



## **SJUKSKÖTERSKANS MAKT I OMVÅRDNAD**

**Författare: Fredrika Göckel & Ann-Marie Jonasson**

**Handledare: Eva Hedberg**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1  
Specialistsjuksköterskeprogrammet som distriktssköterska, 50 poäng**

**Institutionen för omvårdnad  
November 2002**

<b>Arbetets titel:</b>	Sjuksköterskans makt i omvårdnad The nurse's power in caring
<b>Författare:</b>	Fredrika Göckel och Ann-Marie Jonasson
<b>Handledare:</b>	Eva Hedberg
<b>Institution:</b>	Institutionen för omvårdnad, Högskolan Trollhättan/Uddevalla
<b>Arbetets art:</b>	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1
<b>Antal sidor:</b>	35
<b>Kurs:</b>	Specialistsjuksköterskeprogrammet som distriktssköterska, 50 poäng
<b>Datum:</b>	November 2002

---

## **ABSTRACT**

Power is a very complex concept. The nurse's power is not often clearly described in words but it is always present in her profession. The aim with this study has been to describe how the nurse's power can be expressed in a relationship with a patient in a caring situation. The literature that has been studied dates from the last decade. The result shows that the nurse's power is often to find in the communication and it is the nurse that rules the direction of the communication and relation with the patient, most of the time. If the nurse has an understanding of her power position, she can use it in an either positive or negative way. The result shows that if the nurse uses her power in a positive way, it can benefit the patient and strengthen the resources within the patient. This will lead to a good balance in the care. If the power is used in a, for the patient, negative way it will lead to a result where the patient will be hurt and powerless. This study gives an increased understanding about the different expressions that the nurse's power can take. Suggestions for future research are presented.

**Keywords:** caring, nurse, patient, power, relationship

**Nyckelord:** makt, omvårdnad, patient, relation, sjuksköterska

# INNEHÅLL

<u>BAKGRUND</u> .....	1
<u>Definition makt</u> .....	1
<u>Maktutredningen</u> .....	3
<u>Vanmakt</u> .....	3
<u>Maktens gestalt</u> .....	4
<u>Makt i genusperspektiv</u> .....	4
<u>Makt i omvårdnad</u> .....	5
<u>Maktfaktorer</u> .....	6
<u>Språk</u> .....	6
<u>Kunskap</u> .....	6
<u>Miljö</u> .....	7
<u>Kari Martinsens omvårdnadsteori</u> .....	7
<u>Sjuksköterskans makt</u> .....	10
<u>SYFTE</u> .....	12
<u>FRÅGESTÄLLNING</u> .....	12
<u>METOD</u> .....	12
<u>Litteratursökning</u> .....	12
<u>Urval</u> .....	14
<u>Analys</u> .....	14
<u>RESULTAT</u> .....	18
<u>DISKUSSION</u> .....	30
<u>Metod</u> .....	30
<u>Resultat</u> .....	30
<u>Egna reflektioner</u> .....	32
<u>Framtida forskning och användningsområde</u> .....	33
<u>REFERENSER</u> .....	34

## **BAKGRUND**

Ämnet som ska beskrivas i denna litteraturstudie är sjuksköterskans makt i dess olika former och vilka effekter de kan ha på patienten i omvårdnaden. Intresset för detta ämne har uppkommit genom att författarna i sin yrkesutövning sett att den makt sjuksköterskan har kan användas på många olika sätt för att hjälpa eller stjälpa patienten. När författarna berättade för sina kollegor att de skulle skriva om sjuksköterskans makt i relation till patienten, möttes de av olika reaktioner. Vissa tyckte att det var ett mycket intressant ämne och de var av den uppfattningen att det var bra att författarna belyste detta område då det är så laddat och negativt att tala om. Andra var av den åsikten att sjuksköterskan inte har någon makt i sin yrkesutövning. De tyckte inte att det låg någon maktaspekt i att hjälpa patienter. Dessa åsikter hade inget med sjuksköterskornas ålder eller om de var nyutbildade eller inte att göra.

I bakgrunden kommer begreppet makt att definieras i olika former och sammanhang. Utredningen om demokrati och makt i Sverige, maktens gestalt och olika maktfaktorer berörs också. Genusperspektivet speglas och olika rollteorier och genusteori tas upp under en speciell rubrik. Sist granskas omvårdnadsteoretikern Kari Martinsens teori utifrån det som hon skrivit om makt och professionalitet. Sjuksköterskans makt beskrivs även ur ett generellt perspektiv.

### **Definition makt**

Ordet makt har många betydelser och kan användas i olika sammanhang. Enligt vad som kan läsas på Nationalencyklopedins hemsida ([www.ne.se](http://www.ne.se) 20020819), är ordet makt ett substantiv som i en betydelse är position och resurs för att styra personer eller händelser. Ordet kan också ha nyanserade betydelser såsom att uttrycka sin kraft och med denna sin makt eller behärskning av den egna kroppen och dess funktioner. Vidare kan ordet stå för om en organisation utövar kontroll och styrning exempelvis en stat eller ett statsorgan som krigsmakt, ordningsmakt och stormakt. Under äldre fornnordisk

tid användes ordet makt som beskrivning av övernaturliga krafter såsom att han kände sig förföljd av onskans makter (www.ne.se 20020819).

Det svenska ordet makt är även besläktat med ordet må (av fornsvenskans magha) som betyder att ha förmåga, äga styrka. Detta återfinns i uttryck som ”mod ger makt” (Peterson 1987).

Inom efterkrigstidens maktforskning har det framkommit att frånvaro av konflikter och motstånd inte behöver betyda frånvaro av makt. Det är viktigt att se hur maktresurser, som är fördelade mellan grupper och individer, påverkar konsekvenser för andras handlande. Om maktresurser används inom samhällets institutioner och lagar likväl som i värderingar och normer, kan människors handlande påverkas. Sambandet mellan makt och vetande samt hur sanningsbegrepp och vetenskap tolkas kan vara relaterade till maktutövning till exempel inom psykiatri (www.ne.se 20020819).

Inom samhällsvetenskapen kan makt stå för antingen en handling, exempelvis maktutövning, eller en förmåga som att utnyttja maktresurser. Det kan ta sig uttryck genom att påtvinga någon sin vilja utan att denne själv önskar detta. Det kan även ske på indirekt väg genom belöning, bestraffning eller tvång. Inom en organisation kan makt vara delegerbar och den kan delas av personer på olika nivåer inom densamma. Om maktutövning accepteras av den berörde som legitim, kan den benämnas som en auktoritet. Staten är den enda i ett samhälle som legitimt kan utöva våldsmakt (www.ne.se 20020819).

Fler definitioner som innehåller ordet makt är till exempel den som missbrukar sin makt. Med det menas särskilt myndigheter. Den som använder sin makt så att makten drabbar en maktlös part, använder sig av maktmissbruk. Den drabbade parten, som helt eller delvis saknar inflytande över händelser, personer eller utveckling, är då maktlös. Den som har stort begär av makt kallas maktlysten och kan lida av makthunger, det vill säga ett överdrivet begär efter makt. För att utöva kontroll och styrning, speciellt genom fysiska påtryckningar, används olika maktmedel. Kraftfullt verkande omständigheter som kan styra till exempel ett beslut, benämns som en maktfaktor. Läran om maktens

rätt heter maktfilosofi. Inflytande som är samlat till en person eller ett fåtal individer nämns som maktkoncentration vars motsats är maktdelning (www.ne.se 20020819).

Den extrema delen av maktkoncentration är diktatur då makten är formellt koncentrerad till en person. I näringslivet kan makten koncentreras genom ägande i en direkt eller indirekt form (www.ne.se 20020819).

Ordet makt har ofta en negativ laddning. Makt uppfattas som hinder och motstånd. Makten ligger hos någon annan, är belägen någon annanstans. Maktbegreppet är mycket omdebatterat och det enda som det har funnits enighet om är att det inte föreligger någon enighet om detta begrepp (Petersson 1987).

Maktfördelning har studerats i empiriska studier inom lokalsamhällen i Sverige och USA. I Norge och Sverige har även statliga maktutredningar skrivits (www.ne.se 20020819, SOU - Statens offentliga utredningar 1990:44).

