

INNLEVERING AV EKSAMENSBE SVARELSE VED

OsloMet – storbyuniversitetet

STUDIENPROGRAM:	Bachelor i sykepleie
EMNEKODE OG EMNENAVN:	Syba3900 Bacheloroppgave
ULL/KLASSE:	SYPLGR15H3C
INLEVERINGS DATO	01.06.2018
VT.VEILEDER/ EMNEANSVARLIG	

KSAMENSFORM: (Kryss av)

jemmeeksamen Mappeeksamen Prosjektksamene Bacheloroppgave

dividuell Gruppe

CANDIDATNUMMER	259 og 159
ANTALL SIDER INKLUDERT ORSIDE/ANTALL ORD	38 SIDER/ 9262 ORD

Sykepleieren er avgjørende for HIV-forebyggende tilbud til menn som har sex med menn.

- Hvilket ansvar har sykepleieren i henhold til International Council of Nurses yrkesetiske retningslinjer for sykepleie til å informere om preeksponeringsprofylakse som forebygging av HIV-smitte blant menn som har sex med menn?

Publikasjonsår: 2018

Antall ord: 9259

SAMMENDRAG:

Hensikten med denne oppgaven var innledningsvis å utforske sykepleierens forpliktelser og ansvar i forbindelse med å informere om preeksponeringsprofylakse (PrEP) som et HIV-forebyggende tilbud til menn som har sex med menn (MSM). For å besvare problemstillingen er de mest sentrale betraktningene som må tas som vedtatte lover og retningslinjer med vekt på International Council of Nurses (ICN) retningslinjer for sykepleiere, presentert og drøftet opp mot hverandre. ICN's retningslinjer for sykepleie påpeker at sykepleieren er ansvarlig og pliktig til å sørge for at også utsattes særskilte behov blir møtt og at sykepleieren skal benytte seg av sin posisjon til å spre kunnskap og påvirke den politiske debatten. Sykepleiefaget har også en historie og en samtid hvorav etikk og livskvalitet er verdier som vektlegges, allerede i utdanningen. Gruppen som er kandidater til PrEP-tilbudet viser tegn på å slite mer psykisk og ha et behov for å bli møtt med et mer åpent helsevesen med oppdaterte holdninger.

Fordypningen i temaet tydeliggjorde sykepleierens betydning og unike posisjon til å utgjøre en forskjell for den helhetlige helsen til spesielt utsatte grupper i samfunnet. Ved å drøfte de ulike hensynene som måtte tas opp mot hva forskning sier på området har vi kommet frem til en konklusjon. Konklusjonen innebærer at sykepleieren bør ta grep, og har et stort ansvar innenfor håndteringen av PrEP til MSM i Norge.

INNHold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 presentasjon av problemstilling	5-5
1.2 Avgrensning og presisering	6
1.3 Hensikten med oppgaven	6-6
1.4 Definisjoner av begreper	7
1.5 Oppgavens disposisjon	7
2.0 TEORI	8
2.1 Menneskerettigheter	8
2.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	9-10
2.3 Humant immunsviktvirus (HIV)	9-9
2.4 Menn som har sex med menn (MSM)	10-10
2.5 Livskvalitet og etikk i sykepleie	11-11
2.6 Preeksponeringsprofylakse (PrEP)	12-12
2.7 Helsepolitikk og pasientrettigheter	13-13
2.8 Helseforebyggende arbeid	14-14
3.0 METODE	17
3.1 Litteraturstudie som metode	17
3.2 Søkprosessen i databaser	17-17
4.0 RESULTATER	19
4.1 PrEP (hovedrolle i HIV- smitte forebygging hos MSM)	19-20
4.2 Stigma	20-21
5.0 DRØFTING	24
5.1 Preeksponeringsprofylaksens virkning	24
5.2 Livskvalitet	25
5.3 Sykepleierens ansvar til å informere	26
5.4 Helsepolitikk	28
6.0 AVSLUTNING	31
LITTERATURLISTE	

1.0 INNLEDNING

Da Humant immunsviktvirus (HIV) kom til Norge på midten av 80-tallet ble det utløst et hysteri blant befolkningen. Mangelen på kunnskap på den tiden bidro til feilaktige holdninger og en rykteflom som fremstilte viruset som blant annet en høyst smittsom spredende epidemi. Da det ble kjent at smitte-tallene spesielt var utbredt blant gruppen menn som har sex med menn (MSM) resulterte dette i alvorlige sosiale konsekvenser for den i utgangspunktet vanskeligstilte gruppen. Til tross for banebrytende medisinsk og kunnskapsmessig utvikling på området hevdes det at utdaterte holdninger er utbredt som ikke henger i tråd med den medisinske utviklingen, også blant helsepersonell (Grosvold, 2016).

Valg av tema i denne oppgaven baseres på en hypotese om at sykepleierens rolle i henhold til helseforebyggende arbeid kan utgjøre en vesentlig forskjell både på individuelt, nasjonalt og internasjonalt nivå. I de internasjonale yrkesetiske retningslinjene for sykepleie er det blant annet presisert at “Sykepleieren skal bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester” (NSF, 2016).

MSM er en minoritetsgruppe i samfunnet som betegnes som en høyrisikogruppe både med tanke på psykisk og somatisk helse. Forskning på den psykiske helsen til gruppen tyder også på et sterkt behov for mer aksept blant helsepersonell (Grosvold, 2016).

I 2016 ble det for første gang lansert et HIV-forebyggende preparat ved navn preeksponeringsprofylakse (PrEP) i Norge. PrEP er imidlertid kun et tilbud rettet mot utvalgte innen gruppen MSM (HivNorge, 2017). Ved å ta denne som foreskrevet skal den kunne beskytte opp mot 92% mot å bli smittet med HIV under analt samleie med en eventuelt HIV-positiv (Helsedirektoratet, 2016). Tilbudet om PrEP er imidlertid et omstridt tiltak blant enkelte av diverse økonomiske, etiske og helsepolitiske hensyn. Enkelte hevder at bruken av preparatet vil føre til mer løssluppen og ubeskyttet seksuell atferd, og i USA har brukere av preparatet fått tilnavnet “Truvada Whore” (Duran, 2016).

1.1 presentasjon av problemstilling.

Vi ønsker å belyse etiske dilemmaer og helsepolitiske aspekter i henhold til det HIV-forebyggende legemiddelet PrEP. Ved å drøfte hvordan dette preparatet kan bidra til å

forebygge HIV-smitte i Norge kontra hvordan håndteringen av medisinen praktiseres, vil vi komme frem til hvor ansvaret til sykepleieren ligger med tanke på helseforebyggende arbeid til MSM som en høyrisikogruppe og som en sårbar gruppe med særskilte behov for helse- og omsorgstjenester. Valgt problemstilling er med dette:

- Hvilket ansvar har sykepleieren i henhold til International Council of Nurses yrkesetiske retningslinjer for sykepleie til å informere om preeksponeringsprofylakse som forebygging av HIV-smitte blant menn som har sex med menn?

1.2 Avgrensning og presisering.

Til tross for at det i følge statistikken er flere utsatte risikogrupper, som ikke-vestlige innvandrere, ruspåvirkede, injiserende sprøytebrukere og de med psykiske plager (Helseutvalget, 2016), har vi valgt til å begrense oppgaven til gruppen MSM. Det er den eneste høyrisikogruppen av de som er utsatte for HIV-smitte som per i dag får tilbudet om PrEP i Norge (Folkehelseinstituttet, 2016). Forskningen rundt denne minoritetsgruppen har vist gode resultater med tanke på en drastisk fall i antallet av nye HIV- smittede og forskerne foreslår at PrEP sammen med konsekvent oppfølgingsfase er grunn til dette (Helseutvalget, 2016). Videre avgrenses denne oppgaven til bruk av PrEP som en daglig dose da det er blitt gjort mest forskning på og vist seg å være den sikreste og mest lovende metode.

1.3 Hensikten med oppgaven.

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å fremme hvordan ICNs yrkesetiske retningslinjer for sykepleie påvirker vårt ansvar for helseforebyggende arbeid blant minoritetsgruppen MSM.

Forskning viser at den største andelen HIV-smitte i Norge ses hos MSM med innvandringsbakgrunn (Helseutvalget, 2016). Dette innebærer at så lenge vi mottar innvandrere fra land med høy andel HIV-smitte vil behandlingen og forebyggingen av smitte være aktuell. Det er sannsynlig at fremgangen Norge har hatt med tanke på homofiles rettigheter og åpenhet rundt seksualitet har hatt en stor påvirkning på andelen HIV-smittede i landet. Ved å anerkjenne at vi ennå ikke er i mål og at vi fortsetter fremgangen vil vi også belyse hvilket ansvar det gir Norge, for å være et forbilde for land der smitte- tallene er langt

høyere og stabile. De internasjonale yrkesetiske retningslinjene for sykepleie innebærer også et ansvar for sykepleiere om å engasjere seg i den sosiale og helsepolitiske utvikling på verdensbasis (NSF, 2016).

1.4 Definisjoner av begreper

Menn som har sex med menn (MSM) er som navnet tilsier; menn som er seksuelt aktive med andre menn. Betegnelsen MSM er uavhengig av legningen vedkommende identifiserer seg med (Helseutvalget, udatert).

