



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Fagartikkel

Å forebygge vertikal smitte av HIV – en kompleks utfordring

(To prevent vertical transmission of HIV
– a complex challenge)

Innleveringsdato: 04.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10141

Antall ord: 4942

Sammendrag

Introduksjon: Forente nasjoner (FN) har som ett av sine bærekraftsmål å forebygge nye tilfeller av HIV. Smitte fra mor til barn, vertikal smitte, er et av områdene som har fått særlig fokus. Gjennom organiserte programmer og tiltak har sykepleiere en viktig oppgave: Å følge opp tiltak der risikoen for smitte er størst – gjennom svangerskap, fødsel og amming. Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan sykepleiere på sykehus i Namibia bidrar til å forebygge vertikal smitte av HIV.

Metode: Kvalitativ metode er brukt i denne studien. Ett pilotintervju og tre semistrukturerte intervjuer ble gjennomført ved fire ulike avdelinger på to offentlige sykehus i Namibia. Egne ustrukturerte og strukturerte observasjoner er inkludert. Dataene blir sett på i sammenheng med relevant forskning og teori. Analysen ble gjort etter inspirasjon av Dallands prinsipper for analyse.

Resultater: Alle sykepleierne i studien uttrykte at det var viktig å sette inn tiltak der risikoen for smitte er størst. HIV-testing var essensielt for å starte behandling. Veiledning og informasjon gjennom undervisning til mødrene ble gitt både i grupper og individuelt. Målet var at mødrene skulle forstå det som ble sagt, for å kunne ta informerte valg rundt egen helse. Medisiner ble sett på som det viktigste enkelttiltaket, mens etterfølgelse av behandling var nødvendig ved eksklusiv amming. Sosiale og økonomiske forhold har en avgjørende rolle i alle punktene.

Konklusjon: Namibia har et velfungerende system for forebygging av vertikal smitte på både nasjonalt og individuelt nivå. Sykepleierne i min studie viste kunnskap rundt forebygging av HIV. Det viser seg imidlertid at sykepleierne står ovenfor utfordringer knyttet til liten tid og høy arbeidsmengde. Sosiale og økonomiske forhold påvirker deres arbeid med pasientene. Ved å gi mer tid og anerkjennelse av sykepleiernes arbeid kan man anta at det vil bidra til å stanse epidemien av AIDS innen 2030.

Abstract

Introduction: The United Nation (UN), have in their sustainable development goals included the prevention of new HIV-cases. Transmission from mother to child, vertical transmission, is particularly emphasized. Through organized programs and measures, nurses have an important task: To follow up measures where the risk of infection is greatest - through pregnancy, childbirth and breastfeeding. The purpose of this study was to investigate how nurses at the hospitals in Namibia contribute to preventing vertical transmission of HIV.

Method: A qualitative method is used in this study. One pilot interview and three semi-structured interviews were conducted at four different departments of two public hospitals in Namibia. Own structured- and unstructured observations are included. The data is viewed in the context of relevant research and theory. The analysis was carried out according to Dalland's principles for analysis.

Results: All the nurses in the study thought it was important to put measures in place where the risk of infection is greatest. HIV-testing was essential to start treatment. Counseling and information through education was given in both groups and individually, to make sure that the mothers understood the information and could make informed choices. Medications were put in as the most important measure, while follow-up treatment was necessary through the breastfeeding period. Social and economic conditions play a crucial role in all these factors.

Conclusion: Namibia has an effective system for the prevention of vertical transmission at both national and individual levels. The nurses in my study had good knowledge about prevention of HIV. However, it seems that nurses are facing challenges due to a shortage of time and high workloads. Social and economic conditions affect their work with the patient. By giving more time and recognition of the nurses' work, one can assume it will help stop the epidemic of AIDS by 2030.

Bakgrunn

Ved utgangen av 2018 levde 37,9 millioner mennesker med humant immunsviktvirus (HIV) på verdensbasis (1). Over to tredjedeler av alle mennesker som lever med HIV er bosatt i den afrikanske regionen og rundt 200.000 av disse bor i Namibia (2,3). Å bekjempe HIV og ervervet immunsvikt-syndrom (AIDS) har blitt inkludert i Forente Nasjoners (FN) bærekraftsmål (4). En indikator, 3.3.1, under punkt tre om god helse, handler om nye HIV-tilfeller. Punktet innebærer et mål om å stanse epidemien av AIDS innen 2030 (5). For å nå målet har det vært økt fokus på forebygging, diagnostisering og behandling.

HIV angriper immunforsvaret og svekker kroppens forsvar mot infeksjoner og enkelte typer kreft. Smitten skjer via kontaktsmitte med ulike kroppsvæsker fra den infiserte. Det kan være blod, brystmelk, sæd og vaginale sekreter (2). Det kan også overføres smitte fra mor til barn gjennom graviditet, fødsel og amming - vertikal smitte. Ved vertikal smitte er risikoen for HIV-overføring anslått til å ligge mellom 15% og 45%. Med effektive forebyggende tiltak kan risikoen, ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO), reduseres til under 5% (6). I Namibia har effektive tiltak gitt en reduksjon i vertikal smitte fra 11,86% i 2010 til 3,86% i 2018 (3).

Hensikt

Sykepleiere har ulike arbeidsoppgaver og funksjoner. Blant de viktigste er å forebygge sykdom og fremme helse (7,s. 297,8). Gjennom sykepleiestudiet og emnet HSYK304P hadde jeg en ni uker lang praksis på to offentlige sykehus i Namibia. Der erfarte jeg hvilke oppgaver og utfordringer sykepleierne har med forebyggingen av HIV. Alle registrerte sykepleiere i Namibia har gjennomført en fireårig bachelorgrad hvor emner innen jordmorfaget er en del av deres generelle utdanning (9). Kompetansen gjør sykepleierne i stand til å jobbe med mødre og barn, deriblant HIV-positive. Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere i Namibia bidro til å forebygge vertikal smitte av HIV. Dette leder til følgende problemstilling: «*Hvordan bidrar sykepleiere på sykehus i Namibia til å forebygge vertikal smitte av HIV?*»

Forebygging og veiledning

Å forebygge sykdom blir av Mæland i boken «Forebyggende helsearbeid» (10) definert innenfor tre områder – primær-, sekundær- og tertiær forebygging. Den primære forebyggingen handler om å forhindre eller utsette sykdom hos friske individer, som vil være hovedfokus i denne studien (10, s.16). Metoder som blir brukt er blant annet undervisning og veiledning (7,s. 369,10, s.124-128).

