



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Maktens gestaltning

En litteraturstudie om maktförhållandet mellan patient och sjuksköterska inom den psykiatriska slutenvården

Författare: Alexandra Vadarlis

Handledare: Marie Cedereke

Kandidatuppsats

Hösten 2015

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Maktens gestaltning

## En litteraturstudie om maktförhållandet mellan patient och sjuksköterska inom den psykiatriska slutenvården

Författare: Alexandra Vadarlis

Handledare: Marie Cedereke

Kandidatuppsats

Hösten 2015

### Abstrakt

Studier visar att det råder en maktobalans inom vårdrelationen i den psykiatriska slutenvården. Eftersom vårdrelationen är sjuksköterskans främsta verktyg för att främja patientens återhämtning, är det av vikt att undersöka hur maktförhållandet mellan patient och sjuksköterska kommer till uttryck inom den psykiatriska slutenvården och hur det påverkar vårdrelationen. Litteraturstudien var baserad på en integrerad analys av elva artiklar där följande teman identifierades: *den negativa makten*, *den positiva makten*, och *maktens prägel på vårdrelationen*. Det negativa maktbruket hindrar etableringen av en vårdande relation. Den sfär som egentligen skulle möjliggöra läkning bidrar istället till ett ökat lidande. Genom att sjuksköterskan ger av sin makt till patienten, så att hans egenmakt stärks, kan hen ta kontroll över sin vårdssituation. På så sätt kommer sjuksköterskan och patienten tillsammans att arbeta mot återhämtning.

### Nyckelord

Makt, mellanmänsklig relation, Travelbee, personcentrerad omvårdnad

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund.....	2
Perspektiv och utgångspunkter.....	2
Joyce Travelbees omvårdnadsteori .....	4
Makt som ett fenomen .....	4
Lagar och etiska riktlinjer .....	5
Lidande.....	5
En mellanmännisklig relation .....	6
Personcentrerad omvårdnad .....	7
Studiens betydelse .....	7
Syfte .....	8
Specifika frågeställningar.....	8
Metod .....	8
Urval.....	9
Datainsamling.....	9
Analys av data.....	10
Forskningsetiska avvägningar .....	11
Resultat.....	11
<i>Den negativa makten</i> .....	11
<i>Den positiva makten</i> .....	13
<i>Maktens prägel på vårdrelationen</i> .....	15
Diskussion.....	17
Diskussion av vald metod .....	17
Diskussion av framtaget resultat.....	17
Slutsats och kliniska implikationer .....	21
Referenser .....	22

# Introduktion

## Problemområde

Inom den psykiatriska slutenvården arbetar sjuksköterskan tillsammans med patienten inom, och genom, vårdrelationen (Berglund, 2014). Detta innebär att vårdrelationen blir den sfär där sjuksköterskan och patienten möts och etablerar förutsättningarna för patientens rehabilitering under sin vårdtid, samtidigt som vårdrelationen också blir det verktyg sjuksköterskan använder sig av för att ge personcentrerad omvårdnad (Berglund, 2014). Skau (2007) understryker att vårdrelationen är organiserad inom en ram av professionell makt och kontroll, och Berglund (2014) menar att patienter inom den psykiatriska slutenvården ofta uppfattar att personalen utövar mer kontroll än vad personalen själva tycker att de gör, vilket påvisar att det råder en obalans.

Cutcliffe och Happell (2009) poängterar vårdrelationens betydelse för patientens rehabilitering, men påvisar också att den präglas av en interrelationell maktobalans, och att detta illustreras på olika sätt genom sjuksköterskans bruk av makt. Socialstyrelsen (2013) menar att maktrelationer måste synliggöras och diskuteras för att en förändring ska kunna ske, vilket innebär en analys av såväl språkbruk, information, och kommunikation som mötesformer. Forskningen kring metoder för att öka patientens medverkan och inflytande är begränsad, och fokus tycks ligga mer på processen för inflytande än själva utfallet (a.a.).

Eftersom vårdrelationen är en central del av vården, både för sjuksköterskan och patienten, är det viktigt att undersöka hur maktförhållandet kommer till uttryck mellan patienten och sjuksköterskan, för att sedan kunna identifiera hur det påverkar vårdrelationen och patientens rehabilitering inom den psykiatriska slutenvården.

## Bakgrund

### Perspektiv och utgångspunkter

Ur ett omvårdnadsperspektiv är det av vikt att undersöka hur vårdrelationen påverkas av sjuksköterskans maktbruk. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2014a) ska sjuksköterskan ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt i sitt arbete med patienten. Detta innebär att sjuksköterskan bland annat ska visa respekt för patientens sårbarhet, värdighet, integritet, och autonomi (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014b). Att sjuksköterskan inkorporerar dessa

centrala värden i omvårdnaden är en förutsättning för att en god vårdrelation ska kunna etableras. Vidare måste hänsyn tas till patientens upplevelse av sjuksköterskans maktbruk eftersom det ligger till grund för att kunna identifiera dels hur sjuksköterskan brukar makt, men även hur det påverkar vårdrelationen. Patientperspektivet blir alltså nyckeln.

I denna litteraturstudie avser patientperspektivet den vuxna patienten som är intagen på en inrättning för psykiatrisk heldygnsvård. Att vara intagen på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning innebär att patienten bor på avdelningen under sin vårdtid, och hen kan vara intagen av fri vilja eller under Lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS: 199: 1128). Denna lag syftar till de patienter som lider av en allvarlig psykiatrisk störning och på grund av detta, samt personliga omständigheter, har ett behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att hen är intagen på en psykiatrisk heldygnsinrättning, men som motsätter sig denna vård eller som på grund av sitt tillstånd inte kan ge sitt samtycke (a.a.). Litteraturstudiens patientperspektiv omfattar både de patienter som är intagna av fri vilja och de som är tvångsomhändertagna, oberoende av psykiatrisk diagnos.

Patientperspektivet är viktigt att undersöka eftersom det är patienten som är mottagaren av vården, och inom vårdrelationen utgör patienten medelpunkten för vårdandet (Dahlberg & Segesten, 2010). Det är alltså patientens upplevelser som ska vägleda sjuksköterskan inom vårdrelationen och i det kliniska omvårdnadsarbetet med patienten. Patienten må sakna sjuksköterskans expertkunnande, men är expert på sin upplevelse av den egna hälsan (a.a.) och är därmed en essentiell resurs att tillgå för att sjuksköterskan ska kunna tillämpa en god, personcentrerad omvårdnad.

Genom att koppla samman detta med Joyce Travelbees omvårdnadsteori, vars fokus avser interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten som en mellanmänsklig process där lidandet spelar en central roll (Travelbee, 1971, refererad i Krikevold, 1994), kommer vikten av att uppmärksamma patientens upplevelser av sjuksköterskans maktbruk inom den psykiatriska slutenvården belysas som centralt för en välfungerande vårdrelation. Resultatet kan förhoppningsvis att vara sjuksköterskan till hjälp när hen ska försöka reducera den interrelationella maktobalansen och på så sätt etablera en vårdrelation där den mellanmänskliga processen främjas, patientens lidande minskar och rehabilitering möjliggörs.

