

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 256 & 195 _____

Eksamensnavn: SYBA3900 _____

Dato: 15.03.17 _____

Klasse: SYPLGR3A _____

Kull: 2014 _____

Antall ord: 9109 _____

EMPOWERMENT, MESTRING OG PSYKISK HELSE

”Hvordan vi som sykepleiere ved hjelp av Empowerment fremme mestring hos pasienter med psykiske lidelser?”

”Just listen.

Please follow my lead.

Be open-minded.

Relate to me as a person.

Be open-minded. Don't be a closed box.

Realize that I have reasons for feeling what I'm feeling.

If I tell you something is not helpful, believe me.

Don't drift away from what we've been doing. Stay the course. I'm proof that your work helps.” (Furlong, Helm, Otto & Raimondo, 2013, s. 296)

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Psykiske lidelser er svært utbredt og rammer statistisk sett halvparten av befolkningen i løpet av livet. Vi tror opplevelse av mestring kan bidra til å bedre livskvalitet i stor grad, og at Empowerment som tilnærming er særlig viktig i arbeidet med psykisk helse.

Hensikt: Hensikten med studien er å vise til hvordan vi som sykepleiere kan fremme mestring hos pasienter med psykiske lidelser ved hjelp av Empowerment.

Resultat: Ved hjelp av maktoverføring, anerkjennelse av pasientens ressurser, trygge rammer og en god relasjon kan vi fremme mestring ved hjelp av Empowerment hos pasienter med psykiske lidelser.

Konklusjon: Empowerment og mestring viser seg å være svært viktig for pasienter med psykiske lidelser. Empowermentprosessen baserer seg på et samarbeid mellom pasient og sykepleier. Som sykepleiere kan vi tilføre pasienten den kunnskapen han anser som nødvendig for opplevelse av mestring. Det er viktig å se pasienten som en likeverdig part av samarbeidet. Pasienten vet selv hva som er det beste for han, og vår oppgave blir å fungere som en veiledende samarbeidspartner.

Metode: Vi har anvendt litteraturstudie som metode.

Nøkkelord: Empowerment, mental health services/mental health, user participation, dialogue, coping, psychologic adaptation, brukermedvirkning

DISPOSISJON

1.0 INNLEDNING	s. 1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	s. 1
1.2 PROBLEMSTILLING.....	s. 1
1.3 AVGRENSNINGER OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING.....	s. 2
1.4 STUDIENS HENSIKT.....	s. 3
1.5 OPPBYGNING AV OPPGAVEN.....	s. 3
2.0 TEORETISKE RAMMEVERK	s. 4
2.1 PSYKISKE LIDELSER.....	s. 4-5
2.1.1 KONSEKVENSER AV PSYKISKE LIDELSER.....	s. 5-6
2.2 EMPOWERMENT.....	s. 6-7
2.2.1 BRUKERMEDVIRKNING.....	s. 7
2.2.2 MAKTOVERFØRING.....	s. 7-8
2.3 SYKEPLEIERENS FUNKSJONS- OG ANSVARSOMRÅDER.....	s. 8-9
2.3.1 SYKEPLEIERENS ROLLE I EMPOWERMENTPROSESSEN.....	s. 9-10
2.4 UTFORDRINGER I ARBEID MED EMPOWERMENT.....	10-11
3.0 METODE	s. 12
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	s. 12
3.2 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....	s. 12
3.2.1 LITTERATURSØK.....	s. 12-13
3.3 KILDEKRITIKK.....	s. 13-14
4.0 RESULTATER OG FUNN	s. 15
4.1 PASIENTENS PERSPEKTIV.....	s. 15-16
4.2 SYKEPLEIERENS PERSPEKTIV.....	s. 16-17
4.3 UTFORDRINGER I ARBEID MED EMPOWERMENT.....	s. 17
5.0 DISKUSJON	s. 18
5.1 MYNDIGGJØRING AV PASIENTEN.....	s. 18-19
5.2 TRYGGE RAMMER OG FORUTSIGBARHET – EN FORUTSETNING FOR EMPOWERMENT.....	s. 19
5.3 ANERKJENNELSE AV PASIENTENS RESSURSER.....	s. 20-22
5.4 PASIENTEN SOM EN LIKEVERDIG PART I SAMARBEIDET.....	s. 22-23
5.5 MULIGHETER OG BEGRENSNINGER.....	s. 23-24
6.0 OPPSUMMERING OG AVSLUTNING	s. 25-26
7.0 LITTERATURLISTE	
VEDLEGG 1 OG VEDLEGG 2	

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

De senere årene har det ved hjelp av åpenhet og diskusjon blitt mer akseptert å være psykisk syk, men fremdeles eksisterer det stigma knyttet til tema. I løpet av våre praksisperioder har vi erfart sykepleiere som trekker seg unna pasientene som ofte blir omtalt som “de vanskelige pasientene”. Slike holdninger og motvilje snakker veldig høyt uten ord, og kan være med på å undertrykke pasienten og svekke deres selvfølelse ytterligere. Ifølge rapporten “Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv” vil omkring halvparten av befolkningen statistisk sett, i større eller mindre grad, rammes i løpet av livet. I vårt yrke hvor mennesket står i fokus vil vi alltid komme til å møte pasienter med varierende grad av psykiske lidelser. Vi anser det derfor som svært viktig å ha god faglig kunnskap på området, og ønsker dypere innsikt i hvordan Empowerment kan fremme mestring hos disse pasientene. Denne kunnskapen vil vi få god bruk for, uavhengig av hvor vi ønsker å arbeide etter endt utdanning.

Empowerment har utviklet seg til å bli et svært populært begrep i arbeid med mennesker, og kan anvendes i arbeid med alle pasientgrupper. Årsaken til at vi valgte å knytte dette opp mot psykisk helse er at vi mener det er nærliggende å tenke at denne pasientgruppen fort kan falle utenfor. Dette skyldes at de ofte allerede sliter med dårlig selvbilde og manglende tro på egne evner og ressurser. Vi har selv erfart de positive effektene av å mestre og bli anerkjent av andre, og vet derfor hvor viktig det er for menneskers livskvalitet. I tillegg er dette også en vesentlig del av utviklingen til å bli et selvstendig menneske. Av den grunn ser vi Empowerment som særlig viktig i arbeid med psykisk helse. Det å fremme og oppleve kontroll og mestring kan være spesielt utfordrende i denne sammenheng. Vi tenker at det krever ekstra motivasjon og vilje hos både pasienten selv og sykepleieren.

1.2 Problemstilling.

”Hvordan kan vi som sykepleiere ved hjelp av Empowerment fremme mestring hos pasienter med psykiske lidelser?”

1.3 Avgrensninger og presisering av problemstilling.

Vår problemstilling tar for seg psykiske lidelser som en helhet. Ved å fokusere på et mer helhetlig perspektiv vil vi i større grad kunne vektlegge forståelse, individualitet og pasientens egen opplevelse. Ved reduksjonistiske perspektiver, hvor en enkelt diagnose er i fokus, har sykepleieren ofte et overordnet mål om at pasienten skal bli frisk (Håkonsen, 2014). I vår oppgave ligger ikke fokuset på at pasienten nødvendigvis skal bli frisk, men målet er at pasienten ved hjelp av Empowerment skal oppleve mestring av egen livssituasjon. Vi har derfor i denne oppgaven valgt å åpne for en mer generell innfallsvinkel og forståelse av psykiske lidelser.

Oppgaven er begrenset til å omhandle pasienter over 18 år med rett til selvbestemmelse. Det vil si at pasientgruppen vi tar utgangspunkt i frivillig benytter seg av psykiske helsetjenester. Individets rett til selvbestemmelse er synonymt med begrepet autonomi. For å fylle kriteriene for autonomi må pasienten i følge Snoek og Engedal (2014) være i stand til å ta avgjørelser til sitt eget beste og sette begrensninger rundt seg selv. Problemstillingen omfatter Empowerment på individnivå. Grunnen til dette er at vi i all hovedsak ønsker å konsentrere oss om pasient- og sykepleierrelasjonen.

I behandling av pasienter med psykiske lidelser spiller pårørende en stor rolle. Pårørende er ofte en ektefelle, samboer eller et annet familiemedlem, men kan også være personer utenfor familien. For syke mennesker i en sårbar situasjon utgjør ofte nære pårørende den aller viktigste hjelpen. I de fleste tilfeller ønsker pasienten å inkludere pårørende i sin behandling (Grov, 2011). Vi har til tross for dette ikke valgt å fokusere på pårørendes rolle i denne oppgaven, da vi som nevnt ønsker å belyse ansikt- til ansikt relasjonen pasient og sykepleier har seg i mellom.

