Klagomålet från dessa patienter gällde den upplevda bristen på sjuksköterskans empati och hens förmåga samt vilja att kunna se personen bakom sjukdomen. Patienterna berättade om en önskan att sjuksköterskan skulle lyssna på dem för att kunna förstå deras perspektiv och empatisera med deras upplevelse av sjukdomens samtliga aspekter (Sheppard & Hubbert, 2006).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi valde att använda oss av Axelssons metod för litteraturstudie (2012, ss. 203-220) då vi hade ett intresse att undersöka redan publicerad forskning inom valt ämnesområde. Litteraturstudier är till stor hjälp för att kunna bedriva en evidensbaserad vård och omvårdnad då de utgör översikter av befintlig forskning inom ett visst område. Axelsson (2012, s. 205) lyfter vikten av att studenter får lära sig hur kunskap söks, värderas och sammanställs, vilket skrivandet av en litteraturstudie lever upp till. Denna kunskap leder till förmågan att kunna vara delaktig i att utveckla den profession och verksamhet som de sedan kommer att befinna sig i (Axelsson 2012, s. 205).

Vi valde att lägga fokus på kvalitativa artiklar av den anledning att de ger en djupare inblick samt förståelse för både patienters och sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter i det vårdande mötet. Kvantitativa artiklar ansåg vi inte skulle kunna ge oss den beskrivande förståelse som vi eftersträvade. Dock fann vi två kvantitativa artiklar som använts i resultatet då båda motsvarade studiens syfte. I den ena kvantitativa studien av Frazer et al. (2011) var syftet att mäta sjuksköterskors attityder till att vårda patienter med HCV. Resultatet visade överlag positiva attityder gentemot patienter med HCV, oavsett orsaken till smittan. Det framkom även i studien att mer utbildning och kunskap hos sjuksköterskorna resulterade i en bättre vård och inställning samt mindre risk för diskriminering av patientgruppen (Frazer et al., 2011). Även Richmond, Dunning och Desmond (2006) kvantitativa studie syftade till att mäta sjuksköterskors attityder till att vårda patienter med HCV. Resultatet visade att de flesta sjuksköterskorna hade adekvat kunskap om HCV men att en del trots detta hade negativa attityder gentemot patientgruppen. I studiens resultat framkommer utbildning som en viktig del i att förbättra sjuksköterskornas attityder för att förbättra patientvården (Richmond, Dunning & Desmond, 2006).

Cinahl, Pubmed och Summon användes via högskolans server för litteratursökning. Efter en första pilotsökning fastställdes våra inklusions- och exklusionskriterier. Detta gjorde det sedan lättare att välja ut lämpliga artiklar i en mer utförlig sökning. De sökord som låg till grund för litteratursökningen var lämpliga på grund av att vi direkt fick träffar med ett smalt fokus på det ämnesområde som motsvarade studiens syfte. När vi valde inklusions- och exklusionskriterier för studien tänkte vi först begränsa artikelsökningarna till endast Europa för att lättare kunna applicera resultaten i en svensk kontext. Det visade sig dock vara problematiskt och för att hitta tillräckligt med artiklar som motsvarade vårt syfte valde vi istället att endast exkludera studier från utvecklingsländer. Anledningen till att utesluta studier från utvecklingsländer var att de länderna inte har en lika välutvecklad sjukvård samt välfungerande välfärd. De artiklar vi slutligen valde ut hämtades från Australien, USA, England, Irland och Tyskland. Att ingen nordisk forskning finns med i resultatet är en svaghet då litteraturstudiens resultat inte helt representerar svensk sjukvård. Ett annat exklusionskriterium var att exkludera artiklar som fokuserade på anhörigas upplevelser, för att begränsa studien och endast fokusera på mötet mellan patienten och sjuksköterskan. Dock belyser flera av artiklarna relationen mellan patient och anhörig och hur viktig den är under patientens vård och

behandling. Detta berör självfallet sjuksköterskan i det vårdande mötet med patienten och hade kunnat bidra med viktig kunskap.

Från början var syftet att endast belysa patientens perspektiv gällande upplevelsen av bemötandet av sjuksköterskor. Efter närmare eftertanke sågs en begränsning i detta och vi valde därför att fokusera på både patienter och sjuksköterskor i det vårdande mötet. Genom att belysa båda gruppernas perspektiv i det vårdande mötet skapades möjlighet att få en bredare kunskap, en bättre förståelse samt att se de två gruppernas inverkan på varandra.