## *Joyce Travelbees omvårdnadsteori*

Travelbees omvårdnadsteori kan sammanfattas utifrån följande citat:

För att förstå vad omvårdnad är och bör vara måste man förstå vad som sker mellan patient och sjuksköterska, hur denna interaktion kan upplevas och vilka konsekvenser detta kan få för patienten och hans tillstånd (Travelbee, 1971, refererad i Kirkevold, 1994, s. 104).

Nyckelbegrepp som människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer, och kommunikation är centrala i hennes omvårdnadsteori (Travelbee, 1971, refererad i Kirkevold, 1994). Dessa begrepp knyts samman i den process som leder till att en mellanmänsklig relation etableras, där roller så som "sjuksköterska" och "patient" suddas ut för att istället lyfta fram individerna bakom (a.a.).

Travelbee (1971, refererad i Kirkevold, 1994) ser på individen som unik och sin egen, och har därmed den humanistiska människosyn som även är ansatsen för denna litteraturstudie. Praktiskt mynnar hennes omvårdsteori ut i att hjälpa patienten finna mening i det lidande som följer att vara sjuk och på så sätt minska bördan (Travelbee, 1971, refererad i Kristoffersen, 2006). Detta mål, menar Travelbee (a.a.), kan enbart nås genom att en mellanmänsklig relation etableras. Vidare tar hon starkt avstånd från roller, utan poängterar att en sådan relation enbart kan etableras mellan två individer (Travelbee, 1971, refererad i Kirkevold, 1994). Denna mellanmänskliga relation formas genom en interaktionsprocess som består av fem faser: det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati, och etablerande av ömsesidig förståelse och kontakt (a.a.).

Travelbees omvårdnadsteori betonar vårdrelationens betydelse när sjuksköterskan ska lindra patientens lidande. Vidare kan en god vårdrelation bistå patienten med att finna mening i vardagen, vilket är utav betydelse för att lindra lidandet.

## *Makt som ett fenomen*

Kopi (1986) definierar makt antingen som en handling, det vill säga maktutövning, eller förmåga, det vill säga maktresurser. Ordet *makt* är i sig ett neutralt ord med flertalet definitioner, men för många har makt en bifogad association som till sin natur är negativ (Skau, 2007). Dock menar Rundqvist (2012) att makt är ett oundvikligt fenomen, att det

tillhör det mänskliga livet på så sätt att den finns ”hos människan som kraft, styrka, frihet och förmåga” (s. 335). Skau (2007) understryker även att alla mänskliga relationer präglas av makt och beroende, men att det finns en skyldighet hos hjälparprofessioner att värna om de svaga, vilket lägger grunden för den gränsdragning mellan det maktutövande som är försvarbart och det som är oförsvarbart. Detta innebär att den yrkesexpertis som sjuksköterskan besitter gör att hen har ett ansvar och ett uppdrag att använda denna makt för ett gott ändamål, det vill säga att agera för patientens bästa (Rundqvist, 2012). Vidare innebär det att sjuksköterskan ska förstärka patientens egenmakt, det vill säga bjuda in hen till att vara medaktör i planering och beslut av omvårdnadsåtgärdernas vad, när och hur (Dahlberg och Segesten, 2010). Lika mycket som det handlar om att ta makt, handlar det även om att ge makt; detta för att balansera de interrelationella maktförhållandena.

### *Lagar och etiska riktlinjer*

Det finns lagar och etiska riktlinjer som värnar om patientens rättigheter och som syftar till att reducera den interrelationella obalansen, vilka ska genomsyra sjuksköterskans kliniska arbete. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) understryker att ”Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet” (2 §, Raadu, 2014, s. 115), samt att vården bland annat ska ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet” (2 a §, Raadu, 2014, s. 115) och ”främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen” (2 a §, Raadu, 2014, s. 115). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor omfattar fyra etiska områden som lägger grunden för sjuksköterskans etiska förhållningsätt inom den professionella yrkesutövningen, och det ingår bland annat att ”sjuksköterskan uppvisar professionella värden såsom respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet” (Svensk sjuksköterskeförening, 2014, s. 4).

### *Lidande*

”Att lida är att vara människa...” (s. 87), så skriver Arman (2012), och syftar till fenomenet som en naturlig del av livet. Vidare poängterar hon att vårdverksamhetens motiv är att lindra lidandet (Arman, 2012). Ordets betydelse kan definieras som ett verb, det vill säga ”att genomleva och utstå smärta...” (Arman, 2012, s. 186). Som ett subjektivt kommer individens lidande i fokus, det vill säga den mänskliga upplevelsen (a.a.). Ferrell och Coyle (2008) ger lidandet en klinisk definition och listar bland annat förlust av kontroll, hopplöshet, isolering, ensamhet, depression, ångest, och oro som synonymt med lidande.

Lidandet har en central roll i Travelbees omvårdnadsteori, och hon beskriver olika grader av lidande från övergående fysiskt, emotionellt, eller själsligt obehag till extremt lidande. Extremt lidande kan in sin tur övergå till en fas som präglas av förtvivlan och uppgivenhet, vilket sedan kan övergå till en terminal fas av apati och likgiltighet (Travelbee, 1971, refererad i Kirkevold, 1994). Här hävdar hon att sjuksköterskan bär ansvaret att hjälpa patienten att finna mening i sitt lidande, att det är omvårdnadens viktigaste syfte, och detta syfte uppnås genom att etablera en mellanmänsklig relation (Travelbee, 1971, refererad i Kirkevold, 1994).

### *En mellanmänsklig relation*

För att kunna vårda med ambitionen att lindra lidande och främja hälsoprocesser måste det först finnas en mellanmänsklig kontakt mellan sjuksköterskan och patienten (Dahlberg & Segesten, 2010). Denna relation präglas av ett professionellt engagemang från sjuksköterskan, vilket innebär att patienten och dennes behov är i fokus (a.a.). Detta kräver att sjuksköterskan ”använder sin personliga kunskap och erfarenhet för att erbjuda en absolut närvaro som tillgång i det vårdande mötet med patienten” (Dahlberg och Segesten, 2010, s. 190). Det som särskiljer den professionella vårdrelationen är att det, från sjuksköterskans sida, krävs reflektion över det som händer i relationen och i vårdandet (Dahlberg & Segesten, 2010). Dessutom har sjuksköterskan ansvar för interaktionen, dess utveckling, och det vårdande som har sin rot däri (a.a.). Inom ramen för denna interaktion kan sjuksköterskan främja patientens egenmakt genom så kallad ”empowerment”, det vill säga att tillämpa ett förhållningssätt som stärker patientens känsla av att ha kontroll över sin vårdssituation och att reducera maktobalansen inom vårdrelationen genom att möjliggöra för etableringen av en ömsesidighet mellan båda parter (Rundqvist, 2012).

Det är patienten som bestämmer arten och graden av närhet, och ska därför inte ses som en passiv mottagare (Dahlberg & Segesten, 2010). Detta innebär att sjuksköterskan måste anpassa närheten efter patientens behov och vara följsam till hur denne upplever kontakten (a.a.). Dahlberg och Segesten (2010) poängterar även att den ömsesidiga tillit som ska etableras mellan patienten och sjuksköterskan bottnar i att patienten uppmuntras till att verbalisera sina behov och önskemål.