Vi vil i diskusjonsdelen av oppgaven kun bruke begrepet ”sykepleier”, framfor helsepersonell og lignende. Dette til tross for at også andre begreper er blitt brukt i artiklene vi har hentet våre funn fra. Der vi ikke omtaler pasienten som nettopp pasienten, vil vi bruke betegnelsen ”han”. Den eneste årsaken til dette er at vi ønsker god språklig flyt gjennomgående.

1.4 Studiens hensikt.

Hensikten med studien er å belyse hvordan vi som sykepleiere ved hjelp av Empowerment kan fremme mestring hos pasienter med psykiske lidelser. Dette vil vi gjøre ved hjelp av relevant teori, funn fra forskning- og fagartikler samt egne refleksjoner. Vi vil se nærmere på utfordringer man kan møte i arbeid med Empowerment og psykisk helse. Mest av alt ønsker vi å få frem hvor viktig Empowerment er for nettopp denne pasientgruppen, og hvordan vi på best mulig måte kan bidra til at de opplever mestring og kontroll i eget liv.

1.5 Oppbygning av oppgaven.

Oppgaven omfatter fem hovedkapitler. Kapittel 2.0 er teoretiske rammeverk. Dette kapitlet inneholder fire underkapitler. Til å begynne med har vi i 2.1 skrevet om psykiske lidelser og konsekvenser av psykiske lidelser. Videre kommer underkapittel 2.2 om empowerment, hvor vi også har inkludert maktoverføring og brukermedvirkning. Deretter skriver vi i 2.3 om sykepleierens rolle- og funksjonsområde samt sykepleieres rolle i empowermentprosessen. Avslutningsvis i teorikapitlet har vi 2.4 som omhandler utfordringer ved empowermentprosessen. I kapittel 3.0 gjør vi kort rede for valg av metode, og i 3.1 litteraturstudie som metode. Videre kommer 3.2 hvor viser til våre inklusjons- og eksklusjonskriterier, og vårt litteratursøk. Deretter skriver vi i 3.3 kildekritikk. Resultater og funn vil bli presentert i kapittel 4.0, som er delt opp i underkapitlene 4.1, 4.2 og 4.3. Diskusjonsdelen har vi også valgt å dele opp i underkapitler, og kommer under 5.0 som 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 og 5.5. Etter dette kommer vi med en konklusjon, kapittel 6.0. Avslutningsvis i oppgaven kommer litteraturlisten som kapittel 7.0.

2.0 TEORETISKE RAMMEVERK

Dette kapittelet omfatter en innføring i det vi mener er det viktigste teorigrunnlaget knyttet til vår problemstilling. Vi vil gi en kort introduksjon til hva psykiske lidelser er, og noen av de mest vanlige typene. Deretter viser vi til konsekvenser av psykiske lidelser, og da særlig de konsekvensene det er sannsynlig at kan påvirke pasientens forutsetninger for Empowerment og mestring. Videre gjør vi kort gjøre rede for hva Empowerment er og innebærer. Under empowerment har vi valgt å inkludere underpunktene maktoverføring og brukermedvirkning. Etter dette sier vi noe om sykepleieren funksjons- og ansvarsområder. Her vil hovedvekten ligge på sykepleierens pedagogiske funksjon. Som avslutning på teorikapittelet nevner vi utfordringer knyttet til Empowerment.

2.1 Psykiske lidelser.

Her vil vi beskrive de ulike gruppene av psykiske lidelser for å få en dypere forståelse av feltet. Videre vil vi se på hvilke felles konsekvenser og plager som ofte ses pasienter med dårlig psykisk helse.

Ifølge rapporten ”Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv” kan psykiske lidelser defineres som plager og symptomer som påvirker menneskers tanker, følelser, atferd og relasjon til andre. Psykiske lidelser har høy forekomst, og cirka halvparten av befolkningen vil statistisk sett rammes i løpet av livet (Mykletun & Knudsen, 2009). Psykiske lidelser kommer til syne når noe avviker fra kulturelle og statistiske normer. ICD-10-systemet er et internasjonalt klassifiseringssystem som brukes for å diagnostisere pasienter innen psykiatrien ved å måle hvor avvikende atferd pasienten har. Det skal sies at dette systemet, i tillegg til mangel på forståelse av skille mellom normalitet og sykdom i samfunnet generelt, kan bidra til at flere blir feilaktig diagnostisert. Likevel er dette det mest anvendte klassifiseringssystemet innen psykisk helse. Systemet deler psykiske lidelser i blant annet kategoriene: Psykoselidelser, stemningslidelser, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser (Kennair & Kleppstø, 2016). Ved psykoselidelser vil tolkninger av omverdenen, egne tanker og opplevelser avvike fra realiteten. Dette innebærer ofte at pasienten opplever hallusinasjoner og hører stemmer (Johnsen & Løberg, 2016). Stemningslidelser er en samlebetegnelse på forandringer i sinnsstemning i retning depresjon eller hypomani/mani (Walwig & Nysæter, 2016). Angstlidelser er preget av

bekymringer og frykt som ofte oppstår når personen ikke befinner seg i reell fare. Angstlidelser kan innebære ulike fobier, panikklidelse og generaliserende angst (Solem, Nilsen & Vogel, 2016). Til slutt har vi personlighetsforstyrrelser som dreier seg om uhensiktsmessige personlighetstrekk som kan føre til alvorlige og uheldige konsekvenser for sosiale relasjoner og i arbeidslivet (Ryum, 2016).

2.1.1 Konsekvenser av psykiske lidelser.

På samfunnsnivå har psykiske lidelser konsekvenser i form av økt sykefravær og arbeidsuførhet ettersom arbeidsevnen blir påvirket negativt (Mykletun & Knudsen, 2009). På individnivå kan konsekvenser av psykiske lidelser vise seg på ulike måter, særlig som følelse av avmakt og dermed ødelagt selvbilde. Følelsen av avmakt kan sette pasienten i en situasjon der han opplever tap av kontroll over eget liv, tanker og følelser. Slike situasjoner kan føles håpløse og uløselige, og dermed legge grunnlag for uhensiktsmessige mestringsstrategier. Uttrykk for uhensiktsmessig mestring kan ses som for eksempel mismot og isolering fra omverdenen ved depresjon. Pasienten forsøker å mestre sine vanskeligheter ved å flytte fokuset fra det primære problemet til noe annet, eller isolere seg i forsøk på å unnsnippe sine vanskeligheter. Etter hvert vil sekundærproblemene som de uhensiktsmessige mestringsstrategiene fører med seg, prege den psykiske lidelsen ytterligere (Håkonsen, 2014).

En fellesnevner ved mange psykiske lidelser er som nevnt at de som rammes utvikler et negativt selvbilde. Selvbilde kan defineres som hvordan vi oppfatter og ser på oss selv, og hvordan vi tror andre oppfatter oss. Hvilke erfaringer man har med seg fra tidligere er vesentlig for utviklingen av selvbilde. Har man mislykkes og fått negative responser på tidligere mestringsforsøk, kan det føre til at man responderer med angst og mismot i nye situasjoner (Rustøen, 2013). Dårlig selvbilde kan derfor bidra til at denne pasientgruppen er mer utsatt for å bli redusert til lært hjelpeløshet. Lært hjelpeløshet kan defineres som Empowermenttenkningens motstykke. Begrepet brukes om mennesker med manglende tro på egne evner til å mestre nye situasjoner, som følge av at helsepersonell har bidratt på en måte som reduserer pasientens egen mestringsevne (Tveiten, 2014). Pasientene kan oppleve mangel på kontroll over hva som skjer med og rundt dem, og dermed bli avhengige av andres hjelp. De fokuserer på tidligere erfaringer av å mislykkes gjentatte ganger. Dette fører til en innebygd følelse av ubrukelighet og passivitet i nye læringssituasjoner. Pasienten unngår derfor

utfordringer som kunne gitt opplevelse av mestring. Et slikt innlært tankemønster fører til selvbeskyttende strategier. Det vil si å bidra til egen mislykkethet ved å konstruere hinder som gjør det mindre sannsynlig å lykkes. Den ytre faktoren blir da årsaken til at man gjør det dårlig. For å stimulere frem motivasjon hos pasienter med psykiske lidelser er det avgjørende å fremme troen på at de selv kan påvirke og at de ha kontroll over hva som skal skje i deres liv (Manger & Wormnes, 2015).

