



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors upplevelse av vårdrelationens asymmetri och av patientens delaktighet inom psykiatrisk öppenvård

En kvalitativ studie i psykiatrisk öppenvård

Nurse's experience of power imbalance, in care relationships and of patient's participation in psychiatric outpatient care

A study of qualitative design in psychiatric outpatient care

Författare: Susanna Lagesjö & Isabel Lindbom

Handledare: Marie Cedereke

Magisteruppsats

Hösten 2020

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt.

Bakgrund: Patientdelaktighet ses som essentiellt inom psykiatrisk omvårdnad för att förbättra möjligheterna till ett positivt behandlingsresultat. Vårdrelationen besitter en inneboende maktobalans. Sjuksköterskan kan behöva lämna ifrån sig en del av sin makt för att patientdelaktighet ska kunna få en bättre förutsättning att uppstå. **Syfte:** Syftet var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av hur vårdrelationens asymmetri påverkar patientdelaktighet. **Metod:** Nio semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor har genomförts på tre psykiatriska öppenvårdsmottagningar. Intervjuerna har analyserats enligt kvalitativ innehållsanalys på latent nivå med induktiv ansats. **Resultat:** I intervjuerna framkom följande tre teman: "Aspekten av makt i en vårdrelation", "Den betydelsefulla relationen" samt "Patientdelaktighet ur ett öppenvård psykiatriskt perspektiv". **Slutsats:** Sjuksköterskorna benämnde vissa av de asymmetriska aspekterna som inneboende i vårdrelationen och därför inte lika påverkbara som de aspekterna som benämndes som relationella. De beskrev strategier för att dela med sig av sin makt i syfte att justera asymmetrin. En minskad asymmetri i vårdrelationen och en ökad patientdelaktighet upplevdes vara avhängig vårdrelationens kvalitet, vilket ställer krav på sjuksköterskans individuellt anpassade bemötande och förhållningssätt. Sjuksköterskorna beskrev hur de arbetar för att stärka patientens egenmakt genom att motivera patienten till delaktighet. Sjuksköterskorna menade att patientdelaktighet förbättrar behandlingsresultatet och kan främjas genom arbetsmodeller som aktivt involverar patienten att vara delaktig i sin behandling. Patientdelaktighet riskerar att försämrans av en rigiditet bland vårdpersonalen eller organisatoriska faktorer. Kunskap om hur vårdrelationens kvalitet inverkar på maktbalansen och påverkar patientdelaktighet, bör spridas inom vårdverksamheter. En sådan kunskap skulle kunna ge befintliga och framtida specialistsjuksköterskor underlag till användbara strategier för att påverka patientens och sjuksköterskans upplevelse av maktobalans i vårdrelationen.

Nyckelord

Psykiatrisk omvårdnad, personcentrerad vård, vårdrelationen, maktobalans, patientdelaktighet

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter.....	5
Personcentrerad vård.....	6
Patientdelaktighet.....	6
Sjuksköterskans påverkan på patientdelaktighet.....	7
Vårdrelationen och aspekten av asymmetri.....	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Instrument	9
Datainsamling	9
Analys av data	9
Forskningsetiska avvägningar	10
Resultat	11
Aspekten av makt i en vårdrelation.....	12
Vårdrelationen är asymmetrisk.....	12
Upplevelsen av asymmetri kan riskera att förstärkas.....	13
Jag kan påverka maktobalansen.....	13
Den betydelsefulla relationen	14
Tillit kan vara avgörande.....	14
Med relationen kommer ansvar.....	14
Jag har en makt att hjälpa patienten att stärka sin egenmakt.....	15
Försvårande faktorer för en symmetrisk relation.....	15
Patientdelaktighet ur ett öppenvårdspsykiatriskt perspektiv.....	16
Patientens delaktighet har betydelse för patienten själv.....	16
Det finns hinder för patientens möjlighet till delaktighet.....	16
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
Aspekten av makt i en vårdrelation	19
Den betydelsefulla relationen	21

<u>Patientdelaktighet ur ett öppenvårdspsykiatriskt perspektiv.....</u>	<u>22</u>
<u>Konklusion och implikationer</u>	<u>23</u>
<u>Referenser</u>	<u>25</u>

Problemområde

Relationen mellan patient och sjuksköterska är i viss mån asymmetrisk då den har tillkommit på grund av patientens behov av vård (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2019). Sjuksköterskan behöver i alla vårdande relationer reflektera över olika aspekter av makt och hur den inneboende asymmetrin i vårdrelationen kan påverka patientens känsla av delaktighet (Henderson, 2003). Sjuksköterskan behöver vidga sin kunskap och sin medvetenhet kring faktorer som kan påverka patientens delaktighet samt hitta strategier för att förbättra den, då det har en påverkan på vårdens kvalitet och säkerhet (Keresi et al., 2019). Den inneboende asymmetrin i relationen till patienten är en sådan faktor som sjuksköterskan med sin medvetenhet, kunskap och med sin tillämpning av strategier, i viss mån, kan påverka (Keresi et al., 2019). Sökningar i databaser visar att det finns omfattande forskning inom området patientdelaktighet. Däremot genererade inte sökningarna några studier som undersöker sjuksköterskors upplevelse av hur vårdrelationens asymmetri påverkar patientdelaktighet inom psykiatrisk öppenvård. Det behövs mer kunskap inom området då forskning pekar på att förutsättningar för patientdelaktighet kan försämrans av maktobalansen i vårdrelationen (Oxelmark et al., 2018). Forskning visar också att en symmetrisk vårdrelation har ett bättre utfall på behandlingsresultatet (Henderson, 2003).

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Dahlbergs livsvärldsteori är en vårdvetenskaplig teori med förankring i ontologi, teoretisk kunskap och praktiska metodologiska förslag (Dahlberg et al., 2003). Livsvärldsperspektivet tar sitt avstamp i existentiell hermeneutik och fenomenologisk filosofi som intresserar sig för människans erfarenhet och inställning till livet (Dahlberg et al., 2003). Det är genom livsvärlden som människan upplever sin tillvaro och strävar efter att fylla den med mening. Människan finns till genom livsvärlden och lever inom den så länge hen är i livet menar (Dahlberg et al., 2003). Livsvärldsteorin talar om att lindra lidande och skapa förutsättningar för välbefinnande. Dahlbergs ontologiska antaganden berör människan, hälsa och vårdandets grundmotiv, där människan ses som en enhet av kropp, psyke, själ och ande. Livsvärldsperspektivet innebär att försöka förstå, beskriva och analysera människors värld och hur den erfars av människor (Dahlberg et al., 2003). Genom livsvärldsperspektivet skapas möjligheten att förstå världen ur patientens perspektiv genom patientens expertis på sig själv, sitt välbefinnande, sitt lidande och sin livssituation (Dahlberg, 2010). Teorin om livsvärlden har sitt fokus på relationen mellan subjektet och världen, där människans upplevelser och erfarenheter uppmärksammas och ses som unika (Dahlberg, 2014). Det vårdvetenskapliga livsvärldsperspektivet betonar vikten av öppenhet och följsamhet i mötet med patienten och sjuksköterskans uppgift att se patienten i ett helhetsperspektiv (Dahlberg, 2014). En god vård som resulterar i ett lindrat lidande och ett ökat välbefinnande är beroende av den så kallade mellanmänskliga relationen mellan vårdare och patient, vilken kännetecknas av sjuksköterskans professionella engagemang med fokus på

patientens livsvärld (Dahlberg et al., 2003). Det vårdande mötet och samtalet har en central roll för att stödja människans hälsoprocess och stärka patientens välbefinnande (Dahlberg & Segesten, 2010). Det vårdande mötet innebär både att skapa en relation och att dra gränser. Ur en etisk aspekt utifrån ett livsvärldsperspektiv bör patienten vara den som bestämmer graden av närhet i relationen och det är den professionelles ansvar att ta det i beaktning. Mötet mellan dem båda förutsätter att båda tar en aktiv roll i relationen och en ömsesidighet (Dahlberg & Segesten, 2010).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är en av de sex kärnkompetenser som beskriver vad som ingår i sjuksköterskans självständiga ansvar för omvårdnad av patienter (Sherwood & Barnsteiner, 2013). Personcentrerad vård kännetecknas av att patient och närstående ses och förstås som unika personer med individuella resurser, behov, förväntningar och värderingar (SSF, 2017). Vårdmötet utgår från patientens berättelse och karaktäriseras av en ömsesidig öppenhet för varandras kunskap och utformas och dokumenteras i partnerskap (SSF, 2017). I personcentrerad vård som är en av hörnstenarna inom modern psykiatri (Jormfeldt, 2014) är patientens delaktighet central (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2017). Psykiatrisk omvårdnad grundar sig i ståndpunkten att alla människor har rätt till en god och säker personcentrerad vård med målet att stärka patientens oberoende och självständighet (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor [PRF], 2014).

Patientdelaktighet

När patienten är delaktig och har inflytande över sin vård talar man om begreppet patientdelaktighet (SBU, 2017). Patientdelaktighet kan ses som en process mellan patienten och den professionelle (Sahlsten et al., 2007) där den professionelle behöver se patienten som en samarbetspartner och inte som en passiv mottagare (SBU, 2017). Patienten bör förstås som en medmänniska med förmågor och behov som den professionelle behöver ta hänsyn till (SBU, 2017). Genom att öka patientens delaktighet och det egna ansvaret för behandlingen, ökar också patientens makt och autonomi (Van Geelen, 2014). Patienter har beskrivit att delaktighet och egenmakt är centrala komponenter i deras återhämtningsprocess (Leamy et al., 2011). Egenmakt kan förstås som en process som hjälper en människa att få kontroll över faktorer som har en påverkan på den egna hälsan (Gibson, 1991). Vårdpersonal inom psykiatri menar att arbetet med att stärka patientens egenmakt innebär att stötta patienten i sin återhämtningsprocess samt att stödja patienten till att kunna bli mer oberoende och uppnå livskvalitet (Glajtz, 2017).