Snellman (2008) definierar den mellanmännsliga relationen som en jag-du relation, där sjuksköterskans *jag* möter patientens *du*, och tillsammans ingår de i en relation där båda



parter är ”delaktiga och påverkar varandra genom de upplevelser som relationen skapar” (s. 117). Detta innebär att både patienten och sjuksköterskan har en förmåga att göra den andre närvarande och att båda uppmärksammar verkan av sitt eget handlande (Snellman, 2008).

Travelbee (1971, refererad i Kirkevold, 1994) menar att relationen både är en process och ett medel för att kunna tillgodose patientens omvårdnadsbehov, och att det är sjuksköterskans ansvar att etablera och upprätthålla relationen. Precis som Dahlberg och Segesten (2010) poängterade, understryker Travelbee (1971, refererad i Kirkevold, 1994) att sjuksköterskan inte kan göra det ensam, utan relationen måste präglas av ömsesidighet. Vidare ser hon inte att denna relation kan etableras mellan abstrakta roller, så som ”patient” och ”sjuksköterska”, utan att den enbart kan existera mellan konkreta individer, då förutsättningen för en mellanmänsklig relation är att båda parter reagerar på varandras mänsklighet (Travelbee, 1971, refererad i Kirkevold, 1994).

### *Personcentrerad omvårdnad*

Personcentrerad omvårdnad riktar sig till personen bakom patienten (Uggla, 2014). Detta begrepp innebär i den kliniska verksamheten att etablera ”en *patientberättelse* som sätter personen och hens livssituation och villkor – och inte sjukdomen eller diagnosen – i centrum för vårdprocessen” (Uggla, 2014, s. 42). Denna typ av omvårdnad förutsätter att det existerar en medveten etik som grund för vårdandet, samt en relation och ett förhållningssätt till patienten (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Personcentrerad omvårdnad tar hänsyn till individen och dennes vilja, förmåga och behov, vilka antingen uppmärksammas eller negligeras, förstärkas eller förminsas (a.a.). Den personcentrerade omvårdnadens övergripande mål kan sammanfattas som följer:

Genom att lyssna på patientens berättelse kan mänskliga resurser och möjligheter identifieras, vilka kan ligga till grund för en gemensamt formulerad hälsoplan, ett partnerskap. Relationen mellan professionell och patient underbyggs av centrala värden såsom ömsesidighet, respekt och förståelse för patientens självkänsla och vilja (Ekman, Norberg och Swedberg, 2014, s. 79).

### **Studiens betydelse**

Vårdrelationen är den fundamentala grund som omvårdnaden vilar på, och är sjuksköterskans främsta verktyg inom den psykiatriska omvårdnaden. Hur vårdrelationen ter sig beror på hur

sjuusköterskan och patienten relaterar till varandra (Snellman, 2008). Dock är det ofrånkomligt att det finns en maktobalans inom vårdrelationen eftersom sjuusköterskan innehar professionsbunden kunskap som patienten inte har, vilket placerar patienten i ett underläge (Skau, 2007). För att kunna identifiera hur vårdrelationen påverkas av maktförhållandet mellan sjuusköterska och patient måste sjuusköterskans bruk av makt, samt patientens upplevelse av det, identifieras. Detta är av vikt för att sjuusköterskan ska kunna tillämpa adekvata åtgärder för att reducera den interrelationella maktobalansen och på så sätt möjliggöra en god vårdrelation, vilket har stor betydelse för vårdförloppet och patientens återhämtning (Rundqvist, 2012).

## Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka hur maktförhållandet mellan patient och sjuusköterska kommer till uttryck inom den psykiatriska slutenvården och hur det påverkar vårdrelationen.

## Specifika frågeställningar

Hur upplever patienten inom den psykiatriska slutenvården att sjuusköterskan brukar makt?

Hur upplever patienten att maktförhållandet mellan patient och sjuusköterska påverkar vårdrelationen inom den psykiatriska slutenvården?

## Metod

För att kunna undersöka det identifierade problemområdet valdes en litteraturstudie som metod. Litteraturstudien syftar till att sammanställa existerande kunskap inom det valda problemområdet för att sedan kunna omsätta det i praktiken (Kristensson, 2014). Vidare berör problemområdet begreppet ”makt” och metoden lämpar sig bra då det, genom att överskåda tillgänglig forskning som är relevant för problemområdet, kan hjälpa att analysera, definiera och förklara begreppets innebörd (a.a.). Efter att alla urval var gjorda, inklusive kvalitetsgranskning, inkluderades 11 kvalitativa studier i litteraturstudien. Syfte med kvalitativa studier är att undersöka det subjektivt upplevda, eller uppfattningar om ett visst fenomen (Kristensson, 2014), vilket är en viktig aspekt i den här litteraturstudien.

## Urval

De vetenskapliga artiklarna söktes i databaserna PubMed, Cinahl, och psychINFO. Detta skedde genom användningen av indexord, till exempel MeSH-termer, genom fritextsökning, och genom att kombinera olika söktermer, så kallade Booleska sökoperationer (Kristensson, 2014). Följande MeSH-termer användes i PubMed: "Power", "Nurse-Patient Relations", och "Psychiatric Nursing (Psychology)". Det gjordes även ett flertal fritextsökningar, och Booleska sökoperationer, i de tre databaserna med följande sökord: "Power Relations", "Psychiatric Care", "Nursing", "Patient Attitudes", "Patient Experience", och "Psychiatric Nursing".

Artikelsökningen skedde med följande inklusions- och exklusionskriterier: de skulle vara skrivna på engelska, publicerade mellan 2005 – 2015 för att säkerställa att vetenskapen var så uppdaterad som möjligt, samt att de skulle omfatta patienter som var äldre än 18 år. Ett första urval skedde genom att läsa flertalet abstrakts och identifiera de som svarade mot litteraturstudiens syfte. Utav de 36 artiklar som identifierades under det första urvalet, lästes sedan 27 artiklar i sin helhet. Efter detta valdes 13 artiklar vars innehåll i sin helhet var relevant för litteraturstudien och dessa genomgick sedan en kvalitetsgranskning. Utav dessa var det 11 artiklar som höll hög vetenskaplig kvalitet, det vill säga 80 % eller mer (16 poäng eller mer utav totalt 20 poäng), och ingår därmed i denna litteraturstudie.

## Datainsamling

En strukturerad artikelsökning genomfördes utifrån de sökord och termer som redovisades under Urval; dessa sammanställdes sedan i ett sökschema för varje databas (se nedan).

