

**REFLEKSJON OVER PRAKSIS I LYS AV EMPOWERMENT – en
fokusgruppeundersøkelse**

Reflections on Practice in the light of Empowerment – a focus group interview study

**Sidsel Tveiten, RN, Dr. Polit, Professor, Ragnhild Flittie Onstad, RN, Assistant
Professor, Magne Haukland, RN, Assistant Professor**

Abstract

Aim: *To develop knowledge of health care professionals' interpretation of and experience of empowerment in psychiatric care.*

Background: *Patient participation is described as a central strategy in the health services according to the Norwegian White Papers. However, implementing patient participation is complicated especially in psychiatric practice.*

Method: *Twenty-nine health care professionals were selected to participate in four focus group discussion. Qualitative content analysis was used to analyse the transcript data.*

Findings: *Two main categories were identified; system based legitimizing and disciplin based legitimizing, that describe two aspects that contribute to patient empowerment according to health care professionals .*

Conclusion: *The complexity regarding practicing empowerment requires further research.*

KEY WORDS: *empowerment, patient participation, legitimization, focus group, psychiatric practice.*

Introduksjon og bakgrunn

Studien fokuserer på fagpersoners refleksjoner over egen praksis på et distriktpsikiatriske senter (DPS). Empowerment innebærer blant annet *maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse* av pasientens kompetanse på seg selv (1). Prinsippene overlapper hverandre; medvirkning forutsetter i stor grad maktfordeling. Medvirkning og maktfordeling kan innebære at pasientens kompetanse på seg selv anerkjennes. Studien er relatert til DPS og derfor brukes begrepet pasient.

Empowerment kan forstås som en prosess der individets eller gruppens kapasitet til å foreta valg og transformere valgene til ønskede handlinger og mål styrkes (2). Verdens helseorganisasjon hevder at empowerment representerer en utfordring innen psykisk helsearbeid. Det er komplisert å realisere retorikk. Pasientenes og fagpersonenes stemmer i prosessen med å realisere empowerment må komme til uttrykk (3). Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2006) viser at realisering av medvirkning ikke er godt nok ivaretatt og at medvirkning er en forutsetning for å nå målene i opptappingsplanen (4). Medvirkning er som nevnt sentralt i empowerment og har verdi i seg selv, den enkeltes bedringsprosess kan styrkes og dermed har medvirkning en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan hjelpeløshet forsterkes (4).

Sverdrup, Kristoffersen og Myrvold (5) beskriver medvirkning som instrumentell og terapeutisk: Instrumentell medvirkning tilsikter å bedre tjenesteapparatet. Medvirkning trengs for å bedre kvaliteten i tjenestene, både på individ- og systemnivå. Terapeutisk medvirkning handler om å oppnå et mer aktivt forhold til egen lidelse, sykdom og behandling og kan styrke selvspekt og mestringsevne. Medvirkning kan også frigjøre ressurser og initiativ (6).

Medvirkning er nedfelt som en rettighet i offentlige dokumenter og lover som omhandler helse – og sosialtjenesten; Samhandlingsreformen (7); Resept for et sunnere Norge (8); Lov om pasient- og brukerrettigheter (9); Lov om folkehelsearbeid (10); Opptappingsplanen for

psykisk helse (4). På tross av den sterke vektleggingen av medvirkning i offentlige dokumenter, viser både nasjonal og internasjonal forskning at reell medvirkning er vanskelig å realisere, spesielt innen psykisk helsearbeid (11). Tveiten og Meyer (12) viser i en kvalitativ studie at praktisering av empowermentprinsippene kan være utfordrende for fagpersonene (12). Hodge (13) konkluderer i en casestudie at fagpersoners makt opprettholdes i samhandling med brukere selv om brukermedvirkning tilstrebes og vektlegges, fordi makten er implisitt i ulike strukturer. O'Brien (14) synliggjør at det er en sammenheng mellom tjenestestrukturen og kvaliteten på fagutøvelsen og viser blant annet til sammenhengen mellom psykologisk eller individuell og strukturell empowerment. Elstad og Eide (15) undersøkte brukeres og fagpersoners erfaringer med brukermedvirkning i kommunehelsetjenesten og konkluderer med at en tjeneste preget av fleksibilitet, individualisering, støtte og utfordring vil fremme brukermedvirkning i psykisk helsearbeid.

I samhandlingen mellom fagpersoner og pasienter i psykisk helsearbeid er maktaspektet sentralt. Martinsen (16) beskriver relasjonen mellom fagpersoner og pasienter som asymmetrisk. Asymmetriske relasjoner er kjennetegnet ved at den ene parten har mer makt enn den andre (17). Fagpersonene har makt i kraft av sin kunnskap og stilling i systemet. Denne makten kan brukes slik at den tjener til pasientens beste (svak paternalisme) (16). Hva er så «pasientens beste»? Asymmetriske relasjoner kan være basert på ulike former for makt. Et asymmetrisk forhold kan preges av likeverd og gjensidig anerkjennelse (17). Dette omhandler profesjonelles bevissthet i forhold til egen rolle og hvordan brukeren møtes. Den som har makt, kan aktivt bruke sin posisjon til å øke den andres deltakelse. Makt kan imidlertid også brukes slik at pasientens ønsker og mål underkommuniseres. Foucault (18,19) fokuserte på makt og hvordan makt kom til uttrykk og virket gjennom å være produktiv. Han var videre opptatt av handlingsmuligheten i maktrelasjonen og at motstand alltid vil eksistere der makt utøves. Foucault beskriver ulike former for makt og bruker blant annet begrepene

disiplinering og pastoralmakt (19). Disiplinering søker å gjøre individet lydige, nyttige og effektivt. Pastoralmakt produserer selvbekjennende individer. Det enkelte individ søker etter sannheten om seg selv ved å bekjenne overfor seg selv og andre (20).

