



Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

## Våga välja lämna ifrån sig makten

- att möjliggöra ökad delaktighet för patienter som behandlas  
med dialys

Författare: Annika Bergman

Handledare: Elisabeth Dahlborg Lyckhage

Omvårdnad Examensarbete, 15 hp Magisternivå

VT 2013

## **Abstract**

**Bakgrund:** Vården ska idag ges så att alla patienter har möjlighet att vara delaktig och få kunskap för att kunna ta beslut och sköta sin behandling självständigt. Detta har inneburit att vården blivit mer jämlik vilket inneburit en maktförskjutning från vårdpersonalen till patienterna. I vården av delaktiga patienter behövs olika faktorer uppfyllas vilket ställer förändrade krav på sjuksköterskors yrkesroll påverkar dem på olika sätt. Inom dialyssjukvården skall dialyspatienter, utifrån sina individuella förutsättningar, erbjudas att bli mer delaktiga i sin vård och behandling. Som dialyssjuksköterska blir arbetet mer inriktat på utbildning och överlämnar vården och ansvar till patienten.

**Syfte och metod:** För att kunna tolka och beskriva vad det innebär för dialyssjuksköterskor när dialyspatienter är delaktiga i vård och behandling användes en kvalitativ ansats. Tio sjuksköterskor intervjuades och intervjuerna bearbetades utifrån fenomenologiskt – hermeneutisk metod.

**Resultat:** Resultatet visade att det fanns en glädje och motivation vården av delaktiga patienter men att det förändrade arbetssättet innebar utmaningar för sjuksköterskorna i deras yrkesroll. De var tvungna att reflektera över sina värderingar, arbetssätt och innebörden av sitt professionella ansvar och våga lämna invanda rutiner för att möjliggöra delaktiga dialyspatienter.

**Konklusion:** Dialyssjuksköterskorna upplevde vården av delaktiga patienter positiv och stimulerande samtidigt som det en innebar otrygghet i yrkesrollen. Otryggheten berodde på att det saknades tydliga riktlinjer och ramar för hur de skulle arbeta. Delaktighet innebar också en maktförskjutning från sjuksköterskan till patienten vilket gjorde sjuksköterskerollen otydlig. Denna otydlighet innebar reflektioner av värderingar, arbetsrutiner och ansvarsfördelning.

*Nyckelord:* Patientdelaktighet, Vårdkultur, Sjuksköterska, Makt, Förändringsmotstånd

**Examensarbetets titel:** Våga välja lämna ifrån sig makten: - att möjliggöra ökad delaktighet för patienter som behandlas med dialys

Daring to relinquish power: - to enable increased participation for patients treated with dialysis.

**Författare:** Annika Bergman

**Institution:** Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur.

**Arbetets art:** Omvårdnad – Examensarbete, 15 hp

**Program:** Vårdvetenskapligt magisterprogram, 60 hp

**Termin/År:** VT 2013

**Antal sidor:** 24

## **Abstract:**

**Background:** Today, healthcare shall be conducted in a way that allows patients to have the opportunity to participate and gain knowledge to make decisions and manage their treatment more independently. The healthcare has to become more equal, which means a shift in power from healthcare workers to patients. Patient-participating puts on new demands on nurses' professional role who affects them in different ways. In dialysis care, dialysis patients must, according to their individual abilities, be offered to become more involved in their care and treatment. A dialysis nurse work becomes more focused on training and educate the patient in order to hand over responsibility to the patient.

**Aim and method:** A qualitative approach was used to get a deeper understanding of the implication for the nurses in their caring of patients with a wish to participate. Ten nurses were interviewed and the interviews were transcript and processed by use of a phenomenological – hermeneutical method.

**Results:** The results showed that there was a joy and motivation in working with patients involved in their caring but the changed approach posed challenges for nurses in their professional role. They had to reflect on their values, their way of working and the meaning of their professional responsibility. They also must have the courage to leave old habits and to allow for the patients to get involved.

**Conclusion:** Dialysis nurses felt the care of patients was positive and stimulating at the same time as it meant insecurity in the professional role. They felt insecurity due to lack of clear guidelines and a framework for their work. Participation also meant a shift of power from the nurse to the patient, which made the nursing role unclear. The nurses had to reflect over the lack of clarity and of theirs values, working practices and hand over responsibility to the patient.

*Keywords:* Patient-participation, Nursing culture, Nurse, Power, Resist to change

# Innehållsförteckning

Inledning .....	1
Bakgrund.....	1
Personcentrerad vård.....	1
Makt och vård .....	2
Makt mellan sjuksköterska och patient .....	3
Delaktighet.....	4
Delaktighet utifrån ett patientperspektiv .....	4
Delaktighet utifrån sjuksköterskeperspektiv .....	5
Problemformulering .....	7
Syfte .....	7
Metod .....	8
Urval .....	8
Datainsamling .....	8
Etiska ställningstaganden.....	9
Analys .....	9
Förförståelse.....	11
Resultat .....	11
Naiv förståelse .....	11
Strukturanalys .....	12
Våga förändra.....	13
Släppa ansvaret.....	13
Känslan av otrygghet.....	14
Tolkad helhet .....	15
Diskussion.....	16
Metoddiskussion .....	16
Trovärdighet - Rigor.....	16
Resultatdiskussion.....	16

Praktiska implikationer .....	19
Konklusion.....	19
Tack.....	20
Referenslista.....	21
Bilagor	

## **Inledning**

Vården har en mångårig tradition av en hierarkisk struktur där patienten varit underordnad eftersom läkare och sjuksköterskor har stått för kunskap och makt.

I dagens informationssamhälle är det lätt att söka och få kunskap om sjukdomar och olika behandlingsalternativ. Detta innebär att nutidens och framtidens patienter kan ha mer frågor, en vilja att diskutera olika behandlingsval och vara med och bestämma över sin kropp, sin behandling och vård. För att patienterna ska bli mer aktiva deltagare krävs att all personal inom hälso- och sjukvård strävar mot ett större partnerskap mellan patienter och vårdare (Nordgren & Fridlund, 2001).

Inom vården styr lagar och författningar vårdpersonalens arbete. All vårdpersonal ska visa respekt för patientens integritet och självbestämmande (SFS, 1982:763). Detta innefattar att vården ska utgå ifrån ett patientcentrerat perspektiv som innebär en skyldighet att informera och göra patienten delaktig (SOU, 2012). Att vårda kroniskt njursjuka patienter på en dialysmottagning innebär för dialyssjuksköterskorna att de i sitt arbete ska utbilda patienterna och göra det möjligt för dem att ta del i sin behandling. Ju mer kunskap som patienterna får desto mer kan patienterna ta över ansvaret och bli mer ifrågasättande, vilket innebär att dialyssjuksköterskans yrkesroll kan förändras och att det kan uppstå en maktförskjutning från dialyssjuksköterskorna till patienten. För dialyssjuk-sköterskorna del kan detta innebära att deras yrkesroll påverkas på olika sätt.

## **Bakgrund**

I följande text presenteras en teoretisk ram med begrepp och teorier som ses som relevanta för att förstå sjuksköterskan och sjuksköterskeprofessionen i relation till en ökad patientdelaktighet.

### **Personcentrerad vård**

I Socialstyrelsens rapport (SOU, 2009) Nationella indikatorer för god vård, poängteras att alla patienter ska få en god och patientcentrerad vård där vi som vårdpersonal ska lyssna på patienten och ge en individuellt anpassad vård. För att gå ytterligare ett steg att anpassa vården till varje individ så måste vården riktas mot varje unik människa, vilket innebär personcentrerad vård. En person ska inte identifieras utifrån sin sjukdom utan som en person med känslor, kunskap, värderingar, egen vilja, socialt liv och en önskan om att kunna vara delaktig i sin behandling (Leplege, Gzil, Cammelli, Lefevre, Pachoud & Ville, 2007).

Personcentrerad vård ställer stora krav på oss som vårdare men också förändringar inom organisation och hos politiker (McCormack & McCance, 2010). Målet med att ge personcentrerad vård är att patienten ska uppleva en känsla av hälsa. Att ha och känna hälsa innebär för patienten att trots sin sjukdom ha ett välbefinnande och kunna genomföra sina livsprojekt och känna att livet är meningsfullt. Vårdandets syfte blir också att stödja och stärka patientens hälsoprocess (Dahlberg & Segesten, 2010). Ur dialyspatientens perspektiv innebär personcentrerad vård att de trots livslång

behandling av dialys eller njurtransplantation får ett fungerande dagligt liv med familj och vänner och i bästa fall kunna återgå till ett arbete.