**Tabell 1. Sökschema för PubMed**

<i>Databas PubMed</i>	<i>Sökord</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Lästa abstracts</i>	<i>Lästa i fulltext</i>	<i>Granskade</i>	<i>Inkluderade i resultatet</i>
#1	"Nurse-Patient Relations" (MeSH)	31089				
#2	"Power (Psychology)" (MeSH)	10172				
#3	"Psychiatric Nursing" (MeSH)	16398				
#4	#1 AND #2 AND #3	86	6	2	2	1
#5	"Power Relations" (fritext) AND "Psychiatric Care" (fritext) AND "Nursing" (fritext)	113	7	7	5	5

#6	"Power Relations" (fritext) AND "Patient Attitudes" (fritext) AND "Psychiatric Nursing" (fritext)	78	10	10	4	4
----	---	----	----	----	---	---

**Tabell 2. Sökschema för Cinahl**

<i>Databas Cinahl</i>	<i>Sökord</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Lästa abstracts</i>	<i>Lästa i fulltext</i>	<i>Granskade</i>	<i>Inkluderade i resultatet</i>
#1	"Power Relations" (fritext) AND "Psychiatric Nursing" (fritext) AND "Patient Attitudes" (fritext)	18	8	7	2	1

**Tabell 3. Sökschema för psychINFO**

<i>Databas psychINFO</i>	<i>Sökord</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Lästa abstracts</i>	<i>Lästa i fulltext</i>	<i>Granskade</i>	<i>Inkluderade i resultatet</i>
#1	"Power relations" (fritext) AND "Psychiatric Nursing" (fritext)	35	5	1	0	0

De vetenskapliga artiklar som ingår i litteraturstudien granskades utifrån en granskningsmall för kvalitativa studier som är utformad av Willman, Stoltz, och Bahtsevani, (2011).

Kvalitetsgranskning sker för att kunna bedöma de vetenskapliga artiklarnas trovärdighet, och om det förekommer bias, det vill säga systematiska fel (Kristinsson, 2014). Detta görs genom att svara på frågor som berör artikelns olika delar, och att poängsätta därefter med ett poäng för varje positivt svar (Willman, Stoltz, & Bahtsevani, 2011). De artiklar som fick höga poäng, det vill säga 80 % eller mer (16 poäng eller mer av totalt 20 poäng) bedömdes inneha hög vetenskaplig kvalitet och kunde därmed inkluderas i litteraturstudien (a.a.). Denna gräns valdes för att säkerställa att litteraturstudien grundade sig på artiklar vars trovärdighet var hög, och på så sätt också bidrog till att öka litteraturstudiens egen trovärdighet.

### Analys av data

Materialet bearbetades via en integrerad analys. En integrerad analys bearbetar artiklarna i tre steg för att göra deras resultat mer överskådligt och för att sätta dem i relation till varandra (Kristinsson, 2014). I första steget kartläggs artiklarnas likheter och olikheter; i andra steget identifieras olika teman, och, slutligen, i det tredje steget sammanställs resultaten under varje

tema (a.a.). Artiklarna genomlästes flertalet gånger för att säkerställa att ingen värdefull information hade missats. Till slut identifierades följande teman under vilka resultatet sammanställdes till en integrerad presentation: *den negativa makten*, *den positiva makten*, och *maktens prägel på vårdrelationen*.

### Forskningsetiska avvägningar

De vetenskapliga studier som ingår i denna litteraturstudie har prövats etiskt och blivit godkända. Detta innebär att de följer de etiska riktlinjer som finns för omvårdnadsforskning. Dessa riktlinjer har sin grund i FN:s deklaration om mänskliga rättigheter och i Helsingforsdeklarationen (Northern Nurses' Federation, 2003), och kommer till uttryck i form av fyra grundläggande etiska principer: principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada, och principen om rättvisa (a.a.). Kortfattat säkerställer de att forskarna har tagit ansvar för de individer som ingår i forskningen, att de behandlats med respekt, både i hänsyn till deras välbefinnande och att den information som samlats in hanterats på ett korrekt sätt (Kristensson, 2014). Vid intervjustudier om maktupplevelser måste man beakta att patienten är i en beroendesituation och måste därför få tydlig information om att medverkan sker frivilligt, och att hen närsomhelst kan avsluta sin medverkan utan att bli tillfrågad om varför (Polit & Beck, 2014). Det innebär även att informera om att det som patienten delar med sig av inte kommer att kunna härledas till hen, och att ingen förutom forskaren har tillgång till materialet (Polit & Beck, 2014). Vidare tar författaren ansvar för att inneha ett etiskt förhållningssätt i utförandet av litteraturstudien, vilket innebär att bejaka ett öppet sinne till det som har undersökts.

## Resultat

### *Den negativa makten*

Sjuksköterskans negativa maktbruk kommer till uttryck på olika sätt och beror på en rad olika faktorer, oftast organisatoriska sådana, exempelvis tidsbrist och brist på personal (Lindwall, Boussaid, Kulzer & Wigerblad, 2012; Ridley & Hunter, 2013; Coatsworth-Puspoky, Forchuk & Ward-Griffin, 2006), men även på grund av stigmatisering och en paternalistisk attityd (Valenti, Giacco, Katasakou & Pribe, 2014; Hem, Heggen, & Ruyter, 2008). Ett återkommande problem är att patienten inte känner att hen får komma till tals (Valenti,

Giacco, Katasakou & Priebe, 2014; Hem, Heggen, & Ruyter, 2008), att sjuksköterskan inte närvarar i samtalet och stänger ute patienten från sin egen vård, det vill säga att patientens självbestämmanderätt inte bejakas (Valenti, Giacco, Katasakou & Priebe, 2014; Hem, Heggen, & Ruyter, 2008; Ridely & Hunter, 2013). Patienter rapporterade även om upplevelser av att sjuksköterskan utövade kontroll, vilket skapade en känsla av underlägsenhet och hjälplöshet. (Hem, Heggen, & Ruyter, 2008; Johansson, Skärsäter, & Danielson, 2006).

Det kan även handla om att patienten inte får röra sig fritt inom, eller utanför, avdelningen, och att sjuksköterskan strikt kontrollerar vem patienten har kontakt med (Hem, Heggen, & Ruyter, 2008; Johansson, Skärsäter, & Danielson, 2006.). Vidare får patienten inte alltid tillräckligt med information, det vill säga att sjuksköterskan medvetet, eller omedvetet, undanhåller information (Valenti, Giacco, Katasakou & Priebe, 2014; Hem, Heggen, & Ruyter, 2008; Walsh & Boyle, 2009). Med andra ord relaterar patientens känsla av att inte ha kontroll både till fysiska och emotionella aspekter av vårdandet (Hem, Heggen, & Ruyter, 2008; Johansson, Skärsäter, & Danielson, 2006).

Patienter angav att deras värdighet allt för ofta kränks genom att sjuksköterskan missbrukar sin makt, bestraffar och negligerar patienten och dennes behov (Lindwall, Boussaid, Kulzer & Wigerblad, 2012; Johansson, Skärsäter, & Danielson, 2006). Detta negativa maktbruk resulterar i att patienten upplever en känsla av maktlöshet (a.a.). När sjuksköterskan väljer att bortse från sitt etiska ansvar att vara närvarande i relationen med patienten och att bekräfta hen som en individ, när sjuksköterskan helt enkelt inte lyssnar på patienten eller respekterar dennes självbestämmanderätt, försätts patienten i ett hjälplöst och utsatt läge (Lindwall, Boussaid, Kulzer & Wigerblad, 2012).