Foucault karakteriserer makten fagpersonene har som pastoralmakt (21). I følge Holmes (22) utøves ikke pastoralmakten gjennom repressiv kontroll, men gjennom veiledning og omsorg. Fagpersonenes oppgave blir å gi pasienten nødvendig kunnskap for å treffe «selvstendige, riktige og gode» valg. Man kan imidlertid stille seg kritisk til fagpersonenes rolle i denne sammenhengen. Er det virkelig pasientens valg? Kunnskap innebærer alltid makt (18, 19). Medvirkning kan være et virkemiddel for maktfordeling (23).

Legitimering eller gyldiggjøring av handlinger kan ses i ulike perspektiv. Legitimeringen kan være faglig fundert og/eller fundert på systemets rammer. Når fagpersoners perspektiv på empowerment undersøkes kan ulike legitimeringer synliggjøres.

Hensikt og formål

Hensikten med studien er å fremskaffe kunnskap om fagpersoners meninger om og erfaringer med å praktisere empowerment. Denne kunnskapen kan i neste omgang bidra til å videreutvikle en praksis basert på empowerment. Problemstillingen er «Hva er fagpersonenes meninger om og erfaringer med å praktisere empowerment?»

Design og metode

Studiens design er eksplorativt (undersøkende). Kvalitativ metode (fokusgruppeintervju) er brukt i datainnsamlingen. Hermeneutiske prinsipper (førforståelse-forståelse, del-helhet, kontekst og historie) er brukt i analysen av meningsinnholdet i data (24,25).

Forskningsarenaen var to avdelinger på et distriktpsikiatrisk senter i Norge.

Fokusgruppeintervju ble valgt som datainnsamlingsmetode fordi metoden egner seg til å fremskaffe kunnskap om fagpersoners meninger og erfaringer (26,27). Interaksjonen mellom deltakerne i diskusjonen genererer andre data enn individuelle intervju og man antok at nettopp denne interaksjonen kunne bidra til at bredde i meninger og erfaringer kunne tre frem (26, 27, 28).

Utvalg og respondenter

Et hensiktsmessig utvalg (29) fagpersoner utgjorde 2 fokusgrupper som ble intervjuet 2 ganger. Den første fokusgruppen besto av 7 fagpersoner (sykepleiere, ergoterapeuter og hjelpepleier med videreutdanning). Den andre besto av 6 fagpersoner (sykepleiere, hjelpepleiere og vernepleiere). Inklusjonskriteriene var frivillighet, tverrfaglighet og minst 1 års praksis innen psykisk helsearbeid. Man tilstrebet kjønnsbalanse. Førsteforfatter ble i forkant kontaktet av ansatte ved avdelingene som ønsket å delta i studien da denne ble presentert på en konferanse. En kontaktperson ved avdelingene rekrutterte deretter interesserte deltakere.

Fokusgruppediskusjonene ble ledet av fasilitator (førsteforfatter), mens assisterende fasilitator (andreforfatter) tok notater underveis, administrerte opptaksutstyret og oppsummerte.

Deltakerne ble invitert til å kommentere innholdet i oppsummeringen. Dette representerer en form for respondentvalidering. En intervjuguide bestående av konkretiseringer av forskningsspørsmålene ble brukt. Temaene var relatert til ordet empowerment, medvirkning og pasienten som ekspert, autonomi, maktfordeling og samhandling. I begge grupper ble det initialt invitert til ”small talk” for å lette stemningen og legge til rette for diskusjon og interaksjon. De første diskusjonene i begge grupper dreide seg om temaene i generell forstand, mens i det andre intervjuet i begge gruppene ble temaene utdypet. Hver

fokusgruppediskusjon varte ca 75 minutter og fant sted på senteret. Det ble tatt lydopptak av alle diskusjonene.

Kvalitativ innholdsanalyse

Den transkriberte teksten ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse (24).

Analyseprosessen startet med at alle tre forfatterne leste all tekst gjentatte ganger for å oppnå et overordnet inntrykk. Dette inntrykket ble notert og diskutert. Deretter analyserte alle tre parallelt; første trinn var å lete etter meningsfulle enheter (ord, setninger og avsnitt) relatert til forskningsspørsmålene, både i hver diskusjon og i datamaterialet som helhet. Meningsfulle enheter ble diskutert og sammenliknet. Andre trinn besto i å kondensere meningsfulle enheter til undertema. Disse ble igjen sammenliknet og diskutert. Diskusjonen resulterte i 5 undertema. Tredje trinn i analyseprosessen innebar at forfatterne parallelt abstraherte undertemaene, sammenliknet og kom til enighet om 2 hovedtema. Analyseprosessen er komplisert og ikke lineær og er derfor vanskelig å beskrive. Kondensering og abstrahering innebar fortolkning basert på generelle hermeneutiske prinsipp som nevnt.