Ekman, Swedberg, Taft, Lindseth, Norberg, Brink, et al. (2011) sammanfattar personcentrerad vård med att den ska utgå från patientens berättelse/önskan så att hon/han tillsammans med vårdpersonalen skapar ett partnerskap och planerar vården gemensamt. Enligt McCormack & McCance, (2010), innebär personcentrerat vårdande fyra områden som måste beaktas. Dessa områden har utvecklats till en modell, Person-Centred Nursing Framework (PCN) som beskriver sjuksköterskans profession, vårdens innehåll, vårdandets process och resultatet av given vården. Sjuksköterska ska ha en professionell hållning, vara lyhörd för patientens förmåga och en vilja att vara engagera och närvarande i sitt arbete. Sjuksköterskan ska också vara medveten om sina egna värderingar och förmågor. För att kunna ge patienten optimal vård krävs det av organisationen att den är flexibel och att personalen runt patienten består av multiprofessionella team som tillsammans med patienten arbetar mot gemensamt uppsatta mål. Patienten ska känna sig jämbördig och ingå i teamet för att minimera maktförskjutning från patienten till vårdaren. (a.a.). Genom att dialyssjuksköterskans arbete utgår från PCN så möjliggör det för dialyspatienten att bli delaktig i sin behandling.

## **Makt och vård**

Litteraturen beskriver att makt kommer av kunskap, språk och var i hierarkin i rådande organisation en person befinner sig (Rundqvist, 2004). En patient beskrivs som en människa i behov av hjälp (Dahlberg & Segesten, 2010). Automatiskt hamnar patienten i ett underläge gentemot läkare och sjuksköterskor som genom sin kunskap och yrkesroll har en maktposition.

Att kunskap är makt slog den brittiske filosofen Francis Bacon fast för över fyra hundra år sedan (Frithiof, 2007). Enligt Foucault finns det en komplex relation mellan makt-kunskap och det är mycket svårt att skilja makten från kunskapen. Det handlar om att makten skaffar sig kunskap, d v s den kunskap som behövs för att kunna behålla makten. Enligt Liedman (2004) är relationerna mellan makt och kunskap många och han tar upp följande fem;

- den makt över tingen som kunskapen ger
- kunskapen som ger makt över människor
- makten som förbjuder kunskap
- makten som uppmuntrar och favoriserar viss kunskap
- kunskap som avslöjar makten

I denna studie är det de två första relationerna som är centrala. Samhället kan i föreliggande studie likställas med vården som institution och det handlar här om den makt över tingen som kunskapen ger, samt den kunskap som ger makt över människor. De som förhandlar om makten är sjuksköterska och patient utifrån att det i lagstiftning ställs krav på att patienten skall vara delaktig.



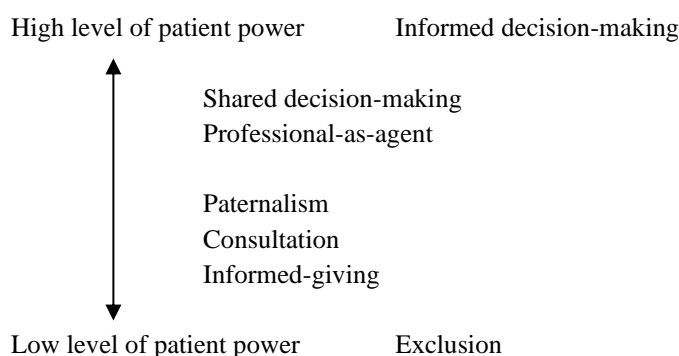
Enligt Foucault finns makten i alla relationer där den ena önskar att styra över den andras beteende och forma den andra. Det är dynamiska relationer, inte givna en gång för alla. För Foucault har det handlande subjektet alltid en relation till såväl kunskap som makt, och subjekt, kunskap och makt utgör en triad (Foucault, 1982). Med makt och kunskap kan subjektet, som i detta fall är subjektet sjuksköterskan utföra handlingar som resulterar i såväl marginalisering som delaktighet.

### **Makt mellan sjuksköterska och patient**

Tidigare studier visar att gamla traditioner om att vårdpersonalen vet bäst utifrån sin kunskap och erfarenhet lever kvar. För att få till den nödvändiga maktförskjutningen från patriarkalt vårdande till delaktighet måste personalens attityder och organisation förändras (Nygårdh et al., 2012; Tveiten & Meyer, 2009).

Vårdvetenskap är sjuksköterskans kunskapsdisciplin på vilket sjuksköterskans profession bygger sin samlade kompetens om hälsa och vårdande och där medicin, pedagogik, psykologi och sociologi fungerar som komplement till vårdvetenskapen (Dahlborg-Lyckhage, 2006). I dialyssjuksköterskans arbetsuppgift ingår det att vara den specialist och vägledare som stimulerar, utbildar och motiverar patienten till att hitta egna lösningar till att ta hand om sig själv. Eftersom dialyssjuksköterskan har kunskapen så innebär det också att hon/han automatisk innehar en maktposition.

Rundqvist (2004) förklarar detta hur maktförhållanden gestaltas mellan patient och vårdare och menar att vårdaren har en större makt än patienten genom sin utbildning, språk och plats i organisationen. Detta leder till att patienten upplever sig i underläge i förhållande till sjukvårdspersonal. Thomson (2007) visar i sin modell (se fig. 1) hur makt kan förekomma i olika nivåer mellan vårdpersonal och patienter. Vid låg nivå av inflytande möter patienten paternalistiskt förhållningsätt från vårdpersonalen där patienten utesluts ur beslut och endast ges information utan att det förekommer någon dialog. Patientens maktnivå ökar sedan successivt ju mer patienten får möjlighet att påverka beslut och vara delaktig i sin behandling fullt ut genom att få fullständig kunskap för att kunna ta och en vilja ta beslut.



*Figur 1 (Thomson 2007 s.1299)*

För att patienten ska kunna få en möjlighet till ökad delaktighet måste skillnaden av information och kompetens minska mellan patient och vårdare genom att

vårdpersonalen släpper ifrån sig makt (Cahill, 1996). Äldre dialyspatienter beskriver vårdpersonalens maktposition utifrån att det är personalen som dominerar och tar beslut utifrån sin yrkesroll och kunskap. De uppgav att de litade på personalen men kände sig kraftlösa och var rädda för vad som skulle hända om de vägrade att acceptera och göra vad personalen ordinerade (Aasen, Kvangarsnes & Heggen, 2011).

## **Delaktighet**

Att ge en god vård innebär att vården ska vara personcentrerad, jämlik och säker. Vården ska också genomföras i samråd och med respekt för patientens självbestämmande och integritet. För att kunna utjämna maktförhållanden mellan patient och de professionella behöver patienten bjudas in att vara delaktig i sin vård och behandling. Vården har under lång tid varit patriarkal men idag finns en strävan att vården ska bli mer jämlik. Detta står också klart och tydligt i riktlinjer från Socialstyrelsen (SOU, 2012) och i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763). För att följa dessa riktlinjer innebär det att god vård ska vara personcentrerad, jämlik och säker. Vården ska genomföras i samråd och med respekt för patientens självbestämmande och integritet. När patienten ges möjlighet att vara delaktig nås behandlingsmålen lättare och säkerheten höjs (SFS, 1982:763; SOU, 2012). Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv handlar det inte om att patient och vårdare är varandras motparter utan det råder ett samspel där båda parter expertkunskap respekteras (Dahlberg & Segesten, 2010).

### **Delaktighet utifrån ett patientperspektiv**

När en människa drabbas av en sjukdom som de inte har kontroll över, kan deras livsvärld bli främmande. Att vara kroniskt njursjuk innebär att börja leva efter helt nya förutsättningar med många nya rutiner och förhållningsorder för att må så bra som möjligt. För att hitta tillbaka till sig själva och sin nya identitet måste de känna sig delaktiga i de hälso- och vårdprocesser som de möter (Dahlberg & Segesten 2010).

När njursjukdomen blivit så allvarlig så att patienten behöver dialys förändras livet ytterligare, det blir mer bundet och behandlingen blir mer avancerad och komplicerad vilket ytterligare påverkar patienten. Att då kunna få kunskap och möjlighet att ta ansvar över sin egen situation kan underlätta för dialyspatienter att leva sitt liv

Flera studier har gjorts som belyser olika allmänna faktorer som har betydelse för patienter delaktighet och medbestämmande och ämnet har varit aktuellt sedan lång tid tillbaka. Ashworth, Longmate, och Morrison (1992) beskriver avgörande faktorer som har betydelse i det vårdande sammanhanget i allmänhet för att patienten ska kunna göras delaktiga i sin vård vilka också belyses i Cahill's (1996) begreppsanalys. Dessa faktorer är att det måste förkoma en relation mellan vårdare och patient. Information och kunskapsnivån bör anpassas till patienten så att skillnaden blir så jämlik som möjligt. Sjuksköterskan måste överlämna kontrollen till patienten, få patienten engagerad intellektuellt och psykiskt för att vilja ta del i sin vård samt visa på vilka vinster delaktighet ger i välbefinnande, kontroll och ökad livskvalité. Patienten får heller inte uppleva att identiteten hotas (Ashworth et al., 1992). I Nordgren och Fridlund (2001) studie där de har intervjuat patienter inom somatisk vård om deras medvetenhet

av möjlighet till självbestämmande framkommer ytterligare viktiga faktorer. Faktorer som förtroende och tillit var en viktig del i känslan av delaktighet, avsaknad av en relation och att patienten kände sig osäker inför vårdpersonal påverkade också patientens delaktighet. Andra faktor av betydelse var hur patienten accepterade vården som gavs, att patienten kände sig informerad och fick kunskap om olika behandlingsalternativ så att de själva kunde vara med i beslut som skulle fattas.

