



**MAKTENS OCH MAKTLÖSHETENS UTTRYCK
I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN**

Författare: Malin Andersson & Sara Karlsson

Handledare: Ann-Charlott Wikström

Examensarbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1

10 p Uppsats.

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Februari 2005

Titel: Maktens och maktlöshetens uttryck i hälso- och sjukvården
Expressions of power and powerlessness in the health care system

Författare: Malin Andersson & Sara Karlsson

Handledare: Ann-Charlott Wikström

Institution: Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1

Sidantal: 33

Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 02 H2

Datum: Februari 2005

Abstract

Power exists in all human relationships. The general opinion of the term power is negative which indicates that people prefer not to see themselves as people with power or people who are objects of power. The aim of this study was to illuminate the patients' and the nurses' power expressions within organisation, environment, language and profession/patientpersonality. To reach the aim of the study a literature study method was used. The results indicate that nurses and patients express power/powerlessness through ability, authority, control and influence. The conclusion of this study is that the nurses' and the patients' attitude towards each other depends on if expressions of power and powerlessness occur. When the nurse and the patient meet, they both struggle to gain power over the situation because none of them want to become a victim of powerlessness.

Keywords: Attitude, nurse, patient, power, powerlessness

Nyckelord: Förhållningssätt, makt, maktlöshet, patient, sjuksköterska

Innehåll

Inledning	3
Bakgrund	4
Makt/maktlöshet	4
Sjuksköterskans makt/maktlöshet	5
Patientens makt/maktlöshet	8
Syfte och frågeställningar	10
Metod	11
Litteratursökning	11
Urval	11
Tabellöversikt över de artiklar som granskats	13
Tabellöversikt över de avhandlingar som granskats.....	14
Bearbetning och analys.....	15
Validitet	15
Resultat	16
Auktoritet.....	16
Fullmakt.....	18
Inflytande.....	20
Kontroll.....	22
Diskussion	24
Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion	25
Makt/maktlöshet i organisationen	25
Makt/maktlöshet i miljön	27
Makt/maktlöshet i språket	28
Makt/maktlöshet i profession/patientroll.....	29
Konklusion	31
Framtida forskning	32
Litteratur	

Inledning

Makt är ett begrepp som det i dagens samhälle talas mycket om. I media belyses makt ur olika synvinklar bland annat utifrån hur den enskilde individen påverkas av reklam från TV och radio samt hur vi individer påverkas av varandra. I samband med detta och utifrån sjuksköterskeutbildningen blev författarna intresserade av hur makt speglas i relationer mellan individer.

Glöckler (2000) nämner att makt alltid förekommer i mänskliga relationer. Enligt vår mening förekommer maktrelationer mellan sjuksköterska och patient. Det problemområde vi valt att studera är maktrelationen mellan dessa individer. Makt och maktlöshet, som patienten innehar i mötet med sjuksköterskan respektive sjuksköterskans makt och maktlöshet, i mötet med patienten. Vi vill se hur den individuella makten/maktlösheten uttrycks i förhållande till organisation, miljö, språk och profession/patientroll. Varför vi valt att diskutera området är dels våra egna erfarenheter som maktlösa patienter i vården och dels inför vår kommande yrkesroll, där vi anser att ett adekvat förhållningssätt gentemot patienten, strävar mot ett jämlikt förhållande och därigenom gynnar vårdprocessen.

Med anledning av detta vill vi medvetandegöra vikten av sjuksköterskans förhållningssätt i bemötandet av patienter, i strävan om att uppnå ett jämlikt maktförhållande. Vi anser att det är viktigt att som sjuksköterska ha kunskap om att makt finns i mänskliga relationer. På vilka sätt makt/maktlöshet uttrycker sig utifrån sjuksköterskans och patientens roll, för att därefter kunna anpassa sitt bemötande och förhållningssätt till patienterna så att relationen mellan dessa präglas av ett jämlikt förhållande.

Bakgrund

Makt/maktlöshet

Nationalencyklopedins definition av makt ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv innebär, en handling, där en individ (A) utövar makt enligt sin vilja över en annan individ (B), mot (B:s) vilja. Grunden för att utöva makt utgörs av (A:s) resurser, med belöning eller bestraffning som följd. Belöningar och bestraffningar kan vara beröm eller kritik. Konsekvenserna av maktutövandet beror delvis på reaktionerna från (B). Om (A) utövar makt genom våld eller tvång leder det ofta till negativa reaktioner hos (B) (NE, 2004).

Synonymer till ordet makt är; 1. herravälde, herradöme, myndighet, auktoritet, styre, ledning; förmåga, kraft, styrka, ansträngning 2. nation, stat, välde, rike, imperium; ande, övernaturligt väsen, väsen 3. betydelse, inflytande. Synonymer till ordet maktlös är; utan inflytande, utan makt, svag, kraftlös, slut; hjälplös, vanmäktig, handfallen kraftlöshet, svaghet; vanmakt, oförmåga (Bonniers synonymordbok, 2002).

Glöckler (2000) nämner att människan i sitt handlande gentemot en annan individ påverkar eller förändrar, och detta innebär att utöva makt. Individens förmåga till att handla är beroende av motivation och vilja. Skau (2001) skriver att makt inte behöver utövas för att vara makt utan det ligger i möjligheten att få igenom sin vilja. Makt är ett begrepp som ofta har en negativ laddning i den vardagliga användningen av begreppet vilket gör att människor helst vill slippa både att vara föremål för andras maktutövning och att beskriva sig själva som personer med makt. Makten i sig behöver inte vara av ondo och den behöver inte heller vara negativ eller positiv. Att utöva makt kan vara nödvändigt för att kunna hjälpa en människa. Maktaspekten är närvarande i alla former av kontakt mellan klient och hjälpare. Ofta döljs detta och Skau menar att maktaspekten är oupplösligt förbunden med hjälpapparaten och den professionella yrkesutövningen. Hjälpaspekten kan vara närvarande men att detta inte är självklart. Makt kan användas för att hjälpa och makt kan användas för att skada. Makt kan utövas både på ett etiskt försvarbart och på ett etiskt oförsvarbart sätt och är oundvikligt förenat med etiska frågor och konflikter.

Grunden till makt är ojämlikhet mellan människor och den kan vara baserad på allt från frivillig underkastelse under en annans individs vilja till användning av vapenmakt och fysiskt våld (Skau, 2001).

Kalkas och Sarvimäki (1999) anser att sjuksköterskan i omvårdnaden är medveten om att alla mänskliga relationer, är maktrelationer och att de står i hennes makt att väcka positiv stämning eller tvärtom. Förhållandet mellan sjuksköterska patient är en omedelbar maktrelation där sjuksköterskan befinner sig i maktposition, genom att de människorna som hon vårdar och har omsorg om ofta befinner sig i en svagare ställning än andra, i mellanmänskliga sammanhang. Sjuksköterskans makt utgör en resurs som hon utövar för patientens bästa och patienten är beroende av sjuksköterskans insikt om den maktställning hon själv innehar och ansvaret hon har i att förvalta denna makt. Åhlund (1996) skriver om den maktposition vårdpersonal innehar när de har brist på empati för patienten. Vårdpersonal kanske aldrig själva har upplevt hur det är att befinna sig i en patientsituation. Utifrån ett humanistiskt perspektiv ska ingen människa behöva lida, men det ger samtidigt en begränsad förmåga att kunna förstå och leva sig in i en patients utsatthet. Vidare anser Åhlund att det vore bra om samtliga människor som jobbar inom vården läggs in på sjukhus för att genomgå all den påverkan som förvandlar en vanlig människa till en beroende patient. Att vårdpersonal kan sätta sig in i en patients situation skulle därigenom förhoppningsvis reducera den maktutövning som lätt följer av att vara den som bestämmer i en vårdssituation.

Sjuksköterskans makt/maktlöshet

I allmänna råd från socialstyrelsen (1995:5) finns kompetensbeskrivningskrav för sjuksköterskor. Dessa är avsedda att ge uttryck för vilka grundläggande krav på yrkeskunnande inom olika verksamheter och funktioner som socialstyrelsen ställer på en sjuksköterska. De utgör ett instrument för socialstyrelsens eget arbete och tillsyn, uppföljning och utvärdering. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Åliggandelagen (1998:531) styr sjuksköterskans arbete. Med utgångspunkt i dessa lagar måste en legitimerad sjuksköterska inom sitt yrkesområde, med ett etiskt förhållningssätt och i

överensstämmelsen med vetenskap och beprövad erfarenhet, kunna ta ansvar för omvårdnaden av enskilda patienter i alla åldrar med vanligt förekommande somatiska sjukdomar eller psykiska störningar. Etiska och omvårdnadsteoretiska grunder skall präglade arbetet. Sjuksköterskans yrkesansvar/uppgifter inkluderar förebyggande arbete, omvårdnad, undersökningar och behandlingar, information och handledning, forsknings och utvecklingsarbete samt katastrofberedskap enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Åliggerdelagen (1998:531).