Etiske aspekter

Studien ble utformet i tråd med Helsinkideklarasjonen (30) og meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Tillatelse til å gjennomføre studien ble gitt av øverste leder ved senteret. Alle respondentene ble muntlig informert av førsteforfatter og gav skriftlig samtykke. De ble garantert anonymitet ved publisering og at de kunne trekke seg fra studien når som helst og uten å oppgi grunn. De ble informert om at deltakelse i studien var frivillig. Førsteforfatter kunne kontaktes i etterkant av intervjuene etter behov.

FUNN OG FORTOLKNINGER

Ut fra analysen av diskusjonene i fokusgruppene fremkom to hovedtema:

1. **Systemrelatert** legitimering av handlinger
2. **Faglig relatert** legitimering av handlinger

Under hovedtema 1 fremkom to undertema: A. **regler og rutiner i avdelingen**; B. **organiseringen av den psykiatriske helsetjenesten**. Under hovedtema 2 fremkom to undertema: A. **kunnskap om pasienten**; B. **holdninger**. Undertemaene er ikke gjensidig utelukkende, men sees som dels overlappende. Hovedtemaene med tilhørende undertemaer presenteres under med forskernes utfyllende kommentarer. Sitater som skal belyse og underbygge temaene er satt i kursiv.

Hovedtema 1: **Systemrelatert legitimering av handlinger**

Hovedtemaet handler om hvordan systemet brukes som begrunnelse for muligheten til empowerment for pasientene. Med systemet menes rammene pasientene må forholde seg til. Dette hovedtemaet ble abstrahert fra de to undertemaene i teksten under.

Undertema A: **Regler og rutiner i avdelingen**

Informantene beskrev regler og rutiner som nødvendig for at pasientene skulle forstå og forholde seg til omgivelsene på bestemte måter. En informant sa:

«Hvis en skal sidestille pasient og behandler, så synes jeg det blir vanskelig hvis en skal drive en institusjon. Det må være noen lover og regler i bunn som vi skal drive etter».

Eksempler på regler og rutiner som informantene viste til var låst inngangsdør til avdelingen på kveld og natt, låst dør til kjøkkenet, faste besøkstider, fastlagte tidspunkt for måltider, møtestrukturer og normer for innhold i samtaler på dagligstua, som for eksempel «sykdomssnakk».

Noen av informantene påpekte at ved psykoser vil eksempelvis ytre struktur og forutsigbarhet være nødvendig for å skape trygghet og for å dempe pasientens symptomer. En informant sa:

«Noen pasienter trenger veldig tydelige regler. Det er jo fag». En annen informant sa: «Vi har også mange pasienter sammen med helt ulike behov – og det kan være vanskelig. Vi må derfor ha noen spilleregler for at en avdeling skal fungere godt».

Informantene mente at regler og rutiner i avdelingen var fremkommet på personalets premisser basert på vurderinger av hva som var best for pasientene og avdelingen. I diskusjonene fremkom det at avdelingen tidligere hadde et forum for brukermedvirkning for å sikre at pasientene fikk tatt opp sine tanker når det gjaldt regler og rutiner i avdelingen, men at dette tilbudet ikke lenger eksisterte. Noen av informantene begrunnet dette med at personalet nå tenker medvirkning mest i forhold til behandling og ikke i forhold regler og rutiner. Dette ble begrunnet med at oppholdet i avdelingen nå var av kortere varighet enn tidligere. En informant sa:

«personalet har landet på noen regler og rutiner som de synes er gode og som pasientene kan føle seg trygge i forhold. Vi bruker derfor ikke mye energi nå på at pasientene skal medvirke i forhold til regler og rutiner, men bruker heller energi på at pasientene får god behandling og at de kan medvirke i egen behandling».

Informantene gav uttrykk for at pasienten har liten innflytelse i beslutningsprosesser på systemnivå, men at pasientens innflytelse i egen behandling er vektlagt.

Analysen syntes videre å vise at det som før var brukerforumsmøter nå var informasjonsmøter. En informant sa:

«Ved slike møter sikrer man at alle får samme informasjon».

Noen informanter påpekte i diskusjonen at de kunne bli bedre til å gi informasjon om regler og rutiner. En informant sa:

«Det er viktig at pasientene forstår meningen med budskapet og får forklaring på hvorfor beslutninger er tatt».

Dette kan forstås som at personalet forstår informasjon om behandlingspraksis, tiltak og rettigheter som en grunnleggende forutsetning for at pasientene skal kunne medvirke i planlegging og gjennomføring av egen behandling.

Undertema B: Organiseringen av den psykiatriske helsetjenesten

Diskusjonene viste at informantene mente det var flere forhold vedrørende organiseringen av den psykiatriske helsetjenesten som påvirket muligheten for empowerment. En informant sa:

«Vi er ikke alltid så flinke i denne tenkningen med empowerment. Vi er styrt av ytre rammer og disse rammene styrer ikke vi. Slingringsmonnet er ikke alltid så stort. Det er faktisk mindre enn vi tror, egentlig».