Till sist var det känslan av maktlöshet som uppkom av att patienten upplevde att de inte blev respekterade och lyssnade på när personalen inte hade tid att informera och/eller saknade känsla av att förstå patientens behov (a.a.). Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona och Plos (2007) har intervjuat patienter från olika medicinska områden som också visar på dessa faktorer som centrala för delaktighet utifrån patientperspektiv. De pekar även på betydelsen av en tillmötesgående atmosfär, att patient och vårdpersonal är likvärdiga i mötet och respekterar varandra. Sjuksköterskan ska visa på en känslighet för att kunna tillmötesgå patientens behov, ge information och utbilda patienten så att han/hon kan ta beslut om behandling och behandlingsalternativ, ge feedback, visa på kontinuitet och samstämmighet (a.a.). Få studier har gjorts på dialyspatienter och delaktighet men två nyligen gjorda studier i norden har studerat patientdelaktighet och självbestämmande. I Aasen, Kvangarsnes och Heggen (2011) studie har äldre dialyspatienter tillfrågats om hur de uppfattar patientdelaktighet. De äldre dialyspatienterna upplever att det fortfarande är vårdpersonalen som har och utövar makten. De upplever också att det är vårdpersonalen som står för all kunskap och tror sig veta vad patienten behöver. Studien visar ändå att de äldre patienterna efterfrågar mer delaktighet och en önskan att bli mer involverade (a.a.). Vidare har Nygårdh, Malm, Wikby och Alhström (2012) intervjuat patienter med dialys om erfarenheter av självbestämmande och i denna studie framkom betydelsen av att få bekräftelse, känna förtroende för personalen, ha tillgänglighet till individuell dialysbehandling och att kunskap ger mer självförtroende att ta hand om sin egen behandling (a.a.).

### **Delaktighet utifrån sjuksköterskeperspektiv**

Hur sjuka människor vill bli bemötta både i allmänhet och när de behandlas med dialys beskrivs i ovanstående stycke. Detta visade på att det ställs olika krav på dialyssjuksköterskor i vården av njursjuka patienter. Dialyssjuksköterska möter ofta en multisjuk patient som initialt kan vara mentalt påverkad av sin njursvikt, vilket gör att de inte alltid uppfattar information och kan ta till sig råd på ett normalt sätt.

För att möjliggöra för patienten att kunna bli delaktighet i behandlingen och vård krävs det att dialyssjuksköterskorna förstår betydelsen av patientens egna resurser, så att kunskapen om sjukdom, vård och behandling kan passa in i deras situation och liv. Det är viktigt att placera personen i centrum och att individanpassa vården för att patienten ska kunna leva så normalt som möjligt (Dahlberg & Segesten, 2010).

I vården av en dialyspatient innebär detta att informera och utbilda patienten i alla omvårdnadsåtgärder som patienten själv kan utföra för att få ett bättre liv. Vid

hemodialys (HD) så träffar sjuksköterskan patienten minst tre gånger per vecka för att genomföra dialysbehandling. Vid dessa tillfällen sker det kontinuerligt en bedömning av patientens hälsotillstånd samtidigt som undervisning pågår. Alla möten blir individuella och anpassas efter patientens önskemål och behov. Målet med vården är att patienten själv utifrån sina förutsättningar till slut ska klara av att ta hand om sin egen behandling. Vid peritoneladialys (PD) och hemhemodialys (HHD) behandling är målet att patienten ska bli näst intill självständig för att kunna ta hem sin behandling och sköta den i hemmet.

Sahlsten, Larsson, Lindencrona och Plos (2005), Sahlsten, Larsson, Sjöström, Lindencrona och Plos (2007) har presenterat två artiklar där de intervjuat sjuksköterskor inom somatisk vård om vilka egenskaper som de anser att sjuksköterskan måste ha för att patienten ska känna sig delaktig. De egenskaperna som sjuksköterskorna tyckte var viktiga kan sammanfattas med att det måste skapas ett bra klimat och arbeta för ett det blir mellanmänniska möten där patienten och sjuksköterskan är på samma nivå. Sjuksköterskan ska bemöta patienten med respekt, vara professionell i sin roll, vara stöttande och ge feedback (a.a.).

Försök att finna litteratur från dialyssjuksköterskors perspektiv och delaktighet hos dialyspatient har gjorts inför denna studie i samarbete med en bibliotekarie på Högskolan Väst, men precis som Aasen (2013) tar upp, finns det få studier om delaktighet från dialyssjuksköterskors perspektiv. De studier som hittats tar upp sjuksköterskor delaktighet på ett mer övergripande och generellt sätt (Sahlsten et al., 2005; Sahlsten et al., 2007).

Aasen, Kvangarsnes och Heggen (2012) skriver att det är en balansgång för dialyssjuksköterskorna att få patienterna delaktig och engagerade samtidigt som sjuksköterskorna känner att det ändå är de som står för makten på grund av deras medicinska kunskap. Sjuksköterskorna försökte ändå utgå från att patienternas livskvalité skulle bli så bra som möjligt. Trots att sjuksköterskorna utgår från patienternas villkor så beskriver de inte vad delaktiga patienter har inneburit sjuksköterskorna själva (a.a.).

## **Problemformulering**

Patienters möjligheter att vara delaktiga i sin vård har ökat och är även lagstiftad. För dialyspatienter innebär det att under minst tre dagar per vecka komma till dialysmottagningen och få HD eller själv dialysera sig med hem HHD alt. PD. Dialysbehandlingen utförs utav sjuksköterskor på dialysmottagningen eller när patienten så önskar och kan, sköter sin behandling själv. I dessa fall är det av största vikt att patienterna känner sig delaktiga och utbildas i sin sjukdom och behandlingen av den. Vården ska utgå ifrån ett personcentrerat synsätt som innebär att patienten är den som är expert på hur sjukdomen påverkar kroppen och det dagliga livet. Tidigare studier beskriver tydligt vilka förväntningar och krav som sjuksköterskor har att leva upp till för att möjliggöra delaktig hos dialyspatienter. Det finns däremot få studier som lyfter fram hur sjuksköterskan upplever att lämna över ansvar till patienten, och frågan i föreliggande studie är hur sjuksköterskan upplever att möta patienter inom dialysvård när patienterna förväntas vara delaktiga i sin vård och behandling.

## **Syfte**

Syftet var att beskriva och tolka vad det innebär att vara dialyssjuksköterska när dialyspatienter är delaktiga i vård och behandling.

## Metod

För att få kunskap om hur verkligheten ter sig för dialyssjuksköterskor användes en kvalitativ induktiv ansats. Ett kvalitativt angreppssätt möjliggör att få information och kunskap om hur människor uppfattar och upplever sin livsvärld (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). För att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att vårda delaktiga dialyspatienter användes en fenomenologisk – hermeneutisk metod (Lindseth & Norberg, 2004), baserad på Ricoeurs texter (Ricoeur, 1976, 1998). Enligt Ricoeur (1998), kan tal transkriberas till en fixerad text som i relation till intervju har en självständig ställning och själva texten är öppen för läsaren att tolka. Analys och tolkning handlar om att röra sig mellan olika abstraktsnivåer; att gissa, distansera sig från texten förklara, validera och förstå för att därefter kunna förmedla sina resultat.

## Urval

För att få tag på sjuksköterskor som varit i kontakt med och hade erfarenhet av att vårda delaktiga patienter kontaktades tre dialysmottagningar i södra Sverige. Utifrån en personallista som tillhandahölls av sjuksköterskornas närmaste chef skickades en förfrågan till fem slumpvis valda sjuksköterskor på varje dialysmottagning om deltagande i studien. Om samtliga tillfrågade sjuksköterskor svarat ja till att delta så var antalet informanter och insamlat material fortfarande hanterbart utifrån studiens syfte och metod. Sjuksköterskorna var helt okända för författaren och det enda kriteriet var att de arbetade på en dialysmottagning. Av de 15 förfrågningar som skickades ut svarade 10 stycken att de var intresserade av att delta i studien.