Forskning pekar på individuella faktorer som kan försvåra patientens möjlighet till delaktighet som exempelvis psykisk ohälsa (Tabiano et al., 2015). Den traditionella synen på patientdelaktighet behöver vidgas eftersom den inte tar tillräckligt hänsyn till patienter med psykiska eller psykosomatiska besvär (Van Geelen, 2014). Patienter med den typen av problematik har ofta en begränsad autonomi, desorienterad identitet och försämrade makt, vilket kan påverka möjligheten att ta ansvar för sin behandling (Van Geelen, 2014). Det personcentrerade vårdandets utgångspunkt betonar vikten av en förståelse för patientens subjektiva upplevelse och ett delat beslutsfattande, så kallat Shared Decision Making (SDM) mellan vårdgivare och patient (Clarkin et al., 2004). Socialstyrelsen (2018) rekommenderar arbetssättet SDM i alla verksamheter som berör patienter med psykisk ohälsa. SDM syftar till att underlätta patientdelaktighet och justera asymmetrin i vårdrelationen (Dierckx et al., 2013) och ska leda till att patientens behandling blir anpassad utifrån patientens personliga mål (Bee et al., 2015). Socialstyrelsen (2012) beskriver SDM som en process

med minst två involverade personer som delar relevant information och där beslut som fattas måste accepteras av samtliga parter och där processens sista steg är ett aktivt beslut. Metodikprogrammet Integrerad psykiatri, även kallat Assertive Community Treatment (ACT) är ett exempel på en arbetsmodell som främjar patientens delaktighet i sin behandling och som innefattar SDM (Malm, 2014). ACT innebär att ett multiprofessionellt team samordnar vård och stödåtgärder vilket inkluderar både psykiatrisk behandling och psykosociala vårdåtgärder (Socialstyrelsen, 2018). Utgångspunkten är patientens resurser istället för att fokusera på patientens symtom eller brister (Malm, 2014). Vårdpersonalen arbetar i team med evidensbaserade metoder och ansvarar för att skapa en resursgrupp runt patienten (Resource Group Assertive Community Treatment, förkortad RACT). Patienten ingår själv i resursgruppen tillsammans med Case Manager och psykiater, och får själv välja ut ytterligare personer som ska ingå i resursgruppen. Patientens egna mål styr vård och insatser och resursgruppen har ett delat beslutsfattande kring planering, struktur och genomförande. I metodikprogrammet förväntas patienten ansvara för att vara delaktig, även om ansvaret för patientens vård kan växla inom resursgruppen (Malm, 2014).

Sjuksköterskans påverkan på patientdelaktighet

För att främja patientdelaktighet behöver sjuksköterskan överföra information och kompetens till patienten (Sahlsten et al., 2009) och arbeta med strategier för att balansera asymmetrin i vårdrelationen och för att främja patientens fortsatta lärande (Sahlsten et al., 2007). Exempel på strategier som sjuksköterskan kan använda för att öka patientens delaktighet är aktivt lyssnande, respektfullt bemötande och en vilja att lära känna personen. Syftet med dessa strategier är att initiera en process där patientens kunskap, värderingar, motivation och mål knyts samman med konkret handling (Sahlsten et al., 2007). Inom psykiatrisk vård har specialistsjuksköterskor en viktig roll när det gäller att arbeta för patientens delaktighet och medbestämmande i vården (Jormfeldt et al., 2018). Forskning visar att faktorer som kan verka gynnsamma eller hämmande på patientdelaktigheten kan härledas till kvaliteten på vårdrelationen, sjuksköterskans agerande och vårdrelationens asymmetri (Keresi et al., 2019; Oxelmark et al., 2018).

Vårdrelationen och aspekten av asymmetri

En vårdrelation definieras som en relation mellan en vårdare och en patient enligt Björck och Sandman (2007) och kännetecknas av att vårdaren ser människan bakom diagnosen, till skillnad från vad som karaktäriserar en icke vårdande relation, där vårdaren ser patienten som ett objekt (Kasén, 2002). För att den vård som ges ska undgå att associeras till paternalism behöver personal inom psykiatrisk vård utgå ifrån en reflekterande hållning (Cutcliffe & Hapell, 2009) med fokus på människors ömsesidiga beroende av varandra och olika aspekter av makt (SSF, 2019). En vårdrelation som präglas av ömsesidighet stärker den hälsofrämjande potentialen i omvårdnadsprocessen (Cameron et al., 2005). Schuster (2006) reflekterar i sin avhandling över asymmetri och ömsesidighet i vårdrelationen och menar att ömsesidigheten är en förutsättning för att kunna förstå såväl den andre, som sig själv. En vårdrelation som saknar sådana relationella kvaliteter, har en ogynnsam inverkan på såväl patientupplevelsen som på behandlingens utfall (Gilburt et al., 2008).

Patienten och den professionelle har ett lika värde samtidigt som vårdrelationen är asymmetrisk, eftersom mötet tillkommit på grund av patientens behov av vård (Wiklund- Gustin, 2019). Sjuksköterskan innehar en makt när det gäller att stödja patientens makt, till att öka sin egen livskvalitet (Karnick, 2016). Sjuksköterskan behöver reflektera över aspekten av makt (SSF, 2019);

Cutcliffe & Hapell, 2009) och det kan vara nödvändigt att hen lämnar ifrån sig en del av sin makt för att patientdelaktighet ska kunna uppstå (SBU, 2017). Om sjuksköterskan istället förstärker asymmetrin i relationen med en avvisande hållning eller intar en roll som ”den som vet bäst” kan det istället leda till en försämrad patientdelaktighet där patienten känner sig underlägsen eller otrygg (Oxelmark et al., 2018). När makt i vårdande relationer missbrukas påverkas patientens upplevelse av värdighet negativt och kärnan i den professionella omvårdnaden går förlorad (Lindwall et al., 2012). Det finns en kunskapslucka beträffande sjuksköterskors upplevelser av hur den asymmetriska maktbalansen påverkar förutsättningar för patientdelaktighet. Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av detta fenomen skulle kunna leda till en fördjupad kunskap, ökad medvetenhet och lärdom om praktiska tillvägagångssätt för att främja patientdelaktighet, företrädesvis för sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård.

Syfte

Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av vårdrelationens asymmetri och patientens delaktighet inom psykiatrisk öppenvård.

Metod

Studien är en kvalitativ intervjustudie. Analysen utfördes med inspiration från Graneheim & Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys på latent nivå.

Urval

Studien har genomförts på tre psykiatriska öppenvårdsmottagningar i region Östergötland och region Västra Götaland. Två av mottagningarna var psykosmottagningar och den tredje en allmänpsykiatrisk mottagning. Ett strategiskt urval tillämpades för att öka sannolikheten för att respondenterna hade erfarenhet av det fenomen som studiens syfte relaterar till (Polit & Beck, 2012). Sjuksköterskorna som tillfrågades skulle ha ett pågående arbete inom psykiatrisk öppenvård i regionens regi. Både sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatri och sjuksköterskor utan specialisering inkluderades i studien. Sjuksköterskorna som tillfrågades skulle ha arbetat inom psykiatrisk öppenvård under minst tolv månader. Det fanns inga begränsningar gällande ålder eller kön hos sjuksköterskorna som intervjuades.

Verksamhetscheferna för berörda mottagningar lämnade sitt skriftliga samtycke till studiens genomförande efter att ha försetts med skriftlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt. Därefter gavs information om studien till berörda enhetschefer på öppenvårdsmottagningarna som i sin tur godkände en möjlighet för författarna att själva lämna information om studien till sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna. På en av mottagningarna skickade enhetschefen själv ut e-postmeddelande till berörda sjuksköterskor med information om studien

För att få möjlighet att göra ett grundat ställningstagande uppmanades sjuksköterskorna att i lugn och

ro läsa igenom studiedeltagarinformationen där det framgick att deltagandet var frivilligt och att uppgifterna behandlas konfidentiellt. De sjuksköterskor som var intresserade och uppfyllde inklusionskriterierna kontaktade författarna via e-post eller lämnade ett påskrivet samtycke med telefonnummer i en uppmärkt låda på mottagningen. På grund av rådande pandemi Covid-19 erbjöds förutom intervjuer vid ett fysiskt möte, intervjuer via videokonferensverktyget Zoom. Möjligheten utnyttjades aldrig då samtliga sjuksköterskor valde att intervjuas genom ett fysiskt möte på arbetsplatsen.

Instrument

En intervjuguide (bilaga 1) med öppna frågor som relaterade till studiens syfte användes. Som datainsamlingsmetod valdes kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerade intervjuer valdes för att försäkra att de utvalda områdena som relaterade till studiens syfte skulle beröras, samtidigt som sjuksköterskorna fick en möjlighet till att berätta fritt om sina upplevelser med utgångspunkt i intervjuguidens frågor (Polit & Beck, 2012). Instrumentet testades genom en pilotintervju. Intervjuguiden ansågs efter genomförd pilotintervju vara fungerande och inga frågor lades till, togs bort eller justerades. Författarna valde att inkludera pilotintervjun i studien då innehållet ansågs bidra till resultatet.