Informantene beskrev rammebetingelser som kort behandlingstid og tidspress som et forhold som hindret empowerment. En informant sa:

«jeg føler at tidspresset gjør noe med både pasientene og personalet. Før fikk pasientene være her lengre, og da følte jeg at de var mer tilfredsstilte da de dro. Alt går mye fortere nå. Vi skal

nå rekke mer på kortere tid. Vi har også dårligere pasienter. Man har veldig ofte følelsen av å gjøre en uferdig jobb. Kanskje vil vi for mye for fort? De er jo her bare 3 – 4 uker. Siste uka går de ofte bare og gruer seg til de skal hjem. De får ikke tid til å medvirke».

Informantene mente at oppfølgingen i kommunen etter utskrivelse ikke var god nok.

Informantene hevdet at behandlingsperioden ble for kort og at pasientene ikke ble friske nok før utskrivelse. De sa videre at kommunen ofte ikke hadde tilbud og var lite forberedt. En informant sa:

«Pasientene skal raskere ut. Og så har det ikke skjedd noe videre i systemet. Og det er jo vi som sitter som den store taperen som skal pushe de ut i kommunen som ikke har noe tilbud. Derfor kommer pasientene fort inn igjen. Det blir en ond sirkel».

I diskusjonene fremkom det at systemet er endret ved at det ikke lenger er for- og ettervern – noe de mente hadde betydning for samhandlingen mellom pasient og personale. En informant sa: *«Nå begynner vi først å bli kjent når pasienten kommer inn. Tidligere med forvern kjente vi dem liksom litt fra før. Nå går vi glipp av veldig mye. Vi hører ikke lenger så mye på pasientenes stemme, men nå blir det litt mer tredd nedover hodet på dem».*

Informantene gav uttrykk for at det er behov for at psykiatritjenesten omorganiseres, eksempelvis med for – og ettervern slik det var før, og at den ble mer individuelt tilpasset. En informant sa:

«Nå tas pasientene bare rett inn og så kjører vi en 5 ukers behandlingsperiode».

Lite bemanning, mange deltidsstillinger og ombemanning var forhold vedrørende organiseringen av psykiatritjenesten som påvirket empowermentttenkningen og pasientsamhandlingen.

Hovedtema 2: Faglig relatert legitimering

Hovedtema omhandler begrunnelser for hvordan handlinger legitimeres faglig. I diskusjonene fremkom utsagn som kan forstås som «opplagt» faglig begrunnet. Likeledes fremkom utsagn som kanskje først og fremst har en legitimerende funksjon, uavhengig om dette er bevisst eller ikke. Dette hovedtemaet ble abstrahert fra de to undertemaene i teksten under.

Undertema A: Kunnskap om pasienten

Kunnskap om pasienten var viktig for å vite hvilke behov, ønsker og mål pasienten har, hvilken kompetanse pasienten har, pasientens mestringsevne og relevante sårbarhetsfaktorer. Kunnskapen var viktig for å kunne tilrettelegge på en best mulig måte og for å involvere pasienten.

En av informantene sa: ”...betyr det at jeg skal sette meg ned og høre på pasienten hva han sier... jeg vil da ha gode begrunnelser for det faglige opplegget og mine faglige tanker.... For vi skal ha et faglig godt tilbud”.

Kunnskap om diagnose og behandling hadde betydning for tilrettelegging av medvirkning. Betydningen av at kunnskap om pasienten blir tatt hensyn til, og at pasienten er ekspert på seg selv ble fremhevet. Det virket uklart hva informantene mente at å være ekspert på seg selv innebar. Ut fra analysen av diskusjonene steg maktaspektet fram, ikke minst den definisjonsmakt som personalet har. Samarbeidsgruppemøter med representanter fra kommune, primærlege, miljøkontakter og pasient hadde en viktig rolle for medvirkning og

medbestemmelse. Det var ulike syn på hva medbestemmelse og medvirkning var; Er medbestemmelse å få si sin mening, eller at de ønsker og mål en har blir tatt hensyn til?

Undertema 2: **Holdninger**

Analysen av diskusjonene viste at det var problematisk å konkretisere hva gode holdninger innebar. Analysen viste også uklarerhet i bruk av begrepet respekt og tildels sprikende synspunkt på hva respekt innebar. Begrepet respekt ble benyttet både som uttrykk for nettopp respekt, og som legitimering av personalets makt og innflytelse. Informantenes selvforståelse syntes å være at de hadde gode holdninger og god relasjonskompetanse. Analysen viste at den legitimerende funksjon i betydningen å legitimere sin praksis som pasientfokuseret og styrt av gode holdninger var sentral.

En av informantene sa: «*Selv om vi kanskje går inn og bestemmer av og til, så gjør vi det jo med respekt for pasientene – vi overkjører dem jo ikke på noe vis*». En annen informant sa: *Selv om en går inn og styrer så er jo respekten for pasienten der allikevel* ... *”ja styres, ikke sant og da må en jo gjøre bruk av skjønn*” *”Respekten for mennesket er jo der hele tiden*”

Følgende utsagn kan illustrere en søken etter å handle til pasientens beste:

”...jeg tenker at jeg legger vekt på å få kontakt med pasienten, slik at han/hun blir trygg på meg. Og lytte, aktiv lytting. Og det å skape en allianse, det vil si slik at pasienten kan føle seg trygg på at jeg er den jeg er. Også i en sånn gjensidig respekt”. En annen informant sa: *”...man trenger ikke være enig, men det er viktig å være ærlig, og heller forklare hvorfor man har andre meninger*”.