Informanterna bestod av både män och kvinnor med en arbetslivserfarenhet mellan 10 och 42 år. Alla hade arbetat inom olika specialiteter med minst 5 års erfarenhet från njurmedicin, HD och/eller PD. Ålder var mellan 38 år till 64 år. (tabell 1.)

Tabell 1.

Namn	Ålder	Examensår	Dialyserfarenhet i år
Kajsa	51	1984	13
Ida	47	2000	9
Lina	44	2004	9
Ronja	38	1999	14
Lotta	50	1988	13
Emil	40	1999	5
Lisa	51	1996	17
Anna	54	1979	20
Britta	63	1971	29
Alfred	64	1980	23

## Datainsamling

För att få tillgång till informanternas upplevelser valdes narrativ intervju som lämplig insamlingsmetod (Kvale & Brinkmann 2011). Intervjuerna gjordes på informanternas arbetsplats som de själva valt och pågick mellan 45 minuter till en timma. Intervjuerna var öppna, ostrukturerade och spelades in på band. Sjuksköterskorna ombads berätta

om händelser där patienters delaktighet och goda kunskap kändes bra och händelser där delaktigheten och kunskapen kändes mindre bra samt om detta hade påverkat sjuksköterskorna i deras yrkesroll. Informanterna pratade fritt och författaren ställde vid behov följdfrågor utifrån studiens syfte för förtydligande eller om intervjun avvek för mycket från studiens frågeställning.

### **Etiska ställningstaganden**

I studien har de fyra forskningsetiska principerna; autonomi-, lidandeminimerings-, godhets- och rättvisepprinciperna inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskningsrådet och beaktats (HSFR, 2002; SFS, 2003:460). Studiens etikansökan, diarienummer 2013/190 B 22 är granskad och godkänd utifrån gällande etiska regler på Högskolan Väst och deras etikprövningsnämnd samt av berörda verksamhetschefer (Bilaga 1) och vårdenhetschefer (Bilaga 2). Informanterna tillfrågades via ett informationsbrev (Bilaga 3) om de var villiga att delta i studien och bekräftade deltagandet med ett underskrivet samtycke (Bilaga 3). Sjuksköterskorna informerades om att deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att det kommer att påverka dem vidare. I föreliggande studie behandlas allt material konfidentiellt vilket innebar att banden förvarades utan att någon annan än författaren hade tillgång till det inspelade materialet. Efter att intervjuerna transkriberats ordagrant, raderades banden. Text och textbearbetning hålls inlåst så att ingen otillbörlig kommer åt information och material. I bearbetningen av den strukturerade analysen och i presentationen av resultatet har citaten fått fingerade namn för att ingen av informanterna kan identifieras.

### **Analys**

Det insamlade materialet bearbetades med hjälp av hur Ricoeurs fenomenologiska hermeneutik (Ricoeur, 2008) utvecklats och tillämpats av Lindseth och Norberg (2004). De olika faserna i bearbetningen utgörs av naiv läsning, strukturanalys, och tolkad helhet. Den tolkade helheten skall belysa väsentliga innebörder i sjuksköterskornas berättelser (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008; Ricoeur, 2008).

De tio intervjuerna transkriberas ordagrant till en text och inledningsvis lästes texten i sin helhet för att få en naiv förståelse. Ur den naiva förståelsen framkom områden/fenomen som påverkar sjuksköterskorna i deras yrkesroll. Dessa fenomen angav utgångspunkten för strukturanalysen och texten delades in i meningsbärande enheter som kondenserades och blev till subtema och teman (se figur 2).

Genom upprepad läsning och pendling mellan den naiva förståelsen och strukturanalysen, reflekterades giltiga teman till forskningsfrågans kontext vilket resulterade i en tolkad helhetsförståelse. Tolkningen gjordes utifrån textens mening som med hjälp av min kontrollerade förförståelse och med en så öppen medvetenhet som möjligt.

Meningsbärande enheter	Kondensering	Subtema	Tema
Att man utgår från patienten, precis som man gjorde på påsdialysen, så går man ju på patientens takt. Man dansar med honom och ser vilken takt han dansar i så att säga	Utgår från patientens önskemål och förutsättningar	Att vara jämbördig	Våga förändra
För att man måste prata ... med bönder på bönders vis annars funkar det inte. ...En patient som har mycket frågor. Då vet ju jag att jag liksom ... landar <b>rätt i min information</b> . Då måste jag ju ta det en gång till. Det blir nån slags kvalitetssäkring av det	En påsläst patient som ifrågasätter är en form av kvalitetssäkring vilket ger ssk stöd för att utbilda utifrån patientens förutsättningar	Att överlämna ansvaret till patienten	Släppa ansvaret
Ja man blir lite nervös och nu står de och lyssnar på vad jag säger och inte säger. Det är ju det innan man själv har blivit van att lära patienterna som man kan ha den dåliga självkänslan	Nya situationer gör att ssk blir osäkra på sin egen kunskap	Att ha dåligt självförtroende	Känsla av otrygghet

*Figur 2. Exempel på meningsbärande enheter, kondensering, subtema och tema utifrån de fenomen som texten speglar vad det innebär att vara dialyssjuksköterskor när dialyspatienten är delaktiga i behandling och vård.*



## **Förförståelse**

Genom mångårig erfarenhet som sjuksköterska inom såväl akutsjukvård och inom kronisk njursjukvård har jag kommit i kontakt med patienter i olika situationer med olika behov. Något som tydligt har framkommit är att patienterna vill ha information, kunskap och förståelse av vad som väntas dem. Upplevelsen av att jag inte alltid har kunnat följa de lagar och ramverk som styr mitt arbete som sjuksköterska har blivit tydligt i möten med patienter där jag som sjuksköterska måste lämna över mycket av ansvar till patienten. Detta har naturligtvis skapat en konflikt inom mig om vad som är rätt och en otrygghet som handlar om risken att patienten ska komma till skada. I arbetet som dialyssjuksköterska måste jag göra bedömningar om hur mycket jag kan låta patienten sköta sig själv. I arbetet ingår högteknologisk utrustning och min kunskap skall överföras till patienten så att de själv så småningom självständigt ska kunna genomföra sin dialysbehandling. Den erfarenhet och de upplevelser som jag har av att vårda och undervisa delaktiga patienter att sköta sin dialysbehandling utgör min förförståelse. Förförståelsen har under analysens olika faser tyglats, vilket har möjliggjort en tolkning så att ny kunskap har framkommit som lett till en ny nivå av förståelse. Den nya förståelsen innebär en medvetenhet av vilka känslor och upplevelser som legat till grund för det motstånd som vissa sjuksköterskor upplevde med att förändra arbetssättet till att vårda och få patienterna mer delaktiga. Denna medvetenhet sammanföll med informanternas värld och blev till en sammanhängande enhet, en horisontsammanmältning där jag utifrån sjuksköterskornas berättelser kunde tolka den dolda innebörden i texten vilket gjorde att ny kunskap framkom (Dahlberg, et al., 2008; Ricoeur, 2008).

## **Resultat**

### **Naiv förståelse**

Inledningsvis lästes alla intervjuerna som en enda text. Den initiala läsningen gav en naiv förståelse av textens budskap. Att vara sjuksköterska innebar att pendla mellan positiva och negativa upplevelser av kraven på patienters ökade delaktighet. Det var viktigt att patienten hade kunskap och var delaktig men samtidigt fanns en rädsla att inte räkna till, att inte ha rätt kunskap så att patienten skulle kunna utsättas för medicinska risker. Rutiner och invanda traditionerna gav trygghet som sjuksköterskorna nu blev tvungna att ifrågasätta och förändra. Förändringarna var inte utan komplikationer och gav upphov till diskussioner och motstånd. Motståndet orsakades av att det förändrade arbetssättet skapade otrygghet och känslan av att förlora kontrollen. Förändringen var ändå nödvändig och de kunde se att det nya arbetssättet skulle ge en arbetslättning och en ökad arbetsglädje. Det innebar också att de såg en möjlighet till en förbättrad livskvalitet för patienterna vilket ökade deras motivation för ett nytt arbetssätt. Sjuksköterskorna pendlade mellan upplevelser av att delaktiga patienter var positivt men också att det kändes riskfyllt.

## Strukturanalys

Utifrån den naiva förståelsen av att sjuksköterskorna upplevde det som positivt med delaktiga patienter, men att det även fanns rädslor som hörde ihop med patientsäkerhet och med deras egen yrkesroll, genomfördes en tematisk strukturanalys för att fördjupa förståelsen av innebörden i det sjuksköterskorna berättat. I figur 3 presenteras de subteman som framkom ur strukturanalysens texttolkning och som ligger till grund för de tre slutgiltiga teman vilka tydliggjorde innebörden av att vara dialyssjuksköterska när dialyspatienter är delaktiga i sin vård och behandling.