Sundin (1998) nämner att sjukhuset är en institution som har kommit till för ett klarlagt ändamål, bedrivs enligt ett fastställt syfte, där en grupp, personalen, försöker frambringa förändringar hos en annan grupp, patienterna. Sjuksköterskans yrkesroll påverkas av olika faktorer. Enligt Skau (2001) befinner sig sjuksköterskan i en känd situation då hon via sin yrkesutbildning har utvecklat en hjälparroll och skaffat sig denna genom ett frivilligt val. Tvärtom befinner sig patienten i en obekant miljö dit han har tvingats in pga. ökat hjälpbehov. Vidare nämner Skau att professionella relationer innebär alla former av förhållande mellan människor där den ena partens handling emot den andra sker som yrkesutövning, alltså i form av avlönat arbete. Ett gemensamt drag i alla professionella relationer är att de utspelar sig inom en ram av professionell makt och kontroll samtidigt som det skall garantera klienten hjälp, stöd och omsorg samt förmedla kunskap och behandling. Språket det viktigaste redskapet för att bygga upp makt och legitimera handlingar menar Skau. Språket är även viktigt för kommunikation och social samvaro. Genom språket skapar vi oss identitet och tillhörighet genom att meddela oss med andra. Genom språket kan personer både inkludera och utesluta andra. Det första uttrycket för makt i mötet mellan hjälpare och klient är den språkliga överföringen från vardagsspråk till fackspråk. Hjälparen kan använda sig av fackspråk som klienten inte förstår för att beskriva hans livssituationer. Hjälparen har även makten i situationer då tillstånd benämns. Det är deras språkkod som används i officiella, viktiga sammanhang. Det är deras språkkod som används för att skriva in i journalen. När hjälparen benämner ett tillstånd är det första steget på vägen till att äga det, till att få makt över det. Det är hjälparen som har den makten. Faulkner (2000) nämner det idealiska

samtalsklimatet för att underlätta för patienten att samarbeta och få honom att känna att han kan tala fritt om det som bekymrar honom. Hon anser att det är viktigt för sjuksköterskan att tänka igenom var och när samtalet ska äga rum, att hon har tillräckligt med tid. En trygg miljö kan göra att patienten känner sig friare att tala om sina bekymmer och därför är avskildhet viktigt. Bergh (2002) belyser att sjuksköterskan i undervisningssituationer bör tillgodose motpartens kunskapsbehov genom att bedöma dennes beredskap att lära. Hon bedömer mottagarens inlärningskapacitet genom att stämma av, avvakta, upprepa, ledsaga och ställa motfrågor. I denna situation uppmärksammar hon också vilken kunskap som efterfrågas. Vidare nämner Bergh att vårdaren kan etablera kontakt genom att bekräfta den som talar genom att nicka instämmande vilket får till följd att den som talar gärna fortsätter att tala och säger mer. Detta kallar författaren för ett relationsskapande samtal som leder till att motparten känner trygghet och därmed skapar utrymme för egna initiativ. Tidsaspekten har också betydelse. Ju mer tid som är avsatt för mötet desto större är förutsättningen för att en relation skall uppnås och kunskap att nå mottagaren. Om sjuksköterskan inte når fram med sitt budskap behöver inte det betyda brist i sjuksköterskans pedagogiska kvalifikationer utan det kan handla om mottagarens förutsättningar att ta till sig budskapet. Vidare nämner Bergh (2002) och Gedda (2001) att sjuksköterskan kan förmedla kunskap på olika sätt genom sitt eget förhållningssätt till pedagogik. Detta förhållningssätt är avgörande för om kunskapen förmedlas på ett för patientens optimal sätt eller inte.

Enligt Gedda (2001) är syftet med sjuksköterskans pedagogiska funktion att utifrån sitt kompetensområde, förmedla kunskap och därigenom öka förståelsen för det egna hälsotillståndet hos patienten. Sjuksköterskan kan utöva makt i förhållande till patienten genom att medvetandegöra ex, medicinska kunskaper kring hälsotillståndet som syftar till förändring av beteende. Argumentation, kontraktspedagogik, hjälp till självhjälp, bekännelsepedagogik och hälsoprofiler är maktstrategier som alla syftar till att öka ex, patientens medicinska kunskap och därigenom förändra patientens beteende. Vidare nämner Gedda att sjuksköterskan både medvetet och omedvetet i pedagogiska situationer utövar makt genom att normalisera, kontrollera samt övervaka patienten.

Patientens makt/maktlöshet

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är målen med sjukvården att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Kraven som ställs innebär att vården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård vilket innebär att den skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården. Vården skall vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vidare skall vården främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vården och behandlingen skall så långt som det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Vården skall arbeta för att förebygga ohälsa och den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Enligt Lagen om patientnämndsverket (1998:1656) m.m. skall det i varje landsting och kommun finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom hälso- och sjukvården. Nämnderna skall utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården. Vidare skall kontakten mellan patient och vårdpersonal främjas. Patienter skall få hjälp med att vända sig till rätt myndighet samt rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter. Granum (1994) skriver att vårdtagarens rättigheter i samhället har blivit mer uppmärksammade på senare år. Vårdtagare är därmed bättre informerade än tidigare och förväntar i högre utsträckning att få svar på frågor. Vårdtagare är medvetna om sitt medansvar i omvårdnaden och önskar därför tillägna sig mer kunskap. I och med denna medvetenhet från vårdtagarens sida ses vårdtagarundervisningen i ökad utsträckning som en av vårdarens självständiga omvårdnadsfunktioner. Kortare vårdtider ökar också behovet av undervisning för att vårdtagaren skall fungera optimalt i hemmet.

Skau (2001) och Sundin (1998) skriver om att en patient ofta upplever en känsla av övergång från subjekt till objekt i kontakt med sjukvården. Patienten råder inte längre över sig själv utan har blivit föremål för agerande, bedömning och beslut. Förändringar sker ofta i patientens egen självbild från subjekt till objekt och denna process kan förstärkas eller försvagas beroende på hur de professionella uppträder i sin funktion, men den är som sålunda oupplösligt förbunden med själva klientstatusen. Främmande människor får plötsligt anledning att blanda sig i familjens privatliv. Frågor kan ställas som det krävs svar på och krav kan ställas på familjen. Privata upplysningar samlas in och antecknas i dokument som i sin tur är tillgängliga för en rad människor med hjälparstatus. Vidare nämner Skau (1997) att generalisering är en annan förändring som sker för klienten. Unika, individuella tillstånd eller fenomen blir i mötet översatt till diagnostiska kategorier. Tillstånd och fenomen frätas därmed sin unika och personliga karaktär och generaliseras. Hälso- och sjukvården har en tendens att vetenskapliggöra, vilket innebär att man inom den rådande naturvetenskapliga betraktelsen inte intresserar sig för det individuella fenomenet som sådant utan för det som är gemensamt för alla individers fenomen av ett visst slag. Vidare menar Sundin (1998) att patienten berövas delar eller hela sin jagbild när han blir inlagd på sjukhus på grund av undersökningar, anamnes upptagningar, förändrade dagsrutiner, att lämna ifrån sig personliga ägodelar och bli iklädd sjukhusklädsel. Dessa inkräktningar på patientens revir kan ge upphov till otrygghet och maktlöshet i den nya miljön.

Om det finns flera fackpersoner som är överens om en viss tolkning av verkligheten blir det ännu svårare för en enskild klient att hävda en annan tolkning, menar Skau (2001). Det gemensamma fackspråket lägger alltså fast bestämda ramar, som styrker och vidarebefordrar bestämda uppfattningar och tolkningar av verkligheten. Detta kan ibland få ödesdigra följder för klienten, inte minst för att fackspråket innehar större auktoritet och gör anspråk på mer objektivitet och tillförlitlighet än vardagsspråket och av det skälet är svårare att tillbakavisa. Detta är en typ av maktuppvisning som gör att klienten kan uppleva ett förödmjukande främlings eller utanförskap. Om klienten gör motstånd uppkommer en maktkamp mellan hjälparen och klienten nämner Skau.