Diskusjon

Studiens begrensninger

Studiens datagrunnlag er 2 fokusgruppediskusjoner i 2 grupper. Dette er et relativt lite datagrunnlag. De to gruppene utgjorde likevel det mulige antall informanter som tilfredstilte utvalgskriteriene på det aktuelle tidspunktet. Selv om utvalget er lite mener vi at resultatene er troverdige og at kunnskapen trolig kan overføres til liknende kontekster innen psykisk helsearbeid.

En fordel med å ha to diskusjoner i hver gruppe var at man i den andre diskusjonen kunne søke utdyping av tema og dermed styrke datagrunnlaget. Gruppene var forutbestemte, de kjente hverandre og arbeidet sammen i utgangspunktet og uavhengig av studien. Det kan innebære at de hadde kunnskap om hverandres uttrykksform og synspunkter. Dette kan ha styrket validiteten. På den annen side kan forutbestemte grupper redusere validitet og reliabilitet fordi hierarkiske strukturer kan virke hemmende på diskusjonen (24).

To forskere (første- og andreforfatter) gjennomførte fokusgruppediskusjonene og alle tre analyserte data parallelt. Parallelle analyser kan styrke validiteten i funn og fortolkninger, fordi disse gjøres til gjenstand for stadig diskusjon og redefinering.

Systemrelatert legitimering

Hovedtema 1 omhandler hvordan «systemet» kan være grunnlag for legitimering av muligheter og begrensninger for empowerment, konkretisert til regler og rutiner i avdelingen og organiseringen av den psykiatriske helsetjenesten. Med helsetjenesten som «system», menes ordningene og organiseringene i helsetjenesten (31).

Studien syntes å vise at informantene anser det som viktig å ha regler og rutiner. Behovet for regler og rutiner begrunnes ut fra at disse er hensiktsmessige for driften av avdelingen ved at

de skaper orden og forutsigbarhet både for pasienter og personale, men også faglig og terapeutisk – til «pasientens beste».

Flere informanter påpekte at eksempelvis ved psykose vil ytre struktur og forutsigbarhet være nødvendig for å skape trygghet og dempe symptomer. Dette er i tråd med Hummelvoll (32) og Lauveng (33) som vektlegger viktigheten av tydelige rammer. I følge Haug (34) trives pasientene med å ha faste og trygge rammer. Vatne (35) viser imidlertid at ytre rammer kan bidra til krenkelse og repetering av krenkelse. Gunderson (36) viser at beskyttelse som ytre struktur kan redusere selvstendighet.

Fokusgruppediskusjonene syntes å vise at «pasientens beste» benyttes som legitimering av regler og rutiner, mens personalets egne behov for dette ble lite kommunisert. Man kan stille spørsmål ved om regler og rutiner kan være legitimert ut fra personalets behov for oversikt og forutsigbarhet. Det uttrykkes at pasientene tidligere hadde større grad av påvirkning på regler og rutiner, mens medvirkning nå var mer relatert til pasientenes behandling. Det kan synes som at avdelingens regler og rutiner forstås som noe som ikke innvirker på behandlingen. Siden brukerforum (et møte mellom fagpersoner og pasienter) er avviklet kan det virke som at pasientene ikke i samme grad lenger har muligheter for å påvirke regler og rutiner. Dette viser betydningen av at fagpersonene kontinuerlig reflekterer over egen praksis. Regler og rutiner kan bli fastgrodde strukturer som pasientene må tilpasse seg.

Fokusgruppediskusjonene pekte på viktigheten av at pasientene forstår meningen med personalets budskap, og at det gis begrunnelser for beslutninger. Flere av informantene uttrykte at de kunne bli bedre til å informere om rutiner og regler. Pasientinformasjon kan forstås som en forutsetning for medvirkning (37). For å ivareta prinsippene i empowermenttenkningen er det viktig at pasienten involveres gjennom dialog, medvirkning og ressursmobilisering (38). Informasjonen skal hjelpe pasienten til å bli «empowered» (37).

Veiledning kan forstås som et middel i empowermentprosessen som legger til rette for pasientmedvirkning, anerkjennelse av pasientens kompetanse på seg selv og maktfordeling (39).

Studien syntes videre å vise at endrede rammebetingelser vedrørende organiseringen, som kortere behandlingstid, tidspress, dårligere pasienter ved innkomst og mangelfull oppfølging i kommunen i form av for- og ettervern, lite bemanning og mange deltidsstillinger påvirker muligheten for å realisere empowermentprinsippene. Et sentralt spørsmål er hvordan fagpersonene forholder seg til endrede rammebetingelser. Møtes endrede rammebetingelser med motstand eller tilpasning? Funn og fortolkninger kan tyde på at endringene møtes med tilpasning. Dette samsvarer med funn i en studie blant personalet i en akuttinstitusjon, der dilemmaet mellom krav til regler og rutiner og situasjons- og relasjonsorientert omsorgsarbeid fokuseres (40). Den situasjonsorienterte praksisen utfordret både begrunnelsen for og utformingen av regler og rutiner. Når fagpersoner har fokus på omsorgsutøvelse basert på situasjon og relasjon vil det oppleves motsetningsfylt å handle med begrunnelser basert på regler og rutiner. Pasientens empowermentprosess og samhandlingen mellom sykepleier og pasient påvirkes av systemet som samhandlingen foregår innenfor (41).