## **Maktutredningen**

1985-1990 genomfördes en statlig utredning (SOU 1990:44) om maktfördelning och demokrati i Sverige, den så kallade maktutredningen. Den tillkom på regeringens initiativ och var ett stort samhällsvetenskapligt forskningsprogram. Idén kom från den norska maktutredningen som genomfördes 1972-1982. Maktutredningens uppgift var att undersöka medborgarnas möjligheter att delta i beslutsprocesser i samhället samt att tydliggöra fördelningen av maktresurser och inflytande inom olika områden som näringsliv, den offentliga sektorn, organisationer och opinionsbildning (SOU 1990:44).

## **Vanmakt**

Vanmakt, precis som makt, kan visa sig genom olika uttryck och ha olika ursprung. Den kan vara individuell eller kollektiv. Individuell vanmakt kan bero på yttre spärrar, bristande resurser eller psykologiska hinder. Kollektiv vanmakt innebär att ett gemensamt agerande inte ger något resultat eller inte ger den effekt man hade för avsikt att uppnå (www.ne.se 20020819).

## **Maktens gestalt**

I sin strävan efter makt handlar människan efter sina egna föreställningar om maktens natur. Symboler som ord och bilder kan påverka makten genom att de påverkar föreställningarna människan har om makt. Makten kan genom att ta sig fysisk gestalt synliggöras, bekräftas och legitimeras. Den har visat sig i former och symboler såsom byggnader, kläder, sigill, stövlar, uniformer, kors, hermelinmantlar, kronor, spiror, svärd, skrivbord, domstolar, talarstolar, tunga trädörrar, ödsliga väntrum och röda upptagetlampor (Hirdman 1989, SOU 1990:44).

## **Makt i genusperspektiv**

I maktutredningen finns det skrivet om skillnaderna mellan mäns och kvinnors makt. Det som skrivs är att kvinnors strukturellt lägre sociala status inte beror på frågor kring demokrati och styrning utan det talas om resurssvaga medborgare. På så sätt omvandlas maktfrågan mellan könen till att bli ett socialt problem. Kvinnor, och andra grupper som antas vara mindre gynnade till exempel invandrare, har en sämre ställning i samhället på grund av brister i olika resurser såsom ekonomi, kunskap och självförtroende.

Dessa brister i resurser leder till att kvinnor har en försämrad ställning på arbetsmarknaden både när det gäller löner och utvecklingsmöjligheter. Detta resurstänkande ligger också som grund till förklaringen, att kvinnor är underrepresenterade inom områden som politik, stora organisationer och näringsliv. Det finns ingen idé eller teori bakom detta resurstänkande eller varför det förhåller sig på detta sätt. Kvinnors bristande resurser blir en fråga om otillräcklighet som inte drabbar ”systemet” utan kvinnorna (SOU 1990:44).

Andra förklaringar som beskriver skillnaderna mellan mäns och kvinnors makt är könsrollsteorier och genussystemteorier. Könsrollsteorin döljer kvinnors brist på makt bakom sociala frågor eftersom begreppet könsroll ingår i vardagsförståelsen av könens relation. Kritik framförs i Maktutredningen mot könsrollsteorin. Rollteorin undviker maktaspekten och kvinnoroll och mansroll är lika men ändå olika storheter. Teorin fungerar som en tudelning, alltså kvinnor inordnas under kvinnorollen och männen under mansrollen. Indirekt härstammar detta ur naturen. Rollerna fungerar som ett mått för vad som är normalt och som man kan finna ”avvikare” till. Tanken med könsroller har en klar funktion: den håller männen utanför diskussionen om ojämlikhet och kvinnorna ses som resurssvaga och att de själva är orsak till sitt köns svaghet (SOU 1990:44).

Genusteori är ett begrepp som kan användas, som det benämns i boken ”Demokrati och makt i Sverige” (SOU 1990:44), som en lös inhägnad i vilken man bevarar vissa förståelser. Ett exempel på en sådan förståelse, som tas upp, är att genus är något mer sammansatt mellan en person och dennes omgivning. Det är en förståelse av det kulturella arvet och de sociala systemens betydelse för en människas agerande snarare än att det bara är en kvinno- respektive mansroll som man har klätt sig i. En annan inhägnad som beskrivs är att ordet genus används som benämning för en process i vilken människor formar sina maskulina eller feminina genus. Dessa formationer bildar arenor i vilka det skapas ordning och mening och där det genererar ny legitimitet åt dessa genusformationer. Det skapas också hierarkier och olikheter som resulterar i kvinnlig underlägsenhet och manlig överlägsenhet (SOU 1990:44).

## **Makt i omvårdnad**

Makten i omvårdnaden kan ha olika uttrycksformer. Vissa är mer tydliga än andra och benämns här som maktfaktorer. Den omvårdnadsteoretiker som tas upp är Kari Martinsen (2000) och hennes syn på makt ur ett omvårdnadsperspektiv. Sjuksköterskans makt belyses även ur författaren Skaus (2001) synsätt. Sjuksköterskan benämns här därefter som hon och patienten som han.



## **Maktfaktorer**

I litteraturen har vissa faktorer speciellt lyfts fram när det gäller begreppet makt och fått större utrymme än andra ämnen. I sjuksköterskans profession berör maktfaktorerna språk, kunskap och miljö henne, speciellt i det dagliga arbetet med patienten och även i andra möten med människor i yrkesutövningen.

### **Språk**

Ordet maktspråk kan ha flera tolkningar. Det kan vara bland annat befallningar från en makthavare, som kan innehålla hot eller ett språkbruk vilket är ett hjälpmedel för maktutövning, genom att det skapar underlägsenhetskänslor hos den som blir utsatt (www.ne.se 20020819). Sjuksköterskan har ett övertag gentemot patienten redan vid en första kontakt genom att kunna använda sitt fackspråk. Om inte patienten förstår det språk sjuksköterskan använder sig av när hon beskriver patientens situation är detta beklagligt och försätter patienten i ett underläge. En ojämn maktkamp har utvecklats. Om sjuksköterskan använder sig av uttryck som patienten inte förstår kan detta vara ett tecken på bristande förståelse och omtanke för patientens situation från sjuksköterskans sida. För patienten kan detta upplevas som förödmjukande. Språket som används inom vården kan patienten efter en tid även göra till sitt, för att kunna få makt över sitt tillstånd och förstå detta. Det visar att sjuksköterskans språk är det starkaste, mäktigaste och mest auktoritära av de båda (Skau 2001).

### **Kunskap**

Det sägs att kunskap är makt. Detta hör även hemma i förhållandet mellan sjuksköterska och patient. Den är ojämnt fördelad mellan de olika aktörerna till patientens tillkortakommande. Sjuksköterskan har mer kunskap ifråga om sitt kompetensområde, vårdens organisation och patientens situation än vad patienten själv vet om dessa faktorer. Sjuksköterskan behöver och har mycket information om patienten, vilket kan vara nödvändigt för att bedriva en säker vård (Skau 2001).

Ibland kan det dock vara så att sjuksköterskan har mer vetskap om patienten än vad som är till gagn för honom. Denna kunskap kan, om den används på ett felaktigt sätt, vara ett makt – och kontroll medel över patienten. Sjuksköterskan har emellanåt information om patienten som han inte vet själv. Dessutom har sjuksköterskan makt att bestämma över vad för slags information som patienten erhåller om sitt tillstånd (Skau 2001).

## **Miljö**

Miljön kan speglas på två plan dels genom relationen sjuksköterska – patient dels genom inom vilka väggar relationen äger rum. Sjuksköterskan har via sin yrkesutbildning utvecklat en hjälparroll och har skaffat sig denna genom ett frivilligt val. Patienten däremot har tvingats in i sin roll på grund av sjukdom, skada eller ökat hjälpbehov av annat slag. Sjuksköterskans roll har en central funktion i hennes yrkesutövning där hon lägger ner mycket tid och engagemang på att skapa och spela ut den på en scen hon själv skapar och vidareutvecklar. På grund av detta befinner sig sjuksköterskan på egen planhalva medan patienten befinner sig i för honom främmande miljö (Skau 2001).

## **Kari Martinsens omvårdnadsteori**

Med att vara professionell menas ofta att man ska ha ett tillräckligt avstånd och inte vara överinvolverad (hålla känslor tillbaka) samt att vara objektiv och saklig i sitt sätt att se på patienten. Kommunikationen blir ofta enkelriktad och ovanifrån och ner. Kunskapen om patienten blir begränsad till att fråga efter bestämda förhållanden. Patienten ses över huvudet och reduceras till ett objekt och blir på så sätt maktlös (Martinsen 2000).