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes enskilt med sjuksköterskorna på de öppenvårdsmottagningar sjuksköterskorna arbetade mellan den 23 september till den 8 oktober 2020. En av författarna genomförde fyra intervjuer och den andra författaren genomförde fem intervjuer. Författarna genomförde ingen intervju tillsammans. Sjuksköterskorna valde själva plats för intervju, vilket resulterade i antingen kontor eller samtalsrum. Totalt genomfördes nio intervjuer varav fem i region Östergötland och fyra i region Västra Götaland. Fyra intervjuer genomfördes på en allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning och resterande fem på psykosmottagningar. Sju av sjuksköterskorna som intervjuades var kvinnor och två sjuksköterskor var män. Intervjuerna spelades in och varade mellan 11–38 minuter ($m = 24$). Intervjuerna kodades mot en kodlista.

Samtliga intervjuer inleddes med att sjuksköterskorna fick information om studien syfte, att deltagandet var frivilligt och att det var möjligt att avbryta vid vilken tidpunkt som helst utan att behöva ge en förklaring till utträdet. Samtycke för att delta i studien inhämtades skriftligt innan respektive intervju startat och sjuksköterskorna gavs möjlighet att ställa frågor före, under och efter intervjun. Sjuksköterskorna godkände att intervjuerna spelades in och transkriberades. Sjuksköterskorna informerades om att materialet förvaras inlåst och kommer att förstöras efter slutexamination.

Analys av data

Det insamlade materialet och transkriberades ord för ord. För att skapa sig en helhet och förståelse för innehållet lästes de transkriberade texterna i sin helhet flera gånger av studiens båda författare. Innehållsanalys på latent nivå valdes som analysmetod och genomfördes stegvis med inspiration från Graneheim och Lundman (2004). I det transkriberade materialet identifierades meningsbärande enheter som svarade mot studiens syfte. Meningsenheter kan vara ord, meningar eller stycken som relaterar till varandra i innehåll och kontext och som är relevanta för studiens syfte (Polit & Beck,

2012). Meningsenheterna kondenserades för att det mest väsentliga innehållet skulle bevaras utan att meningen bakom texten skulle förändras. Därefter gjorde författarna en tolkning av den kondenserade meningsenhetens underliggande mening, det latent innehåll, vilket skrevs ned och fördes in som nästa steg i analysstabellen. Samtliga kondenserade meningsenheter som hade ett liknande innehåll delades sedan in i subteman, i vilka samtliga kondenserade meningsenheter hade ett liknande innehåll. Sista steget i innehållsanalysen var att skapa teman av de subteman som framträtt. Teman formar det övergripande sammanhangen som är återkommande i de befintliga subteman som skapats (Graneheim & Lundman, 2004). För att säkerställa att ingen data, inget ämne eller subtema skulle ha förbisetts under analysen lästes samtliga transkriberingar åter igenom efter det att analysen färdigstälts.

Tabell 1. Exempel ur innehållsanalysen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet-beskrivning nära text	Kondenserad meningsenhet med tolkning av den underliggande meningen	Subtema	Tema
S2 Eh,ja,det tror jag är svårt att komma ifrån..eh. för att man är ju som patient i ett utsatt läge..eh, och man har nånting i sitt liv som gör att man behöver ta emot hjälp och stöd från vården.. eh.. och.. jag tror att det är svårt att komma ifrån den här asymmetrin, att du som patient är ganska så hänvisad till vad vården gör för bedömningar och kommer med förslag	Asymmetrin kan vara svårt att komma ifrån då patienten är i ett utsatt läge och har nånting i sitt liv som gör att hen behöver ta emot hjälp och stöd från vården. Patienten är ganska så hänvisad till vad vården gör för bedömningar och kommer med för förslag	Att vara patient innebär i sig självt att vara i en underordnad position och asymmetrin kvarstår så länge vårdbehovet finns	Vårdrelationen är asymmetrisk	Sjuksköterskors upplevelse av asymmetri i vårdrelationen och hur den kan påverkas

Forskningsetiska avvägningar

Studien har följt Helsingforsdeklarationens etiska föreskrifter gällande forskning på människor (The World Medical Association, 2018). Vetenskapsrådet (2002) pekar ut informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet som viktiga etiska riktlinjer som den som genomför en studie bör ta hänsyn till. Det fyra kraven innebär att forskaren skall informera de av forskningen berörda om det aktuella syftet med forskningen. Deltagarna har själva rätt att bestämma över sin medverkan. Uppgifter om alla berörda personer i en undersökning skall ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna skall förvaras på ett sätt som säkerställer att obehöriga inte

kan ta del av dem. Uppgifter insamlade om enskilda personer får endast användas för forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2002). De deltagande sjuksköterskorna och andra berörda individer som verksamhetschef och enhetschefer fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte, metod och tillvägagångssätt, samt uppmuntrades att lyfta eventuella frågor och funderingar med författarna. Samtliga sjuksköterskor har lämnat ett skriftligt samtycke för sitt deltagande. Insamlad data har hanterats konfidentiellt. Det insamlade materialet har förvarats inlåst och ska förstöras efter slutexamination. Samtliga deltagare tilldelades koder i ett oidentifierade syfte och inga personuppgifter har inhämtats. Ingen annan än handledare har fått ta del av materialet under studiens gång. Studien har följt Vetenskapsrådets föreskrifter om forskningskravet och individskyddskravet för att säkerställa att studien ska inriktas på väsentliga frågor samt för att säkerställa att individer skyddas från otillbörlig insyn, psykisk eller fysisk skada, kränkning eller förödmjukelse (Vetenskapsrådet, 2002). Studien prövades före studiestart av Vårdvetenskapliga etiknämnden för ett rådgivande yttrande och erhöll bifall.

Resultat

Analysen av sjuksköterskornas upplevelser resulterade i tre teman och tio subteman som presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Analysschema.

Tema	Subtema
Aspekten av makt i en vårdrelation	Vårdrelation är asymmetrisk Upplevelsen av asymmetri kan riskera att förstärkas Jag kan påverka maktobalansen
Den betydelsefulla relationen	Tillit kan vara avgörande Med relationen kommer ansvar Jag har en makt att hjälpa patienten att stärka sin egenmakt Försvårande faktorer för en symmetrisk relation
Patientdelaktighet ur ett öppenvård psykiatriskt perspektiv	Patientens delaktighet har betydelse för patienten själv Det finns hinder för patientens möjlighet till delaktighet

Aspekten av makt i en vårdrelation

Vårdrelationen är asymmetrisk

Respondenter menade att asymmetrin i vårdrelationen uppstår i och med patientens behov av vård och innebär per automatik en förskjutning av makt till sjuksköterskan. Patientrollen innebär i sig en underordnad position, och asymmetrin kvarstår så länge patienten har ett vårdbehov. Sjuksköterskorna menade att vårdrelationen aldrig kan bli helt symmetrisk och att båda parter har en outtalad medvetenhet om det.

Men alltså helt symmetrisk kan det ju aldrig bli och det vet ju folk som kommer hit, det är ju samma sak om jag går till doktorn..det kan ju inte heller bli symmetrisk. (Ssk 6)

En respondent utmärkte sig och berättade att hen inte upplevde någon påtaglig skillnad gällande maktfördelningen mellan sjuksköterska och patient. Hen upplevde det som om hen och andra sjuksköterskor generellt, uppfattar mötet som ett möte mellan jämlikar. Det framkom dock att jämlikheten kan vara situationsberoende och därför relativ. Patientens sjukdom kan stundtals kräva att sjuksköterskan behöver inta en mer omhändertagande roll och att det indirekt leder till att asymmetri i relationen uppstår. Respondenter menade att upplevelsen av asymmetri kan fluktuera då asymmetrin är mer tydlig i början av vårdrelationen men att upplevelsen blir mindre uppenbar med tiden. De menade att relationens asymmetri kan skapa en känslomässig distans mellan sjuksköterska och patient, vilket innebär att vägen till en förtroendefull allians kan ta tid. En tillitsfull allians kan förmildra asymmetriens skarpa gränser när kunskapsskillnader mellan parterna är påtaglig och sjuksköterskans expertis kan då förmedlas i andan av att "fråga en vän om råd." Respondenter ansåg att sjuksköterskan behöver vara transparent i sin kommunikation och förklara för patienten varför hen ser saker på ett visst sätt eller varför hen fattar vissa beslut, för att inte på något sätt kränka patientens värdighet genom sitt maktövertag.

Respondenter menade att asymmetrin i vårdrelationen kan balanseras genom att ge tillbaka makt till patienten i alla situationer där det låter sig göras. Respondenter menade även att sjuksköterskan i vissa lägen kan dela med sig av sin makt utifrån en rädsla för konsekvenser, om patienten exempelvis kommer med direkta eller indirekta hot mot sjuksköterskan. En respondent menade att målet inte är att relationen ska bli helt jämbördig.

Respondenter beskrev hur upplevelsen av asymmetri sträckte sig bortom vårdrelationen. Teamet i psykiatriska öppenvården består av professioner med olika specialistkunskaper där respondenterna upplevde att läkarens specialistkunskaper står högst i rang. De menade att läkaren fattar flest beslut kring patienternas behandling oavsett om frågan ligger inom en annan professions expertområde, vilket innebär en asymmetri i teamet. Teamet skulle kunna uppleva en ansvarsfrihet i att läkaren är

den som fattar beslut, menade de. Asymmetrin mellan patient och läkare är möjligtvis mer asymmetrisk än den mellan patient och sjuksköterska, då sjuksköterskans maktposition befinner sig mellan läkarens och patientens enligt respondenter.