Preeksponeringsprofylakse (PrEP) er det første HIV-forebyggende legemiddelet tilbudt til et utvalg MSM i Norge (Helsedirektoratet, 2016).

De internasjonale etiske reglene for sykepleie ble vedtatt i 1953 av International Council of Nurses (ICN). Disse reglene revideres stadig og kartlegger hvilke ansvarsområder sykepleiere innehar (ICN, 2000).

1.5 Oppgavens disposisjon.

Oppgaveteksten innledes med teorier vi finner mest aktuelle for å besvare problemstillingen. Vi vil legge frem hvilken metode vi har benyttet oss av i studiet om valgt tema. Deretter blir de innhentede funnene vi har kommet over lagt frem. Videre skal disse funnenes ulike sider drøftes opp mot hverandre, teori og annen forskning. Avslutningsvis skal besvarelsen på problemstillingen oppsummeres.

2.0 TEORI

I dette kapitlet legges det frem teorier, blant annet hentet fra pensum i bachelorstudiet i sykepleie ved OsloMet universitet (OsloMet, 2017). Underkapitlene er et utvalg temaer basert på relevans i henhold til problemstillingen, og hvilke hensyn som må tas for at den kan besvares. På grunnlag av dette omhandler underkapitlene: menneskerettigheter, yrkesetiske retningslinjer for sykepleie, sykepleie og etikk, HIV, MSM, livskvalitet, PrEP, helsepolitikk og pasientrettigheter, helseforebyggende arbeid og sykepleierens roller.

2.1 Menneskerettigheter.

I følge FNs verdenserklæring (UDHR, udatert) er alle mennesker født frie og med samme menneskeverd og rettigheter. Moelven (2015) definerer menneskerettigheter som “grunnleggende forestillinger om forholdet mellom individ og stat, der individet har visse rettigheter uansett retts- og samfunnssystem”. Videre beskriver Moelven menneskerettigheter som et normativt system der moralske krav bør stilles til rettssystemet og kan sikres ved internasjonale overenskomster og grunnlovsbestemmelser. Rett til helsehjelp inngår i det systemet.

Konvensjonene, det vil si en internasjonal avtale, som er juridisk forpliktende for alle statene som har ratifisert den, stiller et folkerettslig krav om at de nasjonene skal gjennomføre disse. De nasjonene er videre knyttet til et internasjonalt tilsyns apparat som skal overse gjennomføringen (Moelven, 2015).

Norge har forpliktet seg til alle menneskerettighetene som angår helse på en vesentlig måte. Dette omfatter at ved nye norske lovforarbeider blir det alltid vurdert hvorvidt de foreslåtte lovreguleringer er i samsvar med relevante konvensjoner om menneskerettighetene (Moelven, 2015).

Menneskerettigheter skilles i to hovedkategorier: de som angår sivile og politiske forhold og de andre som angår sosiale, økonomiske og kulturelle forhold. Helserelevante spørsmål tilhører konvensjoner i den andre kategorien (Moelven, 2015).

2.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

International Council of Nurses (ICN) vedtok for første gang de internasjonale etiske reglene for sykepleiere i 1953. Siden den gang har disse blitt revidert flere ganger. De internasjonale etiske reglene for sykepleiere inndeler sykepleierens ansvarsområder inn i fire hovedkategorier; å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse (ICN, 2000). Det vektlegges videre at sykepleie bygger på respekten for menneskerettighetene, og skal ytes uavhengig av hudfarge, tro, kultur, etnisk opphav, funksjonshemming, alder, nasjonalitet, politisk orientering, sosial status og kjønn. Begreper som verdighet, barmhjertighet, kunnskap og omsorg er sentrale (ICN, 2000). De seks hovedelementene i ICNs regler består av: sykepleieren og profesjonen, sykepleieren og pasienten, sykepleieren og pårørende, sykepleieren og medarbeidere, sykepleieren og arbeidsstedet, og sykepleieren og samfunnet (NSF, 2016).

I følge ICN's regler har sykepleiere et ansvar ovenfor samfunnet å delta aktivt i den offentlige debatt, og bidra til at faglige og etiske normer legges til grunn for sosial- og helsepolitiske beslutninger. Videre forventes det at sykepleieren engasjerer seg i den sosiale og helsepolitiske utvikling både lokalt, nasjonalt og internasjonalt (ICN, 2000). Norsk sykepleierforbund (2016) oppmuntrer medlemmene til å spre informasjon om reglene, da de ikke vil ha effekt så fremt sykepleiere ikke vet hva de innebærer. Det norske sykepleierforbundet (NSF) påpeker videre viktigheten av at også budskapet spres til blant annet andre yrkesgrupper, beslutningstakere og massemedia (NSF, 2016).

2.3 Humant immunsviktvirus (HIV).

Humant immunsviktvirus (HIV) er et virus med evnen til å kunne svekke hele immunforsvaret (Brubakk, 2015). Dersom virusinfeksjonen ikke oppdages i tide vil sykdommen videreutvikle seg til Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) og være svært dødelig. Ved utgangen av 2005 var over 60 millioner mennesker smittet med HIV-viruset. Av disse er i følge Brubakk (2015) 20 millioner døde. Av de resterende 40 millionene som lever med sykdommen befinner de fleste av disse seg i Afrika. I følge Folkehelseinstituttet (2009) ble det registrert omtrent 300 nye HIV-smittede i Norge i 2009 (Brubakk, 2015).

HIV kalles et retrovirus fordi det har evnen til å omdanne sitt eget RNA til DNA. Denne prosessen krever hjelp av enzymet revers transkriptase inne i cellene (Brubakk, 2015). Det nydannede DNA vil da kunne inkorporeres i selve genmaterialet i cellen og dermed endre cellens funksjon. En type T-lymfocytter ved navn T-hjelpeceller kan ha CD4-reseptorer. Disse T-hjelpecellene kalles CD4-celler og anses å være blant de viktigste cellene i det cellulære immunforsvaret. Denne påstanden begrunnes med at CD4-cellene fungerer som en “dirigent” i immunforsvaret. HIV har et glykoprotein på overflaten som kan feste seg til disse cellene og dermed trenge inn i selve cellen der endringen fra RNA til DNA pågår. Svekkelse av disse cellene vil derav svekke hele det cellulære immunforsvaret (Brubakk, 2015). En person med ubehandlet HIV vil derfor være spesielt utsatt for en rekke livstruende infeksjoner. Et nedsatt immunforsvar utgjør også en risikofaktor for utviklingen av ondartede svulster (Brubakk, 2015).

HIV går for å være en seksuelt overførbare infeksjon. Seksuelt overførbare infeksjoner er en fellesbetegnelse på alle infeksjoner som kan smitte ved samleie. Infeksjonene kan forårsakes av bakterier, virus og protozoer, og overføres hovedsakelig via slimhinner i kjønnsorganene, anus eller munnhulen (Brubakk, 2015). De vanligste seksuelt overførbare infeksjonene blant MSM er gonoré, syfilis og HIV. Forekomsten av syfilis og spesielt gonoré har økt drastisk de siste årene. Gonoré og syfilis anses likevel som sjeldne seksuelt overførbare infeksjoner, og kan i motsetning til HIV behandles med antibiotika. Den fjerde mest utbredte seksuelt overførbare infeksjonen er klamydia. Klamydia er svært vanlig blant seksuelt aktive under 25 år. I likhet med gonoré og syfilis kan klamydia behandles med antibiotika dersom den blir oppdaget. Ubehandlet kan derimot infeksjonen resultere i sterilitet (Brubakk, 2015).

2.4 Menn som har sex med menn (MSM).

Begrepet MSM omfavner alle menn som har sex med samme kjønn, uavhengig av legningen personen identifiserer seg med. Det finnes ingen nøyaktig oversikt over antall menn som har sex med menn, og en kan anta at det også er mørketall i statistikken over de som identifiserer seg som homofile. I følge statistisk sentralbyrå (SSB) identifiserte 1,2 prosent av befolkningen over 16 år seg som enten homofile, bifile eller lesbiske, i 2010. Samme forskning angir at 1,8 prosent oppga at de er tiltrukket av samme eller begge kjønn (SSB, 2010). SSB har ikke publisert noen nyere statistikker om gjeldende tema siden. Basert på

opplysningene hentet fra SSB regnes homofile menn altså som en minoritetsgruppe, hvilket i seg selv både kan oppleves og anses som stigmatiserende. Stigmatisering innebærer å tillegge et individ eller en gruppe en egenskap med negative fortegn basert på et bestemt kjennetegn (Helsedirektoratet, 2017).

Det er tilsynelatende en bred oppfatning blant det norske folk om at homofile ikke lenger møter de samme hindringene på veien mot å leve åpent med legningen sin som før (Aftenposten, 2017). Likevel er såkalte “homofile handlinger” straffbart i over 72 av verdens land. I vårt eget naboland Russland strammes lovverket i tillegg stadig inn. Straffemetodene som anvendes i noen av disse landene innebærer blant annet steining, pisking og dødsstraff (Hanssen, 2017).