Det kan se ut som at fagpersonene og pasientene er de som må bære byrdene av endrede rammebetingelser. Fagpersonene opplever endringene som utfordrende, og desillusjonerende, en avmaktssituasjon. I følge Myhra (31) og Valla (42) kan organiseringen av en helsetjeneste og ulike rammebetingelser hemme eller være en trussel mot medvirkning. Medvirkning krever forankring i ledelsen, det må sikres at den gjenfinnes i systemer og rutiner og blir ivaretatt på reelt vis, ellers kan medvirkning lett kan bli «fagre ord og visjoner» (42). Gapet mellom det som betegnes som «den beste praksis», og faktisk klinisk praksis kan være stort. Implementering foregår i spenningsfeltet mellom rammebetingelsene på den ene siden og

faglige målsettinger på den andre (43). I følge Myhra (31) er det viktig i implementeringsarbeid rundt medvirkning å kjenne til faktorer som hindrer.

Faglig relatert legitimering

Funn og fortolkninger syntes å vise betydningen av å ha kunnskap om pasienten for å kunne hjelpe på best mulig måte. Dette kan forstås som et ønske om å være en støtte for pasienten, og å bidra til økt selvstendighet og livskvalitet.

I følge Max Weber (44) må beslutninger og handlinger i demokratiske samfunn legitimeres, de må kunne forsvares og forstås som gyldige (44,45).

Faginstusjoner må for å kunne forsvare sin berettigelse, være faglig fundert og begrunne sin virksomhet ut fra faglige og etiske vurderinger. I så måte syntes diskusjonen i fokusgruppene å bære preg av faglig legitimering. Studien viser likevel et spenn i argumentasjonen, fra utsagn som klart etter forfatterens forståelse, viser faglig legitimering, til utsagn som i større grad viser behov for rettferdiggjøring av handlinger.

Album (46) viser at vanskelig framvisning av måloppnåelse i psykiatrisk praksis ble kompensert ved hjelp av moteriktig språk. Dette kan forstås som at manglende substans kompenseres ved hjelp av form. Det er vanskelig å konkludere at diskusjonene i fokusgruppene rundt kunnskap om pasientene dreide seg om «formalspråk» og retorikk.

Utsagn fra flere av informantene kan oppfattes som uttrykk for en genuin interesse for pasientene. Informantene gav i stor grad uttrykk for at viktige avgjørelser i avdelingen er basert på faglig skjønn. Hva dette faglige skjønn er tuftet på, kan det være noe vanskelig å forstå. Hva er tuftet på forskning, hva er tuftet på felles erfaring? Legitimeringen kan relateres til to forhold; faglige erfaringer og skjønn og fagpersonenes relasjon til pasienten.

Funn og fortolkninger syntes å vise at fagpersonenes kunnskap er betydningsfull for behandling og medvirkning. Fagpersonenes vurderinger var relatert til pasientenes sykdom,

beslutningskompetanse og evne til å nå sine mål. Fagpersonenes definisjonsmakt tydeliggjøres gjennom disse vurderingene. Vurderingene kan forstås som tuftet på kunnskap og faglig skjønn og kunnskap om pasientene. Hvilke egenskaper og evner hos pasientene er det fagpersonene verdsetter og som gir grunnlag for anerkjennelse? Er pasientenes ønsker og mål utslagsgivende for avdelingens tilbud og fagpersonenes støtte, eller er det i større grad pasientenes evne til å ta ansvar og endringsvilje som er utslagsgivende?

Maktomfordeling fra fagpersoner til pasienter er et sentralt prinsipp i empowermenttenkningen. I en pasient- behandlerrelasjon er empowerment tuftet på en gjensidig respekt for den andres kompetanse; den ene er den faglige ekspert, den andre er ekspert på seg selv. I hvilken grad disse to ekspertisene er likeverdige, eller om den faglige ekspertisen har forrang foran pasientens ekspertise, er det vanskelig å svare entydig på. Det synes ikke som et enten eller. Mye kan vel likevel tyde på at faglig myndighet og ekspertise har stor kraft og betydning der uenighet råder. Et kjennetegn ved mange pasienter med psykiske lidelser er nettopp manglende evne til å stole på egen ekspertise. En kan dermed se for seg at der pasienten møter «faglig» motstand lar pasienten egen ekspertise vike.

Omfordelingen av makt; eller medvirkningen, hva er den tuftet på? Er fagpersonenes invitt til medvirkning knyttet opp mot pasientens kompetanse? Funn og fortolkninger relatert til legitimering kan sees i lys av Foucaults begreper disiplinering og pastoralmakt (47,48).