Upplevelsen av asymmetri kan riskera att förstärkas

Enligt sjuksköterskor kunde en ökad risk för en förstärkt asymmetri i vårdrelationen förknippas med när patienter vårdas under öppen psykiatrisk tvångsvård eller när patienter behöver gå på regelbundna kontroller för att behålla sin medicinering. Patienterna är då praktiskt taget tvingade till vård eller villkorad vård, vilket kan förstärka patientens upplevelse av att vara i underläge. De menade att sjuksköterskan i sådana lägen hamnar i en ofrivillig maktposition när hen behöver inta en mer bestämmande roll, men att det i vissa fall kan vara nödvändigt för att värna om patientens och andras säkerhet och hälsa.

Respondenter menade att patientens sjukdomstillstånd kan ha en negativ effekt på patientens förmåga att fatta beslut, vilket kan bidra till att patienten upplever att maktobalansen i relationen blir förstärkt. Om patienten inte förstår varför behandlingsinsatserna är nödvändiga och därav hyser en misstänksamhet mot vården, är det viktigt att sjuksköterskan bekräftar och visar respekt för patientens upplevelse, för att undgå att patienten upplever behandlingsinsatserna som ett maktövertagande. Respondenter menade att det annars kan generera en känsla hos patienten av att vara djupt missuppfattad av vårdpersonalen.

Respondenter upplevde i sitt arbete att externa faktorer som organisationsformen för mottagningen och rutiner ibland kolliderar med vårdrelationens behov vilket riskerar att stärka patientens upplevelse av asymmetri i relationen. De upplevde att organisatoriska krav kan ha en asymmetrisk påverkan på vårdrelationen till exempel genom skattningar med mätinstrument. Vid sådana tillfällen kan maktobalansen i relationen blir tydlig då patienten kan uppfatta det som att sjuksköterskan vill undersöka hur pass psykiskt sjuk patienten är. De menade att patienten då kan känna sig kränkt vilket kan leda till en ökad distans i relationen och en ökad upplevelse av asymmetri.

Jag kan påverka maktobalansen

Respondenter menade att sjuksköterskan bör visa ett genuint intresse av att vilja lära känna och förstå patienten, validera patientens berättelse samt vara lyhörd och närvarande i mötet med patienten, för att reducera upplevelsen av asymmetri i vårdrelationen. De menade att om sjuksköterskan visar sin sårbarhet resulterar det i en genuinitet i mötet med patienten. När den mellanmänskliga dimensionen i mötet ges utrymme och när båda parter kan relatera till existentiellt lidande, reduceras asymmetrin. Respondenterna menade att sjuksköterskan kan välja att normalisera ett psykiskt lidande i syfte att mjuka upp asymmetrin.

..[...].så jag liksom kan ju normalisera eller göra det lite allmänmänskligt att ibland är det tufft att vara människa och vi har alla ett psyke som kan gå lite upp och ner..eh.. så det tycker jag också liksom underlättar kanske i den här asymmetrin att man själv visar att jag har också en sårbarhet, för mig yttrar den sig så här, hur är det för dig? (Ssk 2)

Respondenter upplevde att patienten uppskattar när sjuksköterskan spontant gör det "lilla extra" genom att gå utanför sina professionella ramar. Då känner sig patienten sedd och värdefull vilket har en positiv påverkan på relationen och en reducerande effekt på upplevelsen av asymmetri. Respondenter beskrev hur sjuksköterskan kan använda strategier för att utjämna asymmetrin i relationen, till exempel genom att låta patienten undervisa sjuksköterskan på områden som sjuksköterskan vet att patienten har kunskaper om eller intresse för. Det kan bidra till en upplevelse av ökad jämlikhet. Ytterligare ett exempel som bidrog till minskad asymmetri menade respondenter var att sjuksköterskan delade med sig av sin makt, genom att aktivt bjuda in patient och anhöriga till delaktighet. Det minskar risken för att patient och anhöriga upplever ett missnöje kring behandlingen vilket kan förstärka upplevelsen av asymmetri. Respondenterna upplevde att en avsaknad av samarbete och samsyn mellan olika aktörer kan vara en försvårande faktor för sjuksköterskan i hens strävan efter att utjämna asymmetrin i vårdrelationen. Regelverk och byråkrati kan hindra patientens önskemål ifrån att tillgodoses, vilket kan leda till att patienten upplever frustration, maktlöshet och en uppenbar asymmetri i kontakten med vården.

Den betydelsefulla relationen

Tillit kan vara avgörande

Respondenter såg på vårdrelationen som ett samarbete där sjuksköterskan utgår från att relationen är symmetrisk och där båda parter tar ansvar för sin del av åtaganden. De menade att mötet mellan sjuksköterska och patient handlar om ett mänskligt möte som bör präglas av tillit. Respondenterna menade att tillit kan förstärka upplevelsen av samarbete och minska risken för patientens upplevelse av att sjuksköterskan tar egenmäktiga beslut. Sjuksköterskorna upplevde att en god personkemi kan påskynda utvecklingen av en förtroendefull relation och att patientens tillit till vårdgivaren kan förbättras av att sjuksköterskan har ett gott samarbete med kollegor på mottagningen. Vårdpersonalens olika expertis bidrar till en gemensam helhetsbild av patienten och passande behandlingsalternativ, vilket i sin tur förbättra patientens tillit till vårdgivaren och avspeglas i behandlingsresultatet.

Med relationen kommer ansvar

Respondenter menade att sjuksköterskan bör utgå från ett förhållningssätt där alla människor är jämlika och vara uppmärksam och medveten om den inneboende asymmetrin i vårdrelationen för att förbättra förutsättningar till att tillit, ska få möjlighet att uppstå. De ansåg att den mellanmänniska dimensionen bör ta plats men att sjuksköterskan samtidigt kritiskt bör granska, vad hen delar med sig av, för att värna om sin integritet. Respondenter belyste vikten av att sjuksköterskan bjuder in till en dialog för att få en förståelse för patientens livsvärld och bekräfta patientens upplevelse. De menade att det krävs att sjuksköterskan har ett öppet sinne för patienten hen har framför sig, som inte är präglad av förförståelse. Sjuksköterskan kan också behöva sätta gränser utifrån sitt professionella ansvar och resonera med patienten kring gränsdragningen. Respondenter ansåg att resonemanget då bör ske med förankring i evidens, beprövad erfarenhet och med en respekt för patientens upplevelse. De menade att sjuksköterskans gränsdragande kan innebära en trygghetsfaktor för patienten och upplevelser av oro och ovisshet kan minska. Genom att sjuksköterskan kommunicerar utifrån sin expertis kan hen hjälpa patienten att undgå att skapa orimliga förväntningar som skulle kunna leda till

en besvikelse, vilket kan ha en negativ effekt på patientens delaktighet i sin behandling och på vårdrelationens kvalitet.

..[...] "nu när jag börjar äta.. har fått min ADHD-diagnos, nu ska jag börja med medicin, nu kommer hela livet bara bli perfekt." Att man är ärlig och säger att: "jamen så enkelt är det inte". (Ssk 8)

Sjuksköterskorna menade att vårdrelationer är mångfacetterade på grund av individuella faktorer. Det kan handla om personlighet, livserfarenheter, nuvarande sjukdomstillstånd, diagnos och kognitiva variationer, vilket ställer krav på sjuksköterskans flexibilitet i bemötandet. Sjuksköterskorna ansåg att symtom av psykisk sjukdom tillfälligt kan förändra patientens livsvärld, vilket kan försvåra kommunikationen mellan parterna. De menade att patienten sätter ramarna för kommunikationen i relationen och därför behöver sjuksköterskan känna in den patient hen har framför sig och anpassa sin kommunikation till patientens våglängd. Det gör hen för att skapa ett mer jämlikt möte men också för att patienten ska känna sig mer bekväm och för att informationsöverföringen ska bli tydlig, menade respondenter.

Jag har en makt att hjälpa patienten att stärka sin egenmakt

Respondenter ansåg att vården har ett ansvar i att sträva efter att göra patienten aktiv i sin tillfriskningsprocess för att maximera patientens egenmakt. De menade att sjuksköterskan har ett ansvar att stödja patientens egen förmåga och drivkraft. Om sjuksköterskan motiverar patienten till ansvar och delaktighet i syfte att stärka patientens egenmakt, kan det även bidra till att patienten upplever en större grad av jämlikhet i vårdrelationen. För att patienten själv ska komma fram till rimliga livsmål och hållbara strategier för att nå de uppsatta målen, menade respondenter att sjuksköterskan kan behöva resonera med patienten. Resonemangen bör kretsa kring patientens egna förmågor och begränsningar, och sjuksköterskan bör ge patienten information och kunskap kring sin sjukdom och behandling vilket kan leda till att patientens egenmakt och delaktighet förbättras.

Det måste komma från patienten själv det är startskottet eh så därför är det liksom kanske bland det viktigaste vi har, att identifiera..vem är du och vad är viktigt för dig? (Ssk 2)

Respondenter menade att patientens självbild och möjlighet att drömma om framtiden i vissa fall kan vara nedsatt, på grund av patientens sjukdom och att de i sådana fall, behöver stötta patientens utforskande i att finna sin identitet och sina livsmål. De menade att en förändring i grunden är beroende av patientens egen motivation men sjuksköterskan kan hjälpa patienten att finna motivation till att försöka nå sina livsmål genom att bjuda in patienten till att vara delaktig i utformandet och genomförandet av sin vårdplan/behandlingsplan.