Resultatdiskussion

Uppsatsens resultat visar på vikten av att patienterna får adekvat information given med ett empatiskt förhållningssätt av sjuksköterskorna. Otillräcklig information som dessutom ges på ett olämpligt sätt kan ha stora negativa konsekvenser för patienterna. Detta styrks i Stewart, Mikocka-Walus, Harley och Andrews (2011) studie där patienterna som deltog i studien betonade vikten av att vårdpersonal visar medkänsla och känslighet i samband med att information ges, bland annat gällande diagnostik och behandling. I vårt resultat framkommer det att själva avslöjandet av HCV-diagnosen kunde skapa en stor ångest hos många patienter. Detta på grund av en rädsla för diskriminering och stigmatisering i samband med avslöjandet. I studien av Stewart et al (2011) lyfts stigmatiseringen kopplat till avslöjandet fram där stigma påverkade patienterna på två sätt. Det ena genom erfarenheten att tidigare ha blivit dömd och avvisad vid tidigare avslöjanden. Det andra genom att ha ångest över att få en stigmatiserad reaktion vid avslöjandet.

Det framkommer i vår litteraturstudie att många patienter upplevde brister gällande sjuksköterskans kunskaper om HCV. Det kunde bland annat bero på att de råd och den information som sjuksköterskan förmedlade inte var förankrade i relation till patientens upplevelse. Detta kan dels ha sin grund i en bristfällig medicinsk kompetens om HCV rörande bland annat symtom, smittvägar, behandling och biverkningar. Dels kan denna uppfattning hos patienterna ha uppkommit på grund av att sjuksköterskan inte vårdat med ett holistiskt förhållningssätt. I vår studie framkommer det att en holistisk, patientcentrerad vård är ett grundläggande behov i patient- och sjuksköterskerelationen. För att kunna vårda utifrån ett helhetsperspektiv måste människan förstås utifrån sitt totala sammanhang. Med detta menas att när en patient drabbas av sjukdom måste sjuksköterskan utöver kroppsliga symtom se till helheten och förstå att sjukdomen berör hela människan. (Wiklund 2003, s. 71). I resultatet framkom att sjuksköterskan fokuserade mer på de fysiska konsekvenserna hos patienten vilket resulterade i att de psykosociala aspekterna hamnade i skymundan. I Stewart et als (2011) studie lyfter patienterna fram vikten av en individanpassad vård. Med detta menas att hjälpinsatserna är skraddarsydd utifrån patientens individuella behov och situation samt att stor vikt läggs på den psykiska hälsan. Patienter besitter inte den medicinska kompetens som vårdpersonal har. Däremot är de experter på sitt eget tillstånd genom sin levda erfarenhet (Stewart, Mikocka-Walus, Harley & Andrews, 2011). Sjuksköterskan behöver se patienten bakom sjukdomen, visa empati, lyssna och ta sig tid till att förstå hela patientens upplevelse av att leva med HCV. Vi anser att de flesta sjuksköterskor med största sannolikhet eftersträvar att vårda med ett holistiskt förhållningssätt. Dock

finns det faktorer som sjuksköterskan inte kan påverka vilka avgör möjligheterna för hur detta tillämpas i praktiken. Bidragande faktorer som kan förhindra denna typ av vård kan vara underbemanning, en stressfylld arbetsmiljö samt överbelastning. Trots dessa begränsningar som påverkar sjuksköterskans arbete är helhetsperspektivet något som alltid bör hållas i åtanke. Här tror vi att förförståelse väger in i sammanhanget. En omedvetenhet kring den egna förförståelsen kan begränsa förmågan att objektivt se till patientens samtliga aspekter av sjukdomen. Förförståelse är något som samtliga människor bär med sig, men det är hur man förhåller sig till den, som avgör hur omgivningen tolkas (Wiklund 2003, s. 224). Vår åsikt är att sjuksköterskan i sitt vårdande bör lyssna till patientens upplevelse och se till deras livsvärld genom att lägga sin förförståelse åt sidan. Detta skapar möjlighet för en god vårdande relation och ett bra möte.