I henhold til det somatiske aspektet ved gruppen menn som har sex med menn regnes gruppen også som en høyrisikogruppe. En høyrisikogruppe defineres som “En gruppe som er over gjennomsnittet utsatt” (Folkehelseinstituttet, 2016). Med betegnelsen utsatt menes det i denne sammenhengen utsatt for humant immunsviktvirus (HIV). Folkehelseinstituttet viser til at prosentandelen HIV-smitte innen gruppen MSM er vesentlig høyere enn i andre grupper i samfunnet. Årsaken til dette har med slimhinnene i rectums høyere mottakelighet for viruset enn slimhinnene i vagina. Ved analt samleie vil også blødningsrisikoen være høyere enn ved vaginalt samleie. Da HIV-viruset kan befinne seg i både skjedesekret, sæd og i blod vil økt blødningsrisiko dermed være synonymt med økt smitterisiko (Helseutvalget, 2016). Innunder den i utgangspunktet utsatte gruppen finnes det også spesielt utsatte undergrupper. I følge Helseutvalget (2016) er sprøytemisbrukere, ruspåvirkede, ikke-vestlige innvandrere og personer med psykiske plager innad i gruppen spesielt utsatte for å bli smittet med HIV (Helseutvalget, 2016-b).

2.5 Livskvalitet og etikk i sykepleie.

I yrket som sykepleier kan man stå overfor vanskelige situasjoner hvor det er vanskelig å komme fram til hva som er det beste for pasienten i det enkelte tilfellet. Enkelte tiltak eller beslutninger kan for eksempel gi ringvirkninger, pasienten vet ikke alltid sitt eget beste, eller man kan treffe på en pasient som motsier seg den beslutningen pleieren anser som den beste. “Etikken er moralens teori” skriver Nortvedt i en av sine første kapitler i boken Omtanke. Moralen i denne sammenhengen er hva man opplever som rett eller galt av ens handlinger.

Etikken danner et referanseområde som systematisk og kritisk reflekterer over disse handlingene (Nortvedt, 2016, s.38). Gjennom tiden har det vært flere ledende etikkteoretikere som belyser viktige verdier i sykepleierens handlinger, men som med alle teorier er også de dynamiske. Det vil si at de blir kritisert, revidert og kontinuerlig utviklet for å kunne være best tilpasset til tiden man lever i (Nortvedt, 2016, s. 49).

Nortvedt tar videre opp et veldig aktuelt etisk dilemma om prioriteringer av helsehjelp. Nortvedt belyser et eksempel om hvordan konsekvensetikk kunne vært den best egnede teorier til å bruke for å komme frem til en fornuftig løsning når det gjelder spørsmål om helsepolitikk, -økonomi og vurdering av behandlingsnytte. Sammenlignet med omsorgs- og pliktetikk, ser konsekvensetikken helhetlig på prioriteringss spørsmål og ikke bare på konsekvensen for helsen og livet til den enkelte der og da. På en annen side understreker han at ulempen med konsekvensetikk er at den har en tendens til å legge alt for mye vekt på helhetlige konsekvenser og dermed prioritere helsegevinsten for flertallet av en gruppe pasienter, enn til den enkelte (Nortvedt, 2016, s. 50).

Dermed velger vi til å understøtte våre meninger med Nortvedt sitt eget og noe mer eklektisk og pragmatisk syn om at “de enkelte teorier kan belyse bestemte spørsmål og viktige saksforhold på sin egen måte, og at de alle har verdifulle bidrag å komme med” (2016, s. 49).

Best mulig helse for pasienten er overordnet mål og prinsipp i sykepleie. I Norge har sykepleierne i tillegg tatt for seg begrepet livskvalitet og jobbet med å beskrive og klargjøre aspektene det innebærer (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2012, s. 265). Pasienters helhetlige og subjektive opplevelse av egen helse fremmes i vesentlig større grad nå enn før. En årsak til dette er nettopp den essensielle sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse (Von Krogh, 2005, s. 177).

2.6 Preeksponeringsprofylakse (PrEP).

Preeksponeringsprofylakse (PrEP) ble i 2016 et HIV-forebyggende tilbud i Norge. Det gjorde Norge til det første landet i Norden og det andre landet i Europa som tilbød medikamentet som et forebyggende og helsefremmende tiltak mot HIV-smitte (HivNorge, 2016).

Legemidlet Truvada har derimot vært godkjent over en lengre periode som HIV-behandlende. I følge Helsedirektoratet (2016) skal én daglig med PrEP kunne beskytte opptil 92% mot

HIV-smitte. PrEP beskytter heller ikke mot andre seksuelt overførbare infeksjoner enn HIV, og bør dermed ikke erstatte kondombruk (Norsk forening for infeksjonsmedisin, 2017).

De vanligste bivirkningene kjent i forbindelse med bruk av Truvada/PrEP innebærer kvalme, oppkast, diarè, utslett, misfarging av hud, svimmelhet og hodepine, forhøyet kreatin kinase (CK), hypofosfatemi og kraftløshet. Disse bivirkningene er dokumentert hos $\geq 1/10$ av brukerne (Felleskatalogen, 2017).

Før en kan starte opp med PrEP må det gjøres en vurdering på om vedkommende imøtekommer kravene til behandlingen. Denne vurderingen baseres på et møte med helsepersonell hvor det informeres om preparatet og hvor vedkommende må fortelle hvorfor han mener han vil ha utbytte av dette (OUS, udatert). Det er nødvendig å utelukke at pasienten allerede er smittet med HIV-viruset da behandlingen hos en HIV-positiv kan utvikle resistens. Utviklingen av resistens vil da komplisere eventuell videre HIV-behandling (Helsedirektoratet, 2016). Det blir også tatt prøver av nyrer og benstruktur for å undersøke om vedkommende vil tåle behandlingen (OUS, udatert). Det finnes ulike HIV-tester man da kan benytte seg av. De skeive organisasjonene Aksept, Olafiaklinikken og Helseutvalgets sjekkpunkt tilbyr blant annet hurtigtesting HIV. Disse testene utføres med et stikk i fingeren før blodet analyseres i medfølgende væske. Testen gir utslag i løpet av få sekunder. En går ut ifra at testen gir et sikkert svar først 12 uker etter smittetidspunkt.

Om man får innvilget behandling vil pasientene måtte møte til oppfølging hos Olafiaklinikken eller på Rikshospitalet (OUS, udatert). Det arbeides for at tilbudet skal utvides til flere klinikker utenfor hovedstadens grenser (HivNorge, 2018). Fire uker etter oppstart møter pasienten til samtale med helsepersonell om opplevelse av eventuelle bivirkninger, etterlevelse osv. Videre skal pasienten møtes til kontroll hver tredje måned for ytterligere prøvetakninger og samtaler. PrEP foreskrives ikke med automatisk fornyelse, men kan foreskrives som langtids- eller korttidsbehandling (Norsk forening for infeksjonsmedisin, 2017a).

2.7 Helsepolitikk og pasientrettigheter.

Pasienter i Norge er beskyttet av pasient- og brukerrettighetsloven, med et formål om at alle pasienter skal motta like god og nødvendig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2017-b). Loven skal

bidra til tillitsbygging mellom pasient og pleier, samt ivareta respekten for pasientens menneskeverd, integritet og liv. Det presiseres også at befolkningen skal ha lik tilgang på helsetjenester (Helsedirektoratet, 2017-b). Rettighetene som følger av pasient- og brukerrettighetsloven skal videre betraktes opp mot spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven, og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2017-b).

Det er helse- og omsorgsdepartementet som sitter med det overordnede ansvaret for helsepolitikken i Norge. Regjeringen står ansvarlig for å forhøre seg i fagmiljøet samt være oppdatert på hva som fungerer og hva som svikter i landets helsesystem. Som sykepleier innehar man altså et ansvar for å ytre endringer en som faglært anser som nødvendige. Lovendringer vedtas av flertall på Stortinget og videre er det regjeringens oppgave å sørge for at vedtatte endring blir utøvet (Regjeringen, 2017).

Sittende helseminister Bent Høie uttalte på talerstolen på NSHs lederkonferanse i 2014 at “Endelig skal vi få gjennomføre den helsepolitikken som Høyre og Fremskrittspartiet har utviklet” (Høie, 2014). Videre påpeker helseministeren at regjeringens helsepolitiske visjon skal bygge på pasientens helsetjeneste. Høie betegner pasientene som de mest radikale endringsagentene og uttrykker et ønske om at pasienter, brukere og pårørende skal være like viktige som fagfolk og politikere i pågående endringsarbeid (Høie, 2014).

2.8 Helseforebyggende arbeid.

Forebyggende helsearbeid omfatter både å fremme folks helse og livskvalitet, samt å redusere risiko for sykdom eller skade (Mæland, 2016). Forebyggende helsearbeid er rettet mot både friske personer, mot personer som er utsatt for ulike komplikasjoner, men spesielt mot utsatte grupper der helsetjenesten har et stort ansvar (Mæland, 2016). Helsearbeidet omhandler blant annet å redusere sykdomsfremkallende og skadelige faktorer (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016).

I følge World Health Organization (WHO) tilrettelegger godt helsefremmende arbeid gunstige omgivelser for at en har mulighet å få bedre kontroll over sin egen helse (WHO, 2018). Det er rettet mot å beskytte individets helse og øke livskvalitet ved bruk av forebyggende tiltak.