Medvirkning innebærer at pasienten tar eierskap i det han/hun medvirker i. Pasienten forplikter seg overfor mål og tiltak en er blitt enige om. Pasienten får (med)ansvar.

Medvirkning kan dermed ses som en form for disiplineringsstrategi. Pastoralmakten kommer til uttrykk der pasienten må erkjenne at han ikke har maktet å ta ansvar, eller gjennomføre sine forpliktelser.

Disiplinering innebærer at pasienten oppnår anerkjennelse og goder gjennom å respondere ”riktig” på fagpersonenes forventninger. Hva er så «riktig» respons på forventningene? Er det uttrykk for endringsvilje og endringsevne, selvinnsikt og ansvarsfølelse? Pasienten går i terapi, individuelt og miljøterapi og målet er blant annet personlig endring.

I fokusgruppediskusjonene ble begrepet *holdninger* benyttet. Begrepet er imidlertid ikke ukomplisert å anvende og kan fremstå retorisk. Kritisk sett kan bruk av begrepet forstås som en form og noe som legitimerer handlinger *per se*, handlinger som ikke nødvendigvis oppfattes som positive sett fra pasientens side. Begrepet kan på denne måten forstås som en konstruksjon som legitimerer (49).

Hva som er uttrykk for gode holdninger er dermed ikke umiddelbart enkelt å definere og måle. Eksempelvis kan det at man ikke umiddelbart støtter en pasient som står overfor utfordringer være uttrykk for holdningen «å stole på pasientens evne til å mestre selv». Fra pasientens ståsted kan dette oppleves som manglende støtte og anerkjennelse. Det er derfor ikke slik at handlinger og tilnærming som sett ut fra fagpersonenes side er uttrykk for gode holdninger, nødvendigvis oppleves som dette fra pasientens side.

Begrepet *respekt* ble eksplisitt benyttet i diskusjonene. Det virket som om det var enighet hos informantene om at respekt overfor pasienten er viktig. Det er imidlertid utfordrende å definere hva respekt innebærer. Pasienten kan oppleve manglende respekt, samtidig som det vektlegges at handlinger er uttrykk for respekt fra fagpersonenes side.

Vatne (35) viser til viktigheten av å anerkjenne pasientens verdier og ståsted. Å insistere på at det som pasienten opplever som mangel på respekt, nettopp er uttrykk for respekt, bidrar trolig ikke til å styrke pasientenes tro på egen ekspertise.

Hva begrepet *medvirkning* innebærer, var sentralt i diskusjonene. Begrepet syntes benyttet på Medvirkning som kun innebærer å få si sin mening, kan lett forstås som skinndemokrati; som

manglende reell innflytelse. Sanna og Granerud (50) konkluderer i en studie som blant annet fokuserer på fagpersonene i spenningsfeltet mellom pasientens ønsker og faglige begrunnelser at ivaretagelse av individuelle behov, mer enn regelstyring er viktig.

Konklusjon

Studien peker på begrepet legitimering som sentralt og overordnet. Med legitimering forstås her hvordan egen virksomhet begrunnes og gyldiggjøres.

Empowerment i praksis er lettere sagt enn gjort. Dermed kan retorikk kanskje bli fremtredende. Kompleksiteten handler blant annet om at fagpersonene skal praktisere i skjæringspunktet mellom fagkunnskap, system og organisatoriske begrensninger og pasienters behov. Det er behov for mer forskning i forhold til praktisering av empowerment og hva som er god praksis i lys av empowerment, både fra pasienters og fagpersoners perspektiv.

Godkjent for publisering 10.12.2014

Sidsel Tveiten, RN, Dr. Polit, Professor, Ragnhild Flittie Onstad, RN, Assistant Professor,
Magne Haukland, RN, Assistant Professor

Corresponding author: Sidsel Tveiten, Faculty of Health Sciences, Departm. of Health,
Nutrition and Management, Kunnskapsveien 55, PB 4 St Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway

Referanser

1. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneva 1986.
2. Narayan D. (ed). Measuring empowerment. Cross Disciplinary Perspectives. Washington: The World Bank 2005.
3. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions. WHO Regional Office of Europe 2005.

4. Sosial- og helsedirektoratet. Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet Mål, anbefalinger og tiltak. Opptrappingsplanen for psykisk helse IS-1315. Oslo 2006.
5. Sverdrup S, Kristoffersen LB, Myrvold TM. Brukermedvirkning og psykisk helse. NIBR – rapport 2005:6. Oslo: Norsk institutt for by – og regionforskning 2005.
6. Veseth M, Binder PE, Borg M. Toward caring for oneself in a life of intense ups and downs: a reflexive-collaborative exploration of recovery in bipolar disorder. *Quality Health Research* 2012; 22:119-133.
7. Stortingsmelding 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2009.
8. Stortingsmelding 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Oslo: Helsedepartementet 2003.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) 1999. www.lovdatab.no
10. Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) 2012. www.lovdatab.no
11. Michaelsen R., Vatne S, Hollingen A. Koordinatorrollen ved individuell plan i psykisk helsearbeid. Fokus på brukermedvirkning og samarbeid. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* 2007; 4:15-28.
12. Tveiten S, Meyer IS. "Easier said than done": empowering dialogues with patients at the pain clinic – the health professionals' perspective. *Journal of Nursing Management* 2009; 17: 804-812.