Vårt resultat visade tydliga samband mellan sjuksköterskornas kunskap och attityder gentemot patientgruppen. Många patienter upplevde att de blivit diskriminerade och stigmatiserade under vård och behandling av sjuksköterskor i form av negativa attityder, fördomar och diskriminerande handlingar. Joukar, Mansour-Ghanaei, Soati och Meskinkhodas (2012) studie visade på att diskriminering och ett felaktigt beteende är vanligt förekommande gentemot patienter med HCV. En bristfällig kunskap visades i vårt resultat vara en bidragande faktor som skapade onödigt lidande hos patienten. Detta styrks av Joukar et al (2012) som påvisar att vårdpersonal med bristfällig kunskap i högre grad uppvisade negativa attityder. Positiva attityder var mer förekommande hos den vårdpersonal som hade djupare kunskap. Kunskapsnivån har en stark påverkan på attityder och därför är det en nödvändighet att öka kvalitén och förbättra nivån på den utbildning som finns. Detta bör ske för att motverka och förhindra diskriminering och fördomar gentemot patienter med HCV.

Det framkommer tydligt i vår studie att flertalet sjuksköterskor hade fördomsfulla åsikter om patienter med HCV. En väsentlig anledning var associationen mellan HCV och drogmissbruk. Denna fördomsfulla attityd bidrog till att många sjuksköterskor utförde diskriminerande handlingar mot patienter med HCV. Detta visades exempelvis genom att de både muntligt och via notiser i patientens journal ”varnade” sina kollegor för patientens HCV-status. Enligt Vårdhandboken (2015b) finns det bestämmelser om att det klart och tydligt i dokumentationen ska framgå om patienten bär på en vårdhygienisk smitta för att förhindra att denna sprids vidare. Så länge dessa varningar endast är till för berörda parter utgör detta inget problem och är enligt oss försvarbart. Varningarna skall dock vara sakliga och syfta till att förhindra smittspridning för att sjuksköterskan skall ha en säker och trygg arbetsmiljö. Dock är det viktigt att upprätthålla sekretessen och se till att informationen inte sprids till obehöriga.

Det påvisades i vårt resultat att en del sjuksköterskor använde dubbla handskar vid exempelvis blodprovstagning. Enligt Vårdhandboken (2015a) ska basala hygienrutiner tillämpas vid känd blodsmitta och legitimerar inte användandet av dubbla handskar. Extra skydd i form av dubbla handskar uppmuntras endast vid kirurgi eller vid ingrepp på patienter med viral hemorragisk feber, exempelvis Ebola (Siegel et al 2007). I vår studie kan man se ett tydligt samband mellan bristande kunskap och överdrivna säkerhetsåtgärder. Detta lyfts av Moore, Hawley och Bradley (2009) som i sin studie visar på att den kunskap sjuksköterskor hade, gällande förebyggande åtgärder vid HCV,

var bristfällig. Basala hygienrutiner och skyddsåtgärder tillämpades ofta i praktiken på ett felaktigt sätt i form av exempelvis dubbla handskar och en vägran att vårda patienten i fråga. Moore, Hawley och Bradley (2009) förklarar att den grundläggande tanken bakom basala hygienrutiner och skyddsåtgärder är antagandet att alla patienter kan ha en smittsam sjukdom, vilket betyder att vårdpersonal bör behandla alla patienter med samma grad av försiktighet. Att tillämpa basala hygienrutiner på ett felaktigt sätt gör att patienten kan uppleva både stigmatisering och diskriminering. Vår uppfattning är att det råder stor okunskap hos sjuksköterskor vid vilka situationer samt i vilken utsträckning basala hygienrutiner skall tillämpas. Dubbla handskar kan ge patienten en känsla av att vara smittsam och skapa ett onödigt lidande. För att förhindra detta anser vi att det krävs tydliga riktlinjer på arbetsplatsen för att få en klarhet i vad som gäller.