WHO nevner tre hovedelementer i helsefremmende arbeid. Det første er god regjering for helse, det vil si at individets helse er i fokus i alle departementene på et politisk nivå som har makt til å bestemme over lov- og regelverket. Videre må helsefremmende arbeid tilrettelegge for at individet har muligheten til å innhente informasjon, kunnskap og ferdigheter innenfor helse for så å kunne gjøre sunnere valg. Det tredje punktet kalles for ”Sunnere byer”, det vil si at det er viktig med en sterk og dedikert regjering på et kommunalt nivå som skal ta ansvar for å implementere forebyggende tiltak i kommunen og i primærhelsetjenesten (WHO, 2018).

Innenfor Norge kan dette knyttes til folkehelseloven ([fhl], 2011, § 3) som gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Den beskriver hvordan arbeidet skal drives og definerer folkehelsearbeidet som ”samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen”. På denne måten utgjør helsefremmende og -forebyggende arbeid en del av folkehelsearbeidet.

I Prop. 1 S. 2014-2015, Kapittel 6 Folkehelsepolitikken, 6.7 Miljø og helsevern – smittevern skrev Helse- og omsorgsdepartementet: “Verdens helseorganisasjon har endret retningslinjene for det HIV-forebyggende arbeidet i 2014 og anbefaler mer bruk av behandling for å forebygge smitte. Anbefalingene innebærer at flere skal få tilgang på HIV-medisiner for å forebygge smitte. Det gjelder også medisiner som kan tas før smitte er påvist, som PrEP. Nasjonale helsemyndigheter vil i samarbeid med relevante fagmiljøer og frivillige organisasjoner utrede konsekvensene av endringene i norsk sammenheng. ”I denne oppgaven tar vi for oss en drøfting av sykepleierens ansvar i sekundærforebygging der hensikten er å “identifisere helsesvikt eller økt risiko for helsesvikt på et tidlig stadium, og deretter sette inn tiltak for å hindre helsesvikt og eventuell sykdom (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012, s. 18).

2.9 Sykepleierens roller.

Profesjonen sykepleier omfatter å forplikte seg til moralske verdier og idealer og å påta seg et grunnleggende samfunnsmessig ansvar. Sykepleie har sitt etiske fundament i Sykepleiens grunnlag og yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2016).

Historisk sett har yrket blitt ansett som et kall basert på en altruistisk holdning. Utøvelsen av sykepleie ble da i større grad basert på den enkeltes sykepleier sentrale verdier i henhold til barmhjertighet og nestekjærlighet (Kristoffersen et al., 2012, s. 16).

I rammeplanen (NSF, 2016) identifiseres det syv punkter som til sammen utgjør sykepleieren funksjons- og ansvarsområde: helsefremming og forebygging; behandling; lindring; rehabilitering og habilitering; undervisning og veiledning; organisering, administrasjon og ledelse; og fagutvikling, kvalitetssikring og forskning. Denne oppgaven legger vekt på punkt én om helsefremming og forebygging, der vår funksjon som en sykepleier er rettet mot pasienter og pårørende (Kristoffersen et al., 2012, s. 17). I sin bok sykepleie og etikk tar Slettebø (2013) opp et etisk dilemma i forebyggende helsearbeid om hvorvidt vi har rett til å “begrense borgernes frihet i den hensikt å forebygge skader og sykdom”. Selv om det ikke finnes et klart svar, diskuterer hun videre at hvis en sitter med mer kunnskap om et bestemt tema enn andre, har man et ansvar til å formidle denne kunnskapen til de som kan ha nytte av det. I denne oppgaven ser vi nærmere på hva sykepleierens ansvar er i henhold til PrEP-tilbudet og hvordan de velger å formidle budskapet (Slettebø, 2013, s. 57).

Helsefaget er i en kontinuerlig endring og utvikling. Utgangspunktet til dagens verdigrunnlag for sykepleiere er derimot basert på ICNs etiske regler for sykepleiere (International Council of Nurses, 2001). I denne oppgaven ser vi nærmere på hva er sykepleieren sitt ansvar til å informere i henhold til PrEP tilbudet.

3.0 METODE

Det å være metodisk i en vitenskapelig sammenheng innebærer at vi bruker intellektuelle standarder i vår argumentasjon. Det stimulerer oss til å tenke og presentere våre tanker på en systematisk måte. En metode kan veilede oss i hvordan å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, men det er valg av den riktige metoden som har en sentral rolle i det å belyse problemstillingen på en best mulig måte (Dalland, 2017).

3.1 Litteraturstudie som metode.

Med tanke på hensikten av oppgaven hvor vi ønsker å utdype og belyse sykepleieren sitt ansvar til å informere om tilbudet av preeksponeringsprofylakse som et forebyggende tiltak mot HIV-smitte blant MSM, har vi valgt å utføre en systematisk litteraturstudie. Grunnlaget for hypotesen er faglig relevant litteratur i form av pensumbøker, men da forskningsbasert kunnskap utgjør en viktig del av kunnskapsbasert praksis skal denne oppgaven understøttes videre av forskningsartikler, samt erfaringer fra praksis og “grå litteratur” som er relevant til dette temaet da den kan gi nyttig informasjon (Thidemann, 2015, s. 84).

I denne oppgaven har vi valgt til å bruke metodetriangulering som teknikk. Det vil si at vi kommer til å analysere funn fra både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Alle metoder har sine svakheter og sterke punkter, og ved å kombinere funn fra forskjellige tilnærminger kan vi få en mer helhetlig og objektiv oversikt over resultater (Thidemann, 2015, s. 79). Målet er å kunne gi leseren/ fagutøveren en oppdatert og god forståelse om tema i fokus (Thidemann, 2015, s. 79).

3.2 Søkeprosessen i databaser.

Databaser PubMed, sammen med MESH ble brukt for å finne relevante forskningsartikler. Søket ble gjennomført i april- mai 2018 og begynte med å bruke søkeordet: preeksponeringsprofylakse. Søket ble begrenset med å hake av for artikler på engelsk som var ikke eldre enn fra 2008. Det resulterte i funn av 507 forskningsartikler med PrEP som den sentrale kliniske studien og 34 systematiske litteratur- og andre studier. Av disse artiklene plukket vi ut de som var tilgjengelige og relevante for denne oppgaven. Kriteriene for

studiene var blant annet at de skulle gi en oversikt over virkning av PrEP, at de inkluderte MSM som en interessegruppe og at de sa noe om rollen til sykepleieren eller helsepersonell når det gjelder PrEP-tilbudet. Utelukkende kriterier var forskningsartikler og litteraturstudier med hovedfokus på andre utsatte seksuelle minoritetsgrupper som injiserende rusmisbrukere, sexarbeidere, kvinner utsatte for HIV-smitte eller andre spesielt utsatte heterofile minoritetsgrupper. Studiene som var utført tidligere enn 2012, da PrEP først ble først godkjent som et gyldig forebyggende HIV-smitte tiltak var også utelukket. Av disse ble de nyeste og mest aktuelle artikler brukt for å understøtte denne oppgaven. Søkedatabase CINAHL var brukt med søkeord pre-exposure prophylaxis og ga 5 funn, hvorav kun en artikkel var relevant for denne oppgaven. Google Scholar ble brukt i tilfeller der det var behov for å finne Full-text artikler som ikke var tilgjengelige på PubMed.

4.0 RESULTATER

Dette kapitlet åpnes med kildekritikk av brukte forskningsartikler. Videre presenteres de utvalgte forskningsartiklene tematisert under følgende underoverskrifter: PrEP i forebygging av HIV-smitte hos MSM, Stigma og livskvalitet hos MSM, sykepleierens ansvar og rolle i formidling og utvikling av PrEP tilbudet og hvilken forskning man trenger videre.

De ledende databasene innen forskning i helse og sykepleie ble søkt igjennom for å kunne oversikt over resultater av forskning rundt preeksponeringsprofylakse. Når det gjelder effektiviteten av PrEP hos MSM, finnes det både kvantitative og kvalitative studier som støtter denne meningen. Derimot når vi snakker om sykepleieren sitt ansvar innen det området og spesielt informering om PrEP, er forskningen manglende. Det er som oftest litteraturstudier eller publikasjoner av meninger i forskningstidsskrifter som støtter diskusjonen vår om at sykepleieren har en avgjørende rolle i videre utvikling av PrEP tilbudet til de riktige kandidatene. Andre forskningsartikler som understreker sykepleieren sin rolle som en viktig faktor i fremtidig suksess og effektivitet av PrEP, har derimot fokusert på andre utsatte minoritetsgrupper i fokus (Deren, Naegle, Hagan & Ompad, 2017, s. 622). Til tross for at sykepleieren sin rolle i informering om PrEP tilbudet fortsatt er i utvikling, finnes det en god del forskning som skal presenteres her under resultater, som er gjort for å spesifisere faktorene som det skulle tas hensyn til når man vurderer mulige kandidater for PrEP.

4.1 PrEP som et HIV-forebyggende tilbud til MSM.

I en forskningsartikkel ved navn Considerations for Implementing Oral Preexposure Prophylaxis skriver forfatterne at siden 90-tallet har antall nye HIV- smittede per år i USA vært konstant, og i en undersøkelse utført i 2010 var resultatet at MSM utgjør 63% av alle nylig smittede (Sowicz, Teitelman, Coleman & Brawner, 2014, s. 496). Det vil si at klassiske intervensjonstiltak som kondomer, medisinsk omskjæring for menn og HIV-behandling som smitteforebyggende tiltak ikke er tilstrekkelig (Sowicz et al., 2014, s. 497). I denne litteraturstudien understreker forskerne at PrEP er en trygg, effektiv og absolutt nødvendig biomedisinsk intervensjon i forebygging av HIV smitte (Sowicz et al., 2014, s. 497). Samtidig konkluderer forfatterne at de fleste studiene tyder på at PrEP er ikke for alle og at det er behov for bedre metoder for å kunne selektene de riktige kandidatene (Sowicz et al., 2014, s. 497).