Kompetensområdet professionell omsorg kan inte stå fritt från det ansvar och engagemang som i all sin bräcklighet kännetecknar all omsorg (Kirkevold, Nortvedt, Alvsvåg 1994).

Omsorg är i förlängningen allt bedrivande av omvårdnad och ligger till grund för den förståelse sjuksköterskan har för dem som är i behov av omvårdnad. Omsorg som moraliskt och professionellt kompetensfält bör vara en utgångspunkt för sjuksköterskans yrkesskicklighet i omvårdnad (Kirkevold, Nortvedt, Alvsvåg 1994)

Martinsen (2000) menar att vara professionell inte står i motsats till att vara personlig, involverad och att visa sina känslor. Hon vill skilja på att vara personlig och vara privat och mellan att hysa känslor för patienten och att vara känslös. Sjuksköterskan presenterar sig som en person med känslor. I sin känslösamhet kretsar hon runt sig själv. Hon begränsar sig till att inte dra in den andre i sin privata sfär, in i sina egna känslor. Förståelsen för patienten blir den känsla som syns utåt (Martinsen 2000).

Förr sågs omvårdnaden, skriver Kirkevold et al (1994), som ett kall som förutom religiös innebörd var förknippat med starkt personligt engagemang och hängivenhet för den individ eller grupp av individer som sjuksköterskan var kallad att tjäna. I mitten av 1900-talet ändrades denna syn och det krävdes istället mer vetenskaplig kunskap som hamnade i förgrunden. Känslor och personlig lämplighet hamnade i bakgrunden.

Martinsen var redan på 1970-talet kritisk till detta och varnade för problematiska aspekter i omvårdnadsforskningen. Hon menade att saklig analys och kritik var betydelsefull för ökad förståelse och insikt. Det i sin tur kunde leda till ett kritiskt tänkande som ledde till möjliga lösningar på komplexa problem. På så sätt kunde det uppstå en ny syn på omvårdnaden.

Sedan 1980-talet har Martinsen arbetat med en omvårdnadsteori som ligger till grund för förståelsen för patienten i omvårdnaden och för synen på omvårdnad som en mellanmännisklig praktisk och moralisk omsorgsform. Omvårdnad måste förbli en omsorgshandling som är grundad på kärleken till nästan och en solid moralisk och praktisk kompetens. Omvårdnaden måste utföras med klokskap och skicklighet (Kirkevold et al 1994).

Martinsen (2000) uttrycker att med ett hjärtligt deltagande öga sätter sjuksköterskan sig i en position där hon kan bli värdig den sjukes tillit. Det är ett sätt för sjuksköterskan att se på patienten utan att hon överför sin privata uppfattning om honom och som inte med våld (sin makt) trycker ner honom.

Martinsen (2000) menar att en sjuksköterska alltid har något av en annan människas liv i sin blick och med sin blick också sin makt. Med denna hållning till patienten, som sjuksköterskans blick uttrycker, kan hon vara med och bidra till att patientens värde blir ont och isolerat. Hennes blick kan också få patienten bli fri att våga ta sig utanför sina spärrar och komma ut i relationen och växa. Det finns många olika sätt för sjuksköterskan att se på patienten. Hos båda parter finns det en bön om att tas emot och att bli sedd. Det är en önskan om att den andre skall svara med uppmärksamhet, vara lyhörd och inte kritisera. Kunskapen såväl som makten är här på sjuksköterskans sida. Sjuksköterskan har utbildning för att kunna hjälpa och har även möjlighet att dra nytta av den miljö hon utför sin gärning i. Mycket står på spel för patienten. Hans utsatthet och sårbarhet är inte bara fysisk utan även existentiell (Martinsen 2000).

Kroppen, som patienten upplever vara i olag, och hans oro och osäkerhetskänsla för den nya situationen som han befinner sig i, signalerar till sjuksköterskan att bli sedd och att bli omhändertagen. Sjukdom kan även leda till förvirring så att patienten stänger om sig och inte vill ta emot den hjälp sjuksköterskan erbjuder. Det är svårt för sjuksköterskan, att tillmötesgå patienten då han befinner sig i ett sådant tillstånd. Hon använder sig av en positiv ton för att lindra patientens negativa förhållande till sjukdom, oro och tillknäpphet. Hon försöker då ge ett rakt och gott intryck till patienten så att detta återspeglar sig i hans känslor och på så sätt kan han känna betydelse för sig själv med aktning och mening. Den professionella sjuksköterskan försöker att spegla patientens intryck. Detta sker genom en växelverkan mellan medvetet avståndstagande till patienten och den spontana etik, förståelse och kunskap sjuksköterskan äger. Hon har på så sätt makten att styra patienten mot en positiv känsla för sin person (Martinsen 2000).

I sin beskrivning av omvårdnad använder Martinsen (2000) berättelsen om den barmhärtiga samariten som i hälsohistorien har använts som en beskrivning av flera av de vårdande professionerna. Den har blivit sedd som en förebild för omsorgsetik. Den visar att människan är beroende av andra människor då det i livet finns sårbarhet, lidande och brist på livsmod. Det är en berättelse där människor, som är främmande för varandra, möts nära i tid och rum. Den visar att det finns människor som utövar omsorg om sin nästa men också att det finns människor som inte bryr sig om denna omsorg. Den speglar livets många nyanser (Martinsen 2000).

### **Sjuksköterskans makt**

Att bli patient, menar Skau (2001), kan vara en händelse av stor betydelse för många. Det innebär att man går in i en relation med den offentliga vården som sjuksköterskan är en del av, och som samtidigt är en maktapparat. För patienten kommer detta, oavsett om kontakten består under en längre eller kortare tid, att han går in i en roll som kommer att vara en del av hans sociala identitet även efter det att förbindelsen är slut. Relationen mellan patient och sjuksköterska är en process som utvecklas genom flera steg, bland annat genom konflikter som frihet och tvång, makt och vanmakt, hjälp och skada, jämlikhet och ojämlikhet, system och individ. Dessa konflikter upplever både patient och sjuksköterska vilket gör att de utvecklar olika tillvägagångssätt för att hantera dem (Skau 2001).

Tillvägagångssätten kan vara mer eller mindre medvetna. En strategi som sjuksköterskan ibland använder för att tona ner sitt maktövertag, i sin uppfattning av sig själv kontra patienten, är att se sig som bara en hjälpare. Detta kan vara farligt. Aspekten av makt finns alltid oavsett om den är medveten eller inte. Är sjuksköterskan inte medveten om den finns det ingen möjlighet att kontrollera eller förändra den (Skau 2001, Socialstyrelsen 2001). En viktig del av sjuksköterskans professionalitet är att förstå sin egen roll och funktion som den del av hjälp- och maktapparaten som hon tillhör. Sjuksköterskan behöver ständigt arbeta med att utveckla sin medvetenhet om och sitt kritiska förhållningssätt till sin egen yrkesroll (Skau 2001).

Skau (2001), liksom Martinsen (2000), framhåller att människokärlek och professionalitet inte ska ses som motpoler, utan som drivkrafter i omvårdnaden. Människokärlek utan professionalitet och dess distans och klarsynthet är inte någon bra hjälp. Att inte hålla distans till patienten och identifiera sig med hans problem kan leda till att hjälparen, sjuksköterskan, utplånar sig själv (Skau 2001, Martinsen 2000). Dessutom riskerar hon att bli utbränd och ge patienten dåligt samvete för att han inte klarar sjuksköterskans krav på honom (Skau 2001).

Begreppet makt har ofta en negativ klang och de flesta människor vill helst inte bli utsatta för andras maktutövande eller själva bli symbol för makt. Makt behöver inte vara av ondo. Makten blir av ondo först när den som utövar den inte är medveten om sin maktposition eller agerar på ett oprofessionellt sätt i sitt yrkesutövande. Makt finns även om den inte syns eller används. Själva makten ligger i att sjuksköterskan har möjligheten att driva igenom sin vilja. Detta faktum kan leda till en konfliktsituation mellan sjuksköterskan och patienten om inte bägge parter har en gemensam strategi mot ett gemensamt uppsatt mål (Monsen 2000, Skau 2001).

Patienten är beroende av professionella hjälpare, såsom sjuksköterskan, för att kunna få bästa möjliga hjälp och behandling. I och med detta hamnar patienten i ett underläge där det är bäst att anpassa sig och samarbeta, inte kritisera och motarbeta. Risken för patienten att komma med en motstrategi, som till exempel vägra ta mediciner eller inte gå med på behandlingsplaner, kan leda till försämrad hjälp och vård. Ojämlighet mellan människor ligger till grund för all makt. Makten kan utvecklas genom frivillig underkastelse under en annan persons vilja eller den kan födas genom hot om/eller kroppsligt förtryck. Sjuksköterskan kan använda sin makt för att hjälpa eller för att skada (Skau 2001).