Ordet veiledning er et lite presist begrep det er vanskelig å definere. Sidsel Tveiten har i sin doktorgradsavhandling kommet frem til en type definisjon av ordet. Tveiten definerer veiledning som «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess rettet mot at mestringskompetanse styrkes gjennom dialog basert på kunnskap og humanetiske verdier» (11, s.11).

Hun presiserer at veiledningen skjer gjennom dialog og at dens mål og hensikt er at pasientene selv skal finne de løsningene som er best for dem. I grenseområdene til veiledning ligger undervisning. Mens veiledning tilstreber at den som veiledes selv skal finne løsninger, handler undervisning om å formidle kunnskap – men begge med et fellestrekk om læring (11, s.37-38).

Tveitens definisjon er dekkende for hva jeg legger i ordet veiledning og jeg vil derfor benytte den videre i studien.

Tiltak

Namibias rammeverk for HIV/AIDS viser at det nasjonale målet er å eliminere vertikal smitte innen 2022 (12). En studie gjennomført av Shayo og Mash i Namibia (2018) viser gjennom journaler til mødrene og deres barn på sykehus, 279 modifiserbare faktorer som kan påvirke risikoen for vertikal smitte av HIV. Studien konkluderer med at antiretroviral behandling (ART), oppfølging gjennom svangerskapskontroller, HIV-testing, forebygging av ubeskyttet sex og eksklusiv amming er viktige faktorer (13).

Behandling med ART er det mest effektive tiltaket for forebygging av vertikal smitte (2). I Namibia mottar over 95% ART som behandling (3). En forutsetning for at dette tiltaket skal bli iverksatt er at mødrene blir HIV-testet. Hensikten med ART er å redusere viruskonsentrasjonen i blodet slik at smittefaren reduseres og stanser videre progresjon av sykdommen (14). I en studie fra tre klinikker i Tanzania av Sahria m.fl (2019) ble det gjennom intervjuer sett på årsaker til at mødrene ikke bruker ART som anbefalt, og hva som motiverer de til å starte. Tre hovedelementer ble presentert – helserelaterte, psykologiske og sosioøkonomiske faktorer. Blant disse er medisinske bivirkninger, asymptomatisk status, HIV-relatert stigma, økonomi, støtte i nære relasjoner, og et ønske om å forhindre vertikal smitte (15).

For å få til en systematisk oppfølging, iverksatte regjeringen i Namibia i 2004 et program kalt Prevention-of-mother-to-child-transmission of HIV (PMTCT), utarbeidet av WHO (17). PMTCT er et spesifikt program rettet mot vertikal smitte og gir tjenester til kvinner og deres barn som vist i figur 1 (16,18). I 2018 ble estimert 1800 tilfeller avverget på grunn av PMTCT i Namibia (3).

PMTCT CASCADE (focusing primarily on components 3 and 4, preventing transmission to infant and treating mother and infant)		
Component	Linked to	
1. Utilisation of antenatal care (ANC)	ANC services	All pregnant women
2. Receiving HIV pretest counselling	ANC unit or voluntary counselling and testing (VCT) services	
3. Acceptance of HIV test	ANC/VCT services	
4. Receiving HIV test results & post-test counselling	ANC/VCT services	
5. Get CD4 assessment	ANC/VCT services	HIV- positive Pregnant women
6. Use of ARV prophylaxis for mom and/or baby (for seropositive moms)	ANC services/ARV programs	
7. Adherence to ARVs during pregnancy	ANC unit/ARV programs	
8. Deliver with skilled attendant & Take ARVs	Obstetric services	
9. Follow safe infant feeding practices	Child health services	
10. Bring infant for HIV testing	Child health or VCT services	
11. Adhere to maternal/infant ARVs after birth	Child health, obstetric or VCT services	

Figur 1: Hentet fra den systematiske oversiktsartikkelen til Mutabazi m.fl. (2017) (16).

Namibia har siden 2014 brukt «Option B+» som sin PMTCT-strategi. Strategien innebærer livslang behandling av ART til alle HIV-positive gravide kvinner, seks uker med daglig profylakse til spedbarn og minimum seks måneder eksklusiv amming etter fødsel (17). Gjennom de nasjonale retningslinjene for ART er det også inkludert at alle HIV-negative gravide og ammende kvinner, bør bli fulgt opp til de slutter å amme (19, s. 15). For å oppnå dette er det skrevet at helsepersonell skal sørge for at pasientene får veiledning, undervisning og tilpasset informasjon om HIV fra start på svangerskap til ammeperioden avsluttes (2,19).

Eksklusiv amming betyr at spedbarnet kun får næring gjennom morsmelk. Å amme i seks måneder etter fødsel har ifølge WHO store fordeler. Morsmelk styrker barnets immunforsvar for sykdommer og reduserer barnedødelighet ved feil- og underernæring. Bruk av ART hos HIV-positive er en nøkkelfaktor ved amming (20).

Utfordringer

I den systematiske oversiktsartikkelen til Olakunde m.fl. (2019) fra Nigeria ble det sett på oppnådde mål og utfordringer i arbeidet med eliminering av vertikal smitte. De viser til at «et velfungerende helsesystem som sørger for kvalitet og tilgjengelighet, nok helsepersonell og tilstrekkelig finansiering er nødvendig for å oppnå ønsket effekt av PMTCT-programmet» (21).