Ett vanligt förekommande problem är att patienten känner att hens frihet inskränks på vårdavdelningen genom att de, bland annat, inte får vara med i beslutsfattandeprocessen när det gäller deras egen vård (Valenti, Giacco, Katasakou & Priebe, 2014; Ridely & Hunter, 2013; Walsh & Boyle, 2009). I en studie gjord av Valenti, Giacco, Katasakou och Priebe (2014) undersöktes vilka värderingar som ansågs viktiga för tvångsintagna patienter, och det visade sig att rätten till självbestämmande är viktig, men samtidigt rapporterade nästan samtliga av de intervjuade patienterna att de inte fick vara delaktiga, och kände därför att denna rättighet hade blivit kränkt. Ofta beror den här känslan av kontrollförlust på

vårdpersonalens paternalistiska attityd, vilket resulterar i att patienten upplever sig övermannad (a.a.).

Patienter rapporterade att de förväntas uppträda på ett sätt som faller i linje med vad sjuksköterskan förutbestämt är korrekt, bland annat att hen ska vara inställsam, medgörlig, och lugn (Lindwall, Boussaid, Kulzer & Wigerblad, 2012; Hem, Heggen, & Ruyter, 2008; Johansson, Skärsäter, & Danielson, 2006). När patienten inte lever upp till sjuksköterskans förväntningar händer det att patienten bestraffas, till exempel att "bråkiga" patienter tvångsbältras och tvångsmedicineras (a.a.). Även om patienten många gånger i efterhand anser att det var nödvändigt, hade det kunnat undvikas om sjuksköterskan hade närmat sig patienten direkt och fört en dialog med hen istället för att se patienten som ett problem som kräver ett maktingripande (Ridley & Hunter, 2013; Johansson, Skärsäter, & Danielson, 2006). Ett annat, mindre fysiskt dramatiskt men fortfarande emotionellt påfrestande, sätt som rapporterades var att sjuksköterskan bestraffar en icke inställsam patient genom att frånta patienten något värdefullt (Lindwall, Boussaid, Kulzer & Wigerblad, 2012; Hem, Heggen, & Ruyter, 2008). Exempelvis rapporterade en patient som tyckte om att lösa korsord på en daglig basis att hens pennor beslagtogs när hen inte ansågs vara medgörlig. Det framkom även att det som patienten uppfattar som bestraffning är när sjuksköterskans behov sätts före patientens. Detta gör att patienten upplever sig kränkt och hjälplös (a.a.).

Problematiken fortsätter när patienten upplever att hen är försatt i en vag väntan där hen inte vet vad ska hända, vilket är ett resultat av att inte få vara delaktig i beslut som berör den egna vården, eller när hen inte får ta del av sin vårdplan (Lindwall, Boussaid, Kulzer & Wigerblad, 2012; Ridley & Hunter, 2013; Walsh & Boyle, 2009). En väntan utan ett tydligt hur, när, vad, eller var, skapar en känsla av maktlöshet hos patienten som upplever sig befinnas negligerad i ett sammanhangslöst vakuum, oftast ensam, men även ibland tillsammans med sjuksköterskan som, trots vilja och gott försök, inte kan ge några svar på grund av organisatoriska faktorer och inbördeshierarki (Lindwall, Boussaid, Kulzer, & Wigerblad, 2012).

### *Den positiva makten*

Sjuksköterskans maktbruk behöver inte enbart vara av negativ karaktär, utan vid ett etiskt rätt förhållningssätt kan sjuksköterskan utöva ett maktbruk som inverkar positivt på patienten och främjar en god vårdrelation (Johansson, Skärsäter, & Danielson, 2009). "Empowerment" är ett viktigt begrepp som ofta nämns (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008;

Johansson, Skärsäter, & Danielson, 2009). Patienter inom den psykiatriska slutenvården nämner att ”empowerment” är en viktig del av vården som bidrar till att förbättra deras livskvalitet (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). Det förhållningssätt som främjar ”empowerment” hos patienterna är då sjuksköterskan diskuterar med, visar intresse för, och uppmuntrar patienten, samt ser hen som en individ med unika behov som ska bemötas med respekt och empati (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008; Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør, & Karlsson, 2013; Johansson, Skärsäter, & Danielson, 2009).

Andra viktiga aspekter för att befrämja känslan av ”empowerment” hos patienterna är att delge information och att ge dem möjlighet till självbestämmande (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). Den främjande diskussionen ska fokusera på att låta patienten uttrycka sina tankar och känslor kring sin livssituation, med fokus på familj och andra sociala relationer, deras vård och den psykologiska ohälsan (a.a.). Genom dessa samtal visar sjuksköterskan intresse för den enskilde individen, och det kan ske både individuellt, men även genom gruppdiskussioner, om patienten uttrycker önskemål om detta (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008; McCloughen, Gillies & O’Brien, 2011).

Patientens självbestämmande utövades genom att sjuksköterskan tillåter hen att fatta egna beslut kring frågor som berör dennes vård (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008; Johansson, Skärsäter, & Danielson, 2009). När sjuksköterskan delger information om medicinering, planerade vårdåtgärder, patientens familjs välmående, och om möjligheten till ekonomiskt stöd under och efter vårdtiden, känner patienten att hen får vara delaktig, vilket skapar en känsla av att ha kontroll (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008; Johansson, Skärsäter, & Danielson, 2009).

Dock finns utrymme för förbättring, till exempel att samtalen ska beröra fler ämnen, så som känslor, hopp, drömmar, och andlighet (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). Vidare är det även viktigt för patienten att de uppmuntras att följa sina drömmar och att försöka bevara värdefulla relationer, så som vänskaper (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). Samtalen är av stor betydelse för patientens välmående, och därför borde de ske på en daglig basis (a.a.).

För att förbättra patientens möjlighet till självbestämmande finns det en del åtgärder som kan tillämpas, till exempel att sjuksköterskan i samråd med patienten ökar dennes känsla av att ha



kontroll och vara autonom genom att låta hen vistas mer utanför sjukhusmiljön (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). En annan lätt tillämpbar åtgärd är att lyssna på, och bejaka, patienten när hen framför åsikter om medicineringen, eftersom det visat sig att detta ofta frångås (a.a.). Vidare är det viktigt att ta hänsyn till den enskilde, vilket innebär att man i sin roll som sjuksköterska måste vara flexibla och öppna för förändringar gällande patientens behov (Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør, & Karlsson, 2013).

Ofta finns det ett behov av att få mer information om behandlingsalternativ, olika läkemedel, vilka möjligheter det finns till att utöva fritidsintressen och hur de kan tillgodose sina andliga behov (Ridley & Hunter, 2013). Denna information ska både ges verbalt och i skriftlig form, samt upprepas vid behov, för att minska patientens beroendeställning till sjuksköterskan (a.a.). Genom att sjuksköterskan använder sin maktposition till att vara närvarande och låta sig beröras av den enskilde individens livshistoria, se dennes uttalade önskan att få bli sedd, lyssnad på, och bekräftad, samt att tillgodose patientens uttalade behov tar sjuksköterskan sitt etiska ansvar och bevarar patientens värdighet. Detta reducerar patientens känsla av att vara underlägsen och maktlös (Lindwall, Boussaid, Kulzer & Wigerblad, 2012; Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør, & Karlsson, 2013).