2.2 Empowerment.

Empowerment har utviklet seg til å bli et svært populært begrep i arbeid med sårbare grupper i samfunnet. Årsaken til at Empowermentprosessen er så anvendelig kan være at den regnes for å fremme et positivt menneskesyn (Askheim & Starrin, 2007). Sett fra et helseperspektiv viser Empowermentbegrepet til betydningen av å støtte og hjelpe pasienter i situasjoner hvor følelsen av avmakt og hjelpeløshet er dominerende. Prosessen skal ved hjelp av maktoverføring, medvirkning og anerkjennelse av personlige ressurser bidra til at pasienten kommer seg ut av avmakten, og gjenvinner kontrollen i eget liv (Tveiten, 2012). Selvtillit, sosial støtte, kompetanse, deltakelse og egenkontroll er egenskaper som ofte knyttes til Empowerment (Askheim & Starrin, 2007). På individnivå kan Empowerment defineres som et sosialt samspill mellom pasient og sykepleier. Målet er å anerkjenne, motivere og øke pasientens evne til å ivareta egne grunnleggende behov, løse personlige problemer og mobilisere nødvendige ressurser for å føle kontroll (Tveiten & Knutsen, 2011). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer Empowerment som: ”En prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse” (Gjengitt av Kristoffersen, 2014, s. 338).

For å få en dypere forståelse av hva Empowerment er og kan brukes til ønsker vi å se nærmere på dets opprinnelse. I den vitenskapelige litteraturen ble begrepet for alvor tatt i bruk på 1970-tallet som et politisk virkemiddel for å skape endring og fremme svake grupper i samfunnet. Dette ble gjort gjennom aktivisme, sosial mobilisering og lokalt selvstyre. Barbara Solomon sees på som pioner innen Empowerment arbeidet og hadde et sterkt engasjement for undertrykte og fattige grupper (Askheim & Starrin, 2007). Paulo Freire og hans bok ”De undertryktes pedagogikk” har vært en inspirasjonskilde i Empowermenttradisjonen. Boken belyser viktigheten av å bevisstgjøre fattige og undertrykte om at de nettopp er offer for andres makt og

undertrykkelse. Denne forståelsen førte til en kamp om frigjørelse. Dette kan overføres til sykepleiers mål om å styrke pasientens kunnskaper og makt til å ta kontroll i eget liv (Askheim, 2007). Holdninger som bygger på at pasienten har mistet sin myndighet, og at behandlerens oppgave er å gi pasienten denne tilbake har utviklet seg over tid. Empowermentprosessen fokuserer derimot på å hjelpe pasienten å bevare sin myndighet. I følge Leira (2004) kan vi bidra til at flere med psykiske lidelser blir mer delaktige i egne liv ved å alltid jobbe ut i fra problemstillingen: ”Hvordan styrke selvtillit og pågangsmot, og svekke selvforakt og resignasjon?” (Gjengitt av Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 174).

2.2.1 Brukermedvirkning.

Brukermedvirkning gir pasienter som benytter seg av psykiske helsetjenester rett til være en medvirkende part i utforming av behandling og valg av helsetjenester. Som lovfestet rettighet er sykepleiere pliktet til å innlemme brukermedvirkning i sitt arbeid. I praksis fører brukermedvirkning til en nøyaktig og individuell tilpasset behandling (Helsedirektoratet). Begrepene empowerment og brukermedvirkning har liknende betydning og brukes ofte synonymt. For å skille mellom disse kan vi si at brukermedvirkning skal føre til at pasientene får mulighet til å påvirke ytre faktorer ved hjelpe- og behandlingstilbudet. Empowerment setter i gang prosesser i pasienten som styrker selvfølelse, bevarer myndigheten og gir trygghet til å ytre egne ønsker og behov (Tveiten, 2012).

2.2.2 Maktoverføring.

Makt i relasjoner kan komme til uttrykk når en part får den andre til å gjøre noe utover deres grenser og vilje. Maktutøveren bruker i slike tilfeller bevisst sin posisjon til å få igjennom sin vilje. Menneskeskapte samfunnsstrukturer som plasserer pasienten i en underlegen maktposisjon har lang historie i samfunnet, og vil kunne bidra til å både krenke og ydmyke pasienten (Rønning, 2007). Makt finnes i ulike former i samfunnet. Det er realistisk å tenke at relasjonen mellom sykepleier og pasient påvirkes av maktforskjeller. Hva som er legitim bruk av makt har endret seg gjennom tiden. I dag assosieres makt ofte med noe negativt som kan skade og undertrykke. Det er vanskelig å komme til en felles enighet angående hva som er legitim bruk av makt. Tilnærmingen ”integreert makt” handler om å jobbe sammen for å oppnå et mål. En god relasjon gjør det mulig for begge parter å dele hva de mener er

rett og galt. Prosessen med å samarbeide mot et felles mål har positiv effekt, samt at makten spres til alle de involverte. At sykepleier kommer frem til en løsning ved å lytte til pasienten betyr ikke at hun mister makt. Den totale makten øker når den deles likt mellom partene. ”Makt innenfra” er en tilnærming som fokuserer på den personlige opplevelsen av å ha tro på egne evner og ressurser. Å føle at en har makt til å gjøre positive endringer i eget liv er en form for makt som ikke trenger å gå på bekostning av andre (Askheim, 2012).

Sykepleieteoretikeren Kari Martinsen vektlegger at sykepleie skal baseres på solidaritet og ansvar for den svake og syke. Det vil si at pasienten ikke står i et gjensidig ansvarsforhold til sykepleieren som jobber altruistisk uten å forvente noe tilbake. Dette bygger på tanken om at omsorg skal begrunnes både med fornuft og følelser. Når sykepleier skal forsøke å sette seg inn i pasientens situasjon er det behov for å ta i bruk en emosjonell side slik at pasienten opplever omsorg. Måten vi oppfører oss på har sin rot i våre holdninger og motiver. Vi rettferdiggjør våre handlinger ut fra hva vi mener er rett og galt (Kristoffersen, 2014).

Sykepleiere som gir lite oppmerksomhet til pasientens ønsker og behov, men snarere ønsker å fremstå som ekspert som kun kommer med viktig informasjon, er med på å fremme et paternalistisk verdisett. En slik tilnærming kommer på bekostning av Empowermenttenkningen. I praksis er hovedmålet ved Empowerment å skape et likeverdig forhold mellom partene i samarbeidet. Grunntanken er å anerkjenne og bemyndige pasienten gjennom maktoverføring (Tveiten, 2012).

2.3 Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder.

Som sykepleier har man ulike funksjons- og ansvarsområder. I praksis ser vi på sykepleierens funksjon som en integrert helhet, hvor de ulike funksjons- og ansvarsområdene flettes inn i hverandre. Det er imidlertid pasientsituasjonens kontekst som legger grunnlaget for hvilke av sykepleierens funksjoner som er mest relevante, og dermed blir mest framtrædende (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014). Det er tilfeller hvor pasienten trenger at sykepleieren i større grad leder dem mot en løsning, eller til og med finner løsningen for dem. Når derimot målet er økt mestringsfølelse, er hensikten hovedsakelige å bidra til at pasienten utvikles på det personlige plan. Sykepleieren skal hjelpe pasienten å tilegne seg kunnskap og

kompetanse, og vi fokuserer da primært på sykepleierens pedagogiske funksjon (Tveiten, 2014).

2.3.1 Sykepleierens rolle i Empowermentprosessen.

Pedagogikk sett i sammenheng med sykepleie har til hensikt å bidra til omsorg og veiledning. En allmenn oppfatning av sykepleie innebærer ofte en forventning om omsorg i form av pleie og stell. Omsorg innebærer også undervisning og formidling av kunnskap. Som sykepleier er det derfor nødvendig med pedagogisk kompetanse. Denne kompetansen omfatter fagområder som kommunikasjon, samhandling, veiledning og undervisning. Det forventes at sykepleieren har en emosjonell, etisk og moralsk bevissthet som bidrar i vurderingen av egne evner til å styrke pasienten. Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer evnen til å styrke pasientens tro på egne ressurser (Tveiten, 2014).

I Empowermentprosessen går vi vekk fra sykepleierens tradisjonelle rolle hvor hensikten er å løse problemene for pasienten. Som hovedprinsipp kan vi si at sykepleieren skal fungere som en veiledende samarbeidspartner (Tveiten, 2012). Veiledning sett i sammenheng med pedagogikk baserer seg på å styrke pasientens ressurser i det formål å oppnå økt mestring (Kristoffersen, 2014).

I følge Kristoffersen (2014) blir mestring definert som fysiske og psykiske strategier man benytter seg av i vanskelige situasjoner der ens ressurser blir satt på prøve. Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring som det å kunne vurdere en situasjon man står ovenfor, og deretter vurdere egne muligheter og aktuelle mestringsstrategier (Tveiten, 2014).