Som belysts i bakgrunden har sjuksköterskan makt över patienten i ett flertal situationer. Med utgångspunkt från lagar som styr sjuksköterskans profession skall hon bla. informera patienter. Skau (2001) nämnde att språket var det viktigaste redskapet för att bygga upp makt och legitimera handlingar. Genom att använda sig av fackspråk när patienten skulle informeras, kunde sjuksköterskan exkludera patienten och därmed öka patientens upplevelse av maktlöshet. Sundin (1998) menade att patienten kunde uppleva otrygghet i situation och miljö, vilket förstärkte patientens upplevelse av maktlöshet. Skau (2001) skrev att sjuksköterskan som befann sig i en välbekant miljö samt position förstärkte hennes känsla av kontroll och därmed makt över situationen. Utifrån detta blev vi blivintresserade av att se hur makt/maktlöshet uttrycks utifrån ett sjuksköterske- respektive patientperspektiv.

Syfte och frågeställningar

Syftet med detta arbete är att belysa hur sjuksköterskan och patienten uttrycker makt/maktlöshet i sjukvården i förhållande till de olika frågeställningarna som följer nedan.

Hur uttrycks makt/maktlöshet i relation till organisation?

Hur uttrycks makt/maktlöshet i relation till miljö?

Hur uttrycks makt/maktlöshet i relation till språk?

Hur uttrycks makt/maktlöshet i relation till profession?

Hur uttrycks makt/maktlöshet i relation till patientroll?

Metod

Litteratursökning

För att besvara arbetets syfte användes litteraturstudier som metod. Avsikten med en litteraturstudie är i regel att sammanställa den vetenskapliga litteratur som finns inom ett område. Metoden ligger i att komprimerat sammanställa tex. resultat eller metoder. Litteraturgranskningen används som en introducerande kartläggning kring en fråge- eller problemställning. Litteratursökning sker framför allt genom tre sökmetoder; datorbaserad sökning, manuell sökning och konsultation (Backman, 1998). Sökningarna efter relevant litteratur har skett genom de tre ovannämnda sökmetoderna på biblioteket på Högskolan Trollhättan/Uddevalla samt på Göteborgs universitetsbibliotek. Artiklar söktes via databaserna Academic Search Elite, Arblin, Cinahl, Libris, Miki och SveMed. De svenska sökorden som användes var makt, sjuksköterska, patient, sjuksköterska-patient relation, maktrelation, organisation, profession, miljö och språk. De engelska sökorden som användes var power, nurse, patient, nurse-patient relation, power-relations, organisation, profession, environment och language. Sökorden användes var och ett för sig och i kombination med varandra. Vi valde att begränsa studien genom att söka orden i artiklarnas sammanfattning. Utifrån träffarna utsågs de artiklar som verkade mest väsentliga i relation till arbetets syfte. Genom konsultation, manuell sökning samt datorbaserad sökning i bibliotekskatalogen SOFIA på Högskolebiblioteket i Vänersborg fann vi böcker och avhandlingar.

Urval

Vi har utgått från Backmans (1998) riktlinjer om hur en artikel skall vara utförd för att uppnå kriterierna för att anses som en vetenskaplig artikel. För att en artikel skall få publiceras måste den genomgå en sträng granskningsprocedur. Varje redaktion har en redaktionskommitté som består av internationellt sett framstående forskare inom området som tidskriften berör. Kriterierna var att artiklarna skulle vara publicerade i en vetenskapligt granskad tidskrift. Artiklarna skulle följa de regler som gäller för utformningen av ett vetenskapligt dokument nämligen innehålla sammanfattning, bakgrund,

syfte, metod, resultat, diskussion och referenser samt beskriva resultatet från ett forskningsarbete menar Backman.

Urvalet av artiklar och avhandlingar avgränsades till att de skulle vara publicerade från 1990-talet och framåt. Både svensk och utländsk litteratur bearbetades. Inklusionskriterierna har varit när våra sökord har stått i samband med studiens syfte det vill säga när det har kunnat antas att sjuksköterskans respektive patientens makt/maktlöshet är omskriven samt att forskningen skulle behandla sjuksköterska-patient relationer. Exklusionskriterierna blev följaktligen de artiklar och avhandlingar där det i abstract har framkommit att områden som genus och andra yrkesroller varit kärnan i maktrelationen. Här valdes dock att inkludera Albinssons och Arnessons (2000) avhandling då den förutom att belysa makt ur ett genusperspektiv även klarlade makt/maktlöshet ur ett organisationsperspektiv. Dessutom exkluderades icke vetenskapliga artiklar och böcker. I vissa fall var abstraktet otydligt och då gjordes en mer ingående granskning av dessa innan urvalet slutligen gjordes. I resultatet benämner vi sjuksköterskan som hon och patienten som han. Anledningen till att vi valt att kalla sjuksköterskan för hon är för att vi anser att kvinnor idag är överrepresenterade i yrkeskategorin. Följden av detta har blivit att vi valt att kalla patienten för han för att särskilja dessa individer.

Böckerna utgjorde bakgrunden medan följande artiklar och avhandlingar har bearbetats och analyserats i resultatet. För att skapa en övergripande bild av de artiklar och avhandlingar som granskats har vi placerat dem i tabellform som uppdelades i syfte, metod, urval och sökmetod. Därefter har vi redogjort för resultatet i löpande text.

Tabellöversikt över de artiklar som granskats				
Förf./Publ. År/Titel	Syfte	Metod	Urval	Sök- metod
Hewison, A. (1995). <i>Nurses power in interactions with patients.</i>	Är att undersöka på vilket sätt sjuksköterskan använder sig av sitt språk och vilken effekt det har på patienten.	Kvalitativ studie. Deltagande observation och handskrivna anteckningar. Totalt 37.5 timmar.	24 kvinnliga patienter, sju sjuksköterskor och två sjuksköterskestudenter på ett litet geriatrisk sjukhus.	Datorbaserad sökning
Kettunen, T., Poskiparta, M., Gerlander, M. (2002). <i>Nurse-patient power relationship: preliminary evidence of patients power messages.</i>	Att förklara i detalj patientens dynamiska maktfaktorer på en mikronivå.	Kvalitativ studie. Undervisnings-situation som filmats utan forskarens närvaro. Totalt 38 tillfällen som varade från 5-45 minuter. (mean=17.7, SD= 8.8).	19 sjuksköterskor och 38 patienter på olika somatiska avdelningar.	Datorbaserad sökning
Muir-Cochrane, E. (2000). <i>The context of care: Issues of power and control between patients and community mental health nurses.</i>	Att undersöka dynamiska makt- och kontrollfaktorer mellan sjuksköterska och patient under hembesök.	Kvalitativ studie. Etnografisk tolkning av observationer och intervjuer.	Observation under 8 månaders tid.	Datorbaserad sökning

Tabellöversikt över de avhandlingar som granskats				
Förf./Publ. År/Titel	Syfte	Metod	Urval	Sökmetod
Albinsson, G., Arnesson, K. (2000). <i>Maktutövning ur ett organisations- och genusperspektiv.</i>	Att fördjupa förståelsen för relationer mellan organisation, genus och makt.	Kvalitativ studie. Observationer under 30 dagar, 2-5.5 timmar per dag samt intervjuer.	148 personer i olika yrkeskategorier varav 40 var sjuksköterskor på tre somatiska vårdavdelningar.	Datorbaserad sökning
Friberg, F. (2001). <i>Pedagogiska möten mellan patient och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning.</i>	Att söka svar på vad som är utmärkande för patientundervisning, särskilt informell undervisning.	Kvalitativ studie. Observationer och intervjuer. Observationerna omfattade totalt 173 timmar.	15 sjuksköterskor och 12 patienter på en medicinsk vårdavdelning.	Konsultation
Rundqvist, E. (2004). <i>Makt som fullmakt.</i>	Att fördjupa förståelsen och kunskapen om innebörden i begreppen och fenomenen makt och fullmakt.	Litteraturstudie ur ett hermeneutiskt perspektiv.	Etymologiska ordböcker. Synonymordböcker. Bibeln. Skrivna berättelser från 20 vårdare samt skrivna berättelser från tre patienter. Fyra självbiografiska litterära berättelser. En skönlitterär berättelse.	Datorbaserad sökning

Förf./Publ. år/Titel	Syfte	Metod	Urval	Sökmetod
Strandmark Kjölsrud, M. (1994). <i>Vård i verkligheten om människo-värde, makt-relationer och helhetssyn i professionell omvårdnad.</i>	Att ge förståelse för omvårdnadens viktigaste dimensioner genom att lyfta fram fenomen utifrån patienternas och Vårdgivarnas verklighet.	Kvalitativ studie. Observationer och intervjuer. Totalt två veckors observationer, en på vardera avdelning.	Olika yrkes-kategorier samt patienter.	Dator-baserad sökning

Bearbetning och analys

Enligt Patel och Davidsson (1994) bör materialet bearbetas och komprimeras för att besvara syfte och frågeställningar. Det finns olika metoder för att bearbeta textmaterial och vi har använt oss av kvalitativ bearbetning vilket innebär att skaffa sig en djupare kunskap genom att försöka förstå och analysera helheten av litteraturen. Artiklarna och avhandlingarna lästes och granskades av båda författarna med syfte, frågeställningar samt synonymer på makt/maktlöshet som utgångspunkt. Frågeställningar formulerades för att uppnå syftet och med utgångspunkt i dessa framkom fyra variabler som var; auktoritet, fullmakt, inflytande och kontroll. Backman (1998) menar att det material som erhållits skall kategoriseras under variabler för att sammanföra begrepp som överensstämmer med varandra. Viktiga delar i texterna har markerats och därefter jämförts författarna emellan. Vidare har författarna diskuterat och ställt samman materialet, för att sedan redovisa analysen av artiklarna och avhandlingarna i resultatet.