I vårt resultat framkommer det att kunskap är en viktig grundsten för vårdandet av patienter med HCV. Många patienter upplevde sjuksköterskorna som okunniga gällande HCV och att de inte gav adekvat information eller rådgivning. Vidare upplevde patienterna att de inte blev förstådda av sjuksköterskan. De uppfattade en underliggande negativ attityd samt en känsla av avvisande. Detta är något som kan leda till ett stort lidande hos patienten. Självfallet kan ett flertal sjuksköterskor som patienterna har mött i vården ha haft fördomar gentemot patientgruppen vilket också kan ha visat sig i det vårdande mötet. Ovannämnda handlingar som patienterna har uppmärksammat såsom okunskap, oförståelse och avvisande är faktorer som vi tyvärr tror förekommer i vården överlag, oavsett diagnos. Bidragande faktorer för denna uppfattning kan vara stress, tidsbrist och dåliga arbetsförhållanden. Oavsett orsak till sjuksköterskornas handlande går detta ut över patienterna. En problematik vi ser med detta är att många HCV-patienter är medvetna om den stigmatisering och de fördomar som finns kring HCV. Sjuksköterskornas bristfälliga beteende kan påverka patienter negativt i högre utsträckning jämfört med andra patienter vars sjukdomar inte omges av ett stigma. Konsekvensen kan bli att HCV-patienter ser sig själva som orsaken till sjuksköterskans beteende, även om så inte är fallet. För sjuksköterskan är det därför viktigt att vara medveten om den stigmatisering som förekommer hos patienter med HCV. Sjuksköterskan bör bära med sig detta i det vårdande mötet samt eftersträva att reducera patientens upplevelse av stigma.

Att sjuksköterskor behöver utbildning och mer kunskap gällande HCV klargörs i vårt resultat. Dock påvisas det att sjuksköterskor ofta förlitar sig på kollegor och därifrån förvärvar kunskap och information. Detta betonas även i Joukar et als (2012) studie som beskriver att attityden hos vårdpersonalen gentemot patienter med HCV till viss del kan ha formats av kollegors attityder. En problematik som kan uppstå när information överförs mellan kollegor kan vara att informationen är felaktig, förlegad och influerad av kollegans subjektiva syn på patientgruppen (Joukar, Mansour-Ghanaei, Soati & Meskinkhoda, 2012). Vid införskaffande av information och kunskap hos kollegor är det viktigt att sjuksköterskan har ett reflekterande förhållningssätt samt är medveten om att informationen kan vara formad av kollegans subjektivitet. Så länge denna medvetenhet appliceras i patientvården tror vi dock att kollegors kunskap är en viktig faktor för utveckling inom yrkesprofessionen.

Behovet av adekvat information och undervisning är enligt denna studie viktiga aspekter i det vårdande mötet. Sjuksköterskan spelar en central roll i mötet med

patienten då de har en nära kontakt med patienten och kan i och med sin position undervisa och sprida kunskap. För att detta skall ske har kommunikation en avgörande betydelse. En god kommunikation påvisas i studiens resultat att även reducera patientens upplevelse av stigma. McCabe (2004) belyser i sin studie vikten av att sjuksköterskan har ett patientcentrerat förhållningssätt i sin kommunikation. Många patienter upplevde att sjuksköterskan var mer intresserad av att genomföra sina arbetsuppgifter än att prata med dem. Att som sjuksköterska ta sig tid, finnas där för patienten, ha en öppen och ärlig kommunikation samt visa empati och genuinitet i sitt vårdande ansågs vara viktiga aspekter för patienten. McCabe (2004) betonar vikten av att sjuksköterskan är medveten om de konsekvenser som finns i sitt val av kommunikation med patienter. En kommunikation baserat på ett personcentrerat förhållningssätt ökar patienters välbefinnande och stärker patientens tillit till sjuksköterskan. Detta förtydligas av Dahlberg och Segesten (2010, s. 200) som betonar att ett vårdande samtal där patienterna känner sig sedda, får ögonkontakt och upplever att vårdaren lyssnar på dem kan ge patienterna energi. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 200-202) framhäver dock att ett vårdande möte och ett vårdande samtal kan lika gärna bekräfta som utestänga patienter. Hälso- och sjukvården präglas av vissa paternalistiska drag, vilket gör att det finns en risk att det vårdande mötet blir en envägskommunikation och att sjuksköterskan pratar till patienten och inte med patienten. Vidare belyser Dahlberg och Segesten (2010, ss. 200-201) den problematik som finns gällande användandet av medicinsk terminologi i mötet med patienten. Enligt Efraimsson (2007 se Dahlberg och Segesten 2010, s. 201) dominerar detta språk hälso- och sjukvården och är oftast främmande för patienterna. Om sjuksköterskan talar med patienten i svårbegripliga termer ser vi en risk att information kan misstolkas och sjuksköterskan riskerar att göra en felaktig bedömning av att patienten är införstådd med sin situation. Utöver detta riskerar en för patienten främmande terminologi att omöjliggöra en dialog. Konsekvensen kan då bli att sjuksköterskan omedvetet skapar en envägskommunikation där patienten på grund av sin utsatthet inte får möjlighet att komma in i samtalet. För att undvika ett sådant scenario bör all kommunikation ske på en ömsesidig nivå där båda parter lär av varandra utifrån utbyte av kunskaper och erfarenheter. Resultatet av en god kommunikation är väsentligt för att skapa tillit och trygghet i den vårdande relationen och således det vårdande mötet.