Empowerment er en form for helsefremmende sykepleie. Både fysisk og psykisk helse omfatter i det helsefremmende arbeidet blant annet evnen til å mestre hverdagens utfordringer. Sykepleierens hensikt med det helsefremmende arbeidet innebærer å bruke sin faglige bakgrunn til å fremme mestring via læring og kompetanseutvikling. Empowerment fremmes av tillit og trygghet, og en god relasjon er avgjørende for å oppnå gode resultater. En viktig sykepleieoppgave er å lytte aktivt til pasienten, og fokusere på de personlige egenskapene og ressursene pasienten har, fremfor å konsentrere seg om sakens problemer og mangler (Tveiten, 2012). Som tidligere nevnt i denne oppgaven er dårlig selvbilde en kjent problemstilling ved

psykiske lidelser. Godt selvbilde innebærer en forventning om å lykkes. Denne troen på suksess er bygget på tidligere erfaringer med å nå sine mål. For å skape fremgang setter personer som lykkes seg konkrete og realistiske, men samtidig utfordrende mål (Manger & Wormnes, 2015). I veiledningsprosessen er det pasienten selv som skal definere hva målet er, og i samarbeid med sykepleieren kan de sammen komme fram til ulike framgangsmåter for å nå det satte målet (Kristoffersen, 2014). Gjennom Empowermentprosessen vil vi legge til rette for reell mestring som fører til at pasienten mestrer eget liv og vanskelige situasjoner på hensiktsmessige måter (Håkonsen, 2014). Vi kan si at mestring kan ses som et felles mål for de som benytter seg av Empowermentprosessen, men hva som skal mestres er individuelt og avgjøres av den enkelte situasjonens kontekst, og pasientens personlige ressurser (Tveiten, 2014).

Vi bruker ”den pedagogiske samtalen” som en fellesbetegnelse på samhandlingen mellom sykepleieren og pasienten, hvor pasientens læring og mestring er i fokus. Denne samtalen innebærer likeverdige samtalepartnere hvor begge er eksperter på hvert sitt område. Sykepleieren er eksperten på det rent faglige, og pasienten er eksperten på seg selv. Som sykepleier er det viktig å vise ydmykhet ovenfor pasientens erfaringer og livssituasjon, samtidig som man skal bidra med faglig kunnskap og råd. Det å stille sin faglige kompetanse til rådighet skal ikke ses i sammenheng med å overtale pasienten til enighet, da dette er noe helt annet (Kristoffersen, 2014). Gjennom samtale er målet å komme fram til en felles enighet på pasientens premisser angående hvilke ferdigheter og kunnskaper vedkommende ønsker å utvikle (Tveiten, 2014). Det er viktig å vise at man som sykepleier har tillit til pasientens ressurser, slik at pasienten selv også får troen på at han er i stand til å utvikle seg, lære og mestre (Kristoffersen, 2014).

2.4 Utfordringer i arbeid med Empowerment.

Empowermentprosessen representerer behovet for endring fra det tradisjonelle paternalistiske perspektivet på behandling og omsorg. Dette innebærer nye roller i samhandlingen, noe som kan være utfordrende for begge parter (Tveiten & Meyer, 2009). Som kjent sliter mange pasienter med psykiske lidelser med å stole på egne ressurser og muligheter til å mestre. Dette kan i situasjoner hvor pasienten møter faglig motstand føre til at han har lett for å la egne meninger vike. Dette viser at faglig

myndighet, i utgangspunktet, har stor kraft i situasjoner der de to partene er uenige (Tveiten, Onstad & Haukland, 2011). Mange med psykiske lidelser sliter med å foreta valg og gi uttrykk for egne behov. Dermed kan det bli en stor utfordring å delta i beslutningsprosesser. En enkel løsning for pasienten kan da være å la sykepleieren ta avgjørelser for dem. For å styrke pasienten til å handle og ta ansvar blir sykepleierens oppgave å assistere og støtte pasienten. Det kan sammenliknes med å ”arbeide med hendene på ryggen”, som vil si å la pasienten være utføreren (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006).

Samarbeidet i Empowermentprosessen innehar som tidligere nevnt to roller hvor begge er ekspert på sitt område. Sykepleieren er den som kan fagfeltet best og dermed er i stand til å se hva som er best for pasienten rent faglig. Pasienten er den som vet hva som er til det beste for nettopp han. Det å skulle kombinere både rollen som faglig ekspert og veileder på samme tid kan være en utfordrende sykepleieroppgave (Tveiten, 2012).

3.0 METODE

Metoden er redskapet vi benytter oss av for å innhente relevant informasjon som underbygger det vi ønsker å formidle i oppgaven. Krav til metoden er at den skal belyse det valgte temaet på en god og faglig måte. Sosiologen Vilhelm Aubert (1985) definerer metode som: ”En framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Gjengitt av Dalland, 2012, s. 111).

I denne oppgaven har vi anvendt litteraturstudie som metode.

3.1 Litteraturstudie som metode.

Et litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk vurdere og til slutt oppsummere litteratur knyttet til valgt tema. Hensikten med et litteraturstudie er å vise til en framstilling av tidligere gjennomført forskning og pensumlitteratur (Forsberg & Wengström, 2013). På denne måten vil vi kunne gi leseren en god forståelse på det aktuelle området oppgavens problemstilling etterspør.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

- Utgivelse de siste 10 år
- Pasientgruppe over 18 år
- Relevant for tema- og problemstilling
- Utelatt kvantitativ forskning på tema. Dette er fordi vi fokuserer på relasjonen mellom pasient og sykepleier, og ønsket derfor kvalitativ forskning.
- Utgitt på norsk eller engelsk
- Forskning publisert i anerkjente tidsskrift

3.2.1 Litteratursøk.

Da vi begynte søkeprosessen for å finne relevant forskning var det oppgavens problemstilling vi tok utgangspunkt i. På HIOA's databaser klikket vi oss inn på fagressurssidene, og deretter faktultet for helsefag. Videre gikk vi på fagressurser for sykepleie, slik at vi kunne forsikre oss om at databasene vi brukte var sykepleiefaglig relevante. Databasene vi gjorde søk i var PsychINFO, SveMed+, Cinahl, Medline (via Helsebiblioteket/OVID) og Cochrane Library. Vi gjorde også søk på sykepleien.no. Problemstillingen la grunnlaget for hvilke søkeord vi ønsket å bruke. Søkeordene vi mente passet vår problemstilling best var Empowerment, mental health

services/mental health og coping/psychologic adaptation. Vi fikk masse treff på disse søkeordene, men få artikler passet vår problemstilling. Mye av forskningen var relatert til andre pasientgrupper, og da særlig diabetes, hjerneslag, barn og kvinner. Vi ønsket at forskningen skulle være tilstrekkelig relevant, slik at den kunne bidra til å besvare problemstillingen på en mest mulig presis måte. Vi la til søkeordene user participation, patient participation, health professionals og dialogue. I SveMed+ brukte vi søkeordene psykisk helse og brukervedvirkning. Brukervedvirkning har stor tilknytning til tema Empowerment, og vi ønsket derfor å se om dette kunne føre oss videre. Tre av forskningsartiklene vi endte opp med å bruke fant vi i databasene PsychINFO og SveMed+. De resterende tre forskningsartiklene fant vi ved kjedesøk. Vi har også valgt å bruke en fagartikkel fra sykepleien.no, som vi fant ved å søke på ordene makt og Empowerment. Som vedlegg til oppgaven har vi lagt ved en oversikt over valgte artikler (vedlegg 1) og søkelogg (vedlegg 2).

3.3 Kildekritikk.

Gjennom kildekritikk karakteriserer og vurderer vi kildene vi har benyttet. Hensikten er å tydeliggjøre egne refleksjoner av kildens gyldighet, holdbarhet og relevans til problemstillingen. Bred kunnskap om litteraturen er en forutsetning for redegjørelse av hva kildene bidrar til i oppgaven (Dalland, 2012). Det er viktig for oss å vite at innholdet vi bruker i oppgaven er kvalitetssikret. Alle forskningsartiklene som har blitt brukt i denne oppgaven er publisert i anerkjente tidsskrift. For å unngå feiltolkninger og mangelfulle fremstillinger har vi i hovedsak forsøkt å bruke primærkilder. For at ulike sider av Empowerment skal belyses tilstrekkelig har vi i likevel også benyttet oss av noen sekundærkilder. Bøkene ”Motivasjon og mestring” (Manger og Wormnes, 2015) og ”Psykiske lidelser” (Hagen og Kennair, 2016) har forfattere uten sykepleiefaglig bakgrunn. I arbeidet med denne oppgaven er det helt nødvendig med tilstrekkelig kunnskap og litteratur om psykiske lidelser, mestring og veiledning. Denne kunnskapen er vesentlig når vi belyser vår problemstilling. Den aktuelle litteraturen er forsknings- og kunnskapsbasert og utformet av psykologer og pedagoger. Vi anser den derfor som faglig relevant. Sidsel Tveiten er i denne oppgaven blitt vår primærkilde. Hun er primærforfatter av boken ”Pedagogikk i sykepleie” som gir oss en troverdig fremstilling av hvilken betydning Empowerment og pedagogikk har for sykepleierrollen. I tillegg til dette er hun redaktør av kapittelet vi har benyttet oss av om Empowerment og veiledning i ”Helsefremmende sykepleie

– i teori og praksis”. Hun er også medforsker i flere av forskningsartiklene. Tveiten er sykepleier og forsker med lang erfaring og tilknytning til Empowerment. I søkeprosessen har det vært utfordrende å finne forskning som direkte belyser vår problemstilling. Vi fant forskning på Empowermentprosessen ved psykiatriske sykehus og fagområder som ikke primært er fokus for vår oppgave.