I en annen forskningsartikkel: HIV Preexposure Prophylaxis, presenterer forskerne resultater fra statistikken om at på verdensbasis er det 2 millioner mennesker som blir smittet med HIV hvert år (Riddell, Amico & Mayer, 2018, s. 1261). PrEP har vist seg å være en effektiv metode i smitteforebygging, men for eksempel i USA er den brukt av mindre enn 20% av de som kunne hatt nytte av den (Riddell et al., 2018, s. 1261). Litteraturstudien konkluderer med at PrEP (en daglig dose av TDF/emtricitabine), hadde en betydelig effekt ved forebygging av HIV-smitte, samt høy-risiko heterofile og rusmisbrukere som bruker sprøyter (Riddell et al., 2018, s. 1261). Selv om effektiviteten av PrEP var vurdert til å være over 90%, var den samtidig sterkt korrelert med oppfølgingen av brukerne (Riddell et al., 2018, s. 1262- 1263). Forfatterne hevder at det er helsepersonell i primærhelsetjenesten som er best egnet til å bidra med sin kunnskap for å kunne nå gruppen best, og dermed gjøre bruken av PrEP mer effektiv (Riddell et al., 2018, s. 1266).

4.1.1 Bivirkninger.

Det presenteres at det er et svært lite antall av deltagerne (2%) som sluttet behandlingen på grunn av bivirkninger, og at det var i mange tilfeller forbundet med flere sammenhengende individuelle årsaker (Riddell et al., 2018, s. 1261).

4.2 Stigma.

En forskningsstudie ved navn “Everyday places, heterosexist spaces and risks in contemporary Sweden” skrevet av Nygren, Ohman og Olofssons (2015) tar for seg hverdagsrisiko som retter seg mot homofile, lesbiske og transpersoner i Sverige. Studien fant at disse personene er mer utsatte for blant annet vold og trusler i det offentlige rom, tap av nære relasjoner, isolasjon og diskriminering. Artikkelforfatterne hevder også at å utgi seg for å være heterofil i et heteronormativt samfunn er en brukt metode for å unngå disse risikofaktorene. En kan dermed anta at andelen mørketall i statistikkene over hvem dette gjelder er påvirket av risikofaktorene alternativet bærer med seg.

En annen forskningsartikkel anvendt i oppgaven ved navn Sex, PrEP, and Stigma: Experiences with HIV Pre-exposure Prophylaxis Among New York City MSM Participating in the HPTN 067/ADAPT Study legger frem resultater fra en kvalitativ undersøkelse som

intervjuet 37 MSM for å finne ut mer om stigmatisering rundt HIV-smitte og bruk av PrEP, og hvordan det påvirker livskvaliteten til deltakere (Franks, Hirsch-Moverman, Loquere Jr, Rivet Amico, Grant, Dyes, Rivera, Gamboa og Mannheimer, 2017, s. 1139). Deltakerne i studien indikerer at stigma rundt HIV og risikoatferd er fortsatt et dominerende problem og hindrer bedre etterlevelse av PrEP, spesielt når det gjelder bruk av ikke-daglige doser (Franks et al., 2017, s. 1139).

Videre understreker forfatterne at PrEP er en viktig spiller i forebyggingen av HIV, men samtidig bare en del av en HIV-forebyggende prosess og at vi trenger videre kunnskap om dette flerdimensjonale stigmaet rundt bruken av PrEP (Franks et al., 2017, s. 1139).

I denne kvalitative studien intervjuer Franks et al. (2017, s. 1145) 37 MSM. En av deltakerne nevner at hans erfaring av stigmatisering fra andre var basert på mangel på kunnskap om PrEP. Han forteller videre at han kunne få spørsmål som “Hva er PrEP- betyr dette at du har HIV?”. En annen årsak til stigma som var nevnt av deltakerne var at hvis de fortalte noen at de brukte PrEP, antok andre da at man var løssluppen og det var fort gjort å få en dårlig rykte (Franks et al., 2017, s. 1145). Stigmatiseringen kunne også komme fra brukere av PrEP selv som ikke ønsket å diskutere/ informere partneren deres om dette for å unngå ukomfortable diskusjoner eller fordommer fra den andre parten. Dette gjaldt spesielt deltakerne som foretrekker engangs doser. (Franks et al., 2017, s. 1146).

4.3 Sykepleierens avgjørende posisjon og utfordringer.

Blant utfordringer i PrEP-tilbudet fant forskerne at antallet av de som hadde hørt om PrEP og antall individer som bruker PrEP er svært lav (Sowicz et al., 2014, s. 503). Forskerne mener at det er helsepersonell i primærhelsetjenesten som er i den beste posisjonen til å ta ansvar for å undersøke pasienten sine preferanser og vaner i henhold til både seksualitet og bruk av rusmidler, og dermed å kunne tilby PrEP som en forebyggende metode til aktuelle kandidater (Riddell et al., 2018, s. 1266). Dette støttes av studien utført av Sowicz et al., (2014, s. 503) som foreslår at det kan være sykepleiere som er best egnet til denne rollen og har muligheten til å lage en bro mellom aktuelle pasienter og de som gir PrEP tilbudet.

Denne meningen støttes videre av en kvalitativ studie: *Building Trust and Relationships Between Patients and Providers: An Essential Complement to Health Literacy in HIV Care*, utført av sykepleiere og annet helsepersonell med lang erfaring i arbeid med pasienter utsatte for HIV-smitte (Dawson-Rose et al., 2016, s. 575). I sin studie skriver Dawson-Rose et al., (2016, s. 575) at selv om sykepleiere kan spille en avgjørende rolle i å avdekke aktuelle pasienter for PrEP bruk, fremhever og vektlegger de også begrepet health literacy, som kan oversettes til brukers evne til å forstå og anvende helseinformasjonen de mottar (Jenum & Pettersen, 2016). Videre vektlegger de viktigheten av helsepersonell-pasient kommunikasjon (Dawson-Rose et al., 2016, s. 575). Dette understøttes av Landovitz (2015, s. 88), som belyser hvor avgjørende er sykepleier- pasient kommunikasjon i introduksjons, samt oppfølgingsfasen med tanke på compliance og nevner at bruk av teknikker fra motiverende intervju kan være nyttige i slike situasjoner.

Videre i sin artikkel konkluderer Riddell et al., (2018, s. 1266) at blant utfordringer for sykepleiere er det mangel på mer effektive metoder som hjelper å avdekke de aktuelle kandidatene. Det finnes ikke ennå et tydelig svar på hvem de riktige kandidater er som med en gang bør vurderes for PrEP tilbudet. Derimot konkluderer Sowicz et al., (2014, s. 498) i sin studie med at det er noen trekk som gjentar seg blant MSM som er mer utsatte for risiko av HIV smitte enn andre. Sowicz et al., (2014, s. 499) fant at de mer utsatte var homofile, av Afroamerikansk opprinnelse, hadde ubeskyttet analt samleie med partneren sin og andre i aldersgruppen 18 til 42 år. Det nevnes at MSM som er mellom 16 -20 og deres kunnskap om PrEP burde undersøkes mer, da denne gruppen antas også å være spesielt utsatt, men samtidig er mangel på forskning på området som hindrer tilgangen til brukere i aldersgruppen å få tilgang enn så lenge (Sowicz et al., 2014, s. 499).

En annen utfordring for sykepleiere er mangel på omgivelser som tilrettelegger for at de utsatte gruppene får en tilfredsstillende tilgang til PrEP behandlingen, noe som ofte kan være en forutsetning for å kunne nå det høyeste nivået mulig av etterlevelse (Riddell et al., 2018, s. 1261). I sin litteraturstudie nevner Sowicz et al., (2014, s.500) en rekke gjennomgående hindrende faktorer som påvirker bruken av PrEP, der stigmatisering kommer frem som en hovedårsak. Forfatterne oppsummerer også gunstige faktorer som preparatets lave pris, effektivitet, lett tilgang til medisinen, at det er enkelt å bruke, samt reduksjon i angst for at man blir smittet (Sowicz et al., 2014, s. 500).

I følge Sowicz et al., (2014, s. 500) er selvinnsikt i egen risiko for å bli smittet en annen faktor som kan være både en hindring og en gunstig faktor som spiller inn i etterlevelsen av PrEP. Forfatterne konkluderer med at MSM som regel sitter på gode kunnskaper når det gjelder bruk av PrEP, men at sykepleierne i sin vurdering av mulige kandidater burde sammenligne sin egen vurdering med pasientens selvinnsikt når det kommer til egen helserisiko. Sowicz et al., (2014, s. 500) fremhever en studie der 84% av deltakerne som tilhørte en høyrisikogruppe, anså seg for å være lite utsatte.