SLUTSATSER

I det vårdande mötet bör sjuksköterskan visa empati, ta sig tid att lyssna till patienten för att få en ökad förståelse för patientens upplevelse av sjukdomen. Då HCV påverkar patienten fysiskt, psykiskt och socialt är det av stor vikt att sjuksköterskan i det vårdande mötet arbetar utifrån ett holistiskt förhållningssätt. Kunskapsnivån har en betydande påverkan på sjuksköterskans attityd till patienter med HCV, där en ökad kunskap leder till ett bättre bemötande. Adekvat information och undervisning är två viktiga aspekter vid vård och behandling. Här har sjuksköterskan en central roll att genom sin profession sprida kunskap. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om den stigmatisering som förekommer hos patienter med HCV. Sjuksköterskan bör ständigt reflektera över sitt agerande i det vårdande mötet samt eftersträva att reducera patientens upplevelse av stigma.

Implikationer i vården

- Utöver det som ryms i sjuksköterskans grundutbildning behövs vidare utbildning om HCV. Med en ökad kunskap minimeras risken att stigmatisering och diskriminering påverkar det vårdande mötet mellan sjuksköterska och patient.
- Utbildning krävs inom basala hygienrutiner och skyddsåtgärder för att skapa en klarhet samt trygghet för både sjuksköterskor och patienter i omvårdnadsarbetet.
- För att främja hälsa och välbefinnande bör sjuksköterskor sträva efter att reducera HCV-patienters upplevelse av stigma i det vårdande mötet. Genom att visa empati, lyssna och ta sig tid kan patientens upplevelse av stigma reduceras.
- Sjuksköterskor bör alltid eftersträva att arbeta med ett holistiskt förhållningssätt i vårdande möten med patienter. Detta för att kunna stödja patienten i samtliga aspekter av dennes sjukdomstillstånd.
- Sjuksköterskan bör lägga stor vikt vid att ge adekvat information samt undervisning till patienter med HCV. Detta för att skapa en trygghet och tillit för patienten under dennes vård och behandling.

Framtida forskning

Efter bearbetning av vårt resultat och diskussion anser vi att det finns ytterligare aspekter som fordrar fortsatt forskning. Vi listar nedan följande punkter som förefaller aktuellt ur vårt perspektiv.

- Under processen förekom inga artiklar skrivna utifrån ett nordiskt perspektiv. Vi efterfrågar därför ytterligare forskning utifrån en kontext som är mer applicerbar för svensk sjukvård.
- Samtliga författare definierar att vidare forskning krävs, dock utan att konkretisera vilken inriktning fortsatt forskning bör ha. Vi anser därför att det är av stort intresse att förtydliga hur fortsatt forskning kan bedrivas och vilka aspekter som ännu inte analyserats.
- Vårt resultat pekar entydigt på att patienter med HCV bemöts annorlunda. Intressant hade varit att se mer forskning utifrån ett sociokulturellt perspektiv. Vi frågar oss huruvida det finns bidragande faktorer såsom kön, ålder, sexuell läggning samt etnicitet.

REFERENSER

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 203-220.

Brunings, P., Klar, S., Butt, G., Nijkamp, M.D. & Buxton, J.A. (2013). "It's a Big Part of Our Lives": A Qualitative Study Defining Quality of Hepatitis C Care From the Patient's Perspective", *Gastroenterology Nursing*, 36(4), pp. 249-257.

Butt, G., Paterson, B. L., & McGuinness, L. K. (2008). "Living with the stigma of hepatitis C". *Western Journal of Nursing Research*, vol. 30 no. 2, pp 204-221.