Försvårande faktorer för en symmetrisk relation

Sjuksköterskorna reflekterade över hur patientens sjukdom kan förvränga patientens upplevelse av

verkligheten och hur patienten uppfattar sjuksköterskans avsikter. De reflekterade även över patientens upplevelse av sjuksköterskans avsikter och agerande i relation till dokumentationen i journalen. Respondenter upplevde att patienters negativa livserfarenheter kan försvåra vårdrelationens utveckling. Det kan skapa en form av försvar som resulterar i känslomässiga murar som sjuksköterskan kan ha svårt att ta sig igenom. Respondenter berättade även om externa försvårande faktorer som sjuksköterskan själv ofta har ett begränsat inflytande över, såsom organisationens struktur, byråkrati och bristen på resurser och tid.

Patientdelaktighet ur ett öppenvårdspsykiatriskt perspektiv

Patientens delaktighet har betydelse för patienten själv

Respondenter ansåg att patientdelaktighet är betydelsefullt inom psykiatrisk öppenvård och att patientdelaktighet har en positiv effekt på patientens följsamhet till sin behandling och på behandlingsresultatet. De menade att behandlingsresultat kan uppnås i frånvaro av patientens delaktighet men att kvaliteten på behandlingsresultatet kan ifrågasättas, då det är svårt att veta om behandlingen är inriktad på att behandla rätt saker. Respondenter upplevde att delaktighet kan stärka patientens självkänsla och tro på den egna kraften att förändra, vilket kan minska känslor av maktlöshet. Patientdelaktighet förknippades med ett reducerat behov av att sjuksköterskan behöver ta en överordnad roll gentemot patienten, vilket respondenter kunde associera till en mer jämlik relation. Respondenter menade att patientdelaktighet är viktig för patientens förståelse för sin sjukdom och hur det kan påverka den egna livssituationen, vilket i sin tur kan väcka ett engagemang och intresse avseende behandlingsinsatser på vägen mot ett tillfrisknande.

Det finns hinder för patientens möjlighet till delaktighet

Förutom patientens egen motivation och vilja att förändra beskrev respondenter faktorer som kan förbättra eller försämra patientens förutsättningar till delaktighet, som exempelvis att arbeta med arbetsmodeller på mottagningen. Assertive Community Treatment (ACT) eller Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) var exempel på sådana arbetsmodeller som syftar till att främja patientens möjlighet och förutsättningar att påverka och vara delaktig i sin behandling. Respondenter beskrev dock att sådana arbetssätt kan bromsas av att personal kan ha ett inrutat arbetssätt och en inarbetad arbetskultur och därav, visa motstånd till förändringar på grund av rädsla och osäkerhet för nya oprövade arbetssätt. De menade att vården strävar efter att patienten ska ha rätt att vara medbestämmande och delaktig i att utforma sin vårdplan men att det inte efterföljs i praktiken. Sjuksköterskorna reflekterade över att förutsättningarna för patientdelaktighet kan förbättras om öppenvårdsteamet arbetar gemensamt för att stärka patientens egna resurser, men att det finns en risk att öppenvårdsteamet begränsar patientdelaktigheten genom att fatta beslut om patientens behandling utan att fråga patienten om vad hen har för behov. Patientens expertis på sin problematik och sina behov underkastas teamets bedömning, utifrån teamets specialistkunskaper och erfarenhet. Respondenter ansåg att sjuksköterskan bör lyfta patientens perspektiv vid gemensamma teamkonferenser i högre utsträckning än vad som görs idag. Respondenter menade att bristande sjukdomsinsikt kan leda till att patienten upplever vård som ett utövande av makt om patienten inte anser att den behöver vård. I akuta tillstånd som exempelvis psykos kan sjuksköterskan dock behöva begränsa patientens delaktighet. Sjuksköterskorna reflekterade över hur patientens kognitiva förmåga kan påverka patientens förutsättningar till delaktighet. När kognitivt sviktande patienter förväntas vara delaktiga kan det generera en upplevelse av stress på grund av det ansvar

delaktigheten för med sig, och därför behöver en förväntan om delaktighet bedömas individuellt. Respondenterna berörde hur patientens ålder kan påverka förutsättningarna till delaktighet. De menade att äldre patienter förskjuter beslutsmakten då de ofta har en önskan om att vårdpersonal ska tala om för dem vad som är bäst för dem och vad de ska göra på grund av en rädsla för att ta fel beslut. Yngre patienter tenderar att skaffa sig information gällande sin vård och är delaktiga när det gäller att påverka beslut som rör deras behandling enligt respondenterna.

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna valde att göra en kvalitativ intervjustudie. Grunden till val av studiedesign baserades på studiens syfte att undersöka upplevelser och erfarenheter kring några specifika fenomen hos en mindre grupp sjuksköterskor. Målet med kvalitativa studier är att utforska vad ett fenomen betyder genom djupintervjuer, observationer eller fältstudier (Polit & Beck, 2012). Ett kvalitativt perspektiv grundar sig i hur människan upplever och ser på verkligheten, eller i forskningssyfte, på fenomenet i fråga (Polit & Beck, 2012). Kvalitativa studiers trovärdighet är tätt förknippade med begrepp som tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012) och utifrån dessa begrepp diskuteras studiens svagheter och styrkor för att bedöma studiens trovärdighet.

Författarna till magisteruppsatsen har under specialistsjuksköterskeutbildningen gjort verksamhetsförlagd utbildning inom psykiatrisk öppenvård, vilket bidrog till varför författarna valde att genomföra studien i denna kontext. Det strategiska urvalet utgjordes av sjuksköterskor med och utan specialisering i psykiatrisk vård och samtliga hade minst ett års erfarenhet av arbete inom psykiatrisk öppenvård, vilket innebar att intervjuerna genomfördes med deltagare som ansågs representativa för att undersöka det ämne som studien syfte kretsar kring (Polit och Beck, 2012). Författarna valde att inkludera både sjuksköterskor med och utan specialisering eftersom det råder en brist på yrkesutövande specialistutbildade sjuksköterskor i alla Sveriges regioner enligt Socialstyrelsen (2019). Att endast inkludera sjuksköterskor med specialisering i psykiatrisk vård hade inneburit att urvalsgruppen på mottagningarna kraftigt begränsats och därmed ökat risken för att antalet intervjuer inte skulle bedömas vara tillräckligt för att kunna besvara studiens syfte.

En semistrukturerad intervjuguide användes under intervjuerna vilket innebär att ett begränsat antal frågor formulerats enligt en struktur, men att frågor kan ställas i olika följd då författaren som intervjuar anpassar sig till vad som tas upp under intervjun (Danielsson, 2017). Denna typ av intervjuguide kan kräva att författaren som genomför intervjun fångar upp relevanta tillfällen för att ställa följdfrågor i syfte att få ut mest möjliga material som är betydelsefullt för vad som ska undersökas (Kvale & Brinkmann, 2014). Författarna till föreliggande studie ansåg att valet av semistrukturerade intervjuer var tillfredsställande då det möjliggjorde för sjuksköterskorna att få berätta fritt kring sina erfarenheter och upplevelser kring de fenomen som valt att studeras.

Graneheim & Lundman (2004) menar att det finns en risk för att tillförlitligheten påverkas negativt om det är flera personer som utför intervjuerna, men att det även kan bidra till en variation av vilka följdfrågor som ställs, vilket skulle kunna medföra att fler nyanser av upplevelser fångas upp. Att intervjuerna i föreliggande studie utfördes separat, menar författarna skulle kunna innebära en risk, för att intressanta tillfällen i intervjun inte följts upp eller att följdfrågor inte ställts på ett likvärdigt sätt, till respondenterna, vilket skulle kunna försämra studiens tillförlitlighet. För att minska den risken diskuterade författarna upplevelsen och tillvägagångssättet av varje genomförd intervju, i syfte att reducera risken för att respondenterna intervjuades på ett inkonsekvent vis.

Analysen utfördes med inspiration av Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys på latent nivå. Författarna valde att inspireras av en analysmetod på en hög abstraktionsnivå för att förbättra förutsättningarna för att se mönster och teman i datamaterialet. Transkribering av materialet gjordes av samma person som utfört intervjun vilket minskade risken för feltolkningar av materialet, vilket kan stärka trovärdigheten (Polit & Beck, 2012).

Författarna valde att behålla de meningsbärande enheter ur de transkriberade texterna som relaterade till studiens syfte och sortera bort data som låg utanför intervjuguidens teman och som inte ansågs relevant i relation till studiens syfte. Detta kan innebära att trovärdigheten har försvagats dels på grund av att texterna ej analyserats i sin helhet och dels på grund av att läsaren ej fått möjlighet att ta del av den data som exkluderats från innehållsanalysen (Lindgren et al., 2020). Att författarna valde att inte analysera samtlig transkriberad text kan innebära att intressanta spår i texterna som eventuellt hade kunnat bidra till resultatet, inte följts upp. Det försökte författarna undvika genom att flertalet gånger läsa igenom transkriberad text i sin helhet, men också genom att läsa och jämföra vad som behållits respektive sorterats bort, för att i ett sista steg diskutera det med varandra och med handledare.