Validitet

Validitet avser att en undersökning är utförd på ett tillförlitligt sätt samt att det som avses att granskas har granskats (Patel och Davidsson, 1994). Presentation av artiklarna och avhandlingarna i en tabell som tydliggör syfte, metod och urval, valdes för att stärka arbetets validitet.

Resultat

Syftet med arbetet var att belysa hur sjuksköterskans och patientens makt/maktlöshet uttryckte sig i relation till organisation, miljö, språk och profession/patientroll. I avhandlingarna och artiklarna som bearbetades fann vi fyra teman som vi ansåg belyste makt och maktlöshet. Dessa teman var auktoritet, fullmakt, inflytande och kontroll vilka redovisas nedan.

Auktoritet

Albinsson och Arnesson (2000) fann i sin undersökning att den hierarkiska strukturen var förankrad på klinikerna trots en omorganisation. Omorganisationen utgick ifrån hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft 1982. Grundtanken var att organisationen inte längre satte upp regler och order som förut, utan istället utformade riktlinjer om mål, ansvar och kompetenser som skulle uppfyllas. Detta syftade till ökad makt på lägre hierarkiska nivåer. Yrkesmässig hierarkigering som var sammanhängande med individens kunskapskapital var därmed fortfarande ett kännetecken inom organisationen. Läkarna befann sig i toppen av hierarkin med mest makt och ansvar i kraft av sin medicinska profession. I mellanskiktet fanns sjuksköterskan som var underordnad behandlande läkare och basenhetschef i såväl medicinska som administrativa ärenden av vårdarbetet. Längst ner i botten av hierarkin påträffades patienterna. Genom att sjuksköterskan prioriterade administrativa och sjukvårdstekniska arbetsuppgifter istället för att profilera sin kunskap inom omvårdnad, bekräftade även hon hierarkin inom kliniken. Patienten bekräftade hierarkin genom att inte ifrågasätta behandlingar och beslut tagna av läkaren samt genom att låta sig objektifieras utifrån naturvetenskapen som kunskapsområde. Både läkaren och sjuksköterskan hade dock ett behov av att framhäva sin egen yrkestillhörighet så att denna skulle tillskrivas status. Detta gjordes genom att underordnade yrkesgrupper utestängdes. Vidare nämnde Albinsson och Arnesson att organisationsmedlemmarna exkluderade patienterna och tilldelade sig själva status samt yrkesidentitet genom att använda sig av fackspråk. Det allmänna språket tillhörde varje individs vardag medan fackspråket var förbundet med kunskap inom specifika ämnesområden, vilket förtydligade tillhörigheten inom organisationen. Rundqvist (2004) och

Friberg (2001) menade att ronderna kunde tolkas som maktattribut då de framförallt tog hänsyn till organisationens behov och inte patientens. Makthierarkier blev särskilt synliga i samband med läkarronder. Språket vid ronderna var obegripligt för patienten, som visserligen blev tillfrågad om sitt hälsotillstånd men aldrig hann svara förrän ronnndeltagarna istället talade med varandra. Vidare nämnde Rundqvist (2004) att välbefinnandet påverkades av vårdarnas språk genom att patienterna kände sig undertryckta och därmed upplevde sig tvingade att lyda vårdarnas anföranden istället för att samtala. Patienterna kände sig också omyndigförklarade när vårdaren talade till honom som mindre vetande. Språket med makten över patienten hade skarp röst och den var inte hänsynsfull. En lugn och kall beslutsamhet i rösten fick patienterna att känna sig i underläge och omyndigförklarad. Patienter som kände sig kluvade, svarade med en inställsam röst och försökte vara till lags vilket var ett sätt att överleva. I en studie av Hewinson (1995) framkom det att sjuksköterskan på olika sätt kunde ta makten över patienten genom språket. Genom sättet hon talade på fanns möjligheten till att ett ojämnt förhållande mellan sjuksköterska och patient uppstod. Hon kunde beordra och övertala patienten. Hon kunde kommunicera genom att ställa ledande frågor vilket gjorde att patienten agerade önskvärt utifrån sjuksköterskans perspektiv. Samt att sjuksköterskan kunde agera mot patienten, som en förälder kan agera mot sitt barn dvs. på ett auktoritärt sätt.

Patienten kunde känna sig oförmögen och maktlös att kämpa mot organisationen menade Strandmark Kjölrsrud (1994). Vårdarna undanhöll patienten information i vissa situationer vilket medförde att patienten inte kunde påverka sin situation. Om otydlighet gällande ansvarsfördelning i organisationen förekom var det lätt att en patient lämnades i ensamhet. Patienterna var omedvetna om att omvårdnaden inte var behovsanpassad och det kunde vara ett bekymmer för vårdarna om de inte visste vilka beslut som skulle fattas. Även detta var en konsekvens av otydlig ansvarsfördelning inom den hierarkiska organisationen.

Rundqvist (2004) beskrev att avdelningen var vårdarens område, medan miljön var främmande för patienten. Vårdaren som var hemma på avdelningen hade en klar bild över hur patienten skulle vårdas. Vilket medförde att patienten förlorade en stor del av sin frihet när han kom till sjukhuset, den vårdande inrättningen hade en maktposition över honom. Vårdaren kunde dock hjälpa patienten att upprätthålla sin värdighet, genom att skapa en nära relation. Vidare menade Rundqvist (2004) att vården som organisation hade ett legitimerat uppdrag vilket innebar påverkan och auktoritet över de människor som var i behov av vård på olika nivåer. Makten fanns följaktligen på vårdarens sida och vårdarna kunde välja att handla för sitt eget och organisationens eller patientens bästa. Makten var vårdarens, hon hade tillägnat sig kunskaper att vårda och hon hade sin givna plats i organisationen. I organisationen fanns det olika rutiner som var skapade av vårdarna utifrån dem själva och deras behov av ordning och kontroll. Rutinerna tog endast hänsyn till organisationens och professionens behov, inte patientens.

Fullmakt

Det ingår i sjuksköterskans professionella förhållningssätt, att hon i en fungerande relation med patienten ska hjälpa honom till ett medinflytande samt visa empati för honom, menade Strandmark Kjölrsrud (1994). Vidare nämnde författaren att det fanns ett positivt respektive negativt beroendeförhållande mellan patient och vårdare där patienten lätt hamnade i underläge. Det positiva beroendeförhållandet innebar ett förhållande där människor hjälpte varandra i en känsla av gemenskap och i lojalitet. Det negativa förhållningssättet speglade att det inte var båda individerna som var delaktiga i situationen, utan att det var en som tog sig makten. Studien visade att bra relationer mellan vårdare och patient ledde till utveckling medan dåliga relationer medförde sämre vård för patienten. Rundqvist (2004) nämnde dock vårdarens fullmakt, vilket innebar ett förtroendeuppdrag mellan vårdare och patient. Det som avgjorde fullmakten var vårdarens förmåga att skapa tillit till patienten. Fullmakten gavs då vårdaren ansågs värdig att ta emot den. Vidare var fullmakt något som patienten gav av fri vilja, inte något som kunde tas, erövrats över patienten. Fullmakten var vårdarens uppdrag att förvalta patientens hälsoprocesser men

uppdraget var beroende av vårdarens förmågor. Vårdaren med förmåga till kärleksfull hållning fick fullmakt medan oförmåga innebar utebliven fullmakt vilket kunde leda till allmakt och maktmissbruk. Förmågor som kärleksfull och ödmjuk hållning väckte patientens förtroende men då vårdaren inte bekräftade patienten fick hon inte fullmakt. För att en god vårdrelation skulle skapas krävdes det ofta mer än utbildning och erfarenhet. Muir-Cochrane (2000) nämnde i sin studie att sjuksköterskan kunde ge patienten makt över hennes arbetsuppgift för att överföra sin maktposition till fördel för patienten. Detta i respekt för patientens integritet samt för att styrka hans kontroll över situationen. Sjuksköterskan gjorde detta genom att invitera patienten till konversation samt ge information om vad som skulle ske.