SubTema	Tema
<ul style="list-style-type: none"><li>• Att vara jämbördig med patienten</li><li>• Att vända ut och in på sig själv som sjuksköterska</li><li>• Att våga utsätta patienten för risker</li><li>• Att glädjas med patienten</li></ul>	Våga förändra
<ul style="list-style-type: none"><li>• Konflikt mellan patientens vilja och sin egen kunskap</li><li>• Att våga släppa kontrollen</li><li>• Att överlämna ansvaret till patienten</li></ul>	Släppa ansvaret
<ul style="list-style-type: none"><li>• Att ha dåligt självförtroende</li><li>• Att vara osäker i sin yrkesroll</li><li>• Förstående organisation</li><li>• Att behöva improvisera skapar osäkerhet</li></ul>	Känslan av otrygghet

**Figur 3.** Visar samtliga subtema som framkom ur strukturanalysens texttolkning vilket gav de tre teman som tydliggjorde innebär att vara dialyssjuksköterska när dialyspatienten är delaktig i vård och behandling.

## Våga förändra

Det gav mycket arbetsglädje och arbetstillfredsställelse att se hur patienterna växte i sig själva och hur de fick ett ökat självförtroende. Detta gav sjuksköterskorna motivation och en känsla av att de själva utvecklades vilket gjorde att de ville fortsätta att jobba med delaktiga patienter.

ˆDet roligaste nästan, som jag tycker, det är när man lärt upp en patient och man märker de överlistar en själv. Att de kan komma på saker som man inte tänkt själv. För då blir de väldigt stoltaˆ(Kajsa).

Skapandet av en ömsesidig relation innebar för sjuksköterskan att lära känna patienten så att båda parter kunde känna sig trygga och våga lita på varandra. Tryggheten som den ömsesidiga relationen skapade gjorde att sjuksköterskorna kunde lita på patienten så att det inte uppstod medicinska risker. Detta gjorde att sjuksköterskan kunde inta en mer avvaktande och stöttande roll. Sjuksköterskornas arbete förändrades från att ha varit vårdande till att stödja patienten våga ta ansvar över sin behandling.

ˆVi brukar säga de har rätt att få veta. Och varför inte? Dom tar inte vårt arbete. Jag tycker inte det. Vi är som ... en resurs för dem. Vi coachar demˆ(Lisa).

ˆMan går ju i patientens takt. Man dansar med honom och ser vilken takt han dansar i så att sägaˆ(Britta).

## Släppa ansvaret

Den dialog som uppstod mellan sjuksköterskan och patienten bekräftade för sjuksköterskan att patienten fått rätt och förstått given information. Denna ömsesidiga dialog var en nödvändighet för att skapa en trygghet hos sjuksköterskan så att hon/han vågade släppa kontrollen och överlämna ansvaret till patienten.

För man måste prata ... med bönder på bönders vis, annars funkar det inte. En påläst patient som har mycket frågor gör ju att jag känner att jag landat rätt i min informationˆ(Emil).

En patient som inte är motiverad att vara delaktig innebar känslor av olust och frustration hos sjuksköterskan och hon upplevde det obekvämt att försöka övertala och motivera patienten. Detta innebar att sjuksköterskan hamnade i en konflikt mellan patientens vilja och sin egen kunskap om att delaktighet skulle gynna patienten.

ˆPatienterna säger ibland att jag inte vill. Men jo säger vi. Du kan allt göra det du klarar av. Då har jag väldigt svårt att motivera patienternaˆ(Lina).

När ansvaret läggs över på patienten upplevde sjuksköterskorna att det blev otydligt vilket ansvar den enskilda sjuksköterskan har kvar. Sjuksköterskorna var rädda att patienten skulle utsättas för någon skada och att de själva skulle bli anmälda.

ˆJa de vill ju jättemycket så klart, men ibland som vårdpersonal så måste man ju markera. Hit men inte längre. Nu måste vi (sjuksköterskor) ta överˆ(Ida).

När patienten ifrågasatte eller kritiserade dem i deras yrkesroll kände sjuk-sköterskorna sig kränkta. Detta tillsammans med att de befarade att det fanns medicinska risker för patienten ledde till otrygghet för sjuksköterskan. Upplevelsen av att då inte vilja vara ansvarig över behandlingen kunde vara stark. Det hade då känts tryggare om sjuksköterskan själv hade fått genomföra alla moment i behandlingen.

´Är mer det jobbiga ju när de tror att de kan så mycket men inte kan, att de inte har koll. Det är ju den jobbiga biten´(Lotta).

### **Känslan av otrygghet**

I vården av att hjälpa patienten bli delaktig blev undervisningssituationen något helt nytt för sjuksköterskorna. De kunde känna sig osäkra och uppleva en rädsla för att kollegor skulle värdera och kontrollera dem. De var rädda för inte kunna uttrycka sig korrekt eller säga fel saker.

´Ja man blir lite nervös och nu står de och lyssnar på vad jag säger och inte säger. Det är ju det innan man själv har blivit van att lära patienterna som man kan ha den dåliga självkänslan´(Lina).

Sjuksköterskorna beskrev vikten av att känna stöd från kollegor. Stöd från kollegor var viktigt och gav dem trygghet och ökat självförtroende.

´Det tror jag är det svåraste, det här med stödet från kollegor, att man saknar stödet på något sätt´(Ida).

När det var accepterat att utbildning fick ta tid, upplevde de en glädje och minskad stress. Att utbilda och få patienten delaktig blev lustfyllt.

Att i en redan stressig arbetsmiljö börja förändra sitt arbetssätt med befintlig personal upplevdes svårt och skapade ett motstånd hos sjuksköterskorna. Kollegors attityder, gamla rutiner och traditioner levde kvar och gav en tröghet i systemet som försvårade möjligheter till patientutbildning. Deras upplevelse var att det saknades resurser, nya genomarbetade rutiner och anpassade lokaler och det upplevdes som hinder för arbetet där både sjuksköterskan och patienten kunde känna tillfredsställelse.

´Förändringsarbete är jättesvårt, det är så mycket rutiner. Hur ska vi lyckas med implementering, få med gruppen, nytänk, förändra? Det är som att det sitter i väggarna alltså´(Ronja).

Sjuksköterskorna hade kommit olika långt i sitt arbete med att möjliggöra utbildning av delaktiga patienter. När inte hela personalgruppen hade samma mål med vården skapades det olika grupperingar och konflikter kunde uppstå. Sjuksköterskorna poängterade vikten av ett öppet arbetsklimat med en tillåtande atmosfär där ingen behövde vara orolig för att bli kritiserad. Kollegial handledning upplevdes som värdefullt och nödvändigt för att komma tillrätta med olika problem.

´Det är viktigt att ha ett öppet klimat och där prestigelöshet är rätt viktig. Det ska inte vara någon tävling i karriärlivet. Kollegial handledning tycker jag är helt rätt´(Alfred).

Avsaknaden av tydliga ramar och struktur i organisationen för hur patientundervisningens innehåll innebar att sjuksköterskan fick improvisera. Vid improvisation måste sjuksköterskan komma ihåg all viktig information så att inget blev bortglömt. Informationen kunde vid dessa tillfällen bli ostrukturerad och sjuksköterskan upplevde då en osäkerhet i sin kompetens som pedagog.

´Jag har alltid varit väldigt osäker och tyckt att det har varit så stort att man ska lära patienten sköta sin behandling själv och att jag har så dåliga kunskaper. Det är så viktigt att allt blir rätt´(Ida) .

Där tydliga PM var utarbetade så förekom inte samma osäkerhet utan sjuksköterskan kände sig trygg i vad som skulle förmedlas.

´Pm finns till för att dom är evidensbaserade. Att man bör hantera det på detta sätt för att minska vissa risker´(Emil)

## **Tolkad helhet**

I det sista steget av den fenomenologisk-hermeneutiska tolkningsprocessen finns en strävan efter att förstå de olika "delarna" för att bilda en ny och djupare förståelse av helheten (Ricoeur, 2008). I detta fall handlar den samlade helhet om ett möjligt sätt för sjuksköterskan att hantera sitt arbete med dialys utifrån det som speglas i texten.