Analysens olika faser genomförde författarna konsekvent tillsammans, vilket (Polit & Beck, 2012) menar kan vara en nackdel i kvalitativa studier. Om flera författare analyserar materialet enskilt kan trovärdigheten stärkas. Lundman & Hällgren -Graneheim (2012) menar däremot att i de fall en studie har två författare anses analysprocessens resultat få en större tillförlitlighet om analysen genomförs på ett sådant vis. För att säkra kvaliteten på analysen involverades en extern part i analysarbetet i form av handledare som granskade samtliga transkriberingar och var delaktig i analysarbetet. Att involvera en extern part i analysarbetet kan ses som en form av triangulering vilket kan vara ett sätt att stärka en studies trovärdighet då det reducerar risken att en enda författares förförståelse färgar av sig på analysen (Thorén - Jönsson, 2017). Att två författare med viss handledning varit involverade i analysen har inte uteslutit den enskilde författarens åsikt eller mening. Det har upplevts inspirera till vidare reflektion över latent innehåll och bidragit till att fler aspekter belysts och att teman och subteman blivit bearbetade, reviderade och distinkta.

Under analysprocessen gick författarna vid flertalet tillfällen tillbaka till de transkriberade texterna från intervjuerna för att påminnas om det sammanhang meningsenheter valts utifrån, för att djupare reflektera över den latent tolkningen och för att kontrollera att meningsenheterna placerats i rätt subkategori eller tema. Kontinuerlig reflektion över olika tolkningsmöjligheter och abstraktionsnivåer

med en ambition om närhet till empirin kan stärka studiens tillförlitlighet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). Samtidigt finns det en möjlighet att författarna missförstått respondenternas svar eller att andra forskare skulle kunna tolka det latent innehåll annorlunda (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). För att säkerställa att ingen data, ämne eller subtema skulle ha förbisetts under analysen lästes samtliga transkriberingar igen efter att analysen ansetts avslutad. Analysprocessen har beskrivits i metodavsnittet vilket stärker tillförlitligheten enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2017).

En förförståelse för fenomenet som avsågs undersökas fanns delvis vilket skulle kunna påverka resultatet. Författarna har burit på denna medvetenhet genom studiens gång i strävan att låta texten tala utan att de egna uppfattningarna skulle färga resultatet. Graneheim och Lundman (2004) menar att trovärdigheten och överförbarheten kan öka om författarna har en medvetenhet om sin förförståelse, för att texten ska få "tala för sig själv." Graneheim och Lundman (2004) menar dock att en viss grad av tolkning inte går att bortse från.

Det upplevdes svårbedömt att avgöra studiens grad av överförbarhet. Överförbarhet handlar om i vilken mån resultatet kan överföras till andra grupper eller en annan kontext (Graneheim & Lundman, 2004). Överförbarheten skulle kunna ha påverkats negativt av att författarna valde att inte specificera respondenterna närmare eller att det inte fanns några begränsningar från författarnas sida gällande ålder eller kön hos sjuksköterskorna som intervjuades. Ytterligare information om respondenterna hade potentiellt kunnat hota konfidentialiteten och bedömdes inte som nödvändig för att studiens syfte skulle kunna besvaras. En begränsning gällande ålder och kön bedömde författarna kunna öka risken för ett färre antal intresserade sjuksköterskor. Författarna ansåg att en frånvaro av sådana begränsningar möjligen kan ha bidragit till en bredd och variation gällande exempelvis arbetslivserfarenhet, vilket kan ha bidragit till nyanser i det insamlade datamaterialet.

Möjligtvis skulle studiens resultat kunna överföras till andra verksamheter inom psykiatrin, då respondenterna arbetade på öppenvårdsmottagningar med olika inriktningar. Det skulle möjligen också kunna överföras till andra verksamheter än just öppenvård, där sjuksköterskor arbetar med patienter med psykisk ohälsa. Enligt Graneheim & Lundman (2004) ligger ansvaret för att avgöra graden av överförbarhet hos den person som läser texten, vilket understryker författarnas tveksamhet till att själva avgöra studiens överförbarhet.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskorna upplevde vårdrelationen som asymmetrisk då den tillkommit på grund av patientens behov av vård. De menade att en minskad asymmetri och ökad patientdelaktighet var avhängig vårdrelationens kvalitet. Sjuksköterskorna beskrev hur deras förhållningssätt och bemötande av patienten var essentiella faktorer i deras strävan efter att öka patientdelaktighet och minska maktobalansen i vårdrelationen. Sjuksköterskorna skattade patientdelaktighet högt och menade att den var avgörande för ett gott behandlingsresultat och för att öka patientens egenmakt. Patientdelaktighet förknippades även med att sjuksköterskan i mindre utsträckning behövde inta en bestämmande roll gentemot patienten. Patientdelaktigheten kunde riskera att försämrats på grund av en rigiditet gällande arbetskultur och organisationsform eller på grund av bristande samsyn mellan olika aktörer inom vården vilket även hade en negativ effekt på maktobalansen.

Aspekten av makt i en vårdrelation

I resultatet framgick att sjuksköterskor upplevde att asymmetri i vårdrelationen uppstår i och med patientens behov av vård som per automatik innebär en förskjutning av makt till sjuksköterskan. Det överensstämmer med SSF (2019) som menar att relationen mellan patient och sjuksköterska i viss mån är asymmetrisk, då den har tillkommit på grund av patientens vårdbehov. Sjuksköterskor menade att patienten är i en underordnad position gentemot sjuksköterskan så länge patientens har ett vårdbehov, vilket beskrevs som den inneboende asymmetrin i vårdrelationen. Den relationella asymmetrin, det vill säga upplevelsen av jämlikhet eller snarare avsaknad av jämlikhet inom vårdrelationen, beskrev sjuksköterskorna i föreliggande studie som fluktuerande och situationsberoende. Det kunde exempelvis handla om att patientens sjukdomstillstånd i vissa situationer kan kräva att sjuksköterskan behöver inta en mer omhändertagande roll. Dahlberg & Segesten (2010) menar att sjuksköterskan bör reducera maktobalansen, men har ett ansvar för att träda in när patienten inte klarar att använda sin beslutsrätt och egenmakt.

I resultatet framgick att sjuksköterskor behöver reflektera kring maktfördelningen i vårdrelationen för att asymmetrin inte ska riskera att förstärkas, vilket relaterar till Henderson (2003) och SSF (2019) som menar att sjuksköterskan i alla vårdande relationer behöver reflektera över olika aspekter av makt och den inneboende asymmetrin i vårdrelationen. Sjuksköterskor uttryckte en medvetenhet om sin överordnade position gentemot patienten och menade att vårdpersonalen bör försöka reducera maktobalansen genom att ge tillbaka makt till patienten i alla situationer där det låter sig göras. Det relaterar till vad Santangelo et al., (2018) menar, att i en god vårdrelation bör maktbalansen mellan sjuksköterska och patient vara dynamisk.

Sjuksköterskorna i föreliggande studie menade att upplevelsen av asymmetri i vårdrelationen tenderar att bli mindre påtaglig med tiden då människan bakom respektive roll successivt träder fram. Sjuksköterskor värderade denna mellanmänniska dimension i relationen högt och menade att asymmetrin i relationen påverkas när sjuksköterskan visar sin mänskliga sida och sårbarhet för patienten. Att ömsesidigt kunna relatera till existentiellt lidande upplevdes kunna stärka den mellanmänniska kontakten och försvaga den formella kontakten, vilket ansågs förmildra asymmetrin. Den mellanmänniska relationen kännetecknas av ett professionellt engagemang med fokus på patientens livsvärld (Dahlberg et al., 2003). Tidigare forskning inom psykiatrisk slutenvård har visat att kontakten mellan sjuksköterska och patient gynnas av att sjuksköterskan delar med sig av sina personliga erfarenheter, upplevelser och reflektioner (Varpen Unhjem et al., 2017). Borg och Kristiansen (2004) belyser vikten av att parterna identifierar och delar styrkor, svagheter, möjligheter och begränsningar med varandra.

Sjuksköterskor erfor att de behövde balansera sin professionella roll med sin medmänniska sida, genom att kunna vara personlig utan att vara privat. Det knyter an till Dahlberg och Segestens (2010) teori om hur sjuksköterskan bör sträva efter en balans mellan att vara personlig utan att vara privat för att vården ska ses som god. Schuster (2006) reflekterar i sin avhandling över hur det personliga kan ses som en dörr mellan det professionella och det privata. Sjuksköterskan rör sig i ett spänningsfält mellan närhet och distans för att få en inblick i patientens inre värld där hen kan gå emellan att empatisera med patienten och uppleva igenkänning, samtidigt som distansen upprätthåller rationaliteten och det professionella förhållningssättet (Schuster, 2006).

Sjuksköterskor i den föreliggande studien beskrev att en god vårdrelation och en allians mellan sjuksköterska och patient kan förmildra asymmetriens skarpa gränser. Resultatet visade att asymmetri kan reduceras om sjuksköterskan visar patienten ett genuint intresse och är närvarande i mötet med patienten. Om sjuksköterskan är lyhörd och validerar patientens berättelse, reduceras asymmetri i vårdrelationen, vilket ligger i linje med det vårdvetenskapliga livsvärldsperspektivet som betonar vikten av öppenhet och följsamhet i mötet med patienten, för att kunna bejaka patientens livsvärld och hur hen erfar den (Dahlberg & Segesten, 2010).