Rundqvist (2004) nämnde att vårdaren skulle ha förmågan att förmedla hopp och tro. Om vårdaren inte inväntade fullmakten, som innebar att patienten tillät att bli vårdad, blev följden att vårdaren tog makt över patienten. Om vårdaren fått fullmakt över patienten var det viktigt att fullmakten inte fortsatte av rutin. Det skulle finnas mod att ge patienten fullmakten åter annars blev konsekvenserna maktmissbruk.

Strandmark Kjölrsrud (1994) nämnde olika faktorer i miljön som kunde påverka samtalet med patienten. Brist på enkelrum var en faktor som kunde störa sjuksköterskan i mötet med patienten då de inte kunde tala ostört. Om samtal ägde rum i fyrasal fanns det sällan stolar att tillgå och sängen ansågs vara patientens revir. Brist på tid som också var ett störande moment, resulterade i svårigheter för vårdarna att föra både en spontan och planerad dialog med patienten på ett bra sätt. Problem i miljön men också hinder hos patient och vårdare påverkade samtalet. Patientens problem påverkades av om han var autonom, godtagande, otillfredsställd eller en beroende patient. Vårdarens problem kunde innefatta kommunikationsproblem med vissa patienter ansåg Strandmark Kjölrsrud. Vidare skrev Muir-Cochrane (2000) att patienten i sin hemmiljö hade makten att avvisa sjuksköterskans vård. Detta pga. att han var den som befann sig i för honom känd miljö och därmed var den som satte regler och riktlinjer för besökaren.

Inflytande

Ett sjukhus är en del av samhället med en organisation, där patienterna hamnade långt ned i hierarkin. Patienten skulle ha samma inflytande som alla individer i ett demokratiskt samhälle men lång erfarenhet av vårdarbete talade för att det fanns vissa begränsningar i detta medinflytande. Patientens makt låg i inflytande genom att de var delaktiga i och under påverkan av besluten. Makten bestod i patientens förmåga att skaffa sig medinflytande kombinerat med maktutövningen. Medinflytandet berodde på de inblandade personernas vilja och förmåga, hur makten utövades, tiden, patienternas behov och lagstiftningen, (Strandmark Kjölrsrud, 1994).

Patienten orsakades lidande då han kom till en makthierarkisk vårdkultur genom att ingen tog notis om honom och hans upplevelser av vad som var fel, ansåg Rundqvist (2004). Ibland blev patienten inte ens trodd. Patienten befann sig längst ner i rangordningen i vården och han förväntades att göra vad han blev tillsagd samt följa avdelningens rutiner. Rutinerna tillgodosåg inte patienten utan endast organisationen och vårdarnas profession. Hur makten tog sig form var beroende på den rådande kulturen och vårdkulturens bild av människan. Dessa uppfattningar speglades i hur vården eller icke- vården bedrevs. Vårdgivarnas vilja och förmåga att ge patienterna medinflytande visade sig i deras professionella förhållningssätt, det vill säga inlevelseförmåga och lyhördhet för patienternas behov och kunskap. Vården som organisation hade ett legitimerat uppdrag som innebar inflytande och auktoritet över de människorna som var i behov av vård. Makten fanns följaktligen på vårdarens sida och vårdaren hade makt att välja att handla för sitt eget och organisationens eller patientens bästa.

Strandmark Kjölrsrud (1994) menade att patienten utövade makt genom personliga egenskaper som påverkan, compensation och undanhållande av information. Genom kritik kunde patienterna få vårdarna att känna sig osäkra så att vårdarna inte kunde bemöta kritiken konstruktivt. En del patienter försökte göra sig populära genom att hjälpa vårdpersonalen med olika sysslor. Alla människor har även en integritetsgräns vilket gjorde att patienterna endast

talade om vad de själva ville tala om. Patienterna kunde påverka vårdarnas beslut genom sitt sätt att verbalt framföra saker och ting. Den missnöjda patienten utövade makt genom stark påverkan på vårdpersonalen. En missnöjd patient kunde påverka vårdgivarna så att de berörda mådde dåligt. Personalen drog sig undan patienten och tampades med känslor som de hade svårt att hantera. I en studie av Kettunen, Pokiparta och Gerlander (2002) framkom att patienten kunde ta makten genom att ställa frågor/motfrågor samt att avbryta sjuksköterskan när hon informerade. Muir-Cochrane (2000) fann i sin studie att sjuksköterskor som verkade i hemtjänsten kunde möta patienter som tog makt genom att tex. inta ett aggressivt beteende, inte invitera sjuksköterskan till att komma in samt genom vägran att svara på tilltal eller frågor.

Friberg (2001) beskrev två typer av pedagogiska möten som kunde äga rum mellan sjuksköterska och patient. Dessa möten inträffade på samma eller skilda planhalvor. Vid möte på samma planhalva uppstod en dialog som möjliggjorde kunskapsutbyte mellan individerna. Vid möte på skilda planhalvor förekom inte denna vidareutveckling av dialogen, på grund av att sjuksköterskan ställde frågor för snabbt eller omtolkade vad patienten sade. Ett möte på skilda planhalvor kännetecknades av en ”jag-det-relation” (s. 213) som innebar att individerna hade en ojämlikhet i synen på varandra. Vid möte på samma planhalva existerade en vi-relation som medförde att individerna var öppna för varandras existens och därmed fanns möjligheten att individerna påverkade och lyssnade på varandra. Vidare nämnde Friberg att patientens upplevelse av värdighet var förknippat med om mötena inträffade på samma eller skilda planhalvor. I begreppet värdighet fanns känslor av delaktighet, kunnsighet och förbereddhet. För att patienten skulle uppleva värdighet behövde mötet ske på samma planhalva. Detta innebar att patientens delaktighet och inflytande i vården var beroende av om sjuksköterskan tillät detta eller inte. Om patienten upplevde hotad värdighet medförde detta känslor av utanförskap, underläge och oro. Med detta märkte Friberg att patienten som hade kunskap kring sin situation också upplevde kontroll. En ökad kontroll, det vill säga en ökad handlingsberedskap innebar därmed en förbereddhet vilket i sin tur motverkade känslor av oro för patienten.

Kontroll

Albinsson och Arnesson (2000) beskrev att sjuksköterskan upplevde omorganisationen vid kliniken som negativ på grund av ökad arbetsbelastning som följd. Omorganisationen innebar att rondsystemet frångicks och en decentraliserad vårdlagsmodell antogs som arbetsstruktur. Detta skulle medföra ökat inflytande för vårdpersonalen, en flexibel arbetsfördelning, på grund av att övergripande mål kunde preciseras på lägre hierarkiska nivåer än tidigare. Efter omorganisationens struktur styrdes sjuksköterskans arbete bland annat av snäva ekonomiska ramar samt av effektiviseringar. Detta medförde att organisationen tog ifrån sjuksköterskan kontrollen över sin egen arbetssituation. Den hierarkiska strukturen inom organisationen förtydligades ytterligare genom att sjuksköterskan lade upp sitt arbete utefter klinikens rutiner samt läkarnas ronder. Detta gjorde hon för att arbetssituationen skulle förlöpa konfliktfritt och smidigt, trots att tidpunkten för rond inte passade in i hennes arbetssituation. Vidare nämnde Albinsson och Arnesson att sjuksköterskans arbetssituation i stor utsträckning styrdes av tidspress, fasta rutiner samt av att de ständigt blev avbrutna vid utförandet av en arbetsuppgift. Läkarna som befann sig på toppen av hierarkin i organisationen hade dock möjligheten att påverka sin arbetssituation och därmed tidspressen. Läkaren utövade makt på sjuksköterskan och vice versa, genom att kontrollera och kräva in arbetsuppgifter.