Den internasjonale undersøkelsen «State of Worlds nursing» (2020), foretatt av WHO, International Council of Nurses (ICN) og Nursing now viser at tettheten av sykepleiere per 10.000 innbygger i Namibia er 19,5 sammenlignet med 176,7 per 10.000 innbygger i Norge, som er et av landene med størst tetthet (22). I studien til Davyduke m.fl (2015) ble det sett på muligheter for å styrke tjenestene for testing og veiledning, gjennom intervjuer og observasjoner av helsepersonell på ulike helseinstitusjoner i Namibia. Begrensede menneskelige ressurser, høy arbeidsmengde, infrastrukturelle barrierer og bevissthet rundt retningslinjer var noen av utfordringene (23). Disse utfordringene ble også påpekt i studien til Mangoejane m.fl. (2019) som gjennomførte intervjuer av sykepleiere om implementering av tiltak i barseloppfølging av HIV-positive mødre i Sør-Afrika (24).

Namibia er ifølge FN et land som preges av store inntektsforskjeller, og omtrent 17% lever under fattigdomsgrensa (25). Pasientene på de offentlige sykehusene i Namibia var overrepresentert av pasienter med svak økonomi. Fram til 1990 var Namibia under okkupasjon av Sør-Afrika, som implementerte apartheidlover. Dette kommer til uttrykk i dagens samfunn, hvor samfunnet er preget av etniske og sosiale skillelinjer (26). Befolkningen er en del av et kollektivistisk samfunn der det enkelte individ må lære seg å finne en plass i samfunnet de er en del av. Nære relasjoner står sterkt og har en høyere verdi en den enkelte pasients selvstendige valg (27).

Metode

Jeg har brukt kvalitativ forskningsmetode for å samle inn data (28, s. 52-53). Det ble utført ett pilotintervju og tre semistrukturerte intervjuer, samt gjort ustrukturerte- og strukturerte observasjoner for å se på hvordan sykepleiere bidrar til å forebygge vertikal smitte av HIV.

Datainnsamling

For å sikre at det ble innhentet relevant data ble intervjupersonene strategisk valgt ut innenfor for gitte inklusjonskriterier (28, s. 56-57):

- Registrerte sykepleiere på sykehus i Namibia.
- Jobbet i minst ett år som registrert sykepleier.
- Erfaring rundt vertikal smitte av HIV.

Sykepleiere:	Avdeling:
Sykepleier 1	Klinikk for vertikal smitte (Sykehus 1)
Sykepleier 2	Klinikk for vertikal smitte (Sykehus 2)
Sykepleier 3	Fødeavdelingen
Sykepleier 4	Gyneologisk avdeling

Det ble først utarbeidet spørsmål til et pilotintervju. Pilotintervjuet har blitt inkludert i studien da intervjuet ga mye relevant informasjon. Deretter ble det utarbeidet en veiledende intervjuguide med sju ulike temaer for å strukturere spørsmålsstillingen (vedlegg 2)(28, s. 78-79). Ved å bruke intervjuguiden ble de samme spørsmålene stilt til alle intervjupersonene slik at de samme temaene ble undersøkt. Spørsmålene ble stilt åpent slik at intervjupersonen kunne prate fritt rundt temaet. En slik fremgangsmåte anså jeg som viktig for at relevant data ikke skulle forsvinne allerede i spørsmålsstillingen.

Både ustrukturerte- og strukturerte observasjoner ble gjort på de ulike avdelingene gjennom praksisperioden med muntlig samtykke (vedlegg 3). Både intervjuene og observasjonene vil bli tatt opp i diskusjonsdelen der det er relevant. Ved å bruke innsamlet data vil jeg være kritisk. Dette fordi datainnsamling ble utført i en ny kulturell kontekst. Misforståelser og feiltolkninger kan ha oppstått i kommunikasjonen, og min eksisterende forforståelse og subjektive mening vil prege meg som intervjuer (28, s. 58,29, s. 71). Det er nødvendig å være bevisst at min erfaring og mitt syn kan påvirke tolkningen av dataen som er samlet inn. Data ble også samlet inn over kort tid med få intervjupersoner, der alle var kvinner. Det vil si at data som er samlet inn ikke er et korrekt bilde av den faktiske praksisen blant alle de ansatte på sykehusene.

Både før, under og etter datainnsamlingen ble det utført systematiske litteratursøk i ulike databaser for å finne relevant forskningslitteratur. Databasene som ble brukt var PubMed, Oria, Google Scholar og Cinahl.

Intervjuprosessen

Intervjuene ble utført i samarbeid med en medstudent. I forkant av hvert enkelt intervju ble intervjupersonen kontaktet minimum en dag før, for å dele ut skriftlig samtykkeskjema kombinert med muntlig informasjon om hensikten med intervjuet (vedlegg 1). Intervjuene ble gjennomført som en samtale med intervjupersonen. Å gjennomføre intervjuene var noe problematisk da det var varierende når sykepleierne hadde tid og at det ikke alltid var et egnet sted for gjennomføring av intervjuet. Tre av intervjuene ble holdt med lukkede dører og lite forstyrrelser, mens et intervju ble holdt på pauserommet med ulike forstyrrelsesmomenter. Forstyrrelser var med på å påvirke samtalen mellom oss og intervjupersonen (28, s. 81).

Under intervjuet organiserte vi det slik at en holdt intervjuet og noterte, mens den andre kun noterte, fulgte med på kroppsspråk og kom med oppfølgingsspørsmål der det var naturlig (28, s. 87). Årsaken til at vi valgte å gjøre det på denne måten var at det kunne være vanskelig å få med seg all informasjon hvis bare en noterte. Organiseringen hadde i stor grad sammenheng med at intervjuet foregikk på engelsk slik at det ble vanskelig å få med seg alt som ble sagt. Svarene på spørsmålene ble notert ned og oversatt til norsk umiddelbart.

Analyse

Etter at intervjuene ble foretatt satte vi oss ned sammen for å skrive intervjuene mer utfyllende (28, s. 87). Med direkte oversettelse til norsk ble det viktig å bruke tid på etterarbeidet, for å se om vi hadde tolket og forstått intervjupersonens uttalelser likt. Deretter leste vi gjennom intervjuene flere ganger for å se på intervjuene som en helhet. Dataene ble delt inn i hovedkategorier og subkategorier, slik at de mest relevante temaene ble oversiktlig plassert i en tekst. Analyse av intervjuene ble gjort etter inspirasjon av Dallands prinsipper for analyse (28, s. 87-92).