Forskningsartiklene *”Easier said than done”: empowering dialogues with patients at the pain clinic – the health professionals perspective* og *Empowering dialogues – the patient's’ perspective”* bygger på kvalitative forskningsintervjuer av ansatte og pasienter på en smerteklinikk. Vi valgte å bruke artiklene da de viser til erfaringer med Empowerment fra ulike perspektiver. Det er relevant for vår problemstilling å kjenne til både pasienter og helsepersonells opplevelser av hva som virker fremmende og hemmende i Empowermentprosessen. I artikkelen understrekes det at smerte som fenomen ikke har vært hovedfokus i forskningen som er blitt gjort.

4.0 RESULTATER OG FUNN

I dette kapittelet vil vi presentere funn fra forsknings- og fagartikler vi mener belyser vår problemstilling på en god måte. Funnene vil senere i oppgaven, sammen med det teoretiske grunnlaget og våre egne refleksjoner rundt tema, bli diskutert opp mot problemstillingen.

4.1 Pasientens perspektiv.

I Furlong, Helm, Otto og Raimondo's (2013) artikkel ble de negative effektene av umyndiggjøring innen psykiatrien diskutert. Empowerment ble omtalt som vesentlig for å gjenvinne kontroll over eget liv. Miljøer preget av umyndiggjøring bidro til at pasientene opplevde tap av egenmakt og kontroll. Dette er noe som oppsto i enhver situasjon hvor helsepersonell opptrådte som ”eksperten” i samhandlingen. Funn viser at deltakerne mente at de kun hadde muligheten til å forbedre sitt liv ved å selv delta og medvirke i beslutninger som angikk dem. I studien kom det også fram uttalt opplevelse av at helsepersonell tidvis ignorerte pasientens meninger. Deltakerne mente helsepersonell ikke burde bruke sin maktposisjon til å fortelle hva den virkelige situasjonen var, eller hvor syk eller ikke de synes pasienten så ut til å være. Pasientene må bli hørt, deres preferanser må bli tatt hensyn til, og de må få myndighet til å ta ansvar for eget liv og helse. I følge Tveiten og Knutsen (2011) er det for pasientene svært viktig å bli møtt med respekt, anerkjent som unike mennesker og ansett som troverdige. Det ble fremhevet hvor viktig dialogen var for pasientene. Dialogen ga rom for utveksling av informasjon, og pasientene var opptatt av å få presentert alle aspekter ved seg selv, slik at dette kunne bidra til at de fikk individuell tilpasset hjelp. Pasientene uttrykte ønske og behov for forutsigbar kontakt med helsevesenet, noe som forutsatte faste kontakter som hadde kunnskap om deres individuelle situasjon. Det ble beskrevet som krevende å måtte formidle informasjon til ulike mennesker gjentatte ganger (Tveiten & Knutsen, 2011). Pasientenes behov for å lære om symptomer og mestringsstrategier for å takle de ble av Furlong et al. (2013) trukket fram. Alle mennesker har en unik historie og individuelle måter å forstå sine erfaringer på. Som sykepleier er det vesentlig å bruke tid på å lytte til dette.

Tveiten og Knutsen (2011) understreker at hvor mye pasientene ønsker og evner å delta, varierer ut fra personlige og situasjonsbestemte faktorer. Avgjørende for pasientdeltakelse er krefter og overskudd til å ta beslutninger. Dette kan ses i

sammenheng med Rise, Westerlund, Bjørgen og Steinsbekk's (2013) forskning hvor det ble beskrevet store utfordringer med å ta ansvar for dagligdagse beslutninger i perioder preget av store vanskeligheter og kriser. Det ble uttrykt ønske om å dele dette ansvaret med helsepersonell, og i noen tilfeller bli fritatt fra forventningene om at de selv skulle ta eller bidra til å ta beslutningene i disse fasene. Det ble beskrevet et tydelig behov for støtte, trygge rammer og forutsigbarhet i vanskelige sykdomsperioder hvor symptomene av den psykiske lidelsen var spesielt fremtredende. I disse tilfellene ønsket brukerne at avgjørelser skulle bli tatt basert på hva sykepleieren, med bakgrunn i sin faglige kompetanse, mente var til det beste. På den andre siden understreket de viktigheten av at sykepleieren anvendte Empowermentprosessen, og stilte krav til pasienten i den hensikt å fremme selvstendighet og utvikling i bedre sykdomsperioder. Dette var svært viktig, ettersom økende ansvar og beslutningsprosesser var særlig krevende etter en periode preget av store vanskeligheter. Empowerment i perioder med mildere symptomer ble beskrevet som avgjørende for å oppnå økt mestring. Hovedfunnene til Rise et al. (2013) viser til viktigheten av at sykepleieren møter pasienten på det nivået de er, og tilpasser omsorg og behandling deretter. Sykepleieren må evne å vurdere muligheter for deltakelse, og genuint involvere pasientens oppfatninger av egne ressurser og behov til enhver tid.

4.2 Sykepleierens perspektiv.

Hovedfunn fra Tveiten og Meyer (2009) viser at sykepleierne ønsker å fremme Empowerment, men paradoksalt sett ikke alltid setter pris på om pasienten bestemmer for mye. Mye av utfordringene knyttet til Empowerment hadde utgangspunkt i kontrastene som oppsto mellom pasient og sykepleier når det angikk målsettinger og kunnskap. I følge Sanna og Granerud (2009) mente de at å skulle se pasienten som eksperten kunne være konfliktfylt, da de opplevde at deres egen rolle og profesjon ble truet. I følge Tveiten og Meyer (2009) ble dialogen med pasientene ansett som viktig, og dette ble knyttet sterkt opp mot livskvalitet, mestring og Empowerment. Imidlertid ble det rapportert at sykepleierne anså dialogen som god dersom den bidro til at pasienten endret sin mening. En generell oppfatning blant sykepleierne var at pasientene ikke forsto viktigheten av dialogen.

Tveiten, Haukland og Onstad (2011) fremhever at for å kartlegge pasientens individuelle ønsker og mål, ressurser og mestringsevne er det nødvendig med

omfattende kunnskap om pasienten. Dette ble omtalt som en forutsetning for å kunne tilrettelegge og involvere pasienten i beslutninger. I tillegg påpekte Sanna og Granerud (2009) at det å opparbeide seg en god relasjon til pasienten er avgjørende. Relasjonen ble beskrevet som nødvendig for å kunne identifisere og imøtekomme individuelle behov. Gode relasjoner ble også trukket fram som en forutsetning for å se pasienten som et unikt individ utover diagnoser og symptomer. Relasjonsbygging ble beskrevet som tidkrevende. Veiledning av personalet om temaet og et godt arbeidsmiljø ble fremhevet som fremmende faktorer for pasientens selvbestemmelse (Sanna og Granerud, 2009).

4.3 Utfordringer i arbeid med Empowerment.

Tveiten og Meyers (2009) viser at sykepleierne opplevde det som vanskelig å skulle akseptere pasientens avgjørelser dersom disse valgene stod i konflikt med deres egne preferanser. Finbråten & Petteresen (2009) mener at rigid gjennomføring av Empowermentprosessen kan få uheldig og uhensiktsmessig utfall for pasienten. Deres argumenter baserer seg på at Empowerment i ytterste konsekvens kan føre til at helsemessige avgjørelser like gjerne blir tatt på bakgrunn av pasienters erfaringer og meninger, som helsepersonellens faglige kunnskap. I følge Sanna og Granerud (2009) kan tidvis den faglig overbevisningen om at pasienter skal gjøre så mye som mulig selv gå på bekostning av pasientens ønsker om å unngå ansvar på dager med sterke symptomer.

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet vil vi ved hjelp av funn fra artikler, teoretiske rammeverk og egne refleksjoner drøfte vår problemstilling:

”Hvordan kan vi som sykepleiere ved hjelp av Empowerment fremme mestring hos pasienter med psykiske lidelser?”