Sjuksköterskan använde sig av olika metoder för att tillägna sig kunskap om patienten, menade Friberg (2001). Syftet med kunskapsinhämtningen för sjuksköterskan handlade om att erhålla kontroll över situationen. Att ställa frågor och invänta patientens frågor syftade till ökad medvetenhet om vad patienten önskade veta och hade kunskap om, samt om han hade uppfattat det sjuksköterskan hade förmedlat. Detta kunde patienten dock uppleva som kontrollerande. När sjuksköterskan inväntade patientens frågor gav hon honom friheten att utveckla samtalet i den riktning han själv behagade. I sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår även att ge patienten information. Detta kan hon göra genom att informera, undervisa, förklara, ge skäl för eller emot något och förmana eller uppmana. Information syftade ibland till att förändra

patientens beteende. Patienten kunde enligt Friberg (2001) tillägna sig kunskap och därmed göra situationen begriplig, genom att uttrycka frågor på olika sätt, observera sjuksköterskan i tal och handling, tolka sina egna kroppsliga signaler samt själv eller med hjälp av andra individer söka kunskap. Med risk för att patienten inte förstod/fick reda på sådant han önskade veta ställde han frågor för att få kontroll och därmed makt över situationen. Patienten ställde frågor för att han ville göra det men också för att han kände att han behövde göra det. Kettunen, Pokiparta och Gerlander (2002) nämnde i sin studie att likväl patienten genom sina frågor som sjuksköterskan genom sina råd samt val av ämnen, kunde styra konversationen mot den riktning de behagade. Med detta menade författarna att både sjuksköterskan och patienten kunde få kontroll och därmed makt över informationsflödet som gavs eller erhöles i situationen. Vidare nämnde Kettunen et al. att trots att patienten hade stor makt genom vilka frågor han ställde till sjuksköterskan så var svaren som sjuksköterskan gav, avgörande för hur konversationen skulle komma att utvecklas. Detta var även beroende av att patienten accepterade, och därmed gav makten till sjuksköterskan pga. hennes medicinska kunskap.

Rundqvist (2004) lyfte fram hur patienten hade avgörande om vårdaren skulle tillägnas fullmakt eller inte. Fullmakten var patientens medgivande till vårdande vilket innebar att han hade kontroll över sin situation till skillnad från vårdaren som var utan kontroll. Patienterna i undersökningen beskrev hur de försökte behålla makten över sin värdighet och existens genom att anpassa sig till vårdens behov eller kämpa emot förmyndariet med olika tillvägagångssätt. Patienterna spelade med för det var ett sätt att behålla makten och kontrollen även om de blev utsatta för kränkningar. En annan strategi patienterna använde för att finnas till i vårdarens värld var att ta rollen som "riktigt tokiga" (s. 123).

Diskussion

Metoddiskussion

För att uppnå syftet, som är att belysa hur sjuksköterskan och patienten uttrycker makt och maktlöshet i sjukvården, valdes en litteraturstudie som metod. Eftersom vi utgick med förförståelsen om att makt/maktlöshet existerar i relationen mellan sjuksköterska och patient ansåg vi att en beskrivning över tidigare litteratur borde leda fram till begrepp på makt/maktlöshet, i relation till vårt syfte. Denna metod anser vi därför är relevant för vår studie. En potentiell fördel med att göra en litteraturstudie är att aktuell litteratur inom området kommer fram, enligt Patel och Davidsson (1994). Genom detta får vi möjligheten att ta del av andra forskares resultat inom forskningsområdet vilket möjliggör att problemområdet belyses utifrån en mängd forskningsperspektiv. Att vara två författare som individuellt bearbetar och reflekterar över resultatet och därefter jämför tolkningarna, som till stor del är överensstämmande, anser vi stärker resultatet. För att öka generaliserbarheten kunde vi ha använt mer eller annan litteratur eller kanske gjort en empirisk studie. Det hade varit intressant att se om någon skillnad erhållits i resultatet om urvalet hade varit annorlunda. Nackdelarna med litteratursökningen är begränsningar genom exklusionskriterierna samt genom att litteratursökningar endast skett i två specifika bibliotekskataloger. Ytterligare en nackdel med litteratursökningen är avgränsningen gällande tidsperspektivet i avhandlingarna och artiklarna från 1990-talet och framåt. Detta anser vi kan innebära att relevant litteratur kan ha förbisetts. Patel och Davidsson menar att en litteraturstudie skall sammanfatta information av all aktuell litteratur inom området.

I efterhand anser vi att synonymer till orden makt och maktlös kunde ha använts vid litteratursökningen. Detta anser vi kunde ha medfört att andra fakta förvärvats till resultatet vilket hade möjliggjort att resultatet utvidgats. Det skulle även kunna medföra att det blivit för mycket litteratur att bearbeta. Begränsningen till att enbart söka i artiklarnas och avhandlingarnas sammanfattning kan ha gjort att relevant litteratur har försumrats. Vi anser att det är en fördel att flertalet adekvata databaser samt kombinationer av sökord använts.

Tre av författarna till avhandlingarna samt en av författarna till artiklarna använder sig av intervjuer. Patel och Davidsson (1994) nämner att en förutsättning för god reliabilitet är att intervjuaren och observatören har god förmåga att bedöma svar eller observationer på rätt sätt. Vidare nämner författarna om intervjuareffekten som innebär att informanterna inte svarar på frågorna utifrån vad de själva anser, utan ger svar utifrån vad de antas förväntas svara. Detta anser vi kan påverka resultatet genom att vi tolkar vad författaren till avhandlingarna samt artiklarna har tolkat. Vidare nämner Patel och Davidsson att bearbetningen av resultatet präglas av författarna till studien. Resultat kan ha påverkats ytterligare av våra tolkningar, då vi anser att författarna till avhandlingarna i vissa fall döljer maktbegreppet genom användning av andra uttryck. Vidare kan tänkas att de begrepp som kommit fram i resultatet inte är tillräckligt täckande samt att resultatet sett annorlunda ut om vi använt oss av fler eller andra begrepp.

Resultatdiskussion

Syftet med detta arbete är att belysa hur sjuksköterskans och patientens makt/maktlöshet uttrycks i relation till organisation, miljö, språk och profession/patientroll. De begrepp som har framkommit i resultatet är auktoritet, förhållningssätt, inflytande och kontroll. Vi väljer nedan att diskutera begreppen utifrån syftet med frågeställningarna som utgångspunkt. Därför används följande rubriker; makt/maktlöshet i organisationen, makt/maktlöshet i miljön, makt/maktlöshet i språket och makt/maktlöshet i profession/patientroll.

Makt/maktlöshet i organisationen

Resultatet visar att sjuksköterskan uttrycker makt genom auktoritet. Detta gör hon genom sin profession, sin plats i organisationens hierarkiska struktur samt genom att använda sig av fackspråk (Albinsson och Arnesson, 2000). Ett av syftena med sjuksköterskans profession är att försöka frambringa förändringar hos patienterna. Sjuksköterskans yrkesroll påverkas även av underordning av överordnades auktoritet och hierarkiska system (Sundin, 1998). I resultatet framkommer det att sjuksköterskans maktlöshet uttrycks genom en

underordnad position i förhållande till organisationens struktur genom att naturvetenskapens kunskapsområde profileras (Albinsson och Arnesson 2000). Vidare nämner Albinsson och Arnesson hur omorganisationen skulle bidra till ökad makt på lägre hierarkiska nivåer genom ett ökat samarbete och inflytande mellan yrkeskategorierna. Detta medförde dock att den hierarkiska strukturen inom organisationen förtydligades ytterligare genom att sjuksköterskan lade upp sitt arbete utefter klinikens rutiner samt läkarnas ronder. Med detta anser vi att organisationen har makten över både patienten och sjuksköterskan eftersom det är den som sätter upp riktlinjer för hur vården skall bedrivas. Sjuksköterskan innehar emellertid makten över vilka arbetsuppgifter hon skall utföra och inte utföra genom att delegera till andra vårdare eller att åta sig uppgifterna själv. Enligt vår mening står hon maktlös inför organisationen genom att hon är underställd läkaren som har det avgörande inflytandet i organisationen och vården av patienten. Detta tror vi kan leda till att sjuksköterskan försöker uppnå status i sin profession genom att söka bekräftelse av läkarna som står högst i hierarkin i sjukhusväsendet. Följden kan vara att sjuksköterskan försöker profilera naturvetenskapen istället för omvårdnaden pga. att den kunskapen är mer specifik. Konsekvensen kan också vara att patienterna ”värdesätter läkarens ord högre” och att den naturvetenskapliga läran kan vara ”lättare att ta till sig” genom att den ger konkreta svar. Enligt vår mening kan det vara lättare för patienterna att ta till sig en diagnos än att förhålla sig till olika omvårdnadsåtgärder. Det kan uppstå ett stort glapp i vårdandet av patienter om inte sjuksköterskan profilerar sin kunskap inom omvårdnad. Om patienten endast behandlas efter naturvetenskapens kunskapsområde tilldelas han en diagnos vilket vi anser innebär att bli tillskriven ”det sjuka”. Om patienten då inte får någon omvårdnad, som vi anser är att styrka det friska hos patienten, kan upplevelsen av att vara sjuk stärkas. Enligt Skau (2001) är ett gemensamt drag i alla professionella relationer att de utspelar sig inom en ram av professionell makt och kontroll samtidigt som det skall säkerställa patienten hjälp, stöd och omsorg samt förmedla kunskap och behandling.