Etiske overveielser

Både muntlig og skriftlig informasjon ble gitt for at intervjupersonen skulle stå fritt til å delta, få tilstrekkelig informasjon og delta på et selvstendig grunnlag. Det var viktig å formidle at de når som helst hadde mulighet til å trekke seg. Data som er samlet inn er presentert slik at det ikke skal være mulig å knytte enkeltpersoner opp til opplysningene. Ved å overholde det overordnede mener jeg at intervjupersonens informasjon og meninger har blitt ivaretatt i henhold til kravet om anonymitet og samtykke (28, s. 120).

Resultat

Analyse av intervjuene utpekte fire hovedtemaer - HIV-testing, veiledning og informasjon gjennom undervisning til mødrene, medisiner og eksklusiv amming. Alle sykepleierne utpekte tiltak under disse temaene som sentrale for å forebygge vertikal smitte. De påpekte også at majoriteten av veiledning og informasjon ble gitt på klinikk for vertikal smitte, og de var samstemte om at det var viktig å følge nasjonale retningslinjer, PMTCT-programmet og WHO's retningslinjer.

HIV-testing

Alle mødrene som møtte opp på sykehuset med en graviditet, eller hadde abortert, ble oppfordret til å ta en HIV-test. Her fulgte sykepleierne de nasjonale retningslinjene.

«Vi skal sørge for at mødrene er testet – det vårt ansvar som sykepleiere».
(Sykepleier 1)

Etter HIV-testing ble mødrene tatt med for individuell veiledning rundt sin HIV-status. Tre av sykepleierne som gjennomfører testing av pasienter daglig var opptatt av å forklare hensikten med testen og hva mødrene tenker om å vite sin status. En utfordring en av sykepleierne presiserte handlet ikke bare om mødrene selv, men også deres partnere.

Veiledning og informasjon gjennom undervisning til mødrene

Å gi veiledning og undervisning til mødrene ble sett på som viktig av alle sykepleierne. Dette ble gjennomført både i grupper og individuelt. PMTCT-programmet var grunnlaget for når veiledning ble gitt.

Gruppeveiledningene ble gjennomført på første svangerskapskontroll til 60-70 mødre. Veiledningene inneholdt syv temaer rundt graviditet, der HIV var en av temaene. Under punktet om HIV var det fokus på å gi mødrene informasjon om HIV-testing, hvordan det er å leve med HIV og hvordan de kan forebygge vertikal smitte ved et positivt resultat.

«Det er viktig at pasienten forstår informasjonen vi gir. Hvis de ikke forstår det vi formidler skjer det feil som kan føre til smitte, både av dem selv og barnet».
(Sykepleier 1)

Alle sykepleierne var opptatt av at innholdet i veiledningen måtte bli forstått for å kunne ta informerte valg. To av sykepleierne nevnte at informasjon var viktig for å forberede mødrene til svar på HIV-test. HIV-negative mødre fikk samme informasjon som HIV-positive. Begrunnelsen var at HIV-negative skulle få en forståelse av hva det innebærer å være HIV-positiv, og dermed hvordan de kan forebygge smitte.

«Jeg har fokus på at det i bunn og grunn er pasienten selv som individ som kan bruke den informasjonen som blir gitt og ta vare på seg selv. Jeg kan gi så mye informasjon jeg bare vil, men det er pasienten selv som må velge å bruke den».
(Sykepleier 4)

Medisin

Alle sykepleierne nevnte medisin som et av de viktigste tiltakene for å forebygge vertikal smitte og at all behandling er gratis. Under spørsmål om informasjon svarte de at ART ble gitt som behandling for HIV-positive mødre, mens profylakse kalt Nevirapine ble gitt til spedbarn dosert etter de nasjonale retningslinjene.

Ved spørsmål om risiko for vertikal smitte var feil bruk av medisin en risikofaktor. Dette inneholdt bruk av medisiner til feil tid, feil dosering og autoseponering av medisiner. Årsaken til dette hadde sykepleierne ulike forklaring på. Det kunne være både sosialt og kulturelt betinget, eller at mødrene ikke hadde fått tilstrekkelig veiledning og informasjon.

«Det kan være 10 stykker som bor i samme hus. Når skal du ta medisinen din uten at familien din får vite det? Dette handler om at de ikke engang forteller familien sin om sykdommen».

(Sykepleier 4)

Ved spørsmål om stigma uttrykte sykepleierne ulike svar. To av sykepleierne mente at stigmaet er en utfordring, men er mindre nå enn tidligere. En av sykepleierne mente at dette ikke var et eksisterende problem og en sykepleier så på stigma som en årsak til at mødrene ikke ville være i behandling.

"Ofte er det ikke det at de er positive som er det vanskelig, men det sosiale rundt det. Det handler om status og samfunnet generelt. Det kan være mye problemer som utroskap, vold, illojalitet, menn som er sinte for å bli smittet, at de har barn og en familie".

(Sykepleier 3)

Eksklusiv amming

Ved spørsmål om hvilken informasjon som ble gitt til mødrene om amming svarte alle sykepleierne at det var viktig at mødrene ammet eksklusivt de første seks månedene. Bruk av medisiner til mor og profylakse til spedbarn er en forutsetning for å kunne amme. Tre av sykepleierne forklarte at økonomi var en utfordring, og at det er viktig at mødrene ammet uavhengig av status.

"Mange har svak økonomi. De har ikke nok penger til å betale for morsmelkerstatning eller nok mat for at barna skal kunne vokse. Hvis de skal slutte å amme - hva skjer da? Barna blir underernærte".

(Sykepleier 2)

To av sykepleierne nevnte at en økt risiko for vertikal smitte oppstod ved at mor ikke ammet eksklusivt og/eller hadde brukerfeil ved medisinbruk. Ved bruk av profylakse til spedbarnet hadde to av sykepleierne ulik oppfatning. Sykepleier 2 fulgte de nasjonale retningslinjene systematisk ved at spedbarnet blir tatt av profylakse etter seks uker uavhengig av om mor ammer. Sykepleier 1 var opptatt av at relasjon til mor skapes over tid. Derfor måtte avgjørelsen om dette være individuelt tilpasset.

Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke følgende problemstilling: «*Hvordan bidrar sykepleiere på sykehus i Namibia til å forebygge vertikal smitte av HIV?*». Ved spørsmål om hvilke tiltak sykepleierne så på som de viktigste for å forebygge vertikal smitte av HIV var HIV-testing, informasjon og veiledning, medisiner, og eksklusiv amming tiltak som utpekte seg. Tilsvarende fant Shayo og Mash i sin studie fra Namibia i 2019 (13). I diskusjonen blir det brukt relevant forskning og teori, intervjuer, observasjoner og egne praksiserfaringer.

HIV-testing

For å forebygge vertikal smitte er det essensielt at mødre testes for HIV for å kunne starte oppfølging og behandling (19). Under graviditeten er HIV-testing en del av PMTCT-programmet som vist i figur 1 (16). Ved kontinuerlig testing av mødre, sammen med veiledning og informasjon, kan mødre øke sin kunnskap om forebygging og få støtte ved et eventuelt positivt resultat. I 2018 ble det rapportert at 91% av de som lever med HIV vet sin status (3).

Under svangerskapet blir mødre fulgt opp av helsevesenet, men hva med deres partnere? To av sykepleierne uttrykte at det var en utfordring å involvere partnere i behandlingen. Dette er viktig fordi seksuell aktivitet innebærer risiko for smitteoverføring (2). I en evaluering av PMTCT-programmet gjort av Ministry of Health, UNAIDS og FNs barnefond (UNICEF) i Namibia fra 2016 var det en oppslutning om partnertesting på 49%. Oppslutningen blant mødre var på 87%. Årsaken til denne differansen var trolig knyttet til sosiokulturelle forhold (17). Man kan anta at også partnere har behov for informasjon og veiledning om smitteoverføring av HIV.

Veiledning og undervisning

Denne studien viste at veiledning og undervisning til mødre gjennom hele PMTCT-programmet var et viktig tiltak. Sykepleierne var opptatt av at det som ble formidlet måtte bli forstått av mødre, for at mødre selv kunne bruke det. Deres kunnskap og funksjoner omkring forebygging var viktig, da det er de som utfører og bestemmer innholdet i veiledningen på sykehuset i Namibia. Egne praksiserfaringer viste at sykepleierne følger retningslinjene for forebygging, men at mange pasienter skal veiledes på kort tid og at det kan påvirke kvaliteten på veiledningen.

Under gruppeveiledningene er det 60-70 mødre som deltar. Det gjør at sykepleierne får gitt veiledning og undervisning til en stor gruppe pasienter samtidig. Dette er et godt tiltak, og muligens nødvendig, med tanke på høyt arbeidspress og mangel på sykepleiere (21,23-24). Å gi informasjon kan være med på å sette i gang veiledningsprosessen, slik at den som veiledes reflekterer over egne erfaringer og kunnskap rundt temaet (11, s. 25). På den andre siden er gruppeveiledning utfordrende for sykepleierne som gjennomfører den. I en stor gruppe kan det være vanskelig å vite om den informasjonen som blir gitt

også blir forstått. Det er vanskelig å involvere mødrene, og mye informasjon blir gitt samtidig. Videre er den basert på generell informasjon som naturligvis ikke er individuelt tilpasset, og veiledningen foregikk i forstyrrende omgivelser (7, s. 379). I Namibia oppstod det også en språkbarriere da dette er et land med en rekke ulike stammespråk, og undervisningen foregikk på engelsk (26).

De individuelle veiledningene foregikk i en dialog mellom en sykepleier og en mor på et lukket rom etter gruppeveiledningen. Sykepleierne var i de individuelle veiledningene opptatt av å gi mødrene informasjon og kunnskap for å forberede de på et eventuelt positivt svar. Det kan midlertid stilles spørsmål ved om det er mulig å forberede mødrene på en slik beskjed? HIV kan for mange av mødrene assosieres med både sosiale og økonomiske konsekvenser, samt bekymringer for egen og barnets helse (15). Å få beskjed om at de har fått HIV kan på den måte true deres livskvalitet og håp rundt fremtiden (7, s. 254). Det kan være at mødrene ikke er i stand til å ta til seg informasjonen som blir gitt i denne veiledningen, men trenger tid til å bearbeide egne tanker og følelser. På en annen side kan informasjon og kunnskap være med på å berolige mødrene ved at de får vite hva sykdommen innebærer, hvilke behandling som kan gis, og hva de kan gjøre for å forebygge videre smitte (10, s.126). Ved at sykepleierne er bevisst i hvilke omgivelser de gir informasjon, kan dette påvirke effekten av veiledningen, og hva mødrene får med seg av informasjonen (10, s. 122).

Veiledningens mål og hensikt er av Tveiten definert som at pasientene selv skal finne løsninger som passer best for dem selv, og at dialogen er hovedformen i veiledningen (11, s. 23). Av egne praksiserfaringer opplevde jeg at veiledningen i større grad handlet om at mødrene skulle følge de rådene som ble gitt, fordi sykepleierne uttrykte at rådene ville fremme helse og forebygge smitte. Mæland viser til at når den som veileder og underviser primært er motivert ut fra ønske om etterfølgelse, blir den kun styrt av den som gir informasjonen, mens mottakeren blir en passiv lytter (10, s. 127). For å unngå dette er det viktig med en dialog basert på trygghet og tillit.

Medisin

I Namibia mottok over 95% av de HIV-positive medisiner i 2018. Dette er en framgang sammenlignet med kun 67% som mottok medisiner i 2010 (3). Det eksisterende forebyggende arbeidet viser seg å ha effekt. Fra studien til Shayo og Mash viste det at av de 2% gravide mødrene hvor vertikal smitte allikevel ble overført, var den største årsaken mangelfull medisinerings av mor og mangelfull medisinsk oppfølging fra helsepersonell (13).

I studien til Sariah m.fl. var årsakene til at mødrene valgte å slutte med medisinerne blant annet at de opplevde ubehagelige bivirkninger, glemte å ta medisinen, HIV-relatert stigma og at de følte seg friske uten å bruke medisin (15). Årsakene kan begrunnes med at mødrene ikke får nok informasjon og veiledning rundt temaet. Andre årsaker som ble fremhevet av sykepleierne var

knyttet til sosiale og økonomiske faktorer som tap av håp, stigma relatert til HIV, økonomiske begrensninger og tap av støtte fra sin partner eller familie (15,27). Det er derfor nødvendig å tilrettelegge for at pasientene får hjelp og støtte til å gjennomføre behandlingen som anbefalt gjennom disse utfordringene.