5.1 Myndiggjøring av pasienten.

I løpet av sykepleiestudiet har vi erfart å møte pasienter med psykiske lidelser som har gitt uttrykk for følelsen av å ikke bli trodd og tatt på alvor. Denne pasientgruppen har vi møtt både innen psykisk helsearbeid og i somatikken. Dette understreker at psykiske lidelser er noe man møter på alle arenaer for sykepleie. Et eksempel var møte med en ung kvinne som hadde slitt psykisk i mange år. I løpet av samtalen kom det fram at hun flere ganger hadde forsøkt å uttrykke egne ønsker og behov. Hun opplevde å ikke bli hørt. Dette hadde i sin tur bidratt til at hun følte tap av kontroll over hva som skjedde med og rundt henne. Tveiten og Knutsen (2011) fremhever i sin artikkel viktigheten av at pasientene blir møtt med respekt, anerkjent som unike mennesker og ansett som troverdige. Kriteriene de omtaler er grunnleggende for å kunne skape en trygg og bærekraftig relasjon til pasienten. Som sykepleiere skal vi alltid være bevisst våre emosjonelle, etiske og moralske verdier (Tveiten, 2014). Dette kommer særlig til syne i arbeid med sårbare grupper.

Følelsen av avmakt, tap av kontroll og dårlig selvbilde er i utgangspunktet kjente konsekvenser hos pasienter med psykiske lidelser (Håkonsen, 2014). Det er derfor særlig viktig at vi som sykepleiere ikke bidrar til at pasienten opplever umyndiggjøring ved å framstå som ”eksperten” i samhandlingen (Furlong et al., 2014). Situasjoner hvor vi som sykepleiere gir lite oppmerksomhet til pasienten, og snarere tar avgjørelser på deres vegne, går på bekostning av Empowermenttenkningen (Tveiten, 2012). Empowerment ble av Furlong et al. (2013) omtalt som avgjørende for å gjenvinne kontroll i eget liv. Mestring kan defineres som fysiske og psykiske strategier man benytter seg av i vanskelige situasjoner der ens ressurser blir satt på prøve. For å kunne oppnå mestring er derfor kontroll i situasjonen og eget liv en forutsetning (Kristoffersen, 2014). Funn fra Furlong et al. (2013) viser at pasientene mente de kun hadde muligheten til å ta kontroll og forbedre eget liv ved å selv få delta og medvirke i beslutninger som angikk dem. For at vi som sykepleiere ved hjelp av

Empowermentprosessen skal kunne bidra til økt mestring er det et poeng at vi hjelper pasienten til å mobilisere egne ressurser. På denne måten skal han i utgangspunktet selv være i stand til å løse personlige problemer (Tveiten & Knutsen, 2011).

5.2 Trygge rammer og forutsigbarhet - en forutsetning for Empowerment.

For å kunne fremme mestring hos pasienter med psykiske lidelser, er det viktig at vi bidrar til å styrke deres opplevelse av kontroll i situasjonen. Trygge rammer og en god relasjon mellom pasient og sykepleier er svært viktig i en slik prosess. Tveiten og Knutsen (2011) viser at pasientene har et behov for forutsigbar kontakt med helsevesenet, noe som forutsetter trygge og kjente kontakter. Pasientene ønsker få sykepleiere å forholde seg til i hjelpeapparatet slik at de ikke blir nødt til å formidle samme informasjon gjentatte ganger. Det ble beskrevet ønske og behov om at sykepleierne de hadde å forholde seg til hadde god kunnskap og innsikt i deres individuelle situasjon og bakgrunn. Stadig møte med nye sykepleiere gjør at de gjentatte ganger må bygge opp nye relasjoner, og kontrollen de tidligere hadde opparbeidet seg kan tenkes at blir svekket. Ut i fra samtaler vi selv har hatt med pasienter er det liten tvil om hvor viktig det er med forutsigbarhet og tillit. Vi har sett hvor vanskelig det er for pasienter å stadig bli møtt med nye ansikter etter å ha opparbeidet tillitsforhold til faste kontakter. Særlig for denne pasientgruppen vil trygge rammer og faste sykepleiere virke fruktbart i en prosess mot et mer selvstendig liv. Funn fra Tveiten et al. (2011) og Sanna og Granerud (2009) viser også til hvorfor dette er viktig, og beskriver at det gjør det betydelig enklere for oss som sykepleiere å kartlegge individuelle behov, mål, ressurser og mestringsevne.

Et slikt arbeid krever at sykepleier er engasjert og har god tid hver enkelt pasient. Mange velferdstilbud forsøker å tilrettelegge slik at pasienter har en primærkontakt de kan forholde seg til. Vi mener dette bør gjennomføres så langt det er mulig. Likevel ser vi begrensningene. I en hektisk hverdag hvor prioriteringer av arbeidsoppgaver er en forutsetning kan det periodevis være vanskelig å gjennomføre. Vi må akseptere at vi i praksis ikke bestandig får gjennomført ting slik vi har tenkt. I tilfellene hvor faste kontakter ikke lar seg gjøre tror vi god dokumentasjon og kommunikasjon mellom kolleger kan gjøre møte med nye sykepleiere enklere for pasienten.

5.3 Anerkjennelse av pasientens ressurser.

Tveiten og Knutsen (2011) viser at hvor mye pasienten ønsker og evner å delta, varierer ut fra personlige og situasjonsbestemte faktorer. Det er avgjørende at pasienten har krefter og overskudd til å delta. Vi vet at på samfunnsnivå har psykiske lidelser konsekvenser i form av økt sykefravær og arbeidsuførhet, noe som skyldes at arbeidsevnen blir påvirket negativt (Mykletun og Knudsen, 2009). På individnivå kan vi se dette i sammenheng med å delta i beslutninger og ta egne avgjørelser, da dette kan oppleves svært krevende i tider med sterke symptomer. Dette underbygges av Rise et al. (2013) som beskriver at pasientene kan ha store utfordringer med å ta ansvar for dagligdagse beslutninger i perioder preget av vanskeligheter og kriser. I disse fasene ser vi ut i fra funn at pasientene ønsker å dele ansvaret med oss som sykepleiere, og i noen tilfeller bli fritatt fra forventningene om å selv skulle bidra til å ta beslutninger. Pasientene ønsker i dårlige perioder at avgjørelser skal tas på bakgrunn av hva sykepleieren mener er det beste. Av den grunn er det desto viktigere at vi anvender Empowerment og stiller krav til pasienten i den hensikt å fremme selvstendighet i bedre perioder. Dette er særlig fordi økende ansvar og beslutningsprosesser oppleves ekstra krevende etter en periode preget av store vanskeligheter og mye motgang. Pasientene ønsker derfor drahjelp i form av at vi sykepleiere stiller krav til dem for å komme i gang etter en slik periode.

I følge Sanna og Granerud (2009) kan den faglige overbevisningen om at pasientene skal gjøre så mye som mulig selv tidvis gå på bekostning av pasientenes ønske om å unngå ansvar på dager med sterke symptomer. For å underbygge dette vil vi igjen vise til Rise et al. (2013) sin forskning som viser at pasientene noen ganger ønsker å slippe ansvar på dager preget av sterke symptomer og vanskeligheter. Det som kompliserer arbeidet med Empowerment ytterligere i sammenheng med psykisk helse er det faktum at pasientene i mange tilfeller i utgangspunktet sliter med dårlig selvbilde og liten tro på egen mestringssevne. Det er ikke alltid pasienten hverken ønsker eller evner å være med på beslutningsprosesser. Dette er en realitet vi må akseptere.