13. Hodge S. Participation, discourse and power: a case study in service user involvement. *Critical Social Policy* 2005; 25: 164-179.
14. O'Brien J. Relationships among Structural Empowerment, Psychological Empowerment, and Burnout in Registered Staff Nurses Working in Outpatient Dialysis Centers. *Nephrology Nursing Journal* 2011; 38 (6): 475-481.
15. Elstad TA, Eide AH. User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009; Doi; 10.1111/j.1471-6712.2008.00660.x
16. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin. Otta: Universitetsforlaget 2003.
17. Thornquist E. Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Oslo: Gyldendal Akademisk 2003.
18. Foucault, M. Two lectures (s. 78-108). I: Gordon C. (red.) *Power/Knowledge: Selected interviews & other writings 1972-1977*. New York: Pantheon Books 1980.
19. Foucault M. The subject and power. Appendix in Foucault M: *Beyond Structuralism and Hermeneutics* (s. 326-348). I: Faubion JD. (ed.) *Power. Essential works of Foucault 1954-1984 vol.3*. New York: The New Press 1994/2000.
20. Sørensen NØ. I virkeligheten utenfor. PhD avhandling. Roskilde Universitetet.2006.
21. Dean M. *Governmentality. Power and Rule in Modern Society*. London: Sage Publications 2006.
22. Holmes D. Police and pastoral power: governmentality and correctional forensic psychiatric nursing. *Nursing Inquiry* 2002; 9(2): 84-92.
23. Haukelien H, Møller G, Vike H. Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren. TF-rapport nr. 284. Telemarksforskning 2011.

24. Berg B. Qualitative research methods for the social sciences. USA: Allyn and Bacon 2009.
25. Kvale S, Brinkman S. Interviews. Learning the craft of qualitative research interviewing. Los Angeles: SAGE 2009.
26. Patton TA. Qualitative research & Evaluation methods. California: SAGE 2002.
27. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget 2011.
28. Bloor M, Frankland T et al. Focus groups in Social research. Introducing qualitative methods. USA: SAGE 2001.
29. LoBiondo Wood C, Habor J. Nursing Research. St.Louis: Mosby 2002.
30. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects 2008. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.
31. Myhra AB. Fra bruker til samarbeidspartner. Realisering av brukermedvirkning. Bergen: Fagbokforlaget 2012.
32. Hummelvoll JK. En helhetlig eksistensiell psykiatrisk sykepleie- tilnærming i et lokalsamfunnsperspektiv. Tidsskriftet Klinisk Sygepleje 2006; 20(1): 13-23.
33. Lauveng A. I morgen var jeg alltid en løve. Oslo: Cappelen 2005.
34. Haug K. Et fristed. Pasientens opplevelse av miljøet på et distriktpspsykiatrisk senter. Vård i Norden 2005; 25(3): 8-12.
35. Vatne S. Korrigere og anerkjenne. Oslo: Gyldendal 2006.
36. Gunderson John. Defining the therapeutic processes in psychiatric millieus. Psychiatry 1978; 41: 327-335.

37. Ekeland TJ, Heggen K. Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk. Oslo: Gyldendal Akademisk 2007.
38. Rankin SH, Stallings KD. Patient education: Principles and practices. 4 th ed. Philadelphia: Lippincott 2001.
39. Tveiten S. The public health nurses`client supervision. Doctoral thesis. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo 2006.
40. Karlsson B. Omsorgens dilemmaer i en akuttpsykiatrisk kontekst. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 2005; 7 (1): 3-13.
41. Tveiten S, Knutsen IR. Empowering dialogues – the patients`perspective. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2010 doi: 1.111/j.171-671.210.083.x.
42. Valla B. Brukerens medvirkning I psykoterapi – behov for kompetanseutvikling. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2010; 47: 308-314.
43. Nebb A, Lejon M, Wangberg S. Klient- og resultatstyrt praksis. Kompetansesenter rus – Nord-Norge og Rus og spesialpsykiatrisk klinikk Universitetssykehuset Nord-Norge. Narvik: Skriftserie fra kompetansesenter rus-Nord-Norge nr. 3 2010.
44. Weber M. Makt og byråkrati. Oslo: Gyldendal (Gyldendals Fakkell-serie) 1971.
45. Engelstad F. (red.). Om makt – Teori og kritikk. Oslo: Ad Notam Gyldendal 1999.
46. Album D. Riktig stil – et grunnlag for organisasjoners prestige. Arbeidsdokument. Oslo: Universitetet i Oslo 1989.
47. Foucault M. Galskapens historie i opplysningens tidsalder. Oslo: Gyldendal 1999a.

48. Foucault M. Overvåkning og straff Det moderne fengselets historie. Oslo: Gyldendal 1999b.

49. Jørgensen MW, Phillips L. Diskursanalyse som teori og metode. København: Samfundslitteratur 1999.

50. Sanna HK, Granerud A. Menneskesyn og verdier; utgangspunkt for selvbestemmelse – En kvalitativ studie om erfaringer fra psykisk helsearbeid i førstelinjetjenesten, sett fra personalperspektiv. *Vård i Norden* 2009; 29(3): 37- 41.