Innebörden av att vara sjuksköterska på en dialysmottagning där patienterna skall vara delaktiga och involverade i sin vård och behandling innebär att pendla mellan att känna glädje över att se patienterna växa när de kan hantera delar av sin behandling själva och att känna en rädsla över att sjuksköterskorna utsätter patienterna för medicinska risker. Innebörden av att vara sjuksköterska på dialysavdelning är att det ofta är ett ensamt arbete, som ger en känsla av att vara utlämnad/oskyddad och att känna ett stort ansvar. Upplevelsen av att vara pressad och stressad och inte ha full kontroll över situationen gjorde att dialyssjuksköterskorna kände sig otillräckliga i sin roll som sjuksköterska och pedagog. Viljan att skapa en relation till patienten underlättar förmågan att vänta in patienten och få en uppfattning av hur patienten uppfattat och tagit till sig ny kunskap. I en relation där sjuksköterskan och patienten för en ömsesidig och jämbördig dialog känner sjuksköterskorna en trygghet att överlämna behandlingen till patienten. När patienten tog över sin behandling förskjuts makten till patienten och gör sjuksköterskornas yrkesroll otydlig. Det nya innehållet i yrkesrollen innebär att arbeta annorlunda och sjuksköterskorna behöver reflektera över sin roll, rutiner, planering och upplägg. Att bli medveten om sin egen personlighet i mötet med patienten krävs för att kunna möta patienten förutsättningslöst, utan fördomar som att det inte kommer att fungera. Från att vara en som gett information handlar det nu om ett genomtänkt pedagogiskt arbete där patienten är en lärande person. Stöttning från kollegor ger en yrkesmässig växt och att uppleva ett ökat självförtroende innebär att kunna återfinna sin professionella trygghet som de kan förmedla till patienterna

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Fenomenologisk - hermeneutisk metod är en användbar metod för att få en djupare förståelse vad det innebär är att vara dialyssjuksköterskorna när dialyspatienter är delaktiga i vård och behandling. Dock visade det sig att sjuksköterskorna hade svårt att tala om sig själva och sina upplevelser, utan beskrev gärna situationer där patienter varit inblandade. Att intervjua så att informanterna verkligen berättar direkt hur de har blivit påverkade och hur de har upplevt olika situationer kräver mycket kunskap och erfarenhet av mig som intervjuare (Kvale & Brinkmann, 2011) så med större erfarenhet som hade det troligtvis framkommit ännu mer material som varit möjligt att tolka. Fenomenologisk - hermeneutisk metod möjliggjorde att tolka den transkriberade texten, och gav en djupare förståelse för det sjuksköterskorna sa (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008; Lindseth & Norberg, 2004). Tolkningen underlättades av att jag har arbetat som dialyssjuksköterska med erfarenhet av att vårda och undervisa delaktiga patienter att sköta sin dialysbehandling. Min egen levda och mångåriga praktiska yrkeserfarenhet, teoretiska kunskap om personcentrerad vård utgör min tyglade förförståelse. Eftersom dialysvård är så specialiserad var min bakgrund en av förutsättningarna för att förstå det vårdande sammanhanget och kunna tolka intervjuerna.

### **Trovärdighet - Rigor**

Trovärdigheten stärks i studien av att urvalet bestod av dialyssjuksköterskor som alla vårdar och utbildar delaktiga patienter och alla sjuksköterskor har varit i kontakt med det studerade fenomenen. Intervjuerna genomfördes med enbart dialyssjuksköterskor. De flesta sjuksköterskorna hade lång arbetslivserfarenhet och hade också arbetat inom olika medicinska områden vilket kommit att prägla dem i deras nuvarande yrkesroll vilket gör att resultatet är överförbart till andra sjuksköterskegrupper som vårdar kroniskt sjuka patienter som är delaktiga i den egna vården.

För att stärka tillförlitligheten har analysarbetet varit strukturerat och följt Lindseth och Norbergs (2004) tillvägagångssätt. Analysarbetet genomfördes systematiskt, där jag läst den naiva förståelsen upprepade gånger för att ha med den in i strukturanalysen och på så sätt få fram innebörder av att vårda dialyspatienter. Citat ur texten styrker de subteman och teman som framkom under strukturanalysen. I resultatdiskussion förklaras tolkningar med hjälp av relevanta begrepp och verifieras av tidigare studier med giltig litteratur. Tolkningen utgår från den hermeneutiska spiralen och delarna och helheten stämmer väl överens (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008; Lindseth & Norberg, 2004).

### **Resultatdiskussion**

I den strukturerade analysen framkom tre olika teman som på olika sätt beskriver innebörden att vara dialyssjuksköterska när dialyspatienten är delaktig i vård och behandling.

**Våga förändra;** I studiens resultat framkommer att den förändring som vården av delaktiga patienter inneburit för dialyssjuksköterskorna gjort att de upplever känslor som olust och rädslor. Detta belyser Ingersoll, Fisher, Ross, Soja och Kidd (2001); Keuter samt Byrne, Voell, och Larson, (2000) som undersökt hur sjuksköterskor upplever stora organisationsförändringar. I deras studier uttrycker sjuksköterskor liknande oro när det genomförts förändringar som påverkat dem i deras yrkesroller och ansvarsområden. I föreliggande studie framkom dock en glädje och tillfredsställelse när dialyssjuksköterskorna såg att patienterna mår bra av att kunna ta del i sin behandling. För att en förändring ska kunna leda till något bra för alla inblandade behöver bakomliggande faktorer synliggöras för att om möjligt hitta vägar till förbättrade lösningar. Förändringar av organisation för all patientnära vård påverkar sjuksköterskor i deras arbete. För att de ska kunna känna trygghet, arbetsglädje och engagemang måste de ges möjlighet att påverka förändringsarbetet och vara delaktiga i beslut under hela förändringsprocessen (Hayman, Cioffi & Wilkes, 2006; Hayman, Wilkes & Cioffi, 2008; Wells, Manuel & Cuning, 2011).

**Släppa ansvaret;** Att ha normer o regler ger trygghet. I dagens vård råder ett synsätt, en ideologi, att patienten skall vara delaktig vilket beskrivs i olika texter och i lagtexter (SOU 2012). En ideologi förknippas vanligen med en avgränsad och strukturerad uppsättning av normer, föreställningar och ideal (Liedman & Nilsson, 1989). Begreppet norm kan kopplas till individens olika handlingar ingår i ett föreställningssammanhang. I det här fallet hur vården bör vara. Det är normen som ger världen innebörder och som möjliggör både självförståelse och handlings-förmågor. Historiskt sett så är det sjuksköterskorna som tagit allt ansvar över patienten och all vård runt omkring och det har inte varit naturligt att patienten ska vara delaktig, normen har varit att det var sjuksköterskorna som haft rätten att utföra och att bestämma hur vården ska bedrivas (Dahlberg & Segesten 2010).

I dagens hälso- och sjukvård så är delaktighet ett krav där all personal måste arbeta med att ge patienten information, kunskap och rätt att ta beslut vad som gäller den egna personen (SOU 2012). Aasen, Kvangarnes och Heggen (2012) beskriver hur dessa krav påverkar dialyssjuksköterskors ansvar hur de bäst vårdar en dialyspatient utifrån riskbedömning och patientens sjukdomstillstånd. De påtalar också den maktförskjutning från sjuksköterska till patient som är nödvändig för att patienten ska få möjlighet att bli delaktig. Utifrån vad Foucault (1982) skriver om makt och kunskapsförhållande så framkommer i föreliggande studie genom att släppa ansvaret innebär att sjuksköterskorna förlorar sin auktoritet och makt som de har genom sin kunskap genom att överlämna ansvaret till patienten. Sjuksköterskorna mister kontrollen över att styra behandlingen vilket gör att de måste få patienten att inse hur betydelsefullt det är att göra rätt vilket annars kan leda till allvarliga konsekvenser. Sjuksköterskorna måste inse att patienten har ansvar över sin egen hälsa (Malmsten 1999). Thomson (2007) visar med sin modell om makt, att ju mer kunskap patienten har desto större möjlighet får de att påverka och vara delaktiga i beslut om sin behandling.

Sjuksköterskorna har och tar ett stort ansvar vilket de är ålagda utifrån sjuksköterskornas kompetensbeskrivning (Ingersoll et al. 2001; SOU 2005) och sjuksköterskornas etiska kod (ICN 2000). Många sjuksköterskor drabbas negativt av det alltför stora ansvar vilket gör att de kan bli utarbetade om de saknar stöd och förståelse från ledning och organisation. Detta visar Hayman et al. (2008) och Wells et al. (2011) studier om införandet av vårdmodeller, hur viktigt det är att skapa rätta förutsättningar i organisationen, gemensam planering, rätt utbildning, stöttning från ledningen och ett engagemang av alla involverade för att en förändring ska lyckas. Det är inte bara det patientnära arbetet som påverkar sjuksköterskornas yrkesroll utan också att sjuksköterskor kommer i kläm i strävan att effektivisera och spara i vården (Wells et al., 2011).