Rundqvist (2004) nämner att patienternas maktlöshet uttrycks genom att de känner sig undertryckta och underordnade organisationens medlemmar genom

sättet kunskap förmedlas om patientens situation. De upplever även maktlöshet i förhållande till rutiner och ronder samt av att befinna sig i sjukhusmiljön. Vidare beskrivs också hur patienterna försöker behålla makten över sin värdighet och existens genom att anpassa sig till vårdens behov. Enligt vår mening underkastar sig patienten organisationen för att behålla kontrollen och därigenom makten över sin situation.

Strandmark Kjölrsrud (1994) berör att patientens förmåga att skaffa sig medinflytande är beroende av de inblandade personernas vilja och förmåga men även av tid, patienternas behov samt lagstiftning. Tid anser vi är beroende av sjuksköterskans förhållningssätt till sin egen profession, om hon prioriterar omvårdnads kunskap eller naturvetenskap. Lagstiftningen bestämmer organisationens utformning och krav. Patienten har enligt lagstiftningen rätt till inflytande. Indirekt menar vi genom detta att patienten har makt i organisationen. I resultatet framgår det dock att patienterna sällan är medvetna om sina rättigheter vilket leder till att organisationen fortsatt innehar den huvudsakliga makten.

Makt/maktlöshet i miljön

Om patienten inte känner sig trygg i miljön anser vi att det påverkar hans förhållningssätt gentemot vårdaren på ett negativt sätt, genom att han inte är öppen för samarbete. Vi tror detta gör sjuksköterskan maktlös genom att hon och patienten möts på olika planhalvor, som Friberg (2001) uttrycker det, när ett förhållande mellan individer inte kan skapas. Enligt vår mening bör sjuksköterskan nyttja sin maktposition i förhållande till patienten för att säkerhetsställa en god vård. Att som sjuksköterska ha kunskap om bemötande i dessa situationer är att utnyttja sin maktposition på ett positivt sätt. Om sjuksköterskan använder sin makt i situationen kan hon öka patientens upplevelse av trygghet i miljön och därmed blir då patienten förhoppningsvis öppen för samarbete.

Sundin (1998) nämner att patienten ofta upplever en känsla av övergång från subjekt till objekt när han läggs in på sjukhus. Patienten råder inte längre över

sig själv utan har blivit föremål för agerande, bedömning och beslut. Till följd av detta tycker vi att patienten har tappat kontrollen över sin situation och därmed blir maktlös. Patienten kan istället försöka bemästra situationen genom att ta kontroll över den, som då visar sig genom att han ”stänger in sig” i sig själv. I denna situation är det viktigt att som sjuksköterska att få tillåtelse att vårda. Enligt Strandmark Kjölsrud (1994) är det viktigt att ett förtroende skapas för att vårdarna skall få fullmakt av patienten. Förtroendet kan påverkas av vårdarens förhållningssätt men också av olika miljöfaktorer som t ex de integritetskränkningar patienten kan uppleva i samband med att han vistas på en sal för flera patienter. Enligt vår mening ligger det i organisationens ansvar att inte överbelasta avdelningar samt i sjuksköterskans ansvar att tex. samtala med patienter i avskildhet. Hennes förhållningssätt gentemot patientens situation och person menar vi är avgörande för om patienten skall uppleva kontroll och inflytande över sin situation och därmed inte erfar maktlöshet.

Makt/maktlöshet i språket

Patientens makt/maktlöshet och sjuksköterskans makt/maktlöshet uttrycks genom inflytande i språket. Strandmark Kjölsrud (1994) menar att patienten utövar makt genom personliga egenskaper som till exempel genom påverkan, kompensation och undanhållande av information. Genom verbal kritik kan patienterna få vårdarna att känna sig osäkra så vårdarna inte kan bemöta kritiken konstruktivt. Den missnöjda patienten utövar makt genom stark påverkan på vårdpersonalen. Muir-Cochrane (2000) nämner patienter som tar makt genom att tex. inta ett aggressivt beteende samt att ej svara på tilltal eller frågor. Det anser vi medför att sjuksköterskan upplever maktlöshet pga. minskat inflytande, i mötet med patienten. Strandmark Kjölsrud (1994) nämner att patienten har rätt till samma inflytande som alla individer i ett demokratiskt samhälle men att lång erfarenhet av vårdarbete talar för att det finns vissa begränsningar i detta medinflytande. Hur makten tar sig form är beroende av den rådande kulturen samt vårdkulturens bild av människan. Dessa uppfattningar speglas i hur vården eller icke- vården bedrivs. Bergh (2002) nämner att vårdaren kan etablera kontakt med patienten genom att bekräfta honom när han talar genom att exempel nicka instämmande. Det leder till att patienten upplever trygghet och skapar utrymme för egna initiativ. Relaterat till

sättet sjuksköterskan kommunicerar med patienten menar vi att hon besitter en maktposition i förhållande till patienten där hon ger honom möjlighet till inflytande eller inte.

Skau (2001) nämner att det första uttrycket för makt i mötet mellan hjälpare och klient är den språkliga överföringen från vardagsspråk till fackspråk. Genom språket kommunicerar vi och skapar oss identitet och tillhörighet, därigenom kan individer exkluderas samt inkluderas genom språket. Fackspråket innehar större auktoritet än vardagsspråket och gör anspråk på objektivitet och tillförlitlighet. Fackspråk medför att patienten kan uppleva utanförskap, menar Skau. Genom auktoritet och delvis genom sjuksköterskans språkbruk kan ett förhållande uppstå mellan henne och patienten som medför att patienten upplever maktlöshet, enligt vår mening.

Friberg (2001) skriver om kunskapsinhämtning som handlar om att sjuksköterskan vill erhålla kontroll över situationen. Sjuksköterskan ställer frågor och inväntar patientens frågor för att öka medvetenhet om vad patienten önskar veta och har kunskap om. Detta kan patienten dock uppleva som kontrollerande. Utifrån det tycker vi att sjuksköterskan har makten genom sitt professionella förhållningssätt gentemot patienten. I denna situation kan hon ge patienten utrymme till egna tankar och förslag i vården eller rentav ge direktiv om hur patienten bör handla. Att invänta patientens frågor nämner Friberg som ett sätt där sjuksköterskan ger patienten friheten att utveckla samtalet i den riktning han själv behagar. I sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår även att ge patienten information. Information syftar ibland till att förändra patientens beteende. Detta anser vi är maktutövning, eftersom sjuksköterskan tar hjälp av sin kunskap inom professionen vilket kan vara kunskap som patienten själv inte innehar.

Makt/maktlöshet i profession/patientroll

På vilket sätt sjuksköterskan och patienten förhåller sig gentemot varandra anser vi uttrycker makt/maktlöshet. Strandmark Kjölrsrud (1994) menar att det ingår i sjuksköterskans professionella förhållningssätt att visa empati för

patienten och därigenom skapa förtroende som kan leda till god vård samt även stärka patientens autonomi. Genom detta förhållningssätt ges sjuksköterskan rätten att vårda patienten men i det yttersta är det patienten som ger sitt medgivande till att vårdas. Med utgångspunkt i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Ålloggandelagen (1998:531) måste en legitimerad sjuksköterska inom sitt yrkesområde anta ett etiskt förhållningssätt. Vidare menar Standmark Kjölrsrud (1994) att det professionella förhållningssättet inte enbart är beroende av professionalism utan av sjuksköterskans erfarenhet och personlighet. Vi menar att om sjuksköterskan inte antar det etiska förhållningssättet som hon enligt lag är ålagd att göra, kommer det leda till möten på skilda planhalvor mellan sjuksköterska och patient, som Friberg (2001) uttrycker det. Vilket genererar att patienten inte kommer att uppleva värdighet i mötet med sjuksköterskan utan istället känner maktlöshet. Vidare nämner Friberg att sjuksköterskan och patienten påverkar och lyssnar på varandra när de möts på samma planhalvor samt att patientens delaktighet i vården är beroende av om sjuksköterskan tillåter detta eller inte. Här anser vi att makt och maktlöshet belyses i sjuksköterskans profession och i patientrollen pga. att individerna påverkar varandra.