5.0 DRØFTING

I dette kapitlet skal resultater fra anvendte forskningsartikler samt teori drøftes opp mot ICNs yrkesetiske retningslinjer for sykepleie. Hensikten med dette kapitlet er å best mulig besvare problemstillingen om hvilket ansvar sykepleieren innehar i henhold til å informere om PrEP som et HIV-forebyggende tiltak til MSM. Underkapitlene i dette kapitlet er basert på hvilke temaer som har vært gjennomgående i litteraturen som er anvendt i oppgaven.

5.1 Preeksponeringsprofylakses virkning.

I 2007 ble det publisert en forskningsartikkel, hvor Peterson et al., (2007) for første gang demonstrerte at det var trygt å bruke PrEP i forebygging av HIV-smitte (Sowicz et al., 2014, s. 497). I studien mottok tilfeldige kvinner med negativ HIV-status fra tre ulike land i Afrika enten tenofovir disoproxil fumarate (TDF) eller placebo. Det var ingen bemerkelsesverdige forskjeller i rapportering av bivirkninger mellom gruppene. Siden den gang har interessen for PrEP økt drastisk, og forskerne har arbeidet hardt for å kunne bevise effekten og videreutvikle bedre metoder for håndteringen av PrEP-tilbudet.

En artikkel ved navn “Truvada Whores?” publisert i Huffington post i 2012 ble opphavet til PrEP-brukernes beryktede tilnavn “Truvada Whore” (Logo, 2016). I artikkelen går artikkelforfatteren Duran (2016) som selv er homofil HIV-positiv hardt ut mot PrEP. Han mener en stor andel av MSM som ønsker å motta PrEP har som intensjon å kunne ha et ukritisk seksualliv og vil kunne brukes som en unnskyldning for å være uansvarlige (Duran, 2016). Duran (2016) går også hardt ut mot den statlige håndteringen av preparatet i USA. Han skriver at tiltaket er for enkelt og i verste fall også kan virke mot sin hensikt med tanke på holdningene til MSM overfor HIV (Duran, 2016).

I en forskningsstudie ved navn Considerations for Implementing Oral Preexposure Prophylaxis konkluderer forskerne Sowicz, Teitelman, Coleman og Brawner (2014) med at PrEP derimot kan se ut til å ha et voksende potensial. De oppgir at kun 2% av PrEP-brukere har avsluttet tilbudet på grunn av bivirkninger, og at preparatet har en virkekraft på over 90% (Sowicz et al, 2014).

På mange måter kan man trekke paralleller mellom debatten rundt PrEP og debatten om P-pillen da den kom. Et argument brukt mot begge disse legemidlene er at disse i praksis vil erstatte bruk av kondom, og dermed føre til økt utbredelse av seksuelt overførbare infeksjoner. Samtidig vil enkelte kunne hevde at når frykten for uønsket graviditet eller HIV ikke lenger er tilstede vil det kunne føre til en mer ansvarsløs og løssluppen seksuell atferd (Duran, 2016). I likhet som at holdningene til bruken av P-pillen ble mindre bastante over tid, hevdes det at det også beveger seg i samme retning for PrEP-bruken i land der preparatet har vært lengre på markedet (Logo, 2016). Ingen av disse tilbudene er heller helt sikre, frie for bivirkninger eller passende for alle. Som sykepleier er man i den sammenheng både pliktet til og ansvarlig for å gjøre en helhetlig vurdering av pasientens eventuelle behov for tilbudet (NSF, 2016).

5.2 Livskvalitet.

Humant immunsviktvirus (HIV) ble først påvist på midten av 1980-tallet. På den tiden var det lite kunnskap om viruset og frykten for smitte blant folket utgjorde et hysteri blant befolkningen. Som motsvar ble det startet diverse organisasjoner i samme periode som siden den gang kjempet den såkalte homokampen. I de nyere årene har vi også sett at popkulturen med serier som “SKAM”, “Jævla homo” og “ut av skapet” for alvor har satt de homofile utfordringer på dagsordenen, både nasjonalt og internasjonalt. Tiltak som disse har bidratt til at aksepten og åpenheten rundt homofili aldri før har stilt sterkere både lovmessig og sosialt i Norge (Aftenposten, 2017). Til tross for økt kunnskap om både HIV og seksuell legning hevdes det likevel at dagens holdninger blant folket utdaterte, også blant helsepersonell (Manum, 2018). Homofile stiller likevel svakere i forskning på psykisk helse, og har blant annet et høyere rusforbruk og vesentlig høyere andel selvmordsforsøk og selvmord enn heterofile (Grosvold, 2016). Dette ses i sammenheng med diskriminering, og ikke legningen i seg selv (Grosvold, 2016). Lever man i tillegg med en frykt for å bli smittet med et potensielt dødelig virus, vil det antageligvis også kunne påvirke vedkommendes livskvalitet i negativ forstand.

Med tanke på at MSM er en minoritetsgruppe særskilt utsatt for blant annet diskriminering, HIV og selvmord, har sykepleiere i følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere faktisk en plikt og et påbudt ansvar for at denne gruppens helsemessige behov blir møtt (NSF, 2016). Både menneskerettighetene og pasient- og brukerrettighetsloven stiller tilsvarende krav og

legger til at helsetilbudet skal være tilgjengelig for alle. Forskning tyder på at sykepleiere til og med kan være i den mest ideelle posisjonen til å utgjøre en forskjell for eventuelle PrEP-kandidater (Sowicz et al., 2014, s. 503). For å kunne utgjøre denne forskjellen er en avhengig av en helsepolitikk som støtter og følger opp tilbudet. PrEP er foreløpig kun ved klinikker i Oslo, svært få vet PrEP sin eksistens, og pasienter oppgir å bli møtt med utdaterte holdninger fra helsepersonell (Manum, 2018). Sykepleieren sitt ansvar for å informere MSM om PrEP som Hiv-forebyggende innebærer samtidig å informere folket og de folkevalgte om behovet for endring. Slik oppfyller sykepleieren også ICN sitt krav om at sykepleieren skal bruke stemmen og kunnskapen sin til å påvirke den offentlige debatt.

Samtidig tyder forskning på at brukere av PrEP velger å ikke dele det med andre på grunn av stigma tilknyttet preparatet (Franks et al., 2017, s. 1145). Blant annet har brukere ytret at åpenhet rundt bruken av PrEP vil kunne gå på bekostning av nære relasjoner og derav også livskvaliteten til vedkommende (Franks et al., 2017, s. 1146). Med tanke på at PrEP-tilbudet fremdeles er relativt nytt vil en kunne anta at åpenhet rundt bruken av preparatet er essensielt for å bekjempe videre stigma tilknyttet tilbudet. Mangel på åpenhet om bruk av PrEP vil også kunne gå på bekostning av vedkommendes mulighet til å kunne drøfte eventuelle bekymringer eller gleder ved tilbudets effekt med sine nære. Dersom årsaken til mangelen på åpenhet i tillegg er knyttet til frykt for avvisning fra de nærmeste vil det heller ikke være heldig for brukers livskvalitet.

5.3 Sykepleierens ansvar til å informere.

Sykepleierne har altså et omfattende ansvar for pasienter og brukere man møter i profesjonell sammenheng. I noen områder er ansvaret til sykepleierens handlinger tydeligere definert, mens i andre kan de være langt mer vage. Helsefremmende og -forebyggende arbeid er et innviklet ansvarsområde da grensene mellom en vellykket og mislykket jobb kan være vanskelig å definere. Derfor er det spesielt viktig at "Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis" (NSF, 2016). Med tanke på at forskningen også påpeker at svært få har hørt om PrEP tyder mye på at sykepleiere bør innrette seg i større grad etter oppdatert kunnskap og forskning, hvilket også vil medføre mindre fordommer (Sowicz et al., 2014, s. 503).

Foruten å være en veldig aktuell og effektiv HIV-smitte forebyggende metode, er PrEP et spennende tema da på tross av å være primært knyttet til minoritetsgrupper som MSM, kan bruk av denne metoden samtidig ha en utrolig innvirkning på spredningen av hiv viruset. MSM er fortsatt ofte stigmatisert og diskriminert som en gruppe og forskningen viser at dette påvirker negativt effektiviteten av PrEP hovedsakelig grunnet lav etterlevelse (Franks et al., 2017, s. 1145). Riddell et al., (2018, s. 1266) konkluderer i sin forskning med at den mest kritiske forutsetningen for at PrEP har best utbytte er oppfølgingsfasen. Forskerne påpeker også at helsepersonell i primærhelsetjenesten inkludert om ikke særskilt sykepleiere innehar det største ansvaret i den forbindelse.

PrEP er blitt fort populær og sykepleierens rolle og ansvar er en like fort stigende område for interesse og utvikling blant forskerne. I følge yrkesetiske retningslinjer er vi som sykepleiere pålagt til å “bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester” (NSF, 2016). Av denne grunnen ser vi dette som en svært rimelig mulighet for å kunne bidra som sykepleierstudenter til en diskusjon om hva er vårt ansvar som fremtidige sykepleiere i situasjoner der vi møter pasienter/ brukere som potensielle kandidater for PrEP tilbudet.