## **SYFTE**

Syftet var att synliggöra sjuksköterskans makt i förhållande till patienten i en vårdssituation.

## **FRÅGESTÄLLNING**

Hur kan sjuksköterskans makt se ut i förhållande till patienten i en vårdssituation?

## **METOD**

Under denna rubrik redovisas hur litteratursökning gått till väga. Vidare redovisas hur sökning skett via databaser samt vilka kriterier som använts vid inklusion och exklusion av funna artiklar och böcker. Slutligen analyseras hur funnet material använts till resultatredovisningen.

## **Litteratursökning**

Sökning av litteratur har skett via biblioteket på högskolan Trollhättan/Uddevalla, institutionen för omvårdnad i Vänersborg. Till stöd i litteratursökningen har Backman (1998) och Willman, Stoltz (2002) använts. Litteraturen har bestått av böcker och artiklar. Böcker har sökts via sökmotorn SOFIA på högskolebiblioteket i Vänersborg. Sökmotorer som användes vid sökning av artiklarna var CINAHL, ERIC, Google, Libris, PubMed, Science Direct och The Cochrane Library. Sökorden på svenska har varit sjuksköterska, patient, makt och vård. De engelska sökorden var nurse, patient, power, control, authority, might och force. Sökningar som gjorts redovisas i Tabell 1.

Tabell 1. Sökningar som gjorts i databaser och antalet träffar.

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Träffar</b>
Cinahl	Nurse, authority	23
Cinahl	Power, nurse	75
Cinahl	Nurse, control, patient	7
Cinahl	Nurse, might	37
Cinahl	Nurse, power, authority, force, might	0
Chinal	Nurse, patient, power	1
ERIC	Nurse, authority	0
ERIC	Power, nurse	1
ERIC	Nurse, control, patient	3
ERIC	Nurse, might	1
ERIC	Nurse, power, authority, force, might	0
ERIC	Nurse, power, patient	0
Google	Makt	183000
Google	Makt, sjuksköterska	932
Google	Makt, sjuksköterska, patient, vård	98
Libris	Makt	2309
Libris	Sjuksköterska, makt	0
Libris	Makt, sjuksköterska, patient, vård	0
Pub Med	Power, nurse	37
Pub Med	Nurse, authority	0
Pub Med	Nurse, control, patient	0
Pub Med	Nurse, might	0
Pub Med	Nurse, power, authority, force, might	0
Pub Med	Nurse, patient, power	797
Science Direct	Nurse, authority	15
Science Direct	Power, nurse	33
Science Direct	Nurse, control, patient	1
Science Direct	Nurse, might	86



<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Träffar</b>
Science Direct	Nurse, power, authority, force, might	0
Science Direct	Nurse, patient, power	4
The Cochrane Library	Nurse, authority	0
The Cochrane Library	Power, nurse	0
The Cochrane Library	Nurse, control, patient	9
The Cochrane Library	Nurse, might	0
The Cochrane Library	Nurse, power, authority, force, might	0
The Cochrane Library	Nurse, patient, power	0

## **Urval**

Vid databassökning har abstracts studerats där sådant varit tillgängligt. Där detta inte funnits tillgängligt har författarna valt bort dessa. Inklusionskriterierna har varit när ovanstående sökord har stått i relation till frågeställningen, det vill säga när det har kunnat antas att sjuksköterskans makt i förhållande till patienten är omskrivet. Exklusionskriterierna blev således de artiklar där det i abstract eller artikel har framkommit att följande områden har varit kärnan för sjuksköterskans makt: administration och organisation, genus, utbildning och studeranderollen, barn och ungdomar samt grupper som berörts vid exempelvis hälsokontroller.

Vidare exkluderades icke vetenskapliga artiklar och böcker. Tidsaspekten har inte närmare berörts men de flesta artiklar är från början av 1990-talet och framåt. Eftersom abstrakten i vissa fall varit otydliga har dessa mer ingående granskats i sin helhet innan urvalet slutligen gjorts. Genom detta har flera artiklar utgått i ett sent skede av granskningen.

## **Analys**

Litteraturen, som redovisas i Tabell 2, har studerats och sedan analyserats utifrån frågeställningen ”Hur kan sjuksköterskans makt se ut i förhållande till patienten i en vårdssituation?”.

Författarna har först läst in utvalda böcker och artiklar, både tillsammans och var för sig. I texterna har författarna markerat för uppsatsen viktiga delar som sedan jämförts. Vidare har författarna diskuterat och sammanställt materialet, för att sedan redovisa analysen, artikel för artikel och bok för bok i resultatet. Därefter avslutar författarna med en konklusion av det som framkommit i resultatet.

Tabell 2. Författare, publiceringsår, titel, syfte, metod och urval.

<b>Författare, publiceringsår, titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Urval</b>
Bottorff, J. L. & Steel, R. & Davies, B. & Garossino, C. & Porterfield, P. & Shaw, M. 1998 Striving for Balance: Palliative Care Patients' Experiences of Making Everyday Choices	Undersöka och beskriva patienters erfarenheter av att fatta beslut gällande personliga och sjukvårdande rutiner inom palliativ vård.	Deltagande observationer av interaktionen mellan sjuksköterska och patient samt djupintervjuer. Analys med hjälp av grounded theory metod.	16 patienter inom palliativ vård samt deras sjuksköterskor.

<b>Författare, publiceringsår, titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Urval</b>
Kettunen, T. & Poskiparta, M. & Gerlander, M. 2002 Nurse-patient power relation-ship: preliminary evidence off patients' power messages	Beskriva i detalj hur patientens inflytande minskade under vårdtiden på sjukhus.	Kvalitativ metod. Videoinspelning vid patientrådgivning.	38 patienter som sökte rådgivning på ett finskt sjukhus samt 19 sjuksköterskor. 2 patienter av dessa ville ej delta.
McKinlay E, M. 2001 Within the Circle of Care: Patient Experiences of Receiving Palliative Care.	Att undersöka palliativa patienters individuella upplevelser av vård på hospice.	Intervjuer med två, på förhand bestämda, frågor samt att författaren uppmanat patienterna att själva berätta om sina upplevelser av vård.	Tre män och tre kvinnor mellan 58 och 79 år, alla i terminalt skede av sjukdomsförloppet. De var utvalda av personalen på hospicet där de bedömde att patienterna skulle klara av 15 minuters samtal och inte vara påverkade mentalt.

<b>Författare, publiceringsår, titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Urval</b>
Morse, J, M. & DeLuca Havens, G, A. &Wilson, S. 1997 The Comforting Interaction: Developing a Model of Nurse-Patient Relationship.	Att argumentera för en arbetsmodell som inbegriper både interaktionen och relationen mellan sjuksköterska och patient.	Litteraturstudie.	Ämnena interaktionen mellan sjuksköterska och patient, samt relationen sjuksköterska och patient.
Rundqvist, E, M. & Severinsson E, I. 1999 Caring relationships with patients suffering from dementia- an interview study.	Att beskriva och analysera vårdgivares vårdrelationer med patienter som har demens.	Intervjuer med öppna frågor där den som svarat fått berätta fritt under en tidsrymd av två timmar. Intervjuerna inspelades på band och skrevs ut samt analyserades och kategoriserades.	Sex anställda på en vårdavdelning för dementa. Dessa anmälde sig frivilligt till undersökningen. Bara kvinnor deltog.
<b>Författare,</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Urval</b>

publiceringsår, titel			
Gedda, B. 2001 Den offentliga hemligheten.	Att beskriva och belysa de villkor med vilka folkhälsoarbetet, sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens formas på befolkningsnivå, utifrån olika lokala företrädares föreställningar och intentioner samt yrkesprofessionens, vårdens och utbildningens kultur.	Datainsamlingen har skett med hjälp av strukturerade intervjuer. Olika teman fanns att behandla. Utrymme gavs så att den intervjuade hade möjlighet att utveckla och initiera egna tankegångar och utvecklingar. Undersökningen innehåller två intervju delar.	Av den faktiska representationen har valts fyra stycken ur varje kategori. Studie 1: politiker som ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnd, chefsläkare, sjuksköterskor i beslutsfattande ställning och skolledare. Studie 2: skolsköterskor, distriktssjuksköterskor, distriktsbarnmorskor, sjuksköterskor inom företagshälsovård.
Skau, G, M. 2001 Mellan makt och hjälp. Förhållandet mellan klient och hjälpare i ett samhällsvetenskapligt perspektiv.	Huvudtemat är att belysa vad som sker när en människa blir klient. Vidare uppmärksammas de konflikter som uppstår mellan klient och sjuksköterska när dessa möts.	Beskrivningar av Skaus egna och andra författares erfarenheter och teorier om förhållandet mellan klient och hjälpare.	