Sykepleierne fortalte at all behandling og medisiner er gratis i Namibia. Dette kan ses på som et nødvendig tiltak for å bremse epidemien i et land som er preget av store inntektsforskjeller (26). En hypotese kan være at hvis medisiner ikke var gratis, kunne antall smittetilfeller økt og epidemien i landet hadde vært mer utfordrende å bremse. Dette tiltaket er likevel ikke dekkende for den økonomiske utfordringen hos pasientene med svakest økonomi. De pasientene som lever under fattigdom kan ha utfordringer knyttet til å ta medisiner som forskrevet og ikke ha økonomi til å komme seg til klinikkene. Dette er et reelt problem for pasientene, og et argument som også blir støttet fra studien til Sharia m.fl (15).

Ved spørsmål om stigma hadde sykepleierne ulik oppfatning. I konklusjonen på en rapport om stigma relatert til HIV (2018), utarbeidet av Ministry of Health and Social services i Namibia var et nøkkelfunn at den mest stigmatiserende oppførselen de opplevde var å bli omtalt nedlatende av andre. Dette kunne påvirke avgjørelser de tok rundt sitt eget liv og seksuelle helse, som også støttes av andre studier (15,21,30). Årsaken til sykepleiernes ulike oppfatninger kan handle om deres ulike lengde av erfaring i arbeidet med HIV. Hos pasientene kan det indikerer at stigma fortsatt er en eksisterende utfordring og belastning, og blir en utfordrende faktor for sykepleierne i å forebygge smitte.

Sharia m.fl. fremhever i sin studie at beskyttelse av barnet mot vertikal smitte, ta vare på egen helse, og sosial støtte er motiverende faktorer for å starte på medisin (15). For mange av pasientene på de offentlige sykehusene i Namibia stod relasjoner til sin partner og familien sterkt. Det kan derfor argumenteres for at sykepleierne har en sentral oppgave i å motivere mødre til å bruke medisin gjennom veiledning og informasjon, informere om konsekvensene av å seponere eller bruke medisin feil, samt arbeide mot å adressere stigma.

Eksklusiv amming

Alle sykepleierne svarte at det var viktig at mødre ammet eksklusivt de første seks månedene, og at bruk av medisiner var en forutsetning for å redusere risikoen for smitte i denne perioden. Evaluering av PMTCT-programmet viser at kun 49% av spedbarna ble ammet eksklusivt (16).

Eksklusiv amming blir nevnt allerede på gruppeveiledningene på første svangerskapskontroll. Hvorfor skjer smitte i denne perioden når det tilsynelatende er her mødre har fått mest informasjon? På den ene siden kan dette begrunnes med de fordeler og ulemper som veiledningen på sykehuset har, og til hvilken tid den blir gitt. På en annen side kan det handle om etterfølgelse

av medisinerbruk over tid. Om det forebyggende arbeidet skriver Mæland i sin bok at informasjon om helse har effekt, men også sine klare begrensninger. Begrensningene handler om at det er lettere å gi helse råd enn å få folk til å følge dem, samtidig som det viser seg at atferdspåvirkning ofte avtar med tid (10, s. 121).

På de to ulike sykehusene hadde de ulike praksis rundt bruk av profylakse til spedbarn i ammeperioden. Sykepleier 2 fulgte de nasjonale retningslinjene for ART. Å følge retningslinjene viser seg å fungere med tanke på Namibias lave andel vertikal smittede. Sykepleier 1 var derimot opptatt av at relasjon skapes over tid, og mente at retningslinjer ikke kunne følges systematisk, da disse ikke er individuelt tilpasset. Relasjon handler om en samhandling mellom den som veileder og den som blir veiledet, og bør være preget av trygghet og tillit for begge parter (11, s. 86-87). Dette fordi det først er når sykepleierne blir kjent med mødrene at de kan være sikre på at mødrene er ærlige om sine utfordringer, og ikke utsetter barnet for unødvendig risiko.

Studiens styrker og svakheter

Studien er basert på ett pilotintervju og tre semistrukturerte intervjuer fra to ulike offentlige sykehus i Namibia. Dette kan gjøre at jeg har fått en bredde i datainnsamlingen med ellers få sykepleiere. Sykepleierne ble strategisk valgt ut for å sikre at jeg innhentet data fra sykepleiere som hadde erfaring rundt temaet (28, s. 57). På den andre siden er det få sykepleiere, data ble innhentet gjennom en kort periode, og det var kun kvinner. Resultatene kan derfor ikke vise den allmenne praksisen og kunnskapsnivået til alle som jobber ved de valgte avdelingene. En styrke er at artiklene som ble brukt i denne studien er fagfellevurdert, har publiseringsår fra 2015-2020 og to av artiklene er fra Namibia. Resterende er fra land med tilnærmet likt helsevesen som Namibia. At resultatene ble diskutert med relevant forskning og teori er med på å styrke studiens pålitelighet.

Datainnsamlingen foregikk i en ny kulturell kontekst for meg. Det ble dermed viktig å utvise tilstrekkelig kultursensitivitet ovenfor sykepleierne (31, s. 15-17). Gjennom sykepleiestudiet har jeg opparbeidet meg erfaringer, kunnskap og holdninger rundt sykepleiefaget. Å være bevisst på dette har vært viktig for å forhindre at min subjektive mening skal påvirke den objektive data. Vi var to studenter gjennom hele prosessen fra datainnsamling til analyse og tolkning. Dette er en styrke for å forhindre misforståelser (28, s. 87).

Samtykkeskjema (vedlegg 1) ble delt ut minimum en dag før intervjuet ble foretatt. De hadde da mulighet til å forberede seg og informasjon om deres rettigheter ble lagt fram. Det kan ha vært med på å skape tillit til oss som intervjuere. På en annen side kan det at de fikk vite at det skulle brukes i en oppgave ha ført til at sykepleieren hadde forberedt seg og dermed ikke brukte

kun sin eksisterende kunnskap. Både de strukturerte og ustrukturerte observasjonene er dermed en viktig del av datainnsamlingen.