### *Maktens prägel på vårdrelationen*

Maktens karaktär påverkar vårdrelationens kvalitet, och huruvida en vårdande relation kan uppstå (Coatsworth-Puspoky, Forchuk, & Ward-Griffin, 2006). När patienten utsätts för det negativa maktbruket uppstår ett vakuum inom vårdrelationen, där sjuksköterskan står på ena sidan och patienten på den motsatta, och i tomrummet mellan dem kollapsar vårdrelationen (Coatsworth-Puspoky, Forchuk & Ward-Griffin, 2006; Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør, & Karlsson, 2013). När patienten känner maktlöshet, att hen inte är i kontroll eller är delaktig i vården, drar hen sig tillbaka och kommunikationen uteblir (Coatsworth-Puspoky, Forchuk & Ward-Griffin, 2006; Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør, & Karlsson, 2013).

Det förhållningssätt som leder till att patienten upplever att relationen med sjuksköterskan inte är vårdande är det där sjuksköterskan utövar makt, kontroll och auktoritet över patienten (Coatsworth-Puspoky, Forchuk & Ward-Griffin, 2006). Detta omfattar bland annat när sjuksköterskan är nedlåtande, använder sig av det ”medicinska språket” på ett sätt som patienten inte förstår och använder sin kunskap som ett maktinstrument, inte interagerar eller för en dialog med patienten, samt implementerar och upprätthåller rigida riktlinjer på ett

demoraliserande sätt (Coatsworth-Puspoky, Forchuk & Ward-Griffin, 2006). När sjuksköterskan misslyckas med att se patienten som en individ med unika behov kan sjuksköterskan inte heller utgöra det stöd som patienten behöver (a.a.). Istället känner patienten obehag, frustration, ångest, och skuld känslor, vilket gör att möjligheten att en vårdande relation där tillit och respekt kan växa tillintetgörs (Coatsworth-Puspoky, Forchuk & Ward-Griffin, 2006).

Samarbetet mellan sjuksköterska och patient är avgörande för patientens hälsoprogession (McCloughen, Gillies, & O'Brien, 2011). Kommunikationen mellan båda parter ska vila på en ömsesidig respekt, ärlighet, och öppenhet, och där det är viktigt att sjuksköterskan bjuder in till en dialog som bekräftar patientens känslor och tankar (a.a.). Både patienter och sjuksköterskor rapporterar att det många gånger finns en vilja hos sjuksköterskan att få samarbetet att fungera, men att tiden inte alltid finns (McCloughen, Gillies, & O'Brien, 2011). Som konsekvens upplever patienten negativa känslor inför samarbetet, eftersom hen inte får komma till tals eller ta upp plats inom vårdrelationen, vilket leder till att patienten altererar sitt beteende och censurerar sig själv (a.a.).

Viktiga faktorer som påverkar huruvida en bra vårdrelation kan etableras är att både sjuksköterskan och patienten visar respekt, ärlighet och tillit (Valenti, Giacco, Katasakou & Priebe, 2014; McCloughen, Gillies, & O'Brien, 2011; Walsh & Boyle, 2009). När sjuksköterskan bekräftar patienten som en individ befrämjas möjligheten till tillit, och patienten känner att hen är på "samma nivå" som sjuksköterskan (Coatsworth-Puspoky, Forchuk & Ward-Griffin, 2006; Walsh & Boyle, 2009). Maktförhållandet inom vårdrelationen skiftar när patienten får möjlighet att sätta upp mål, lösa problem, får kontroll and ansvar för sin vård och återhämtning (Coatsworth-Puspoky, Forchuk, & Ward-Griffin, 2006). Genom att sjuksköterskan tillsammans med patienten sätter upp mål utefter patientens behov, och sedan arbetar för att uppnå dessa, etableras en vårdrelation som bidrar till patientens återhämtning (Coatsworth-Puspoky, Forchuk, & Ward-Griffin, 2006; McCloughen, Gillies, & O'Brien, 2011; Walsh & Boyle, 2009).

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Litteraturstudien omfattar elva artiklar inom det identifierade problemområdet. Detta begränsar resultatets användbarhet (Kristensson, 2014). Eftersom patienten är mottagaren av vården, och är i fokus för vårdrelationen, bör dennes upplevelser stå i centrum när problemet undersöks. Av denna anledning hade en empirisk metod varit att föredra, där författaren själv kunde intervjua subjekt, och på så sätt bilda sig en bättre, mer djupgående uppfattning om hur maktförhållandet kommer till uttryck inom den psykiatriska slutenvården. Här bidrar dock litteraturstudien med en viktig aspekt, då den kan granska och inkludera forskning från hela världen, vilket skapar ett bredare perspektiv (Kristensson, 2014.). Vidare undersöktes begreppet ”makt” som del av det identifierade problemområdet, och hur fenomenet kommer till uttryck. Litteraturstudien, som sammanställer resultatet av flertal studier, som en metod lämpar sig bra för detta (a.a.)

Litteraturstudien var baserad på kvalitativa studier med intervjun som verktyg för att beskriva mänskliga upplevelser. Detta är utav vikt eftersom människor styrs av sina föreställningar (Kristensson, 2014), vilka också kan hjälpa att vägleda hälsoprofessionerna i hur de ska förhålla sig till patienten. Dock omfattar intervjustudier för få deltagare för att resultatet ska kunna generaliseras (a.a.). Istället bidrar de med en djupare förståelse för det subjektivt upplevda (Kristensson, 2014), vilket var centralt för denna litteraturstudie.

Fokus vid litteratursökning var på den vuxna patientens upplevelse av maktbruk, och hur maktbruket kommer till uttryck, inom den psykiatriska slutenvården. Sökorden, i kombination med de inklusions- och exklusionskriterier, som användes för att få fram artiklar är i sig begränsande. De kombinationer och kriterier som bedömdes vara relevanta valdes ut. Detta innebär dock att studiens resultatdel hade kunnat se annorlunda ut med andra sökordskombinationer och inklusions- och exklusionskriterier.

### Diskussion av framtaget resultat

Resultatet visar att patienter upplever att sjuksköterskan inom den psykiatriska slutenvården kan bruka makt av både positiv och negativ karaktär. Beroende på hur maktbruket kommer till uttryck, påverkas vårdrelationen därefter, och även patientens möjlighet till återhämtning.

Ford, Bowyer, och Morgan (2015) menar även att maktobalansen är den störst bidragande faktorn till en negativ vårdupplevelse inom den psykiatriska slutenvården. Författarna konstaterar att det inte enbart handlar om att individens frihet inskränkts, utan även att inte bli lyssnad på, och inte heller få vara delaktig i sin vård, inverkar stort på hur vårdupplevelsen ter sig. Det är därför viktigt att diskutera makt som ett existerande fenomen som gestaltar sig både positivt och negativt. Detta för att kunna identifiera, och göra nytta av, de faktorer som främjar patientens egenmakt, samt kartlägga de faktorer som karaktäriseras av det negativa maktbruket för att reducera, eller helt eliminera, dem från vården. Delmar (2012) konstaterar också att sjuksköterskan först och främst måste uppmärksamma de problem som relaterar till maktobalansen inom vårdrelationen. Med ett skärpt fokus kan sjuksköterskan kontinuerligt påminna sig själv att patientens vårdtid kommer att präglas av etiska dilemman, där hen måste vara lyhörd för patientens behov av hjälp.