Sheppard, K. & Hubbert, A. 2006, "The Patient Experience of Treatment for Hepatitis C", *Gastroenterology Nursing*, 29(4), pp. 309-315.

Chen, S.L., Morgan, T.R. (2006). "The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection", *International Journal of Medical Science*, 3(2), pp. 47-52.

Conrad, S., Garrett, L. E. & Cooksley, W. G. E. (2006). "Living with chronic hepatitis c means you just haven't got a normal life any more", *Chronic Illness*, 2(2), pp 121-131.

Córdoba, J., Flavià, M., Jacas, C., Sauleda, S., Esteban, J.I., Esteban, R., Vargas, V. & Guardia, J. (2003). "Quality of life and cognitive function in hepatitis C at different stages of liver disease", *Journal of Hepatology*, 39(2), pp. 231-238.

Dahlberg, K & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.

Ekebergh, M. (2009). *Att lära sig vårda: med hjälp av handledning*. Lund: Studentlitteratur.

Folkhälsomyndigheten (2013). *Sjukdomsinformation om hepatit c*.

Hämtad 2015-10-29 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/smittsamma-sjukdomar/hepatit-c/>

Folkhälsomyndigheten (2015). *Hepatit C*.

Hämtad 2015-10-29 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/sjukdomsstatistik/hepatit-c/>

Frazer, K., Glacken, M., Coughlan, B., Staines, A. & Daly, L. (2011). "Hepatitis C virus in primary care: survey of nurses' attitudes to caring", *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), pp. 598-608.

Goffman, E. (2014). *Den avvikandes roll och identitet*. Lund: Studentlitteratur AB.

- Hansson Scherman, M. (2013). Att lära sig ha en sjukdom. I Klang Söderkvist, B. (red.) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 76.
- Hill, R., Pfeil, M., Moore, J. & Richardson, B. (2014). "Living with hepatitis C: a phenomenological study", *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), pp. 428-438.
- Joukar, F., Mansour-Ghanaei, F., Soati, F., Meskinkhoda, P. (2012). "Knowledge levels and attitudes of health care professionals toward patients with hepatitis C infection", *World Journal of Gastroenterology*, 18(18), pp. 2238-2244.
- Keller, S., Daley, K., Hyde, J., Greif, R.S. & Church, D.R. (2005). "Hepatitis C prevention with nurses", *Nursing & Health Sciences*, 7(2), pp. 99-106.
- Kneck, Å (2013). Lärandet i livet med långvarig sjukdom. I Klang Söderkvist, B. (red.) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 20, 21, 76.
- Mayhew, M.S. (2011). "Hepatitis C Treatment", *The Journal for Nurse Practitioners*, 7(10), pp. 875-876.
- McCabe, C. (2004). "Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences", *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), pp. 41-49.
- McCreddie, M., Lyons, I., Horsburgh, D., Miller, M. & Frew, J. (2011). "The Isolating and Insulating Effects of Hepatitis C: A Substantive Grounded Theory", *Gastroenterology Nursing*, 34(1), pp. 49-59.
- Moore, G.A., Hawley, D.A. & Bradley, P. (2009). "Hepatitis C: Experiencing Stigma", *Gastroenterology Nursing*, 32(2), pp. 94-104.
- Rasi, M., Künzler-Heule, P., Schmid, P., Semela, D., Bruggmann, P., Fehr, J., Saxer, S. & Nicca, D. (2014). "'Fighting an uphill battle': experience with the HCV triple therapy: a qualitative thematic analysis", *BMC Infectious Diseases*, 14, pp. 507.
- Richmond, J. A., Dunning, T. L & Desmond, P. V. (2006). "Health professionals' attitudes toward caring for people with hepatitis C", *Journal of Viral Hepatitis*, 14(9), pp 624-632.
- Sgorbini, M., O'Brien, L & Jackson, D. (2008). "Living with hepatitis C and treatment: the personal experiences of patients", *Journal of clinical nursing*, 18(16), pp 2282-2291.
- Sheppard, K. & Hubbert, A. (2006). "The Patient Experience of Treatment for Hepatitis C", *Gastroenterology Nursing*, 29(4), pp. 309-315.
- Siegel, J.D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L. & Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. (2007). "2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings", *AJIC: American Journal of Infection Control*, 35(10), pp. S65-S164.

Socialstyrelsen (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner: ett kunskapsunderlag*, Socialstyrelsen, Stockholm.