Pilotintervju ble foretatt for å sikre at jeg fikk relevant informasjon. Spørsmålene ble så revidert og puttet inn i en intervjuguide. Ved å stille de samme spørsmålene til alle sykepleierne fikk alle likt utgangspunkt rundt spørsmålene. En annen side ved studiens pålitelighet ligger i selve kommunikasjonsprosessen under intervjuene (28, s. 60). Misforståelser og tolkning av spørsmålene for intervjupersonene, om de er notert ned riktig av oss som intervjuere og vår tolkning av notatene i ettertid vil påvirke gjengivelse av data (28, s. 60). Pilotintervjuet kan her ha bidratt til å styrke kommunikasjonsprosessen ved at spørsmålene ble testet. En svakhet er språkbarrieren. Sykepleierne snakket på engelsk og vi noterte på norsk. Dette kan ha ført til at tolkning av sykepleiernes svar og oversettelse til norsk kan ha mistet noe av sykepleierens mening.

Konklusjon

På tross av Namibias utfordringer med HIV-epidemien over tid har de opparbeidet et velfungerende helsesystem for forebygging av vertikal smitte. Studien har vist at sykepleierne i stor grad bidro til forebygging, og at de har satt inn effektive tiltak der risikoen for smitte er størst. Sykepleierne hadde kunnskap om HIV og et ønske om å informere mødrene slik at de kunne ta informerte valg rundt egen helse. Det viser seg likevel å være kompleks utfordring sammensatt av ulike faktorer knyttet til sosioøkonomiske forhold.

Utfordringene hos sykepleierne viste seg å være liten tid, høy arbeidsmengde og de sosioøkonomiske faktorene. Dette er faktorer som sykepleierne kan påvirke, men som også krever videre innsats fra flere deler av samfunnet. Totalt sett kan en helhetlig tilnærming bidra til å hindre nye tilfeller av vertikal smitte. Namibia kan da klare å nå målet om å eliminere vertikal smitte innen 2022, og stanse epidemien av AIDS innen 2030.

Referanseliste:

1. UNAIDS [Internett]. 2020. [hentet 16. april 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.unaids.org/en/Homepage>
2. WHO. HIV/AIDS [Internett]. WHO. [oppdatert, 15. november 2019, hentet 20. april 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. UNAIDS. AIDSinfo [Internett]. [hentet 29. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://aidsinfo.unaids.org/>
4. FN-sambandet. FNs bærekraftsmål [Internett]. [oppdatert 26. mai 2020, hentet 30. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/Om-FN/FNs-baerekraftsmaal>
5. FN-sambandet. HIV-smitte [Internett]. [hentet 21. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/Statistikk/HIV-smitte>
6. WHO. Mother-to-child transmission of HIV [Internett]. WHO. World Health Organization; [hentet 29. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/about/en/>
7. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A, Grimsbø GH,. Bind 3: Grunnleggende sykepleie - Pasientfenomener, samfunn og mestring. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
8. Nursing Definitions [Internett]. ICN - International Council of Nurses. [hentet 19. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
9. School of Nursing and Public Health. Undergraduate Qualifications [Internett]. University of Namibia. 2015 [hentet 8. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <http://www.unam.edu.na/school-of-nursing-and-public-health/undergraduate-qualifications>
10. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid - Folkehelsearbeid i teori og praksis. 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2019.
11. Tveiten S. Veiledning: - mer enn ord [Internett]. 5. utgave. Norbok. Bergen: Fagbokforlaget; 2019 [hentet 29. mai 2020]. Tilgjengelig fra: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2019062548500
12. Ministry of Health and Social Services, Directorate of Special Programmes. National Strategic Framework for HIV and AIDS Response in Namibia 2017/18 to 2021/22 [Internett]. [hentet 26. mai 2020]. Tilgjengelig fra:

https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/NAM_2018_countryreport.pdf

13. Shayo FS, Mash B. Modifiable factors within the prevention of mother-to-child transmission programme associated with failure to prevent HIV transmission in the Onandjokwe district of Namibia. *South Afr Fam Pract*. 14. januar 2019;61(1):24–9.

14. WHO. Antiretroviral therapy [Internett]. WHO. World Health Organization; [hentet 12. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/hiv/topics/treatment/art/en/>

15. Sariah A, Rugemalila J, Protas J, Aris E, Siril H, Tarimo E, m.fl. Why did I stop? And why did I restart? Perspectives of women lost to follow-up in option B+ HIV care in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Public Health*. desember 2019;19(1):1172.

16. Mutabazi JC, Zarowsky C, Trottier H. The impact of programs for prevention of mother-to-child transmission of HIV on health care services and systems in sub-Saharan Africa - A review. *Public Health Rev [Internett]*. 5. desember 2017 [hentet 8. mai 2020];38.

17. Barigye, H. Evaluation of Namibia´s PMTCT Programme-2016 [Internett]. The Ministry of Health and Social Services, UNICEF, UNAIDS. 2016 [hentet 14. april 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.unicef.org/evaldatabase/files/FINAL-REPORT-NAMIBIA_2016-006.pdf

18. Avert. Prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV [Internett]. 2018 [oppdatert 23. april 2020, hentet 8. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/prevention-mother-child>

19. National Guidelines for Antiretroviral Therapy Sixth edition [Internett]. The Ministry of Health and Social Services, Directorate of Special Programmes. 2019. [hentet 18. april 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.namhivsociety.org/media/hivsoc/Pdf/art_guidelines/Final%20ART%20Guidelines.pdf

20. WHO. Infant and young child feeding [Internett]. World Health Organization; [oppdatert 1. april 2020, hentet 20. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

21. Olakunde BO, Adeyinka DA, Olawepo JO, Pharr JR, Ozigbu CE, Wakdok S, mfl. Towards the elimination of mother-to-child transmission of HIV in Nigeria: a

health system perspective of the achievements and challenges. *Int Health*. 1. juli 2019;11(4):240–9.