Likevel er dette et svært komplisert område, og vi blir nødt til å stille oss spørsmålet om vi skal basere denne realiteten på. Noe av det første vi lærte på sykepleierstudiet var hovedprinsippet om at ”pasienten har alltid rett”. Dette er et veldig viktig poeng, og kan underbygges av funn fra Furlong et al. (2013). I deres studie ble det uttrykt misnøye til helsepersonell som bruker sin posisjon til å fortelle pasienten hvordan den reelle situasjonen er, og hvor syk eller ikke pasienten ser ut til å være. Hvordan hver

enkelt opplever sin sykdom og situasjon er individuelt, og noe som kommer innenfra. Det er viktig at vi som sykepleiere respekterer dette. På den andre siden mener vi at det er fullt mulig å respektere pasientens opplevelser og følelser, og likevel oppfordre og motivere. At vi som sykepleiere viser at vi har tro på pasienten som en ressurssterk person er en form for å vise respekt. Vi mener at respekt kommer mer til syne på den måten, enn om vi umiddelbart aksepterer pasientens motvilje. Baksiden av å umiddelbart akseptere at pasienten ikke ønsker deltakelse er at denne motviljen til å delta, teoretisk sett, like gjerne kan bunne i pasientens dårlige selvbilde og svekkede tro på egen mestringsevne. I ytterste konsekvens kan det dermed bidra til at pasienten slipper ansvar grunnet manglende tro på egne ressurser. Selvbilde handler om hvordan pasienten oppfatter seg selv, og hvordan han opplever å bli oppfattet av andre. Mye av dette baserer seg på tidligere erfaringer. Har pasienten flere erfaringer med følelsen av å mislykkes vil dette kunne bidra til enda dårligere selvbilde og motvilje til å delta. Gode erfaringer vil ha motsatt effekt, og bidra til at pasienten får økt selvbilde. Dette er en av hovedgrunnene til at vi som sykepleiere må motivere pasienten, og hjelpe på veien mot mestring (Rustøen, 2013). Gjør vi ikke dette mener vi at det sin tur kan bidra til at pasienten risikerer å bli redusert til lært hjelpeløshet. Begrepet brukes om pasienter som har fått sin mestringsevne svekket av at sykepleiere tar avgjørelser på deres vegne, i den tro at dette vil hjelpe pasienten. Målet med Empowerment er å anerkjenne, motivere og øke pasientens evne til å ivareta egne grunnleggende behov, løse personlige problemer og mobilisere nødvendige ressurser for å føle kontroll (Tveiten & Knutsen, 2011). Lært hjelpeløshet er med andre ord på alle måter Empowermenttenkningens motstykke, og naturligvis det motsatte av hva vi ønsker for å kunne fremme kontroll og mestring (Tveiten, 2014). Utfordringen blir dermed å avdekke hva pasientens motvilje bunner i. I denne prosessen er en trygg og god relasjon mellom pasient og sykepleier vesentlig. Sanna og Granerud (2009) beskriver det å opparbeide en god relasjon som avgjørende, men også tidkrevende. Det er derfor viktig at vi prioriterer den tiden vi har godt, slik at vi får best mulig utbytte av dialogen vi har med pasientene.

Funn fra Tveiten og Meyer (2009) viser at sykepleiere har en generell oppfatning av at pasientene ikke forstår hensikten av dialogen dem imellom. Nyere funn fra Tveiten og Knutsen (2011) viser at dette er feil, og pasientene understreker hvor stor betydning nettopp dialogen har for dem. Dette kan tyde på dårlig kommunikasjon og

misforståelser som igjen fører til at begge parter gjør seg opp antakelser som ikke samsvarer med realiteten. Det er viktig at vi går inn i samarbeidet med en innstilling om at begge parter ønsker det samme og jobber mot et felles mål. Den gode relasjonen ble omtalt som en forutsetning for å kunne identifisere og imøtekomme individuelle behov, og ikke minst for å kunne se pasienten utover diagnose og symptomer. Ved hjelp av den gode relasjonen lærer vi å kjenne pasienten som det unike individet han er. Dermed vil det være lettere å gjenkjenne hva som fører til pasientens motvilje. Ikke minst vil det bidra til at pasienten opplever mer kontroll i situasjonen, noe som i sin tur vil gjøre det lettere for pasienten å åpne seg for oss som sykepleiere. Etter at grunnlaget for samarbeidet er lagt er det viktig at sykepleieren legger godt til rette for pasientens mestring og kompetanseutvikling. På denne måten kan vi i størst mulig grad bidra til å unngå at pasienten trekker seg fra potensielle læring- og mestring situasjoner (Kristoffersen, 2014).

5.4 Pasienten som en likeverdig part i samarbeidet.

En annen utfordring som kan legge grunn for lært hjelpeløshet er sykepleiere som ønsker at avgjørelser skal bli tatt hovedsakelig på deres premisser.

Hovedfunnene fra Tveiten og Meyer (2009) viser at selv når sykepleiere ønsker å fremme Empowerment, setter de ikke alltid pris på at pasienten får bestemme for mye. Det er i følge funn uttalt vanskelig for sykepleierne å akseptere avgjørelser dersom de ikke samsvarer med deres egne preferanser. I følge Sanna og Granerud (2009) kan det oppleves truende for sykepleiers rolle og profesjon om pasienten overstyrer deres faglige kompetanse. Vi kan forstå at det kan oppleves vanskelig om pasienter foretar valg som strider mot det vi har lært at fremmer deres helse. Det er vondt å være vitne til at pasienter tar valg som kan skade dem, eller unngår læresituasjoner som kan føre til mestring. Likevel er det viktig å være bevisst sine holdninger, da sykepleiere som i all hovedsak er opptatt av å videreformidle sin kunnskap, kan overse pasientens ønsker og behov. Slike tilnærminger er med på å undergrave Empowermentprosessen, da den krever en maktoverføring hvor pasienten er en likeverdig part i samarbeidet (Tveiten, 2012). Dette kan sees som “integreert makt” hvor begge parter blir anerkjent, og makten er jevnt fordelt i relasjonen. Når pasientens meninger blir hørt og får betydning vil det kunne gi en personlig opplevelse av “makt innenfra”, en tro på egne evner og krefter til å gjennomføre endring (Askheim, 2012).

Finbråten & Pettersen (2009) stiller seg noe kritisk til Empowermenttenkningen. Deres argument baserer seg på at rigid gjennomføring kan resultere i at viktige helsemessige avgjørelser like gjerne blir tatt på bakgrunn av pasientens erfaringer og meninger, som sykepleierens faglige kunnskap. Det råder ingen tvil om at Empowerment representerer behovet for endring fra det tradisjonelle paternalistiske perspektivet på omsorg. Dette innebærer at sykepleieren blir nødt til å tilpasse seg en ny rolle i samhandlingen (Tveiten og Meyer, 2009). Som sykepleiere vil vi gjennom yrkeslivet møte pasienter med varierende grad av psykiske lidelser. I møte med pasienter som preges av følelsen av avmakt og hjelpeløshet og et negativt selvbilde blir sykepleierrollen utfordret på ulike områder.

Per definisjon er ikke hensikten med Empowerment at avgjørelser umiddelbart skal tas kun basert på pasientens erfaringer og meninger. Empowerment defineres som en prosess hvor pasienten skal oppnå økt kontroll i eget liv. Denne prosessen inkluderer et samarbeid hvor sykepleieren stiller sin faglige kompetanse til rådighet, og tilegner pasienten kunnskap i den hensikt at han skal være i stand til å ta selvstendige hensiktsmessige avgjørelser (Kristoffersen, 2014). Tanken bak Empowerment er altså ikke at sykepleierne skal unnlate å uttrykke sine meninger og dele av sin kunnskap, eller oppleve at pasienter tar feil valg grunnet manglende veiledning. Derimot ser vi Empowerment som et verktøy som skaper trygge relasjoner og god kommunikasjon. Empowerment slik vi ser det skal ikke redusere viktigheten av sykepleiers kompetanse eller erfaringsgrunnlag. Hensikten er å bidra til at pasientens ekspertise og sykepleiers kompetanse sammen danner grunnlaget for mestring. Målet med gode samtaler er å komme frem til en felles enighet om hva som er viktig å arbeide videre med på pasientens premisser (Tveiten, 2014). Kunnskapsmangel hos sykepleiere om temaet kan være en hemmende faktor i arbeidet med Empowerment. God veiledning av sykepleiere og et godt arbeidsmiljø, var i følge Sanna og Granerud (2009) fremmende faktorer i denne sammenheng.

5.5 Muligheter og begrensninger.

Til tross for at vi alltid i den grad det er mulig burde oppfordre og motivere pasienten, er det viktig at vi som sykepleiere kjenner våre muligheter og begrensninger. Om pasienten fremdeles viser motvilje, til tross for en god relasjon og tilstrekkelig motivering fra sykepleierens side, må vi erkjenne at gjennomføringen av

Empowerment kan være en langsom prosess. Vi må akseptere at vi ikke alltid kan oppnå resultater slik vi ønsker. Funn fra Rise et al. (2013) viser til viktigheten av å tilpasse omsorgen etter pasientens dagsform. Til tider kan dette være vanskelig, særlig om vi ikke kjenner pasienten tilstrekkelig godt. Dette kan ses i sammenheng med erfaringer vi har fra vår praksisperiode innen psykisk helse hvor vi fikk kjenne på dette. Vi ønsket å motivere pasienter til å delta så langt det lot seg gjøre. I det vi fikk motivert pasienten til å for eksempel bli med å gå en tur ble vi veldig fornøyde med både pasientens og egen innsats. Pasienten uttrykte mestringsfølelse over å ha orket å bli med ut. Dette førte til at vi underforstått forventet at pasienten igjen ønsket å bli med på tur neste dag, noe som ofte ikke var tilfellet. Til tross for at dette ikke handler om beslutningstaking mener vi at eksempelet illustrerer godt hvor viktig det er med god kjennskap til pasienten. Hadde vi kjent bedre til pasientens bakgrunn og situasjon ville vi sannsynligvis ikke reagert på denne måten. I dette tilfellet kunne utfallet i verste fall vært at pasienten følte seg presset til å bli med på bakgrunn av vårt sterke ønske. Slike situasjoner kan ende med at det blir viktigere å føle at vi oppnår resultater i vår jobb som sykepleier enn å se hva som gagnar pasienten. Vi undergraver da underbevisst pasientens autonomi. Det er vesentlig at vi aldri forventer at pasienten skal gjøre noe de uttalt ikke ønsker kun fordi vi mener det er det rette. Dette kan ses i sammenheng med sykepleieteoretikeren Kari Martinsen sitt syn på sykepleie. Hun understreker at vi aldri er i en posisjon hvor vi har rett til å kreve noe tilbake av pasienten. Pasienten står ikke i et gjensidig ansvarsforhold til oss som sykepleiere (Kristoffersen, 2014). Vet vi hvor skoen trykker hos den enkelte vil vi enklere forstå når vi skal være offensive, og når det lønner seg å holde seg tilbake.