**Känslan av otrygghet;** Att möjliggöra att patienten delaktig i sin vård och behandling innebär andra på krav sjuksköterskor skapar helt nya situationer som kan verka främmande och skapa en osäkerhet i sin roll som sjuksköterskorna. Delaktighet innebär att de får en ny roll som pedagog och coach. Denna undervisande roll innebar att sjuksköterskorna kände sig granskade och utlämnade till både patienter och kollegor. Upplevelsen av att bli granskad och ifrågasatt innebar att de kunde bli osäkra på om deras kunskap var tillräcklig. Denna osäkerhet kan förklaras av Sully (1996) som menar att det innebär en maktförskjutning från sjuksköterskan till patienten om inte patienten är samarbetsvillig eller ifrågasätter olika behandlingsåtgärder. Genom detta agerande blir patienten ett allvarligt hot mot sjuksköterskans kompetens och kontroll.

Trygga sjuksköterskor upplevde inspiration och glädje i arbetet med delaktiga patienter. Men de sjuksköterskor som inte upplevde arbetet inspirerande med vården av delaktiga patienter, upplevde den förväntade patientutbildning stressande när sjuksköterskorna inte fick nödvändig tid och möjlighet till planering. Osäkerhet och otrygghet upplevdes också av de sjuksköterskor som tyckte att rutiner var något bra och där förändringar gjorde att de var tvungna att förändra sitt arbetssätt och lämna denna trygga famn som de gamla rutinerna ändå var. Att lämna invanda rutinerna och nödvändigheten att kunna improvisera gjorde också att deras identitet och position i arbetsgruppen kunde bli ifrågasatt (Ingersoll et al. 2001).



## **Praktiska implikationer**

För att dialyssjuksköterskorna ska kunna uppleva trygghet i sin yrkesroll och känna att det inte innebär någon risk för dialyspatienterna att bli delaktiga och ta över sin behandling så är det av största vikt att dialyssjuksköterskorna får tid till att i grupp diskutera och reflektera hur de ska gå tillväga med patientutbildning och vården av delaktiga patienter. De behöver få möjlighet att strukturera och planera arbetet tillsammans så att de får tydliga riktlinjer hur vården ska bedrivas och hur patienten ska utbildas. Detta möjliggör att sjuksköterskorna slipper uppleva att de står ensamma som ansvariga och att alla jobbar utifrån gemensamt uppsatta linjer.

## **Konklusion**

Enligt Socialstyrelsens direktiv (2012) ska all vårdpersonal möjliggöra för patienter att bli mer delaktiga i sin behandling. Inom dialyssjukvården innebär det att dialyssjuksköterskorna måste ändra arbetssättet så att dialyspatient får möjlighet att ta ansvar och utföra sin behandling själv utifrån egna förutsättningar vilket kommit att påverka dem i deras yrkesroll. För att få mer förståelse för dialyssjuksköterskornas upplevelser var syftet med denna studie att beskriva och tolka vad det innebär att vara dialyssjuksköterska när dialyspatienter är delaktiga i sin vård och behandling.

I resultatet framkom att dialyssjuksköterskorna upplevde det positivt och stimulerande men kunde också uppleva en otrygghet och rädsla för att vårda delaktiga patienter. Denna otrygghet kom av att det saknades tydliga riktlinjer och ramar för hur de skulle arbeta. Det blev också en maktförskjutning från sjuksköterskan till patienten vilket gjorde att sjuksköterskorna upplevde sin yrkesroll som otydlig. Denna otydlighet innebar att de var tvungna att reflektera över sina värderingar, arbetsrutiner och ansvarsfördelning så att de vågade förändra arbetssättet för att möjliggöra för dialyspatienten att bli delaktig i sin behandling.

## **Tack**

Vill tacka alla sjuksköterskor som gjort det möjligt för mig att kunna genomföra denna studie. Ert engagemang och er vilja att delge mig era tankar om ert arbete med delaktiga patienter gjorde att jag kunde fullfölja min uppsats.

Tack också till verksamhetschefer och vårdenhetschefer som lät mig komma och intervjua sjuksköterskorna på deras arbetsplats. Det underlättade mycket.

Är mycket tacksam över och uppskattar allt det stöd som min handledare Elisabeth Dahlborg-Lyckhage har gett mig vilket gjort att jag nådde ända fram.

Speciellt tack till min kurskamrat Karin Rehnström, min goda vän Inger Brodin och min familj för all support och konstruktiv kritik.

Tack även till alla mina arbetskamrater och chef Lena Helldin som stöttat mig med glada tillrop och möjliggjort att jag kunna vara borta från mitt arbete för att skriva färdigt.

## Referenslista

- Aasen, E., Kvangarsnes, M., & Heggen, K. (2011). Perceptions of patient participation amongst elderly patients with end-stage renal disease in a dialysis unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 61-69.
- Aasen, E., Kvangarsnes, M., & Heggen, K. (2012). Nurses' perceptions of patient participation in hemodialysis treatment. *Nursing Ethics*, 19(3), 419-430.
- Aasen, E., (2013). *Fra paternalism til pasientmedvirkning?* Akademisk avhandling, Universitetet i Bergen.
- Ashworth, PD., Longmate, MA., & Morrison, P. (1992). Patient participation: its meaning and significance in the context of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 17(12), 1430-1439.
- Cahill, J. (1996). Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 561-571.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2006). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. (ss.17-26) Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., & ... et al. Sunnerhagen, K. (2011). Person – centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251.
- Frithiof, E. (2007). *Mening, makt och utbildning. Delaktighetens villkor för personer med utvecklingsstörning*. Akademisk avhandling. Inst. för pedagogik. Växjö: Växjö University Press
- Foucault, M. (1982). The Subject of Power. In: Hubert L. Dreyfus & Paul Rabinow Eds.), *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. New York: arvester, Wheatsheaf.
- Foucault, M. (1975/2003). *Övervakning och straff: Fängelsets födelse*. (Carl Gustaf Bjurström, övers.) [Surveiller et punir]. Lund: Arkiv.
- Hayman, B., Cioffi, J., & Wilkes, L. (2006). Redesign of model of nursing practice in an acute care ward: nurses' experiences. *Collegian*, 13(1), 31-36.

- Hayman, B., Wilkes, L., & Cioffi, J. (2008). Changing process during redesign of a model of nursing practice in a surgical ward. *Journal of Nursing management*, 16(3), 257-265.
- HSFR (2002). *Forskningsetiska principer i humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*: Stockholm: Vetenskapsrådet.  
[Elektronisk]. Tillgänglig: [http://195.17.252.28/vrshop\\_pdf/etikreglerhs.pdf](http://195.17.252.28/vrshop_pdf/etikreglerhs.pdf)
- ICN:s *etiska kod för sjuksköterskor*. (2005). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
- Ingersoll, G., Fisher, M., Ross, B., Soja, M., & Kidd, N. (2001). Employee response to major organizational redesign. *Applied Nursing Research*, 14(1), 18-28.
- Keuter, K., Byrne, E., Voell, J., & Larson, E. (2000). Nurses' job satisfaction and organizational climate in a dynamic work environment. *Applied Nursing Research*, 13(1), 46-49.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2011). *Den kvalitativa forskningsintervjun*: Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, I., Sahlsten, M., Sjöström, B., Lindencrona, C., & Plos, K. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 313-20.
- Leplege, A., Gzil, F., Cammelle, M., Lefleve, C., Pauchoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: conceptual and historical perspectives. *Disability & Rehabilitation*, 29(20-21), 1555-1565.
- Liedman, S-E., & Nilsson, I. (1989). *Om ideologi och ideologianalys*. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för idé och lärdoms historia.
- Liedman, S-E. (2004). *Tankens lätthet, tingens tyngd: om frihet*. Stockholm: Bonnier.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18(2), 145-153.
- Malmsten, K. (1999). *Reflective assent in basic care*. Akademisk avhandling, Uppsala: Uppsala universitet.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing. Theory and practice*: Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

- Nordgren, S., & Fridlund, B. (2001). Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 117-125.
- Nygårdh, A., Malm, D., Wikby, K., & Ahlstöm, G. (2012). The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5/6), 897-904.
- Ricour, P. (2008). *From Text to Action*. London: Continuum International Publishing Group.
- Rundqvist, E. (2004). *Makt som fullmakt. Ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Akademisk avhandling, Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademin. Åbo: Åbo Akademiens förlag.
- Sahlsten, M., Larsson, I., Lindencrona, C., & Plos, K. (2005). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 35-42.
- Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B., Lindencrona, 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.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.
- SOU (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (2005-105-1). Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (2009). *Nationella indikatorer för God vård - Hälso- och sjukvårdens övergripande indikatorer. – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer*. (2009-11-5). Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. (2012-1-5). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sully, P. (1996). The impact of power in therapeutic relationship. *Nursing Times*, 92(41), 40-41.
- Thomson, A. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine*, 64(6), 1297-1310.
- Tveiten, S., & Meyer, I. (2009). Easier said than done': empowering dialogues with patients at the pain clinic – the health professionals' perspective. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 804-812.

Wells, J. Manuel, M., & Cunning, G. (2011). Changing the model of care delivery: nurses' perceptions of job satisfaction and care effectiveness. *Journal of Nursing Management*, 19(6), 777-785.