## RESULTAT

De under metod valda artiklarna och böckerna redovisas här utifrån frågeställningen. Resultaten redovisas med en sammanfattning utifrån de resultat artikelförfattarna kommit fram till i sina undersökningar och studier. Artiklarna och böckerna redovisas var och en för sig och sammanfattas med författarnas analys efter varje avsnitt.

**Bottorff , Steele, Davies, Garossino, Portefield, Shaw (1998)** redovisade i sin studie patienters upplevelser gällande hur sjuksköterskan erbjöd olika möjligheter till val av omvårdnad och vilken respons patienten gav till dessa. Patienten kunde avslå, acceptera eller kompromissa sig fram till ett alternativ som passade bägge parter. När patienten gjorde sitt val såg han/hon till sjukhusets resurser, avdelningens rutiner, vårdpersonalens arbetsbelastning samt hur väl han/hon kände personalen. Detta hjälpte dock inte alltid då sjuksköterskan inte förstod eller valde att inte förstå patientens val. I detta låg sjuksköterskans makt och hon valde här att utifrån sin egen kunskap och beprövad erfarenhet att styra patienten mot ett mål som hon ansåg vara bäst för patienten eller som passade hennes arbetssituation. Hon kunde även använda sig av argument som till exempel läkarens ordination, sjukhusets rutiner och rekommenderad praxis för att få sin vilja igenom. Konsekvensen av detta var att patienten kände sig mindre värd och maktlös.

För att sjuksköterskan skulle lyssna på patienten och tillmötesgå honom, använde sig patienten av ett försiktigt och artigt framläggande av sina önskemål för att dessa inte skulle uppfattas som krav. Patienten var rädd för att ligga sjuksköterskan till last och tillföra henne ytterligare arbete då hon kanske redan var upptagen med andra patienter och rättade sig efter detta. Patienten valde då att vänta med att framlägga sina önskemål till en bättre tidpunkt (Bottorff et al 1998).

Sammanfattningsvis framkom i artikeln att det var avdelningens normer som styrde patientvården samt vilka valmöjligheter som fanns för patienten. Sjuksköterskan dolde sin makt bakom dessa normer och patienten rättade sig efter detta.

Han använde sig av sin adaptionsförmåga för att passa in i avdelningens rutiner och för att i slutändan få en bättre respons på sina önskemål från sjuksköterskan. Relationen

mellan sjuksköterskan och patienten blev ojämlik då patienten hela tiden tog hänsyn till henne och kom i ett underläge i den maktkamp som uppstod.

**Doyle (1992)** tog upp i sin studie sjuksköterskans olika taktiker för att tillsammans med patienten uppnå en balans mellan beroende och självständig egenvård på en rehabiliteringsavdelning. För att få patienten att uppnå denna balans använde sjuksköterskan sig av följande metoder: lirkande, belöning, undervisning, hot och befallning.

Lirkande var den mest vanliga metoden, där sjuksköterskan försökte motivera patienten med att säga ”att detta måste du klara när du kommer hem”. När sjuksköterskan använde denna metod, tenderade patienten till att låta sjuksköterskan styra omvårdnaden.

Belöning användes för att få patienten att utföra det som sjuksköterskan önskade. Beröm var en vanlig form av belöning. Sjuksköterskan kunde också utföra vissa moment i omvårdnaden åt patienten som en form av belöning då patienten klarat av andra delar i sin egenvård. De sjuksköterskor som använde denna metod påstod att patienten fortsatte att samarbeta med sjuksköterskan i omvårdnaden.

Utbildning var en metod som vissa sjuksköterskor ansåg vara ett sätt att få patienten att förstå sjuksköterskans synvinkel bättre. Informationen som gavs kunde leda till att patienten kunde lära sig hur han skulle kunna genomföra sin egenvård i hemmet. Denna information kunde accepteras även om den innebar att patientens förväntningar förändrades. Patienten kunde också ignorera informationen som sjuksköterskan gav i ett försök att bibehålla sin kontroll.

Det fanns de sjuksköterskor som använde sin makt över patienten genom att hota om exempelvis indragen vård om patienten inte gick med på den behandling som föreslagits. Detta var en metod som sällan förekom (Doyle 1992).

Genom att befalla, använda ett bestämt förhållningssätt, ansåg vissa sjuksköterskor att de kunde uppmuntra patienten till att utföra sin egenvård. Exempel på en sådan

befallning var att säga till patienten att ”vill du ha håret tvättat får du göra det själv”. Denna metod var beskriven som den mest effektiva i början av vårdtiden på en rehabiliteringsavdelning. Metoden kunde resultera i att patienten vägrade utföra handlingen eller att det ledde till en konflikt med sjuksköterskan (Doyle 1992).

Sammanfattningsvis framkom att det pågick en indirekt maktkamp i relationen mellan sjuksköterskan och patienten oavsett vilken metod sjuksköterskan använde sig av. Sjuksköterskan använde de olika metoderna i kommunikationen som ett maktmedel för att styra och få ett övertag över patienten. Om metoderna användes på ett, för sjuksköterskan, framgångsrikt sätt resulterade detta i att relationen blev ojämlig. Patienten förlorade delvis kontrollen och i värsta fall blev han maktlös. Från sjuksköterskans sida kunde valen av metod vara medveten eller omedveten.

**Kettunen, Poskiparta och Gerlander (2002)** tog i sin studie upp samtalet mellan sjuksköterska och patient, hur detta såg ut och följderna av detsamma. Studien visade olika sätt som sjuksköterskan använde vid rådgivning med patienten på sjukhus.

Ett sätt som sjuksköterskorna använde sig av var att det var hon som höll i och styrde samtalet åt det håll hon ville samt bestämde ämnet för samtalet. Sjuksköterskan lyssnade inte så mycket på patienten och lät heller inte patienten komma till tals för att komma med egna funderingar och egna åsikter. Som mall använde sjuksköterskan en broschyr vilket gjorde att ögonkontakten mellan sjuksköterskan och patienten var minimal. Även detta hindrade patienten att framföra eventuella synpunkter och frågor. Denna manual/broschyr gjorde att rådgivningen inte blev individuell utan mer generell. Patienten accepterade sjuksköterskans kunskande och ifrågasatte inte de råd som gavs. Sjuksköterskan bibehöll sin kontroll över samtalet längre än patienten och bestämde innehållet i rådgivningen. Därmed hade sjuksköterskan makten att styra samtalet dit hon ville. Dominansen över patienten i denna del var helt klart sjuksköterskans (Kettunen et al 2002).

I detta fall stod sjuksköterskan för tre fjärdedelar av frågandet medan patienten bara bereddes plats för sina frågor under resterande tid som var avsatt för rådgivningen (Kettunen et al 2002).



Ett annat sätt som utmärkte sig var då sjuksköterskan var mer lyssnande och bekräftande. Hon lät patienten behålla ordet när han så ville och mer vara den styrande. Här var makten och kontrollen mer jämlik även om sjuksköterskan fortfarande hade kontrollen så att samtalet fortskred. Sjuksköterskan använde sig av ord och uttryck som för hennes profession kunde anses klara men som patienten inte förstod eller vågade fråga om (Kettunen et al 2002).

Sammanfattningsvis framkom att sjuksköterskan använde kommunikationen som ett maktmedel över patienten för att kunna styra eller avvisa honom. Kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten blev bristfällig i och med att ögonkontakt undveks och samtalet utfördes som en envägskommunikation. Konsekvensen av detta resulterade i att relationen mellan de båda blev obalanserad. Risk fanns att patienten kände sig underlägsen och förtroendet för sjuksköterskan minskade.

**McKinlay** (2001) såg i sin undersökning att patienter beskrev det som viktigt att kunna behålla kontrollen över sina liv. De kunde överlåta denna kontroll till sjuksköterskan när sjukdomen gjorde att de inte längre orkade fatta egna beslut gällande omvårdnaden runt deras egen person. Med patientens tillåtelse tog/hade då sjuksköterskan makten över patienten. Detta sågs av patienten som något positivt. De flesta patienter fann att det kändes tryggt att sjuksköterskan hela tiden höll ett vakande öga över dem men det fanns även de patienter som uttryckte en viss irritation över att ständigt vara övervakade (McKinlay 2001).