Sjuksköterskor beskrev strategier som sjuksköterskan kan använda sig av för att öka upplevelsen av jämlikhet i vårdrelationen. Det framgick att sjuksköterskan kan låta patienten undervisa hen på områden som sjuksköterskan vet att patienten har kunskaper om eller intresse för. Det menar författarna är ett konkret exempel på hur sjuksköterskan kan använda sig av strategier för att balansera asymmetri i relationen, vilket är eftersträvan svårt enligt tidigare forskning (Henderson, 2003; Keresi et al., 2019; Sahlsten et al., 2009).

Sjuksköterskor beskrev att de kan dela med sig av sin makt genom att exempelvis bjuda in patient och anhöriga till delaktighet. Detta anses aktuellt i relation till specialistsjuksköterskans roll och ansvar, som innebär att hen ska låta patient och närstående medverka vid utformandet av patientens vård (PRF, 2014; Patientlagen, SFS 2014:821).

Sjuksköterskor upplevde att det fanns situationer där det var svårt för sjuksköterskan att påverka patientens upplevelse av asymmetri, exempelvis när patienten har en bristande sjukdomsinsikt. Patienten kan då uppleva vården som ett maktövertagande vilket förstärker upplevelsen av asymmetri i vårdrelationen. Författarna reflekterade över specialistsjuksköterskans utmaning i sådana situationer, då hen utifrån kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor PRF, (2014) bör beakta och värna om patientens perspektiv och hörsamma patientens subjektiva upplevelse av hälsa i planering av vårdinsatserna. Dahlbergs (2014) livsvärldsteori har närbesläktade tongångar då teorin lyfter vikten av patientens eget perspektiv på hur hälsa, ohälsa, livssituation och vårdandet i sig, kan förstås och där människans upplevelse är subjektiv och unik.

Att sjuksköterskor menade att skattningar med mätinstrument kan öka upplevelsen av asymmetri har författarna inte lyckats härleda detta till tidigare forskning. Sjuksköterskor menade att patienten kan känna sig kränkt och uppleva att sjuksköterskan vill undersöka hur pass sjuk eller galen patienten är, genom att göra en skattning.

Den betydelsefulla relationen

I resultatet framgick det att vårdrelationen påverkar förutsättningarna för patientdelaktighet men även upplevelsen av asymmetri mellan sjuksköterska och patient, vilket ligger i linje med tidigare forskning (Keresi et al., 2019; Oxelmark et al., 2018).

Det är paradoxalt att sjuksköterskor i föreliggande studie såg på vårdrelationen som en jämlik relation samtidigt som de uttalade en medvetenhet om sin överordnade position gentemot patienten. Dahlberg och Segesten (2010) och Travelbee (1966) menar att vårdrelationen inte är ömsesidigt

jämlik. Sjuksköterskan behöver dock se patienten som en samarbetspartner för att inte riskera att patienten hamnar i rollen som en passiv mottagare och sjuksköterskan som en aktiv expert (Sahlsten et al., 2007). Sjuksköterskor talade om vårdrelationen som ett mänskligt möte där tillitsfaktorn stärker upplevelsen av samarbete och minskar risken för att patienten upplever att sjuksköterskan tar egenmäktiga beslut. En tillitsfull vårdrelation menar Jormfeldt (2019) är en förutsättning för att patienten ska kunna bearbeta sina hinder mot hälsa på ett ärligt och bestående sätt. Dahlberg och Segesten (2010) lyfter vikten av det mänskliga i mötet i vårdrelationen och menar att det vårdande samtalet har sitt ursprung i det allmänmänskliga samtalet.

Sjuksköterskor reflekterade över sitt ansvar att stödja patientens tro på den egna förmågan och motivera patienten till delaktighet, för att därigenom stärka patientens egenmakt. Vårdpersonal kan inte direkt stärka patientens egenmakt men däremot skapa förutsättningar som ökar möjligheten för det (Tambuyzer et al., 2014; Topor et al., 2011). Sjuksköterskan inom den psykiatriska vården har en viktig arbetsuppgift i att främja patientens egenmakt genom att rikta fokus på patientens tro på sin egen förmåga, sina styrkor och stödja patientens beslutsfattande (Jönsson et al., 2014). Sjuksköterskor reflekterade över hur patientens sjukdom kan förändra patientens livsvärld vilket kan ha en negativ effekt på patientens syn och tro på sig själv. Det bekräftas av Van Geelen (2014) som menar att psykisk sjukdom kan förändra patientens självbild och tron på den egna förmågan, vilket i sin tur kan påverka patientens delaktighet i sin behandling. Sjuksköterskor menade att det i den typen av situationer var viktigt att hjälpa patienten att finna sin identitet samt att sätta upp rimliga livsmål och strategier för att nå de uppsatta målen.

Sjuksköterskor belyste kommunikationens betydelse i vårdrelationen och menade att en icke individanpassad kommunikation kan skapa hinder för vårdrelationens utveckling och för patientens delaktighet i sin behandling. Sjuksköterskor förmedlade att de behöver bjuda in patienten till en dialog och genom en intuitiv förmåga anpassa sin kommunikation till patientens våglängd och på det sättet ta hänsyn till patientens individuella förutsättningar. Forskning visar att vårdpersonalens kommunikationsförmåga är viktig eftersom det kan ha en direkt påverkan på patientens möjlighet till delaktighet (RíoLanza et al., 2016). Om sjuksköterskan inte reflekterar över sitt språk och endast använder ett medicinskt fackspråk, kan det förhindra att samtalet blir vårdande (Dahlberg & Segesten, 2010).

Patientdelaktighet ur ett öppenvårdspsykiatriskt perspektiv

Sjuksköterskor underströk betydelsen av patientdelaktighet då det förknippades med en positiv effekt på patientens följsamhet i behandlingen och på behandlingsresultatet samt med ett minskat behov av att sjuksköterskan behöver inta en mer bestämmande roll. Sjuksköterskor upplevde att patientens delaktighet kan stärka patientens känsla av egenmakt, förståelse för sin sjukdom samt minska känslor av maktlöshet, vilket antyder att en ökad patientdelaktighet kan reducera upplevelsen av asymmetri i vårdrelationen. När sjuksköterskans roll blir mindre bestämmande och patientens egenmakt ökar menade sjuksköterskor att upplevelsen av maktobalans i vårdrelationen minskar. Sahlsten et al (2007) menar att patientdelaktighet kan betraktas som en process mellan patienten och sjuksköterskan präglad av makt och ömsesidighet. Specialistsjuksköterskor har en betydande roll i att arbeta för patientens delaktighet och medverka i sin vård (Jormfeldt et al., 2018). Genom att öka patientdelaktigheten och därmed det egna ansvaret i behandlingen kan patientens makt och autonomi öka (Van Geelen, 2014).

Patientens motivation uppgavs vara en grundläggande förutsättning för patientdelaktighet men respondenter menade att vårdpersonal har en möjlighet att förbättra patientens förutsättningar till delaktighet genom arbetsmodeller som arbetar med SDM som ACT eller RACT. Det upplevdes viktigt att öppenvårdsteamet inkluderar patientens åsikt innan ett beslut fattas, för att inte riskera att patientperspektivet går förlorat. Sjuksköterskor menade dock att patientens åsikt inte inkluderas i den utsträckning som det borde på öppenvårdsmottagningarna. Det framgick att arbetssätt som strävar efter att främja patientens möjlighet till delaktighet och beslutsfattande kan bromsas av personalens motstånd, vilket skulle kunna förklaras av en rädsla för en förändring gällande nya arbetssätt. Patienter som lider av psykisk ohälsa har en önskan om att få möjlighet till mer inflytande genom att vara delaktiga i beslut som rör den egna behandlingen (Molin et al., 2016). Patienter med psykisk sjukdom upplever dock att behandling och stöd inte överensstämmer med deras behov, på grund av att de inte inkluderades i beslutsfattandet (Dahlquist -Jönsson et al., 2015). Det är en förutsättning att vårdpersonal har kapacitet, såväl som vilja, att inkludera patienten i beslut som rör patientens omvårdnad (Grim et al., 2016). Sjuksköterskor i föreliggande studie upplevde att bristerna i hur vårdpersonalen på mottagningen, tar hänsyn till patientens åsikt kring sin behandling,

motsätter sig de mål och riktlinjer som står i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och Patientlagen (SFS 2014:821) enligt författarna. För att uppfylla kraven för en god vård ska vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (SFS 2017:30). Hälso- och sjukvårdsverksamheter ska stärka och tydliggöra patientens ställning, integritet, självbestämmande och delaktighet (SFS 2014:821). Författarna understryker att vårdpersonalen har ett ansvar att överkomma den egna rädslan eller hindrande och förlegade hierarkiska faktorer i teamet för att öka patientens möjlighet att kunna påverka sin vård. Möjligen är det en utmaning som ligger på en organisatorisk nivå, där huvudmän och ledning har ett ansvar att kritiskt granska befintlig verksamhet och faktorer som kan hindra patientens möjlighet och rätt till delaktighet. Kauppi et al (2014) menar att patienter som involveras i beslutsfattandet kring sin vård har en högre sannolikhet för att få en individuellt utformad vård och behandling. Det leder i sig till en bättre följsamhet till planeringen och ett bättre behandlingsresultat (Kauppi et al, 2014). Det skulle kunna innebära att en ökad patientdelaktighet ger avkastning i form av en mer effektiv vård vilket gynnar både patienten och vårdpersonalen, men även organisationen och befolkningen i stort. Där menar författarna att specialistsjuksköterskan har betydelsefull roll i att förbättra förutsättningarna för patientdelaktighet. Specialistsjuksköterskor har ett ansvar för att tillvarata patientens och närståendes behov, mål och preferenser i planering och genomförande av vård och omsorg, samt till att stödja till lärande och beslutsfattande (PRF, 2014).