## Bilagor

# Informationsbrev

---

Till

Verksamhetschef

Med hänvisning till tidigare mejlkontakt vi haft kommer här den formella förfrågan att få komma och intervjua sjuksköterskor på dialysmottagningen.

Intervjun ingår i en studie där syftet är att beskriva hur sjuksköterskan och sjuksköterskerollen påverkas av att möta patienter med god kunskap och krav på ökad delaktighet av sin sjukdom och behandling.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) betonar respekten för patientens integritet och självbestämmande. En nyutkommen handbok "Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig" (Socialstyrelsen 2012), beskriver vår skyldighet som vårdpersonal att ge vård utifrån ett patientcentrerat perspektiv.

Att följa de nya riktlinjer som socialstyrelsen informerar om innebär för många sjuksköterskor förändrade krav där sjuksköterskor kommer möta fler patienter som har mer kunskap, ställer högre krav på information, blir mer delaktiga och önskar kunna sköta sina dialysbehandlingar självständigt

Jag önskar få intervjua två till tre dialyssjuksköterskor som slumpvis kommer att väljas ut av mig ifrån ett personalregister som tillhandahålls av sjuksköterskornas närmaste chef.

Intervjun kommer att genomföras och förläggas i anslutning till dialysmottagningen och kan förhoppningsvis ske under sjuksköterskans arbetstid utan att hon/han blir ekonomiskt drabbad.

Intervjun kommer att pågå i ca en timma och kommer att spelas in på band. All information och inspelat material kommer att avidentifieras och hanteras helt konfidentiellt så inga andra än jag och min handledare kommer att kunna ta del av den inspelade intervjun.

Deltagandet i studien är helt frivilligt och sjuksköterskan kan när som helst avsluta utan närmare motivering.

Studien har granskats och godkänts av Högskolan Väst forskningsetiska nämnd och kommer att presenteras i form av ett examensarbete vid ovanstående högskola.

Jag som genomför och ansvarar för denna studie heter Annika Bergman och arbetar som sjuksköterska på dialysmottagningen i Trollhättan och studerar nu till en magisterexamen i vårdvetenskap.

För ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående

Trollhättan 130313

-----  
Annika Bergman

Leg Sjuksköterska/Student

Tel nr 0734-06 55 77

[annika.bergman@telia.com](mailto:annika.bergman@telia.com)

-----  
Elisabeth Dahlborg Lyckhage

Docent i Vårdvetenskap/Handledare

Tel nr 0520-22 39 41

[elisabeth.dahlborg-lyckhage@hv.se](mailto:elisabeth.dahlborg-lyckhage@hv.se)



# Informationsbrev

---

Till

Vårdenhetschef

En förfrågan till Dig som Vårdenhetschef om att få intervjua sjuksköterskor på dialysmottagningen.

Intervjun ingår i en studie där syftet är att beskriva hur sjuksköterskan och sjuksköterskerollen påverkas av att möta patienter med god kunskap och krav på ökad delaktighet av sin sjukdom och behandling.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) betonar respekten för patientens integritet och självbestämmande. En nyutkommen handbok "Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig" (Socialstyrelsen 2012), beskriver vår skyldighet som vårdpersonal att ge vård utifrån ett patientcentrerat perspektiv.

Att följa de nya riktlinjer som socialstyrelsen informerar om innebär för många sjuksköterskor förändrade krav där sjuksköterskor kommer att möta fler patienter som har mer kunskap, ställer högre krav på information, blir mer delaktiga och önskar kunna sköta sina dialysbehandlingar självständigt

Jag önskar få intervjua två till tre dialyssjuksköterskor som slumpvis kommer att väljas ut av mig. För att få tillgång till dessa namn önskar jag få en namnlista på sjuksköterskor som arbetar på dialysmottagningen. Det går bra att mejla listan till mig på nedanstående mejladress.

Intervjun önskar jag kunna genomföra och förlägga i anslutning till dialysmottagningen och kan förhoppningsvis ske under sjuksköterskans arbetstid utan att hon/han blir ekonomiskt drabbad.

Intervjun kommer att pågå i ca en timma och kommer att spelas in på band. All information och inspelat material kommer att avidentifieras och hanteras helt konfidentiellt så inga andra än jag och min handledare kommer att kunna ta del av den inspelade intervjun.

Deltagandet i studien är helt frivilligt och sjuksköterskan kan när som helst avsluta utan närmare motivering.

Studien har granskats och godkänts av Högskolan Väst forskningsetiska nämnd och kommer att presenteras i form av ett examensarbete vid ovanstående högskola.

Jag som genomför och ansvarar för denna studie heter Annika Bergman och arbetar som sjuksköterska på dialysmottagningen i Trollhättan och studerar nu till en magisterexamen i vårdvetenskap.

# Informationsbrev

**Studie där syftet är att beskriva hur sjuksköterskan och sjuksköterskerollen påverkas av att möta patienter med god kunskap och krav på ökad delaktighet av sin sjukdom och behandling.**

**Du tillfrågas härmed om deltagande i denna studie**

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) betonar respekten för patientens integritet och självbestämmande. En nyutkommen handbok "Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig" (Socialstyrelsen 2012), beskriver vår skyldighet som vårdpersonal att ge vård utifrån ett patientcentrerat perspektiv.

Att följa Socialstyrelsens riktlinjer innebär för många sjuksköterskor förändrade krav där sjuksköterskor kommer att möta fler patienter som har mer kunskap, ställer högre krav på information och önskar kunna sköta sina behandlingar själva.

Forskningsfrågan som jag vill undersöka med denna uppsats är, Hur upplever sjuksköterskor patienters ökade delaktighet och har detta kommit att påverka sjuksköterskorna i deras bemötande och arbetsätt?

Syftet med denna studie är att vidga förståelsen av hur sjuksköterskan i sin yrkesroll påverkas av att möta patienter med stor kunskap och ökad delaktighet.

Du tillfrågas om att delta i denna studie som sjuksköterska på dialysmottagning där mycket undervisning och information ges till patienterna. Jag önskar få intervjua Dig och fem andra sjuksköterskor på två olika dialysmottagningar i Sverige. Ditt namn har jag slumpvis valt utifrån avdelningens personalregister vilket jag fått från Din närmaste chef. Din verksamhetschef och vårdenhetschef har granskat studien och gett sitt godkännande till nedanstående villkor.

Intervjun kommer att genomföras och förläggas i anslutning till din arbetsplats eller där du anser det vara mest lämpligt. Intervjun sker under eller i anslutning till din arbetstid så du kommer inte att bli ekonomiskt påverkad.

Jag önskar att Du berättar för mig om ett möte med en delaktig patient som kändes bra och när ett sådant möte inte kändes lika bra.

Intervjun kommer att pågå i ca en timma och kommer att spelas in på band. All information och inspelat material kommer att avidentifieras och hanteras helt konfidentiellt så inga andra än jag och min handledare kommer att kunna ta del av den inspelade intervjun.

Deltagandet i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avsluta Ditt deltagande utan närmare motivering.

Studien har granskats av Högskolan Väst forskningsetiska nämnd och kommer att presenteras i form av ett examensarbete vid ovanstående högskola.

Jag som genomför och ansvarar för denna studie heter Annika Bergman och jag arbetar som sjuksköterska på dialysmottagningen i Trollhättan och studerar nu till en magisterexamen i vårdvetenskap.

Är Du intresserad av att delta så ber jag Dig fylla i och skriva under bifogad svarstalong där Du medger samtycke att delta i denna studie och skicka det tillbaks till mig i bifogat svarskuvert senast den 1 mars.

För ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående

Trollhättan 130313

-----

Annika Bergman

Leg Sjuksköterska/Student

Tel nr 0734-06 55 77

[annika.bergman@telia.com](mailto:annika.bergman@telia.com)

-----

Elisabeth Dahlborg Lyckhage

Docent i Vårdvetenskap/Handledare

Tel nr 0520-22 39 41

[elisabeth.dahlborg-lyckhage@hv.se](mailto:elisabeth.dahlborg-lyckhage@hv.se)

**Samtycke till att delta i studie där syftet är att beskriva hur sjuksköterskan och sjuksköterskerollen påverkas av att möta patienter med god kunskap och krav på ökad delaktighet av sin sjukdom och behandling.**

Jag är intresserad av att delta i ovanstående studie.

Jag lämnar här mitt namn, telefonnummer och mejladress för att bli kontaktad av Dig för bokning av tid och plats för intervju.

Jag är medveten om att deltagandet är helt frivilligt och Jag kan när som helst utan motivering avbryta Mitt deltagande.

Namn:.....  
.....

Telefonnummer:.....  
.....

Mejladress:.....  
.....

Ort och datum

Namnsteckning.