Sammanfattningsvis framkom att även om patienten gav bort kontrollen till sjuksköterskan, så bibehöll han ändå en form av kontroll över sin person. Detta skedde genom att det var en frivillig handling från patientens sida och på så sätt blev makten tudelad. Kontentan blev att sjuksköterskan gjorde patienten maktlös med patientens goda minne.

De patienter som upplevde en "viss irritation" hade fortfarande inte gett upp maktkampen, i relationen med sjuksköterskan, och hon kunde i detta fall inte styra patienten. Här var relationen fortfarande levande och flexibel.

**Morse, DeLuca Havens, Wilson** (1997) beskrev i sin artikel sjuksköterskans arbete som något instinktivt och intuitivt. Detta var något som hon lärde sig genom utbildning och erfarenhet.

Sjuksköterskans agerande gentemot patienten var beroende av dennes tillstånd i detta nu och ändrade sig hela tiden. Detta berodde på informella förhandlingar mellan de båda och fortgick tills det att relationen hade utvecklats så att den tillfredställde både sjuksköterskan och patientens behov och planer. Den strategi sjuksköterskan använde sig av kunde, som beskrevs i artikeln, ändras under samtalets eller handlingens gång. Strategin var beroende av sjuksköterskans kompetens, typ av vård som gavs och det professionella förhållningssätt sjuksköterskan hade till patienten och till vårdsituationen i sin helhet.

Relationen mellan bägge parter var patientstyrd, dynamisk, interaktiv och beroende av olika sammanhang. Sjuksköterskan behöll kontrollen genom att välja behandlingsalternativ. Patienten behöll i sin tur kontrollen genom att acceptera de råd som sjuksköterskan gav, beslöt om och erbjöd. Sjuksköterskan behöll, även om patienten accepterade sjuksköterskans val, sin makt eller kontroll genom att patienten inte opponerade sig och beslutet låg i sjuksköterskans hand (Morse et al 1997).

Sammanfattningsvis framkom att makten var tudelad och inte statisk. Relationen blev därmed mer balanserad och flexibel. Detta var beroende av patientens aktuella hälsotillstånd och sjuksköterskans bedömning och känsla för hur mycket hon kunde styra vården och påverka patienten i denna process. Kommunikationen, den direkta och indirekta, använde sjuksköterskan som ett maktmedel för att styra valet av patientens behandlingsalternativ. Acceptans från patientens sida behövde inte betyda att han hade kontroll utan han kunde lika gärna uppleva maktlöshet.

**Rundquist & Severinsson** (1999) kom fram till att sjuksköterskan hade makten att inbjuda, avstå eller avvisa patienten till att ha en relation. Denna makt, rätt använd, gav

sjuksköterskan möjligheter att visa den människokärlek och känsla som hon hade för patienten. Vårdandet berodde på sjuksköterskans värderingar och kulturella bakgrund som stod som bas för relationen mellan sjuksköterskan och patienten. Medkänsla var ofta sammanbunden med barmhärtighet eller att göra något gott för patienten. Detta innebar att sjuksköterskan var sann, äkta och ärlig i sin handling. Varje gång sjuksköterskan gick ifrån denna känsla tog hon ett steg ifrån sig själv och svek patienten. Sjuksköterskan kunde då även använda sina vårdhandlingar till att kontrollera och klara av patienten istället för att skapa en meningsfull relation dem emellan. På detta sätt hade sjuksköterskan använt sin kontroll och makt på ett felaktigt sätt.

Målet, för sjuksköterskan, med omvårdnaden var att patienten skulle uppleva en förbättrad hälsa och stödja patienten så att denne bibehöll sin hälsa. Omtanke i omvårdnad var en sann kärlekshandling från sjuksköterskan till patienten (Rundqvist et al 1999).

Sammanfattningsvis framkom att vården var en kärlekshandling från sjuksköterskan till patienten. Kärlekshandlingen hade ett religiöst inslag och med detta fick handlingen även något av ett kall över sig. Om sjuksköterskan upplevde sitt yrke som ett kall, kunde det leda till att hon kände det som hennes plikt att vårda. Om vården utfördes som en plikt krävdes inget engagemang och patienten kunde känna sig betydelselös. Relationen fick ett bristfälligt innehåll för patienten. Det religiösa synsättet var patriarkalisk och kommunikationen skedde uppifrån och ner och därmed var den ojämna maktfördelningen ett faktum.

**Gedda** (2001) menade att sjuksköterskan genom olika maktprocesser kunde påverka människor, både individuellt och i grupp, till att förändra sitt hälsobeteende. Dessa processer kunde vara av positiv eller negativ karaktär men med det gemensamma positiva målet att påverka människor till en förbättrad livsstil (Gedda 2001).

Gedda (2001) menade att sjuksköterskan tog på sig att "hälsofostra" patienter främst de som hade kroppsliga, synliga tecken på ohälsa. Strategier fanns som visade vad sjuksköterskan ville uppnå med sin hälsoundervisning.

Pedagogiska maktstrategier som artikelförfattaren tog upp var: normativt övervakande, argumenterande, kontraktspedagogik, hjälp till självhjälp, bekännelsepedagogik och hälsoprofil som pedagogiskt redskap.

Med normativt övervakande menades att sjuksköterskan genom samtal inventerade faktorer till hälsa/ohälsa hos patienten. Utifrån denna strategi var det sjuksköterskan som hade makten att bedöma vad som var rätt behandling för just denna människa och vid vilket tillfälle behandlingen skulle ges. Genom att utnyttja sin positiva maktutövning påverkade sjuksköterskan patienten och fick honom att förstå innebörden av ohälsa och ökade hans kunskaper om orsaker därtill.

Argumenterande fanns med i avseende att sjuksköterskan skulle kunna påverka patientens sätt att tänka eller handla när det gällde nuvarande och kommande hälsorisker. Utseendet på argumentationen kunde se olika ut beroende på hur och på vilket sätt sjuksköterskan argumenterade. Olika aspekter och faser som användes kunde vara psykiska, fysiska och/eller sociala. Undersökningsresultat kunde även användas som ett bevis för sjuksköterskan i sin argumentation. Här kunde mätvärden exempelvis provsvar, göras synliga för patienten så att han lättare kunna påverkas eller övertygas.

Med kontraktspedagogik menades att ett kontrakt sattes upp mellan sjuksköterskan och patienten eller att patienten själv lovade sig något, ett så kallat egenkontrakt. Kontraktet kunde användas för att patienten själv skulle formulera sitt problem med hjälp av den kunskap som sjuksköterskan kunde bidra med. Detta var ett exempel på en positiv maktutövning. Kontrakt kunde också användas som ett sätt att kontrollera patienten snarare än att göra denne medveten om sitt problem. I denna form finns en negativ klang. Rätt använt kunde sjuksköterskan använda kontraktet till att styra patienten mot god hälsa och medvetandegöra honom om detsamma (Gedda 2001).

Hjälp till självhjälp användes för att medvetandegöra patienten om sina egna resurser och vara ett stöd för patienten i hans egna val. Här var det viktigt att patienten kände att han blev trodd. Sjuksköterskan lyssnade aktivt och visade intresse för vad patienten

talade om. Vikt lades även vid att ge patienten tid, lyssna efter bakomliggande faktorer samt aktivt stödja patienten. I denna strategi var patienten den som styrde inriktningen och fann ett syfte som han kunde acceptera utifrån sin egen bakgrund, insikt och drivkraft. Patienten var här den som definierade problemet. Det var här en frigörande strategi. Sjuksköterskorna ansåg att denna modell ställde stora krav på dem, då de skulle kunna ta emot och hantera patienternas problem både fysiskt och psykiskt samt stödja patienten utan att ta över problemlösningen från honom.

Bekännelsepedagogik skiljde sig från ovanstående genom att den handlade om bekännelse/erkännande istället för frigörelse. En förutsättning för denna var att sjuksköterskan och patienten kunde generera ett personligt förhållande med dialogen i centrum. För sjuksköterskan innebar detta att samtalet fick ta den tid som behövdes och ett personligt engagemang krävdes från hennes sida. Patienten hade ett behov att få tala med någon som ville lyssna till dem. Sjuksköterskans profession användes som ett sätt att komma nära patienten och för att kunna få en samlad bild av hela människan. En förutsättning för detta var att patienten ville medge och avslöja defekter och brister i sitt leverne, för att sjuksköterskan skulle kunna göra patienten medveten om dessa och för att han därefter skulle vilja ändra på dem.