22. State of the world´s nursing 2020: investing in education, jobs and leadership [Internett]. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [oppdatert 6. april 2020, hentet 25. mai 2020] Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020>

23. Davyduke T, Pietersen I, Lowrance D, Amwaama S, Taegtmeyer M. Opportunities for strengthening provider-initiated testing and counselling for HIV in Namibia. *AIDS Care*. 3. august 2015;27(8):990–4.

24. Mangoejane L, Ramukumba MM. Implementation of postnatal care for HIV-positive mothers in the Free State: Nurses' perspectives. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2019;11(1):e1-e8.

25. FN-sambandet. Statistikk Namibia [Internett]. [hentet 29. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/Statistikk?country=118#group-by-letter>

26. FN-Sambandet. Namibia [Internett]. 2018. [hentet 29. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/Land/Namibia>

27. Hanssen I. Helsearbeid i lys av en kollektivistisk og individualistisk organisering av samfunnet. I: Debesay, J, Tschudi-Madsen, C, red. Migrasjon, helse og profesjon. 1. utg. Oslo: Gyldendal; 2018.s.44-56.

28. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.

29. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.

30. Namibia_PLHIV-Stigma-Index-Report_2018.pdf [Internett]. [hentet 12. mai 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2019/11/Namibia_PLHIV-Stigma-Index-Report_2018.pdf

31. Magelssen R. Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene [Internett]. 2. utg. Norbok. Oslo: Akribe; 2008 [hentet 19. mai 2020]. 219 s. Tilgjengelig fra: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013071806191

Vedlegg 1

Consent Form for Interview

Background for interview:

We are two Norwegian nursing students who are on exchange from the Norwegian University of Science and Technology. We are here to collect information for our bachelor thesis, in the last year of our nursing bachelor. We want to gather information about how nurses at the hospitals in Namibia contribute to preventing vertical transmission of HIV.

Why you are invited to participate in the interview:

We presume that you have knowledge about our theme, and this is why we are inviting you to help us by participating in this interview. We do not intend to evaluate your practice but learn and understand. The questions are already prepared, but feel free to add something if you feel that it is important.

Methods:

Interview, where we need to take notes.

Privacy, anonymity and confidentiality:

We assure that the privacy, anonymity and confidentiality of data/information identifying you/your patient will be strictly maintained. We will keep all medical information and description as confidential.

Right not to participate and withdraw:

Your participation in the interview is voluntary, and you have the sole authority to decide for or against your participation. If you regret the interview, you can send us a message and withdraw as long as the study is ongoing without giving us any reason.

Your signature on this consent form indicates your agreement to participate in this interview.

Our contact information:

We hope you will give us the time to participate in this interview and answer our questions.

You will be given a copy of this form to keep, whether you agree to participate or not. The second signed consent form will be kept by me.

We want to thank you for your understanding and cooperation.

I have read the consent form and agree to participate in this interview.

Date and location:

Signature of participant:

Vedlegg 2:

INTERVIEW

A) Introduction:

- Who are we?
- Explain why we want to interview that specific nurse.
- Deliver consent letter with information about the bachelor thesis.

B) The nurse (informer):

1. How long have you been working as a nurse?
2. Which wards do you have experience with?
3. What do you think are the most important thing you can do as a nurse to prevent mother to child transmission of HIV? (mention the 3 most important things)

C) Pregnancy consultations:

4. Are all pregnant women committed to go on pregnancy consultations?
5. Is all of the consultations and possible treatment, such as medication, free to all patients?

D) Information

6. Where is the information about HIV-transmission from mother to child given?
7. How is the information given to prevent transmission of HIV from mother to child?
8. How different is the information about HIV and breastfeeding given in urban areas compared from regions areas? Is there any culture differences?
9. How do you as a nurse take action in preventing HIV being transmitted from mother to child?
10. Are there any programs or guidelines from the Health Ministry about HIV and breastfeeding?

E) Breastfeeding

11. What information is given to HIV-positive mothers when it comes to breastfeeding?
12. Are HIV-positive mothers given different information about breastfeeding than HIV-negative mothers?
13. Do mothers ask many questions about breastfeeding when they are HIV positive?

F) Risks:

14. What is the biggest cause of the child being infected with HIV from their mother (before and after birth)?
15. Are there often cases where the baby was infected while the mother was on medication for HIV or used PREP?
16. Are there cases where the child got infected through breastfeeding?

G) Social status and community:

17. What perceptions/beliefs do community and mothers have about HIV?
18. How does social stigma/taboo about HIV effect your work as nurses?

Vedlegg 3

OBSERVASJONSNOTAT

Sted

Angivelse av sted for observasjon, eks. type institusjon

Hva som skal observeres

Problemstilling med mulige underspørsmål

Tid

Dato og tidspunkt for start og avslutning av observasjonen

Ofte er det slik at det vi ønsker å observere, følger et naturlig hendelsesforløp.

Da er det selve hendelsen som bestemmer tidsrammen.

Fokus på forskjellige deler av samtalen: Oppmerksomheten rettet mot innledningen på samtalen, deretter selve praten og til slutt hvordan sykepleieren avslutter samtalen. Slik kan vi få med oss detaljene samtidig som vi får stadig bedre kunnskap om helheten.

Område for observasjon

Grundig beskrivelse av området som omfattes av observasjonen. Dersom observasjonen er rettet mot en del av et større rom eller en uteplass, så gjør rede for utvalget og sammenhengen.

Egen posisjon

Beskrivelse av egen posisjon i forhold til den som observeres.

Observasjonsbeskrivelse

Beskrivelse av atferden til dem som deltar i situasjonen.

Hva skjer?

Hvor skjer det?

Hvordan skjer det?

Hvem handler med hvem?

Viktig å skille mellom hva som er observerte fakta, og hva som er tolkningen av dem.

Bruke en kolonne til å notere de tingene som faktisk skjer, og den andre siden til egne kommentarer og tolkninger.

Kommunikasjonen til sykepleieren, hvordan formidler hun det, kroppsholdning og ord. Samhandling med pasienten. Verbalt og non-verbalt. Samspillet mellom sykepleier og pasient.

Forstyrrelser

Forhold som kan ha påvirket observasjonen.

Tolkning

Førsteinntrykk.

Skal her antyde noen av de utfordringene