Konklusion och implikationer

Specialistsjuksköterskor kan arbeta ihärdigt för att stärka patientens egenmakt och delaktighet då det främjar patientens rehabiliteringsprocess och samtidigt minskar behovet av att sjuksköterskan behöver inta en överordnad position, förknippad med en förstärkt asymmetri i relationen. Att specialistsjuksköterskor arbetar för att minska upplevelsen av asymmetri i vårdrelationen förutsätter kunskaper om vad som påverkar maktbalansen och upplevelsen av asymmetri i relationen. En sådan kunskap bör spridas inom vårdverksamheter för att ge befintliga och framtida specialistsjuksköterskor underlag till användbara strategier för att påverka patientens och sjuksköterskans upplevelse av maktobalans i vårdrelationen. Verksamheter bör kontinuerligt reflektera, diskutera samt utvärdera arbetssätt som syftar till att främja patientens delaktighet i sin behandling för att motverka risken för

en rigiditet gällande arbetskultur och organisationsform som kan försämra patientdelaktigheten. Framtida forskning skulle kunna undersöka patientperspektivet kring upplevelsen av maktobalans och hur det förknippas med vårdrelationens kvalitet och patientens delaktighet.

Referenser

- Bee, P., Brooks, H., Fraser, C. & Lovell, K. (2015). Professional perspectives on service user and carer involvement in mental health care planning: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1834-1845. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.008>
- Björck, M., & Sandman, L. (2007). Vårdrelation: Ett försök att tydliggöra begrepps användningen. *SAGE journals*, 27 (4), 14-19. <https://doi.org/10.1177/010740830702700404>
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505. <https://doi.org/10.1080/09638230400006809>
- Cameron, D., Kapur, R., & Campbell, P. (2005). Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: A human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), 64-74. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00796.x>
- Clarkin, J., Levy, K., Lenzenweger, M & Kernberg, O. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation Randomized Control Trial for Borderline Personality Disorder: Rationale, Methods, and Patient Characteristics. *Journal of personality disorders*, 18(1), 52-72. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.52.32769>
- Cutcliffe, J., & Hapell, 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(2), 116-125. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00591.x>
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Natur & kultur.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Natur & kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Studentlitteratur.
- Dahlqvist Jönsson, P., Schön, U-K., Rosenberg, D., Sandlund, M. & Svedberg, P. (2015). Service users' experiences of participation in decision making in mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(9), 688-697. <https://doi.org/10.1111/jpm.12246>.
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2: a uppl., s.143–154). Studentlitteratur
- Dierckx, K., Deveugele, M., Roosen, P., & Devisch, I. (2013). Implementation of shared decision making in physical therapy: Observed level of involvement and patient preference. *Physical Therapy*, 93(10), 1321–30. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120286>.
- Gibson, C H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
- Gilburt, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A

qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(1), 92. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-92>.

Glajz, B., Frank, P., Williams, D., & Williams, V. (2017). Mental health workers' values and their congruency with recovery principles. *The Journal Of Mental Health Training, Education, and Practice*. 12(1), 1–12. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-08-2015-0036>.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Grim, K., Rosenberg, D., Svedberg, P., & Schön, U-K. (2016). Shared decision-making in mental health care: A user perspective on decisional needs in community-based services. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11. Artikel: 30563. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30563>

Hendersson, S (2003). Power imbalance Between Nurses and Patients: A potential Inhibitor of Partnership in Care. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 501–8. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00757.x>.

Hälsa- och sjukvårdslag. SFS (2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Jormfeldt, H. (2019). Hälsa och hälsofrämjande arbete i psykiatrisk omvårdnad. I L.Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: På avancerad nivå* (3 uppl., s.155–175). Studentlitteratur.

Jormfeldt, H., Doyle, L., Ellilä, H., Lahti, M., Higgins, A., Keogh, B., & Kilkku, N. (2018). Master's level mental health nursing competencies, a prerequisite for equal health among service users in mental health care. *International Journal of Qualitative Studies on Health- Wellbeing*, 13(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1502013>

Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsa och hälsofrämjande arbete i psykiatrisk omvårdnad. I L.Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: På avancerad nivå*. (2 uppl., s.77–97). Studentlitteratur.

Jönsson, P. D., Nunstedt, H., Berglund, I. J., Ahlström, B. H., Hedelin, B., Skärsäter, I., & Jormfeldt, H. (2014). Problematization of perspectives on health promotion and empowerment in mental health nursing—Within the research network “MeHNuRse” and the Horatio conference, 2012. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*. 9(1). Artikel: 22945. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.22945>

Karnic, P. (2016). Power in Practice: Moments for reflection. *Nursing Science Quarterly*, 29(3), 204-205. <https://doi.org/10.1177/0894318416647172> .

Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. [Doktorsavhandling, Åbo Akademi].

Kauppi, K., Hätönen, H., Adams C.E. & Välimäki, M. (2014). Perception of treatment adherence among people with mental health problems and health care professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 777-788. <https://doi.org/10.1111/jan.12567>.

Keresi, Z., Carlsson., G., & Lindberg, E. (2019). A caring relationship as a prerequisite for patient participation in a psychiatric care setting: A qualitative study from the nurse's perspective. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(4), 218–22. <https://doi.org/10.1177/2057158519866393>

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3 uppl.). Studentlitteratur.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-52. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lindgren, B-M., Lundman, B., & Graneheim, U.H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108. Artikel:103632. <https://doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>.
- Lindwall, L., Boussaid, L., Kultzer, S & Wigerblad, Å. (2012). Patient dignity in psychiatric nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(7), 569–576. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01837.x>
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ Innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2.uppl.). Studentlitteratur.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3.uppl., s. 219–234). Studentlitteratur.
- Malm, U. (2014). Historik. I B. Brain, S. Landqvist- Stockman & Olsson (Red.), *Integrerad psykiatri. Case management i teori och praktik* (s.23–34). Studentlitteratur.
- Molin, J., Graneheim, U.H. & Lindgren, B. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care- patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11(1). Artikel: 29897. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29897>
- Oxelmark, L., Ulin, K., Chaboyer, W., Bucknall, T., & Ringdal, M. (2018). Registered Nurses' experiences of patient participation in hospital care: Supporting and hindering factors patient participation in care. *Scandinavian journal of caring science*, 32(2), 612-621. <https://doi.org/10.1111/scs.12486>
- Patientlag. SFS (2014:821). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10 uppl.). Wolters Kluwer.
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård* [Broschyr]. https://psykriks.se/wp-content/uploads/2018/07/Kompetensbeskrivning_specialist_psykiatri.pdf
- Río-Lanza, A., Suárez-Álvarez, L., Suárez-Vázquez, A. & Vázquez-Casielles, R. (2016). Information provision and attentive listening as determinants of patient perceptions of shared decision-making around chronic illnesses. *SpringerPlus*, 5(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3086-4>.
- Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B., Lindenkrona, C., & Plos, K. (2007). Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 630–637. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01660.x>.

Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B., & Plos, K. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 490–49.

<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00649.x>

Santangelo, P., Procter, N., & Fassett, D. (2018) Mental health nursing: Daring to be different, special and leading recovery-focused care? *International journal of mental health nursing*. 27(1), 258-266.

<https://doi.org/10.1111/inm.12316>

Schuster, M. (2006). *Profession och existens. En hermeneutisk studie av asymmetri och ömsesidighet i sjuksköterskors möten med svårt sjuka patienter*. [Doktorsavhandling, Stockholms Universitet].

Sherwood, G. & Barnsteiner, J. (2013). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad – sex grundläggande kärnkompetenser*. Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2019). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård* (Artikelnummer 2019-2-14).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-14.pdf>

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning* (Artikelnummer 2018-9-6).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-9-6.pdf>

Socialstyrelsen (2020). *Shared decision making- en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård* (Artikelnummer 2012-6-52). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-52.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården: En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet* (SBU-rapport 260).

https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet_i_hals_o_och_sjukvarden.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *God omvårdnad* [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening.

<https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/god-omvardnad/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *10 krav och förslag för att göra svensk sjukvård friskare*

[Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/god-omvardnad/10-krav-och-forslag-for-att-gora-svensk-sjukvard-friskare/>

Bilaga 1

Intervjuguide

Huvudsaklig forskningsfrågeställning

1. Upplever du att vårdrelationen är asymmetrisk (förklaring: att det finns en obalans i maktaspekten)?

(Om jakande på förra frågan. Om ej jakande gå direkt till fråga nr 3)

2. Hur upplever du att vårdrelationens asymmetri kan påverka patientens delaktighet i sin behandling?

3. Hur betydelsefull menar du att patientdelaktighet är inom psykiatrisk öppenvård?

4. Vad kan du som sjuksköterska göra för att påverka vårdrelationens asymmetri?

(Förutsatt att sjuksköterskan upplever en asymmetri, annars gå vidare till fråga nr 7)

5. Finns det faktorer som kan försvåra ditt arbete i att påverka den vårdande relationens asymmetri?

6. Finns det faktorer som kan underlätta ditt arbete i att påverka den vårdande relationens asymmetri?

7. Upplever du att behandlingsresultatet påverkas av hur delaktig patienten är i sin behandling?

Exempel på följdfrågor:

Kan du utveckla?

Kan du ge exempel på en sådan händelse?

Hur kändes det för dig?

Hur menar du?

På vilket sätt?