Hälsoprofil som pedagogiskt redskap var en modell där hälsosamtal användes av sjuksköterskan då hon ville ha en samlad bild av patientens hela livssituation. Bedömningen av en hälsoprofil användes som ett redskap för att komma patienten nära och skapade en gemenskap med honom. Sjuksköterskan kunde även upptäcka hälsoproblem och risker hos patienten eller i hans närhet. Denna bedömning kunde även användas för att lyfta upp problem och påverka patientens livsstil och hälsa i sin helhet. Eftersom sjuksköterskan i dessa samtal kom patienten nära hamnade han i en beroendeställning gentemot sjuksköterskan då hon kunde granska, övervaka och lotsa patienten mot ett agerande för förbättrad hälsa, ett agerande som han själv inte hade valt (Gedda 2001).

Sammanfattningsvis framkom att kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten fanns med i alla maktprocesserna. I de flesta fall var det sjuksköterskan som

hade övertaget/makten både på det kommunikativa planet och i relationen med patienten. I de processer där patienten hade kontroll resulterade detta i positiva upplevelser för båda parter och relationen blev jämställd. Parterna kommunicerade med varandra, inte till varandra.

**Skau** (2001) uttryckte i sin bok att hjälp var ett mångfasetterat begrepp som ibland användes av sjuksköterskan för att skyla över och legitimera övergrepp. Uttryck som ”Det är för ditt eget bästa”, ”Du måste förstå att det bara gjordes för att hjälpa dig”, var exempel på legitima övergrepp. Vad som kunde upplevas som hjälp respektive skada skiljde sig från person till person och hur personen identifierade ordet hjälp. Skillnaden mellan ideal och verklighet vad gällde begreppet hjälp var stor. Idealet säger att sjuksköterskan alltid skulle arbeta utifrån patientens önskemål och behov och att omvårdnaden skulle planeras tillsammans med honom. Huvudmålet med detta var att patienten skulle kunna hjälpa sig själv bättre. Sjuksköterskan skulle ge sin hjälp på ett sådant sätt att det inte kränkte patienten och dennes levnadssätt samt att sjuksköterskan skulle ha minimal kontroll över honom. Att arbeta för att stärka patientens resurser till självhjälp innebar att sjuksköterskan utgick från ett resursorienterat tänkande. Detta var ett exempel på positiv maktutövning från sjuksköterskans sida. Med detta menades att hon trodde att alla människor ägde egna resurser för att lösa de problem som uppstod i livet och att förmågan fanns till att göra det bästa av detta. Sjuksköterskans viktigaste arbetsuppgift blev då att stödja och hjälpa patienten till att bygga upp dessa resurser. På ett djupare plan innebar detta att sjuksköterskan såg varje individ som ansvarig för och myndig över sitt eget liv. Hjälpen som sjuksköterskan erbjöd var då befriad från förmynderi. Detta skulle ske med patientens godkännande och deltagande och inte över hans huvud. Verkligheten såg dock annorlunda ut då den tänkta hjälpen i praktiken förvandlades till så kallad hjälp av den anledning att den oftast genomfördes över patientens huvud (Skau 2001).

Ofta var det verbalt svaga personer som löpte risk för att bli utsatta för oombedd hjälp. Patienten blev då föremål för påtvingade ”hjälpande händer” utan att ha blivit tillfrågad om sina behov och önskemål (Skau 2001).

Ett annat exempel på en maktposition som sjuksköterskan ägde och som var bekräftad genom lagstiftning var journalföringen (Skau 2001, [www.sos.se](http://www.sos.se) 20021004). I patientjournalen gick det att läsa att sjuksköterskan var skyldig att föra journal och dokumentera den omvårdnad hon utförde ([www.sos.se](http://www.sos.se) 20021004). Språket i patientjournalerna var av ett sådant slag att det var utformat efter vårdorganisationens företrädare och de språkliga koder som tillhörde denna. Exempelvis hade sjuksköterskan genom att sätta namn på patientens hälsotillstånd makt över detta tillstånd. I sin journalföring kunde hon genom att använda sin terminologi styra betydelsen i journalen genom sin tolkning av hälsotillståndet. Att sätta ord på ett tillstånd var ett sätt att få makt över det.

Vid kontakt med vården, oftast genom sjuksköterskan, blev patienten många gånger utfrågad om sin livssituation och sig själv som individ. Det var viktigt att sjuksköterskan fick ta del av denna information för att kunna bistå patienten. En viss obalans i fördelningen av kunskap och kännedom om varandra var därför oundviklig.

Viktigt för sjuksköterskan att tänka på var vilken slags information som var betydelsefullt att hon fick till sig, hur hon fick den och på vilket sätt hon hanterade den. Att sjuksköterskan visste så mycket som möjligt om patienten var inte alltid till fördel för honom då detta kunde användas som ett makt- och kontrollmedel av sjuksköterskan. Detsamma gällde på vilket sätt sjuksköterskan inhämtade informationen om patienten. Hon kunde antingen visa ett genuint intresse för patientens värde och inte skada hans självkänsla och självrespekt men hon kunde också hämta kunskap om patienten på ett sätt som var förödmjukande och respektlöst.

Med den information som sjuksköterskan fick om patienten gjorde hon tolkningar och beskrivningar av verkligheten utifrån sitt eget professionella diagnostiska språk. Ett urval av informationen skedde och antecknades i patientjournalen (Skau 2001).

Det var endast sjuksköterskan som hade möjlighet att klargöra situationen och göra den offentlig, ”sann” och giltig. Sjuksköterskan hade rätt att skriva det hon ville, inom vissa fackmässiga och yrkesetiska gränser, om patienten. Dessutom hade hon makten att tolka och beskriva relationen mellan henne och patienten utan att behöva bli motsagd. Detta gav sjuksköterskan spelrum att förvandla ett kommunikationsproblem mellan sig själv

och patienten till förklaringar och ursäkter grundade på patientens tillstånd. På så sätt friades sjuksköterskan från att ta ansvar för eventuella kommunikations- och samarbetsproblem och skulden lades på patienten. Detta dokumenterades i journalen och patienten fick leva med denna ”sanning” resten av livet även när relationen med sjuksköterskan hade upphört. Det här behövde inte vara en medveten maktyttring från sjuksköterskans sida men det förändrade ingenting för patienten då anteckningen kvarstod i journalen (Skau 2001).

Sammanfattningsvis framkom att sjuksköterskan legitimerade sin makt och sina övergrepp genom rådande normer på sin arbetsplats, egna värderingar och gällande lagstiftning. Organisationen och lagen gjorde det svårt för sjuksköterskan att verka på ett sådant sätt att hon inte kränkte patienten. Relationen dem emellan blev dominerad av sjuksköterskan och därmed ojämlik. Även kommunikationen mellan bägge parter dominerades av sjuksköterskan, både i relationen till patienten och i dokumentationen av vården som gavs.



## **DISKUSSION**

I diskussionen klargörs och kritiseras arbetet i sin helhet. Författarna av detta arbete kommer här fram till egna reflektioner och synpunkter på det materiel som uppsatsen innefattar och speglar detta mot Martinsens omvårdnadsteori. Vidare framkommer funderingar över hur arbetet skall kunna användas praktiskt och i vilket syfte samt dess framtida värde vid vidare forskning.

### **Metod**

Under arbetets gång har det framkommit att det hade varit möjligt att använda flera sökord som kunde varit användbara. Dessa sökord var relation och interaktion. En del av innehållet i de artiklar som valdes ut har trots ett noggrant urval varit lite oklara och luddiga. Makt är något som ibland inte nämns vid ord utan som funnits kanske kamouflerad av andra uttryck. Därför har det varit svårt att hitta artiklar som klart beskrivit och gett svar på frågeställningen. Abstrakten som lästes gav inte heller alltid någon ledtråd om det var rätt ämne som togs upp i artikeln utan i flera fall fick författarna läsa hela artikeln innan det blev klart om denna var användbar eller ej. Mycket av materialet som funnits har handlat om makt, men inte makt på det sätt som författarna valt att undersöka i sin frågeställning.