Med utgangspunkt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og gjennomgang av forskningsartikler, tyder resultater på at vi som sykepleiere har ansvaret og er pålagt å informere pasienter om PrEP tilbudet. Derimot er det flere faktorer som påvirker avgjørelsen av hvem er de riktige kandidater som burde informeres om og tilbys PrEP- pakken. Riddell et al., (2018, s. 1266) hevder videre at helsepersonell er i best egnet posisjon til å oppdage hvem som har behovet for tilbudet. Sowicz et al., (2014, s. 503) støtter og bygger videre på samme teori ved å påpeke at sykepleiere også er i best posisjon til å være mellomledd mellom pasientene og distributøren av PrEP. Samme påstand støttes av studien til Dawson-Rose et al., (2016, s. 575).

Helsedirektoratet (2016) understreker at “en viktig forutsetning for en vellykket og forebyggings-effektiv implementering er at det foreligger tydelige inklusjonskriterier, rutiner for screening av potensielle brukere og hyppige kontroller som blant annet skal ivareta veiledning og test av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner”, men det er en del utfordringer i henhold til dette og forskningen tyder på at minoritetsgrupper som MSM har videre undergrupper som er i en større smitterisiko enn andre. For eksempel skal faktorer som

påvirker vurderingen av hvilke pasienter som er mest utsatt for risiko og skal dermed hvem som skal prioriteres med tanke på om PrEP-tilbudet. I vurderingen bør forskning som tyder på at de mest utsatte for HIV-smitte blant annet innebærer menn med Afroamerikansk opprinnelse, de som har ubeskyttet analt samleie med partneren sin, og andre i aldersgruppen 18 til 42 år (Sowicz et al, 2014, s.499). Hvis man som sykepleier er i kontakt med ungdom, kan man også vurdere PrEP tilbudet for denne undergruppen da denne gruppen antas også å være spesielt utsatt men per dags dato hindres muligheten for dette tilbudet av mangel på forskning (Sowicz et al, 2014, s. 499).

Som en sykepleier kan man møte mulige kandidater på de fleste avdelinger, likevel er det sjelden seksuell helse vektlegges. Det kan være vanskelig å finne motet og den rette situasjonen til å ta opp et tema som seksuell helse, og en bør allerede ha bygd opp en viss tillit til pasienten før det kan falle seg naturlig. Sykepleiere møter pasienter på alle stadier i livet, ofte i løpet av en periode vedkommende er sårbar. Sykepleierens profesjonelle og empatiske rolle er stadig vekk borti situasjoner der en er nødt til å berøre ved såre samtaleemner for å best mulig kunne kartlegge en pasients helhetlige helse. Dette er også tilfellet når det kommer til seksuell helse. I følge Sowicz et al., (2014, s. 503) er det for eksempel anbefalt i alle avdelinger i primærhelsetjenesten å fordype seg om temaet og bidra til en vurdering av PreP-tilbudet.

5.4 Helsepolitikk.

I fjor lanserte Helse- og omsorgsdepartementet (2016) en ny strategi for seksuell helse “Snakk om det!” i Norge som skal være gjeldende for perioden 2017- 2022. Blant annet er den rettet mot skapning av et mer åpent og inkluderende samfunn for LHBTI- personer (lesbiske, homofile, bifile, transpersoner og intetkjønn). ”Åpenhet, respekt for mangfold og positive holdninger til seksualitet” nevnes av regjeringen som de samfunnsmessige faktorer som skal erstatte ”tabuer, skam, fordommer og stigmatisering knyttet til seksualitet” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8).

Seksuelle rettigheter er omstridt internasjonalt, men menneskerettigheter om ivaretagelse av seksuell helse som rett til fritt valg av sin partner uten at en blir utsatt for diskriminering står sentralt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8).

Blant overordnede mål av denne strategien belyses det å bidra til ”reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv; å sikre mennesker i alle aldre god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse; å sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse- og omsorgstjenesten, samt å sikre at helsepersonell respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8).

De siste årene har interesse for seksuell helse og dennes betydning for livskvaliteten vært stadig økende. Blant utfordringer belyses det er ofte at det er ”lite oppmerksomhet for seksuell helse i behandling og oppfølging/ rehabilitering, samt at det er mangelfull tilgang til informasjon og veiledning om seksuelle problemer” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 10). Både private og offentlige, frivillige og ideelle organisasjoner har gjort en stor fremgang med å prøve bidra til løsningen av det problemet ved å tilby tjenester som ”åpne informasjonskanaler, lavterskeltilbud og anonyme chattetjenester til sikrede, personlige dialogtjenester med fagpersoner” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 24).

Informasjon, veiledning, enkel tilgang til kondomer, og lavterskeltilbud for utsatte grupper har vært brukt som en hovedmetode for å nå gruppen MSM i flere tiår nå. Blant annet jobber organisasjoner som Helseutvalget hardt for å sikre god livskvalitet og seksuell helse til gruppen MSM.

Helseutvalget har som hovedmål å sikre bedre seksuell helse blant både blant kvinner som har sex med kvinner, og menn som har sex med menn (Helseutvalget, 2016). Tilbudene helseutvalget tilbyr i dag er i hovedsak det de kaller arena, Youchat, og sjekkpunkt. Arena går ut på å møte de spesielt utsatte for seksuelt overførbare infeksjoner der de er, for eksempel på London bar. Her tilbyr de samtaler og hurtigtesting for HIV og syfilis. Youchat er et tilbud der skeive frivillige fra helseutvalget kan kontaktes anonymt over nettet to dager i uken. Her kan folk fritt stille spørsmål relatert til ens seksuelle preferanser og eventuelle dele brysomme bekymringer i forbindelse med vedkommendes legning eller sexliv. Sjekkpunkt er det mest omfattende tilbudet til helseutvalget. Sjekkpunkt går ut på at folk uavhengig av kjønn, legning og identitet anonymt kan møte på helseutvalgets kontorer i skippergata for å gjennomføre tester for diverse seksuelt overførbare infeksjoner. Helsepersonellet ansatt hos helseutvalget er eksempler på faglærte i en unik posisjon til å kunne identifisere hvem som har størst behov for PrEP innad i gruppen (Helseutvalget, 2016). Denne type tiltak skaper også rom for veiledning er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere som sier at “sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi

tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (NSF, 2016).

Til tross for tilgjengelighet av ulike kanaler for å innhente informasjon, møter helsetjenesten videre utfordringer med for eksempel brukere med dobbelt minoritetsstatus. Dette kan være for eksempel homofile med etnisk minoritetsbakgrunn, som sier at ”det kan være utfordrende å finne informasjon og etablere gode nettverk” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 24). Om man er i tvil om noe i møte med slike utfordringer må hver enkelte sykepleier erkjenne grensene for egen kompetanse, praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (NSF, 2016). I dette tilfelle kan man henvende seg til et hefte utgitt av helse- og omsorgsdepartementet og finne frem kapitlet om informasjonskanaler som er tilgjengelige på nettet, for eksempel ”Skeiv verden” som spesialiserer i denne minoritetsgruppen. De tilbyr ”rådgivning over telefon, e-post eller ved møte opp hos Skeiv verden eller et annet avtalt sted” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 24). De sistnevnte har en spesielt stor betydning for de som bor utenfor Oslo.

Helsedepartementet nevner også at selv om nysmittede av hiv har vært fallende, er det usikkerhet rundt spørsmålet om det er en ”uttrykk for en varig utvikling” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 11). blant MSM. Helsedepartementet fremhever videre tilbakemeldinger fra brukerorganisasjoner som jobber med mennesker med hiv om at det er fortsatt manglende kunnskap og vektlegging på forebyggende tiltak som for eksempel PrEP, som har vist seg å være en ubestridelig viktig del i forebyggende helsearbeid mot spredning av HIV-smitte. Selv om PrEP metode er fortsatt i utvikling har den vist seg å være effektiv i forskningsstudier i flere land og etter anbefalingene fra helse- og omsorgsdepartementet ble det bestemt at “det offentlige vil dekke legemiddelkostnadene til behandling med PrEP gjennom anvendelse av blåreseptforskriften §4 om forebyggende behandling” (Helsedirektoratet, 2016).

Per dagens dato tilbys PrEP hovedsakelig ved Olafiaklinikken som tilhører OUS, til undergrupper blant MSM som er spesielt utsatte, mens forskningen viser at det er flere minoritetsgrupper som kunne ha nytte av det tilbudet og burde forskes videre på. Olafiaklinikken er den eneste nasjonal kompetansetjeneste og har “en nøkkelrolle i utarbeidelse av faglige rammer og inklusjonskriterier for PrEP” og skal “bidra til at det raskt kan gis et likeverdig tilbud i store deler av landet” (Helsedirektoratet, 2016).

6.0 AVSLUTNING

Forskning på PrEP-tilbudet til MSM lover godt både med tanke på sikkerhet og dokumenterte bivirkninger. Likevel er det få blant MSM som vet om tilbudets eksistens, og tilbudet er foreløpig kun tilgjengelig ved klinikker i Oslo. Norske sykepleiere er pliktige til å stå til ansvar for at ICNs retningslinjer for sykepleiere blir møtt, og at blant annet pasient- og brukerrettighetene og menneskerettighetene overholdes og tas til betraktning i etiske vurderinger. Disse retningslinjene baseres på verdier om at alle grupper skal oppleve å bli møtt med likeverd og åpenhet uavhengig av bakgrunn. Sykepleierens ansvar overfor de yrkesetiske retningslinjene for å informere om PrEP som et HIV-forebyggende tilbud til MSM støttes av flere av de anvendte forskningsartiklene anvendt i denne oppgaveteksten. I praksis innebærer er slikt ansvar blant annet at ut ifra midlene sykepleierne innehar er de pliktige til å sørge for at eventuelle PrEP-kandidaters behov blir møtt. En forutsetning for at eventuelle PrEP-kandidater eller brukeres behov blir møtt er naturligvis at disse behovene er kartlagt. Forskning viser til at sykepleierne er i best posisjon til å utføre en grundig kartlegging, samt oppfølging og etterlevelse av tilbudet.