Albinsson och Arnesson (2000) nämner att sjuksköterskan prioriterar administrativa och sjukvårdstekniska arbetsuppgifter istället för att profilera sin kunskap inom omvårdnad. Vi tror att sjuksköterskan gör dessa prioriteringar pga. tidsbrist samt för att administrativa och sjukvårdstekniska arbetsuppgifter har högre status än omvårdnadsåtgärderna har. Om sjuksköterskan inte profilerar omvårdnadsåtgärder, som är hennes profession, kan det leda till att vissa arbetsuppgifter försummas och att enligt vår mening, patienten inte får en adekvat vård. Vård bör innefatta både det naturvetenskapliga- och det omvårdnadsvetenskapliga perspektivet. Enligt lag skall en legitimerad sjuksköterska arbeta efter en kompetensbeskrivning. Följer hon inte denna kan negativa konsekvenser bli följden för henne och för patienten eftersom vårdandet inte sker på ett adekvat sätt samt att patienten inte får en adekvat vård. Val av arbetssätt kan även det bero på det vi tidigare nämnt att sjuksköterskan söker status i hierarkin genom de förstnämnda prioriteringar ovan.

Konklusion

I resultatet framkom att det finns tendenser till att: sjuksköterskans makt/maktlöshet uttrycks genom auktoritet, fullmakt, inflytande och kontroll, i relation till organisation, miljö, språk och profession. Samt tendenser till att patientens makt/maktlöshet uttrycks genom fullmakt, inflytande och kontroll, i relation till organisation, miljö, språk och patientroll. Här ser vi att sjuksköterskans och patientens förhållningssätt gentemot varandra är beroende av om uttryck för makt/maktlöshet uppkommer.

Sjuksköterskan kan uttrycka makt genom auktoritet, fullmakt, inflytande och kontroll via sin profession i mötet med patienten, genom omvårdnadskunskapen hon besitter samt genom hur hon nyttjar sitt fackspråk. Organisation, lagar och rutiner som styr sjuksköterskans arbete kan medföra ökad upplevelse av trygghet i miljön och därmed öka känslan av kontroll och inflytande över situationen. Sjuksköterskan kan även få fullmakten av patienten i de situationer då han är i behov av den för att säkerhetsställa god vård. Sjuksköterskans makt är därmed nödvändig i vårdandet av patienten. Dessa ovannämnda kan dock även göra att sjuksköterskan upplever maktlöshet i sin profession pga. att naturvetenskapens kunskapsområde profileras inom sjukhusväsendet genom den hierarkiska strukturen.

Patienten kan uppleva maktlöshet i mötet med sjuksköterskan pga. organisationens hierarkiska struktur där patienterna återfinns längst ned i systemet. Patienten kan även uppleva maktlöshet i förhållande till organisationen genom att han objektifieras samt genom att miljön är främmande. Språkbruket som sjuksköterskan använder sig av kan medföra att patienten exkluderas och därmed ökar upplevelsen av utanförskap och maktlöshet för patienten. Både sjuksköterskan och patienten strävar efter kontroll över sin situation vilket visar sig genom förhållningssättet de antar mot varandra. Sjuksköterskan kan agera på ett icke etiskt försvarbart sätt, trots att hon enligt lag är skyldig till att agera etiskt korrekt, patienten kan vägra svara på frågor, vända sig till andra informationskällor, avbryta sjuksköterskan, agera aggressivt eller till och med orimlig. Detta kan medföra att sjuksköterskan

upplever maktlöshet i mötet med patienten. Syftet med att erhålla kontroll är att öka inflytandet över sin situation och därmed förvärva makt. Mötet mellan sjuksköterska och patient anser vi därav speglas av en maktkamp individerna emellan. Detta för att erhålla makt över sin egen situation och därigenom inte bli offer för upplevelsen av maktlöshet.

Framtida forskning

Vi skulle vilja vidareutveckla vårt arbete genom en empirisk studie för att se om de begrepp vi kommit fram till kan ge vidare upplysning om makt och maktlöshet i sjukvården. Vidare skulle vi vilja göra en intervjustudie med patienter och sjuksköterskor där vi skulle vilja upplysa dem om deras makt och maktlöshet i vården för att jämföra hur det förhåller sig före respektive efter informationen givits. Detta pga. att vi vill se om skillnad i maktuttrycken uppstår samt om relationen mellan sjuksköterska och patient kommer förändras.

Funderingar har uppkommit under arbetes gång. En av dessa är varför sjuksköterskorna prioriterar andra arbetsuppgifter istället för att profilera sin omvårdnadskunskap. Är det endast genom den hierarkiska strukturen som sjuksköterskan prioriterar andra arbetsuppgifter eller har det med hur vår utbildning ser ut att göra? Kan de ha det med tidsbrist att göra? Vi tycker att det hade varit intressant att se ifall tidsbrist begränsar sjuksköterskan i hennes yrkesutövande eftersom hon prioriterar arbetsuppgifter som är naturvetenskapligt inriktade. Kan det vara så att professionen är för bred för att kunna utövas? Bör sjuksköterskans profession ha klarare riktlinjer för att precisera sjuksköterskans arbetsuppgifter?

Vi anser att makten inom sjukvården bör lyftas fram mer tydligt i utbildningen av sjuksköterskor. Detta för att medvetandegöra sjuksköterskans och patientens makt/maktlöshet. Vår förhoppning är då att sjuksköterskan skall kunna använda sin maktposition i strävan att ett jämlikt förhållande skall uppstå i interaktionen mellan henne och patienten.

Litteratur

Albinsson, G., Arnesson, K. (2000). *Maktutövning ur ett organisations- och genusperspektiv*. Malmö: Institutionen för pedagogik, Lärarhögskolan i Malmö.

Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995:5. (1996). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

Bergh, M. (2002). *Medvetenhet om bemötande. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning*. (Akademisk avhandling). Göteborg: Göteborgs universitet, ACTA Universitatis Gothoburgensis.

Bonniers synonymordbok. (2002). Stockholm: Albert Bonniers förlag.

Faulkner, A. (2000). *Det professionella samtalet. Om samspel och kommunikation i omvårdnadsprocessen*. Falköping: Liber AB.

Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk avdelning. Mot en vårddidaktik på livsvärldsgrund*. (Akademisk avhandling). Göteborg: Göteborgs universitet, ACTA Universitatis Gothoburgensis.

Gedda, B. (2001). *Den offentliga hemligheten. En studie av sjuksköterskors pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet*. (Akademisk avhandling). Göteborg: Göteborgs universitet, ACTA Universitatis Gothoburgensis.

Glöckler, M. (2000). *Makt i mellanmännliga relationer*. Järna: Telleby bokförlag.

Granum, V. (1994). *Att undervisa i vårdssituationer, en självständig omvårdnadsfunktion*. Lund: Studentlitteratur.

Hewison, A. (1995). Nurses' power in interactions with patients. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 75-82.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Stockholm: Socialstyrelsen.

Kalkas, H & Sarvimäki, A. (1999). *Omvårdnadsetikens grunder*. Stockholm: Liber.

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

Lag om patientnämndsverksamhet m.m. (1998:1656). Stockholm: Socialstyrelsen.

Muir-Cochrane, E. (2000). The context of care: issues of power and control between patients and community mental health nurses. *International journal of nursing practice*, 6, 292-299.

NE (2004). Nationalencyklopedin. (Elektronisk). Tillgänglig:
www.nationalencyklopedin.se/word=makt>2004-11-24.

Patel, R., Davidsson. B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Rundqvist, E. (2004). *Makt som fullmakt. Ett vårdvetenskapligt perspektiv*. (Akademisk avhandling). Institutionen för vårdvetenskap. Vasa: Åbo Akademiens tryckeri.

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

Strandmark Kjölsrud, M. (1994). *Vård i verkligheten. om människovärde, maktrelationer och helhetssyn i professionellvårdnad*. (Akademisk avhandling). (Institutionen för kirurgi, Lunds universitet). Lund: Wikström.

Sundin, B. (1998). *Individ institution ideologi – anstaltens socialpsykologi*. Stockholm: Bokförlaget Bjurner och Bruno AB.

Åhlund, L. (1996). *Vård mod makt, att vara och verka i sjukvården*. Stockholm: Kommentus förlag.

Åliggandelagen för hälso- och sjukvårdspersonal (1998:531). Stockholm: Socialstyrelsen.

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