Makt associeras oftast som något negativt, och resultatet visar att det ha förödande konsekvenser. Det negativa maktbruket leder till ytterligare ett lidande hos patienten som således tillförs det lidande som redan har greppat patienten. Patienten som har ett vårdbehov, men som inte blir sedd eller hörd, blir därför kränkt, vilket också skapar en känsla av maktlöshet (Dahlberg & Segesten, 2010). Där patienten skulle bli bekräftad och påbörja sin återhämtning, blir hen istället tillbakadragen in i ett mörker där det som gör ont värker desto mer. När vårdrelationen präglas av det negativa maktbruket främjas inte de hälsoprocesser som är viktiga för patientens återhämtning. Dahlberg och Segesten (2010) menar att patienten istället "... går miste om det positiva som vårdrelationen skulle medföra" (s. 215). När sjuksköterskan inte ser patienten som en kompetent individ som kan medverka i sin vård, blir följderna att patienten fråntas rätten att aktivt delta i sin egen hälsoprocess och vård (a.a.).

Patienten inom den psykiatriska slutenvården är sårbar, och därför är det utav vikt att sjuksköterskan inser vilken betydelse vårdrelationen har för att stärka patienten i sin specifika situation. Sjuksköterskans arbete styrs också av de lagar och riktlinjer som har som mål att stärka patientens makt under vårdtiden. Dessa omfattar kortfattat att patienten har tillgång till information, blir en aktiv mottagare och sändare av kommunikation, får tillgång till god vård på lika villkor, har en ökad valmöjlighet, samt att vården sker på hens villkor (SOU 2013:2). Vilket också innebär att vid det negativa maktbruket går sjuksköterskan emot, inte bara den etiska plikt hen har gentemot patienten, men även de lagar och riktlinjer som ska prägla hens arbete.

Flertalet av studierna angav organisatoriska faktorer, så som tidsbrist och personalbrist, som en orsak till varför sjuksköterskan inte alltid kan vara fullt närvarande i vårdrelationen och bekräfta patienten trots att viljan finns där. Det vill säga att utövandet av det negativa maktbruket ibland är utom sjuksköterskans kontroll. Vidare avseende etableringen av en god vårdrelation måste det även understrykas att viljan hos patienten att ingå i en vårdrelation måste finnas där, vilket det inte alltid gör (Dahlberg och Segesten, 2010; Snellman, 2008). Detta innebär att sjuksköterskan kan skapa förutsättning för en god vårdrelation, men att patienten inte är receptiv, och därför kan sjuksköterskan inte heller använda vårdrelationen som ett hälsofrämjande verktyg.

När det gäller restriktioner kring rörlighet utanför avdelningen måste även patientens allmäntillstånd beaktas. Restriktioner utövas i syfte för att värna om patientens mående under de omständigheter då hen behöver tillsyn, exempelvis i de fall då patienten är självmordsbenägen (Sjöström, 2014). Under dessa omständigheter kommer patientens säkerhet att prioriteras (a.a.), vilket kan innebära att hen inte får lov att lämna avdelningen.

Resultatet visar att när sjuksköterskan utövar ett positivt präglat maktbruk med ett förhållningssätt som karaktäriseras av ”empowering” lyfts patienten, och dennes känsla av kontroll och egenmakt förstärks. Inom ramen för det mellanmänniska mötet etableras en vårdrelation som bejakar individen och dennes förmåga, som bekräftar det lidande patienten känner och hjälper hen att utnyttja sina egenresurser för att uppnå mål och läka jaget. Detta främjar i sin tur också återhämtningsprocessen. Det är genom den personcentrerade vården som sjuksköterskan möter patienten där hen är och inbjuder till dialog, vilket omintetgör roller som ”patient” och ”sjuksköterska”, vilket Travelbee (1971) poängterar som fundamentalt för patientens återhämtning. Istället möts två individer, ett du till ett jag, inom en vårdande relation, som tillsammans arbetar mot en bättre hälsa.

I en studie av Lloyd (2007) undersöktes vilka komponenter som i praxis karaktäriserar sjuksköterskans ”empowering” inom den psykiatriska slutenvården. Resultatet identifierar följande fyra komponenter: en förståelse för psykisk ohälsa, etablering och utvecklande av vårdrelationen, att utöva ansvar på ett klokt sätt, och att arbeta i ett team tillsammans med patienten (a.a.). För att kunna hjälpa patienten måste sjuksköterskan se bortom det uppenbara hos patienten, det vill säga diagnosen, till individen och istället låta dennes unika behov träda

i förgrunden. Det innebär att sjuksköterskan ska använda sin maktposition för att ge makt till patienten, vilket ”empowering” i slutändan handlar om. Sjuksköterskans kapacitet att stärka patientens egenmakt kommer därför vara avgörande för hur vårdrelationen ter sig och slutligen patientens återhämtningsprocess.

När sjuksköterskan lyssnar på patientens berättelse kan hens resurser och möjligheter identifieras (Ekman, Norberg, & Swedberg, 2014). Därigenom etablerar sjuksköterskan, tillsammans med patienten, förutsättningarna för en personcentrerad vård som ledsagar patienten mot återhämtning och en förbättrad psykisk hälsa. Genom att använda sin maktposition kan sjuksköterskan ge patienten de verktyg hen behöver för att ta kontroll över sin vårdssituation, men även att utgöra det stöd som patienten behöver.

Även om det är viktigt att reducera maktobalansen ska det inte glömmas bort att sjuksköterskan har det större ansvaret i vårdrelationen (Dahlberg & Segesten, 2010), vilket också innebär att hen får träda in när patienten inte klarar av att utöva sin självbestämmanderätt och egenmakt. Dahlberg och Segesten (2010) vidareutvecklar det ansvar sjuksköterskan har som följer: ”Det vårdande mötet med den andre... kännetecknas av vårdarens *ansvar* för interaktionen och dess utveckling samt det vårdande som kan springa därur” (s. 193). Detta innebär således att sjuksköterskan både kan ge och ta makt med avseende att hjälpa patienten under sin vårdtid.

Travelbee (1971) menar att den mellanmännsliga relationen bygger på de upplevelser som uppstår mellan sjuksköterskan och en individ som har ohälsa. Det som främst karakteriserar dessa upplevelser är patientens vårdbehov faktiskt blir mötta (a.a.). Detta sker genom att sjuksköterska använder sitt jag på ett terapeutiskt sätt, samt tillämpar ett disciplinerat och intellektuellt tillvägagångssätt för att lösa problem (Travelbee, 1971). Det positiva maktbruket mynnar ut just detta, där sjuksköterskan har identifierat patientens styrkor och resurser för att sedan presentera dem för patienten på ett sådant sätt att hen kan använda dem för att stärka sig själv och sin psykiska hälsa.