Stewart, B.J., Mikocka-Walus, A.A., Harley, H. & Andrews, J.M. (2011). "Help-seeking and coping with the psychosocial burden of chronic hepatitis C: a qualitative study of patient, hepatologist, and counsellor perspectives", *International journal of nursing studies*, 49(5), pp. 560-569.

Svensk författningssamling (SFS 2004:168). Smittskyddslag. Hämtad 2015-10-29 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168/

Svensk sjuksköterskeförening (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*, Stockholm.

Vårdhandboken (2015a). *Basala hygienrutiner*. Hämtad 2015-11-22 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Basala-hygienrutiner-och-kladregler/Basala-hygienrutiner/>

Vårdhandboken (2015b). *Patientjournalens innehåll och funktion*. Hämtad 2015-11-22 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Dokumentation/Patientjournalens-innehall-och-funktion/>

Vårdhandboken (2015c). *Smittöverföring, smittrisker, rutiner Blodburen smitta*. Hämtad 2015-10-28 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Blodburen-smitta/Smittoverforing-smittrisker-rutiner/>

Vårdhandboken (2015d). *Översikt Blodburen smitta*. Hämtad 2015-10-28 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Blodburen-smitta/Oversikt/>

WHO (2015). *Hepatitis C*.

Hämtad 2015-10-26 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>

Wiklund Gustin, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*, Stockholm: Natur och kultur.

Özdelikara, A. & Tan, M. (2012). "Conditions in which nurses are exposed to the hepatitis viruses and precautions taken for prevention", *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 30(1), pp. 33-41.

BILAGA 1

Titel, Författare, Tidsskrift, Årtal	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Titel: "It's a Big Part of Our Lives": A Qualitative Study Defining Quality of Hepatitis C Care From the Patient's Perspective</p> <p>Författare: Brunings, Klar, Butt, Nijkamp och Buxton</p> <p>Tidsskrift: Gastroenterology Nursing</p> <p>Årtal: 2013</p>	<p>Att undersöka och beskriva patienters perspektiv gällande hepatit C-sjukvård på fyra olika kliniker i British Columbia, Canada.</p>	<p>Kvalitativ studie med iterativ ansats. Tre stycken semi-strukturerade gruppintervjuer med totalt 44 deltagande. Inklusionskriterier: Bekräftad HCV, är eller har varit patient på en av klinikerna, förmåga att läsa och tala engelska.</p>	<p>Studien belyser vikten av att engagera patienter i deras HCV-vård. Tre viktiga aspekter för sjuksköterskor i vårdandet av HCV är kommunikation, kontinuitet och tid att informera och undervisa. Sjuksköterskor har en nyckelroll i vården av HCV-patienter då de samarbetar med andra yrkesroller.</p>
<p>Titel: Living with chronic hepatitis C means "you just haven't got a normal life anymore"</p> <p>Författare: Conrad, Garrett, Cooksley, Dunne, och MacDonald</p> <p>Tidsskrift: Chronic illness</p> <p>Årtal: 2006</p>	<p>Att utforska psykosociala faktorer som påverkar livskvaliteten hos de som drabbats av kronisk HCV.</p>	<p>Kvalitativ studie med Grounded theory ansats. Rekryteringen av 70 patienter med HCV gjordes via flera institutioner. Semi-strukturerade intervjuer. Inklusionskriterier HCV-positiva, över 18 år, diagnos minst 12 månader.</p>	<p>Kronisk hepatit C har en betydande påverkan på patientens livskvalitet. Vårdpersonal inom primärvården måste undvika beteenden som kan leda till stigmatisering och diskriminering.</p>