Författarna tycker dock att de använt flera adekvata databaser och sökordskombinationer vilket anses ha varit positivt för arbetet. Litteraturen har i resultatet varit av nyare art, det vill säga artiklarna och böckerna är från de sista tio åren och framåt.

### **Resultat**

Kari Martinsens (2000) teori och de tankar hon har om sjuksköterskans makt har kunnat skönjas i en del av de artiklar och böcker som redovisats i resultatet (Martinsen 2000).

Martinsen nämnde att kommunikationen mellan sjuksköterska och patient ofta var enkelriktad, det vill säga att sjuksköterskan styrde samtalet med patienten. Vidare styrdes kommunikationen i en riktning, uppifrån och ner, på grund av den hierarki som rådde inom vården (Martinsen 2000).

Konsekvenserna av detta går att utläsa i artikeln av Bottorff et al (1998). I den nämnde artikelförfattarna bland annat att sjuksköterskan kunde styra patienten mot det hon ansåg vara bäst för honom genom att använda sig av argument som grundade sig på exempelvis sjukhusets rutiner och läkarordinationer. Detta i sin tur ledde till att patienten kände sig maktlös då det inte gavs utrymme för hans önskemål och åsikter (Bottorff et al 1998).

Även Kettunen et al (2002) tog upp envägs kommunikationen, där sjuksköterskan styrde samtalet med patienten dit hon ville genom att dominera i valet av samtalsämne (Kettunen et al (2002).

Morse et al (1997) uttryckte att sjuksköterskan vårdade med intuition. Att vårda med en sådan känsla för patienten sågs även i Martinsens (2000) teori. Enlig denna teori använde sjuksköterskan sig av sin spontana etik som kunde tolkas som intuition (Martinsens 2000, Morse et al 1997).

Rundqvist et al (1999) menade att om sjuksköterskan använde sin makt på rätt sätt kunde hon visa sin människokärlek och känsla för patienten. Även Martinsen (2000) visade på att sjuksköterskan var en person med känslor och att hon använde sin känslomhet utan att hon drog in patienten i sin privata sfär för att kunna uppnå en god relation. Rundqvist et al uttryckte även att sjuksköterskans medkänsla för patienten förknippades med barmhärtighet och att göra något gott för honom. Detsamma beskrev Martinsen i sin teori då hon skildrade att all omsorg grundades på kärleken till nästan och använde sig av liknelsen om den barmhärtiga samariten för att spegla detta (Martinsen 2000, Rundqvist et al 1999).

Skau (2001) uttryckte att i de fall sjuksköterskan använde sig av ett resursorienterat tänkande, trodde hon på patientens egna krafter att kunna göra det bästa av sin livssituation (Skau 2001).

Hennes arbete gick ut på att stärka patientens krafter. Martinsen (2000) var också av den uppfattningen att sjuksköterskan kunde med sin blick stärka patienten så att han kunde växa och ta ansvar för sitt liv (Martinsen 2000, Skau 2001).

I de artiklar och böcker som inte nämnts här har författarna inte sett klara kopplingar till Martinsens omvårdnadsteori. De finns dock med i resultatet av den anledning att författarna ansåg att innehållet i dessa var av sådan art att de gav en bild av på vilket sätt sjuksköterskans makt kunde uttryckas.

## **Egna reflektioner**

Under arbetets gång har vi sett att sjuksköterskans makt ligger på det kommunikativa och interaktiva planet i omvårdnaden. Ett annat område som vi blivit medvetna om, där sjuksköterskan besitter makt, är i dokumentationen av omvårdnaden i patientjournalen. En tanke som växte fram, under inläsningen av litteraturen som skulle användas i resultatet, var av vilken anledning vissa artikelförfattare uttryckte sig så vagt om maktaspekten i omvårdnaden, och vad detta berodde på. Vår uppfattning är att det var fullt och negativt att använda detta begrepp i klartext.

Martinsens (2000) teori och Skau (2001) har varit nya bekansnader för oss (Martinsen 2000, Skau 2001). Det har varit stimulerande att ta del av de tankar och idéer de framfört. I Martinsens teori kunde vi se att sjuksköterskan hade stora möjligheter att styra makten i omvårdnaden till något positivt (Martinsen 2000). Detta är en tanke som vi funnit mycket tilltalande. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om och använder sin makt på ett sådant sätt att det gagnar patienten.

Som tidigare har nämnts av Skau (2001) är det viktigt att sjuksköterskan är medveten om sin egen yrkesroll och dess funktion och kritiskt granskar den (Skau 2001).

Författarna har, med hjälp av detta arbete, på ett bättre sätt kritiskt kunnat granska sin egen yrkesroll och kommit fram till att förbättringar kan göras. Vi är av den uppfattningen att detta ämne borde ingå i sjuksköterskeutbildningen. Det skulle vara av stor vikt att kunna medvetandegöra sjuksköterskor och blivande sjuksköterskor om deras maktposition gentemot patienterna.

Vi har tyvärr alltför ofta sett och själva använt oss av denna makt på ett felaktigt sätt. Tack vare detta arbete har vi fått ny kunskap om hur vi hädanefter skall förhålla oss gentemot patienten.

## **Framtida forskning och användningsområde**

Författarna skulle gärna vilja göra en intervjustudie med patienter som först får vård på en vårdavdelning och senare vård i hemmet. Syftet med studien skulle vara att se om skillnader finns i patientens upplevelse av sjuksköterskans makt i dessa båda vårdformer. Vår litteraturstudie kan användas vid handledning av sjuksköterskestuderande i grundutbildningen. Detta för att medvetandegöra dem om existensen av sjuksköterskans makt och hur denna kan te sig samt konsekvenserna av densamma. Vår förhoppning är att de studerande skall kunna använda sin maktposition på ett för patienten positivt sätt, i sin kommande yrkesfunktion.

## REFERENSER

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bottoff, J., L., Steel, B., Davies, B., Garossino, C., Porterfield, P. & Shaw, M. (1998). Striving for Balance: Palliative Care Patients' Experiences of Making Everyday Choices. *Journal of Palliative Care*, 14:1, 7-17.

Doyle, D., L. (1992). Negotiating Self-Care in Rehabilitation Nursing. *Rehabilitation Nursing*, 17, 319-321.

Gedda, B. (2001). *Den offentliga hemligheten. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet*. (Dissertation vid institutionen för vårdpedagogik, Göteborgs Universitet). Göteborg: DocuSys AB.

Hirdman, Y. (red). (1989). *Maktens former*. Stockholm: Carlssons bokförlag.

Kettunen, T., Poskiparta, M., & Gerlander, M. (2002). Nurse-patient power relationship: preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education and Counseling*, 47, 101-113.

Kirkevold, M., Nortvedt, F., & Alvsvåg, H. (red). (1994). *Klokhed, omdöme och skicklighet. Kari Martinsens inflytande på omvårdnad och utbildning*. (K. Larsson Wentz övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1993).

Martinsen, K. (2000). *Oyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjorke AS.

McKinlay, E., M. (2001). Within the Circle of Care: Patient Experiences of Receiving Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, 17:1, 22-29.

Monsen, N., K. (2000). *Det kjempende menneske. Maktens etikk*. Bergen: Fagboksforlaget Vigmostad & Bjroke AS.

Morse, J., M., DeLuca Havens, G., A., & Wilson, S. (1997). The Comforting Interaction: Developing a model of Nurse-Patient Relationship. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 11 nr 4, 320-347.

Peterson, O. (red). (1987). *Makt begreppet*. Helsingborg: Carlssons bokförlag.

Rundqvist, E., M., & Severinsson, E., I. (1999). Caring relationships with patients suffering from dementia – an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 800-807.

Skau, G., M. (2001). *Mellan makt och hjälp. Förhållandet mellan klient och hjälpare i ett samhällsvetenskapligt perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Socialstyrelsen. (2001). *Utan fast punkt. Om förvaltning, kunskap, språk och etik i socialt arbete*. Stockholm.

SOU - Statens offentliga utredningar. 1990:44. *Demokrati och makt i Sverige. Maktutredningens huvudrapport*. Stockholm: Statsrådsberedningen.

Willman, A., & Stoltz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

www.ne.se (20020819 kl. 10.30). *Nationalencyklopedins hemsida*.

www.sos.se (20021004 kl. 14.35). *Socialstyrelsens hemsida*.

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla  
Institutionen för omvårdnad  
Box 1236  
462 28 Vänersborg  
Tel 0521 - 26 40 00 Fax 0521 – 26 40 99  
[www.htu.se](http://www.htu.se)