Vilken människosyn som sjuksköterskan innehar kommer att nyansera hens arbete (Travelbee, 1971). Om sjuksköterskan ser patienten som en diagnos eller ett problem och inte en individ med unika erfarenheter, en egen livsvärld, och behov, kommer hen bruka makt för att skapa kontroll, och genom detta handlande kränks patientens integritet. Travelbee (1971)

understryker att sjuksköterskans måste gå bortom sin professionella roll för att kunna förstå och relatera till den andre, att det är två individer som interagerar istället för en ”sjuksköterska” och en ”patient”. Detta poängterar hon som avgörande för att en relation överhuvudtaget ska kunna etableras. Sjuksköterskans positiva maktbruk säkerställer därför att hen är redo att möta den andre var denne befinner sig i sin livssituation.

Genom en allians med den andre kommer sjuksköterskan och patienten tillsammans att etablera en mellanmänsklig relation som genomsyras av respekt, ömsesidighet, och goda intentioner. Rehnsfeldt (2012) vidareutvecklar vad denna ömsesidighet och respekt ska mynna ut i, i praktiken: ”Ömsesidigheten innebär att både parter på något sätt deltar gemensamt i den vårdande gemenskapen och att båda parter förändras i sina respektive hälsoprocesser” (s. 413). Detta påvisar att sjuksköterskan, som har det övergripande ansvaret för att möjliggöra för etableringen av en vårdrelation, måste bjuda in patienten som en aktiv deltagare.

Det positiva maktbruket säkerställer således patientens deltagande i sin egen återhämningsprocess, samtidigt som sjuksköterskan utgör en källa för stöd och omtanke – helt enkelt ett ljus som vägleder genom mörkret. Medan patienten är expert på sin levda upplevelse och sin livsvärld, kompletterar sjuksköterskan med sin kunskap och ett engagemang som går bortom restriktiva roller. Endast då kan patientens behov mötas och en inre läkning påbörjas.

### Slutsats och kliniska implikationer

Sjuksköterskan inom den psykiatriska slutenvården kan bruka en negativt eller positivt präglad makt. Beroende på hur maktbruket kommer till uttryck, kommer vårdrelationen att antingen främja eller inte främja patientens återhämtning. Det är därför viktigt att synliggöra hur sjuksköterskan brukar makt genom kontinuerlig diskussion och reflektion. Denna litteraturstudie pekar på att vidare forskning bör ske för att möjliggöra för förbättring av sjuksköterskans praxis, men även för att lyfta fram patientens autonomi. Förslagsvis kan en empirisk studie undersöka sambandet mellan vårdrelationen och återhämtningen. Fokus kan även avse att främja återhämtning utifrån individens unika behov, med vårdrelationen som ett verktyg för ”empowering” och reducering av negativa upplevelser som resultat av en missbrukat maktposition.

## Referenser

- Arman, M. (2012). Lidande. I L. Gustin Wiklund och I. Bergbom (Red), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.185-197). Lund: Studentlitteratur.
- Berglund, I.J. (2014). Vårdmiljön – spelar den någon roll?. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* (s.383-397). Lund: Studentlitteratur.
- Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C., & Ward-Griffin, C. (2006). Nurse-client processes in mental health: recipients' prespectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 347-355.
- Cutcliffe, J., & Happell, B. (2009). Psychiatry, mental health nurses, and invisible power: Exploring a perturbed relationship within contemporary mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing* 18(1), 116–125.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Delmar, C. (2012). Excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power. *Nursing Philosophy*, 13(4), 236-243.
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentring inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (s. 69-96). Stockholm: Liber AB.
- Eriksen K.Å., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B., & Karlsson, B. (2014). Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with serious mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 110-117.
- Ferrell, B.R., & Coyle, N. (2008). The Nature of Suffering and the Goals of Nursing. *Oncology Nursing Forum* 35(2), 241-247.
- Hem, M.H., Heggen, K., & Ruyter, K.W. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics*, 15(6), 777-788.
- Johansson, I.M., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2009). The meaning of care in a locked acute psychiatric ward: Patients' experiences. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(6), 501-507.
- Johansson, I.M., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2006). The health-care environment on a locked 242-250.
- Kirkevold, M. (1994). Joyce Travelbees teori om omvårdnadens mellanmänskliga aspekter. I M. Kirkevold (Red.), *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering* (s.104-118) (K. Larsson Wentz övers.). Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 1992).
- Kopi, W. (1985). Makt. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad den 15 april, 2015, från



- <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/makt>.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kristoffersen, N.J. (2006). Teoretiska perspektiv på omvårdnad. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grundläggande omvårdnad: del 4* (s.13-101) (G.A. Wallgren övers.). Stockholm: Liber (Originalarbete publicerat 2005).
- Lindwall, L., Boussaid, L., Kulzer, S., & Wingerblad, Å. (2012). Patient dignity in psychiatric nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(7), 569-576.
- McCloughen, A., Gillies, D., & O'Brien, L. (2011). Collaboration between mental health consumers and nurses: Shared understandings, dissimilar experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 47-55.
- Northern Nurses' Federation. (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Hämtad 13 april, 2015, från [http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0//813/SSN\\_etiske\\_retningslinjer.pdf](http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0//813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf).
- Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L., & Välimäki, M. (2008). Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1598-1606.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice (8th ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Raadu, G.(Red.). (2014). *Författningshandbok 2014: För personal inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber.
- Rehnsfeldt, A. (2012). Ömsesidighet och gemenskap i vårdandet. I L. Gustin Wiklund och I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.409-418). Lund: Studentlitteratur.
- Ridley, J., & Hunter, S. (2013). Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the Mental Health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003. *Health and Social Care in the Community*, 21(5), 509-518.
- Rundqvist, E. (2012). Makt som fullmakt. I L. Gustin Wiklund och I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.335-346). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sjöström, N. (2014). Suicid. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå* (s.263-28). Lund: Studentlitteratur.
- Skau, G. M. (2007). *Mellan makt och hjälp: om det flertydiga förhållandet mellan klient och Hjälpare (3 uppl)* (L. Ganuza Jonsson övers.). Malmö: Liber AB (Originalarbete

- publicerat 2003).
- Snellman, I. (2008). Det goda vårdmötet. I K. Malmsten (Red.), *Etik i basal omvårdnad: i någon annans händer* (s.171-195). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2013). Att ge ordet och lämna plats – vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevården. Hämtad 9 november, 2015, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19065/2013-5-5.pdf>.
- SOU 2013:2. *Patientlag – Delbetänkande av Patientmaktsutredningen*. Hämtad 6 december, 2015, från <http://www.regeringen.se/contentassets/93a9c6ee50fe49a183aab8389997b7f7/patientlag---delbetankande-av-patientmaktsutredningen-sou-20132>.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2014a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 18 december, 2015, från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf).
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2014b). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 18 december, 2015, från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_2014.webb.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf).
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Uggla, B.K. (2014). Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (s. 21-68). Stockholm: Liber AB.
- Valenti, E., Giacco, D., Kataskou, C., & Priebe, S. (2014). Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. *Journal of Medical Ethics*, 40(12), 832-836.
- Walsh, J., & Boyle, J. (2009). Improving Acute Psychiatric Hospital Services According to Inpatient Experiences. A User-Led Piece of Research as a Means to Empowerment. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(1), 31-38.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