<p>Titel: Hepatitis C virus in primary care: survey of nurses' attitudes to caring</p> <p>Författare: Frazer, Glacken, Coughlan, Staines och Daly</p> <p>Tidsskrift: Journal of Advanced Nursing</p> <p>Årtal: 2011</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors attityd i vårdandet av människor med HCV inom primärvården.</p>	<p>Kvantitativ studie. Tvärsnittsstudie. Enkät skickades ut till 981 st sjuksköterskor som jobbade på primärvård, privatvård och beroendevårdsverksamheter.</p>	<p>Studien visar på generellt positiva attityder gentemot personer med HCV oavsett hur viruset förvärvades. Djupare kunskap är associerat med en positiv vård och inställning. Utbildning kan minska negativa inställningar och diskriminering.</p>
<p>Titel: Living with hepatitis C: a phenomenological study</p> <p>Författare: Hill, Pfeil, Moore och Richardson</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årtal: 2014</p>	<p>Att utforska upplevelsen för vuxna som lever med HCV över en längre tid.</p>	<p>Kvalitativ studie med deskriptiv fenomenologisk ansats. Ostrukturerade intervjuer med 23 HCV-positiva människor. Inklusionskriterier: Fastställd diagnos, över 18 år gammal, boende i England, kunna läsa och skriva engelska, ha en postkod och ett telefonnummer.</p>	<p>Att få HCV påverkar hela individens själv. Sjuksköterskor bör arbeta kontinuerligt med att stötta och ge råd för att hjälpa de patienter som lever med HCV.</p>

<p>Titel: "Fighting an uphill battle": experience with the HCV triple therapy: a qualitative thematic analysis</p> <p>Författare: Rasi, Künzler-Heule, Schmid, Semela, Bruggmann, Fehr, Saxer och Nicca</p> <p>Tidsskrift: BMC Infectious Diseases</p> <p>Årtal: 2014</p>	<p>Att beskriva HCV-patienters erfarenheter av kombinationsbehandling och deras behov av stöd.</p>	<p>Kvalitativ studie. Intervjuer med öppna frågor ställdes till 13 patienter. Inklusionskriterier: vara över 18 år, genomgått behandling fyra veckor eller längre (pågående, avklarad eller avbruten), ej vara slutenvårdspatient, kunna delta i en intervju i Tyskland.</p>	<p>Patienter som genomgår kombinationsbehandling behöver mycket stöd. För att kunna stödja patienten krävs djupare kunskap om behandlingen och dess biverkningar.</p>
<p>Titel: Health professionals' attitudes toward caring for people with hepatitis C</p> <p>Författare: Richmond, Dunning och Desmond</p> <p>Tidsskrift: Journal of Viral Hepatitis</p> <p>Årtal: 2006</p>	<p>Att undersöka sambandet mellan vårdpersonals attityder och kunskap gällande vårdande av personer med HCV.</p>	<p>Kvantitativ studie. Analytisk tvärsnittsundersökning. Enkäter skickades ut till 3675 vårdgivare, men resultatet bygger på svaren från 1347 st.</p>	<p>De flesta av deltagarna hade adekvat kunskap om HCV, men en del påvisade negativa attityder gentemot patienter med HCV. Rätt slags utbildning i syfte att förbättra de deltagandes attityder gentemot HCV-positiva patienter kan göra patientvården bättre.</p>

<p>Titel: Living with hepatitis C and treatment: the personal experiences of patients.</p> <p>Författare: Sgorbini, O'Brien och Jackson</p> <p>Tidsskrift: Journal of clinical nursing</p> <p>Årtal: 2008</p>	<p>Att öka förståelsen för patienters upplevelser av att leva med HCV genom att undersöka problematiken kring HCV, behandling och dess påverkan på relationer.</p>	<p>Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Inklusion; över 18 år, vara diagnostiserad med CHC och genomgå behandling, ha förhållande, vara sambo. 32-54 år. Semi-strukturerade intervjuer. 5 patienter och deras partners.</p>	<p>Studien belyser vikten av att patienter får rätt hjälp med sin HCV. Sjuksköterskor har en betydelsefull roll i att utbilda, stödja och hjälpa patienten till hälsa.</p>
<p>Titel: The Patient Experience of Treatment for Hepatitis C</p> <p>Författare: Sheppard och Hubbert</p> <p>Tidsskrift: Gastroenterology Nursing</p> <p>Årtal: 2006</p>	<p>Att utforska patienters erfarenhet av kombinationsbehandling mot HCV.</p>	<p>Kvalitativ studie med hermeneutisk fenomenologisk ansats. Fyra patienter rekryterades genom healthcare provider offices och supportgrupper för människor med HCV. Inklusionskriterier: engelsktalande individer från ett bestämt geografiskt område, 18-65 år gamla och ska befinna sig i pågående kombinationsbehandling av HCV.</p>	<p>Patienter som ska genomgå HCV-behandling måste få adekvat information. Vårdpersonal måste se till individen och anpassa supporten därefter.</p>