Alle mennesker født frie og med samme menneskeverd og rettigheter, og skal motta behandling av god kvalitet uavhengig av seksuell legning og bakgrunn. For at sykepleieren skal kunne oppnå målet om å etterstrebe kravene stilt til yrkesutøveren fra blant annet ICN, norske lover og menneskerettighetene er vi avhengige av at behovet blir ytret til folket og de folkevalgte. Sykepleierne er altså avhengige av et helsepolitisk system som møter behovene ansatte og brukere av helsesektoren i form av midler og ressursforbruk. Sykepleieren har dermed et ansvar til å informere om PrEP som HIV-forebyggende til MSM, og er i posisjonen til å kunne utgjøre en vesentlig forskjell i blant annet livskvaliteten til gruppen både på individuelt, nasjonalt og internasjonalt nivå.

LITTERATURLISTE

Aftenposten. (2017, 18. mai) ILGA: Norge nest best i Europa på LHBT-rettigheter. Hentet 30. mai 2018 fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/eQoRa/ILGA-Norge-nest-best-i-Europa-pa-LHBT-rettigheter>

Brubakk, O. (2015). Infeksjoner. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (4. utg., s. 69-90). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. oslo: Gyldendal akademisk

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dawson-Rose, C., Cuca, Y. P., Webel, A.R., Soliz Baez, S.S., Holzemer, W.L., Rivero-Mendez, M. & Lindgren, T. (2016). Building Trust and Relationships Between Patients and Providers: An Essential Complement to Health Literacy in HIV Care. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, **27(5)**, 574-584. doi: 10.1016/j.jana.2016.03.001

Deren, S., Naegle, M., Hagan, H. & Ompad, D. C. 2017 Continuing Links Between Substance Use and HIV Highlight the Importance of Nursing Roles. *JANAC*. Volume 28, Issue 4, Pages 622–632. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.03.005>

Duran, D. (2016, 2. februar). Truvada Whores? *Huffpost*. Hentet fra https://www.huffingtonpost.com/david-duran/truvada-whores_b_2113588.html

Folkehelseinstituttet. (2016). Menn som har sex med menn og smittevern. Hentet fra 22. mai 2018 fra <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/14.-menn-som-har-sex-medmenn-og-sm/>

Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Forsberg, C. & Wengstrøm Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3.utg. Stockholm: Natur og kultur.

Franks, J., Hirsch-Moverman, Y., Loquere Jr., S. A., Rivet Amico, K., Grant, R. M., Dyes, B. J., Rivera, Y., Gamboa, R. og Mannheimer, S. B. (2017). Sex, PrEP, and Stigma: Experiences with HIV Pre-exposure Prophylaxis Among New York City MSM Participating in the HPTN 067/ADAPT Study. *AIDS and Behavior* (2018) 22:1139–1149.
<https://doi.org/10.1007/s10461-017-1964-6>

Grosvold, R. (2016, 28. juni). Biseksuelle, homofile og lesbiske er mer utsatt. *ABC nyheter*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Hanssen, K. (2017, 23. august). Her er 11 av verdens verste land å være homofil. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/verden/i/alq5/Her-er-11-av-verdens-verste-land-a-vare-homofil>

Helsedirektoratet. (2017). Forebygging.no. Hentet 19. mai 2018 fra <http://www.forebygging.no/Ordbok/Q-A/Stigmatisering/>

Helsedirektoratet (2017-b). Pasient- og brukerrettighetsloven. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven#hva-pasient--og-brukerrettighetsloven-lovfester>

Helsedirektoratet (2016). Preeksponeringsprofylakse – PrEP – muligheter for vellykket implementering i Norge. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Nyheter/Preeksponeringsprofylakse-PrEP-muligheterfor-vellykket-implementering-Norge-Notat-med-anbefalinger%20sept%202016.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det!* Strategi for seksuell helse (2017-2022). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helseutvalget. (2016). Hiv – smittemåter, beskyttelse og behandling. Hentet 19. april 2017 fra <https://www.helseutvalget.no/kunnskap/hiv-smittemater-beskyttelse-og-behandling>

Helseutvalget. (udatert). Menn som har sex med menn. Hentet 5. april 2017 fra <https://www.helseutvalget.no/kunnskap/menn-som-har-sex-med-menn>

Helseutvalget. (2016-b). Menn som har sex med menn - hva betyr det? Hentet 18. mai 2018 fra <https://www.helseutvalget.no/kunnskap/menn-som-har-sex-med-menn>

HivNorge. (2017). Godt og grundig PrEP-tilbud. Hentet 22. mai 2018 fra [https://hivnorge.no/Nyheter/Mai-2017/Godt-og-grundig-PrEP-tild bu](https://hivnorge.no/Nyheter/Mai-2017/Godt-og-grundig-PrEP-tild-bu)

HivNorge. (2016). PrEP kommer til Norge. Hentet 22. mai 2018 fra <https://hivnorge.no/Nyheter/ARKIV/2016/April-2016/PrEP-kommer-til-Norge>

Høie, B. (2014, 6. februar). Ny regjering og ny helsepolitikk! Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-regjering-og-ny-helsepolitikk-/id750533/>

ICN. (2000). ICNs etiske regler for sykepleiere. Hentet 22. mai 2018 fra <https://www.nsf.no/Content/113949/ICNs>

Jenum, A. K. & Pettersen, K. S. (2016, 28. april). Hva betyr lav “Health Literacy” for sykepleiernes helsekommunikasjon. *Sykepleien*. Hentet 31. mai 2018 fra <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/hva-betyr-lav-health-literacy-sykepleiernes-helsekommunikasjon>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., Bind 1. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., Breievne, G. & Nortvedt, F., (2012). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., Bind 3. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2012). Om sykepleie I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens rolle, grunnlag og ansvar* (2. utg., Bind 1. Oslo: Gyldendal akademisk.

Logo. (2016, 24. februar). Revisiting “Truvada Whore,” three years later. Hentet 22. mai 2018 fra <http://www.newnownext.com/revisiting-truvada-whore-three-years-later/02/2016/>

Manum, O. A. (2018, 22. mars). Utdaterte holdninger i helsetjenesten. *HivNorge*. Hentet 22 mai. 2018 fra

<https://www.hivnorge.no/post/utdaterte-holdninger-i-helsetjenesten>

Molven, O. (2015). Helse og jus. (8. utg. Oslo: Gyldendal juridisk) (kap.4, s.61, 62)

Mæland, J. G. (2016). Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget. (Kap).

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk forening for infeksjonsmedisin. (2017a). Pre-eksponeringsprofylakse. Hentet 18. april 2017 fra <http://hivfag.no/smitte-PeP#PrEP>

Norsk sykepleierforbund. (2016, 23. mai). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 1. mai 2018 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

OsloMet universitet. (2017. 27. februar) Bachelorstudium i sykepleie. Hentet 30. mai 2018 fra <https://student.hioa.no/bachelor-sykepleie-pilestredet>

Oslo Universitetssykehus. (udatert). Olafiaklinikken. Pre-eksponeringsprofylakse, PrEP. Hentet 4. april 2017 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-for->

[kirurgiinflammasjonsmedisin-og-transplantasjon/avdeling-for-revmatologi-hud-oginfeksjonssykdommer/olafiaklinikken](#)

Peterson, L., Taylor, D., Roddy, R., Belai, G., Philips, P., Nanda, K., Grant., R., Kekawo Clark, E. E., Doh, A. S., Ridzon, R., Jaffe, H. S. & Cates, W. (2017). Tenofovir Disoproxil Fumarate for Prevention of HIV Infection in Women: A Phase 2, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *JANAC* (25), 6, 496–507. doi.org/10.1371/journal.pctr.0020027

Regjeringen. (2017, 12. desember). Kvalitet og pasientsikkerhet. Hentet 23. mai 2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/>

Riddell IV, J., Amico, R. & Mayer, K.H. (2018). HIV Preexposure Prophylaxis. *JAMA*, 319 (12), 1261-1268. doi:10.1001/jama.2018.1917

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg.). Gyldendal akademisk

Sowicz, J.T., Teitelman, A.M., Coleman, C.L. & Brawner, B.M. (2014). Considerations of Implementing Oral Preexposure Prophylaxis: A Literature Review. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 25 (6), 496-507. doi:10.1016/j.jana.2014.07.005

Statistisk sentralbyrå. (2010). Den vanskelige identiteten. Hentet 10. mai 2018 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/den-vanskeligeidentiteten>

Universal Declaration of Human Rights. (udatert). The Universal Declaration of Human Rights. Hentet fra <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

Von Krogh, G. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie: sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

World Health Organization. (2018). Health promotion. Hentet 1. mai 2018 fra <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/>

(<https://sykepleien.no/forskning/2014/10/hva-betyr-lav-health-literacy-sykepleiernes-helsekommunikasjon> :) skal ikke i litteraturlisten?

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15:259–67.