6.0 OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi redegjort for Empowermentbegreps bakgrunn og historie. Empowerment kan tolkes på forskjellige måter og har en allsidighet som gjør det mulig å knytte begrepet til alle grupper i samfunnet. Vi valgte å fokusere på relasjonen mellom sykepleier og pasienter med psykiske lidelser. Makt og motmakt har blitt reflektert rundt som en forutsetning for Empowerment. Vi har vektlagt myndiggjøring og opplevelse av kontroll som avgjørende på veien mot mestring. Videre har vi drøftet utfordringer knyttet Empowerment i praksis og hvilken helsefremmende effekt det har når det er tilrettelagt for anvendelse.

I arbeidet med denne oppgaven har vi kommet fram til hva vi mener er det viktigste for å kunne fremme mestring ved hjelp av Empowerment hos pasienter med psykiske lidelser. Som utgangspunkt for mestring er det avgjørende at pasienten opplever kontroll i situasjonen. Det å åpne seg og fortelle om sin situasjon og bakgrunn kan kreve mye av et menneske. Trygge rammer og en god relasjon har vist seg å være fremmende faktorer i denne sammenheng. Det er viktig at vi som sykepleiere bidrar til en maktoverføring, framfor å forårsake en følelse av avmakt ved å gå fram som ”eksperten” i samhandlingen. Hensikten er å vise at vi anerkjenner pasientens ressurser og muligheter til å ta kontroll i eget liv. Grunnlaget for Empowerment legges i det pasienten opplever denne maktoverføringen og vi sammen bygger en relasjon basert på to likeverdige parter. Pasientene selv mener deltakelse og medvirkning i beslutninger som angår dem er en forutsetning for kontroll, og da i sin tur mestring. Vi må lytte til pasienten som er den som vet best hvordan han har det. Det er viktig at vi evner å fremme og mobilisere pasientens muligheter og ressurser. Sammen kan vi bli enige om hvilke ferdigheter pasienten ønsker å utvikle for å kunne nå de målene som blir satt. Det å jobbe mot og nå et satt mål er noe vi tenker fremmer mestring hos pasienten i stor grad. I hvilken grad pasientene ønsker og evner å delta varierer. Det er alltid viktig å vise at vi anser pasientene som troverdig og respekterer deres ønsker og meninger. Likevel mener vi at det som representerer en god sykepleier på Empowerment innen psykisk helse er evnen til opparbeide seg en såpass god relasjon at man kan motivere og oppmuntre tilstrekkelig, uten at det går utover pasientens grenser. På denne måten kan vi avdekke om pasienten motvilje til syvende og sist bunner i dårlig selvbilde og svekket tro på egne mestringsmuligheter. Konsekvensen av å ikke forsøke å motivere pasienten kan i verste fall bidra til lært

hjelpeløshet. Dette er Empowermentttenkningens motstykke, og ville dermed satt vårt mål om å fremme mestring et skritt tilbake. Samtidig er det viktig at vi som sykepleiere kjenner våre begrensninger. Om pasienten fremdeles viser motvilje er det viktig å erkjenne at vi ikke alltid kan oppnå de resultatene vi ønsker. For stor pågang fra sykepleierens side kan resultere i at vi ubevisst overkjører pasienten autonomi i den tro at vi hjelper. Vi vil konkludere med at balansegangen mellom for mye og for lite er veldig fin. For å kunne fremme mestring ved hjelp av Empowerment er derfor god kjennskap til pasienten og faglig dyktighet hos oss som sykepleiere en forutsetning. Nå som vi start går ut i arbeidslivet som ferdigutdannede sykepleiere vil vi få et stort ansvar i møte med mennesker som er på et vanskelig sted i livet. Noe av det viktigste vi tar med oss fra arbeidet med denne oppgaven er å være våre holdninger bevisst. Vi har et etisk ansvar om å møte enkeltmennesker med verdighet og respekt. Det er viktig å gå inn i samarbeidet med innstillingen om at vi begge ønsker det samme og jobber mot et felles mål. Vi må likevel aldri glemme at det er pasienten som vet hva som er det beste for han, og vår rolle blir å fungere som en veiledende samarbeidspartner.

Empowerment har utviklet seg til å bli et svært populært begrep. Personlig mener vi det burde ligge mer fokus på Empowerment knyttet til psykisk helse i forskningslitteraturen. Dette er en spesielt sårbar gruppe, og det å bli gitt muligheten til å selv ta kontroll i eget liv har stor betydning. For mennesker som er tynget av dårlig selvtillit og liten tro på seg selv som ressurssterke mennesker kan det å oppleve mestring forbedre deres livskvalitet i stor grad. Ved å gi de den autoriteten de fortjener, og samtidig stille vår faglige kunnskap til rådighet har vi stor tro på at vi sammen kan oppnå dette.

7.0 LITTERATURLISTE

- Askheim, O-P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askheim, O-P. (2007). Empowerment – ulike tilnæringer. I Askheim, O-P. & Starrin, B. *Empowerment – i teori og praksis* (s. 21-33). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askheim, O-P. & Starrin, B. (2007). Empowerment – et moteord?. I Askheim, O-P. & Starrin, B. *Empowerment – i teori og praksis* (s. 13-16). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Finbråten, H-S. & Pettersen, S. (2009). *Kunnskap er egenmakt*. Sykepleien.no
Hentet 07.02.17 fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/kunnskap-er-egenmakt>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur & kultur.
- Furlong, M., Helm, S., Otto, R. & Raimondo, L. (2013). *Reclaiming Life: Six Consumers of Mental Health Services Talk About What helped and What Did Not Help Them Get Their Lives Back*. Journal of Progressive Human Services.
Hentet 03.02.17 fra
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10428232.2013.835171>
- Grov, E-K. (2011). Om å være pårørende. I Knutstad, U (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (s. 267-283). Akribe AS.
- Helsedirektoratet. (Udatert). *Brukermedvirkning* (2017). Hentet 20.02.17 fra
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

Håkonsen, K-M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ingeberg, M-H., Tallaksen, D-W. & Eide, B. (2006). *Mentale knaggeter*. Akribe AS.

Johnsen, E. & Løberg, E-M. (2016). Psykoselidelser. I Hagen, R. & Kennair, L-E-O. (red). *Psykiske lidelser* (s. 104-118). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kennair, L-E-O. & Kleppestø, T-H. (2016). Hva er psykopatologi?. I Hagen, R. & Kennair, L-E-O. (red). *Psykiske lidelser* (s. 13-38). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N-J. (2014). Den myndige pasienten. I Kristoffersen, N-J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 337-381). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N-J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2014). Om sykepleie. I Kristoffersen, N-J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 15-28). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N-J. (2014). Stress og mestring. I Kristoffersen, N-J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 133-189). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N-J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N-J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 207-270). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Mykletun, A. & Knudsen, A-K. (2009). Del 1: Psykiske lidelser blant voksne i Norge. Mykletun, A., Knudsen, A-K. & Mathiesen, K-S. (2009). *Psykiske lidelser i*

- Norge: *Et folkehelseperspektiv* (s. 13-40). Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet 30.01.17 fra <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20098-pdf.pdf>
- Rise, M-B., Westerlund, H., Bjørgen, D. & Steinsbekk, A. (2013). *Safely cared for or empowered in mental health care? Yes, please*. International Journal of Social Psychiatry. Hentet 23.01.17 fra <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764012471278>
- Rustøen, T. (2013). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ryum, T. (2016). Personlighetsforstyrrelser. Hagen, R. & Kennair, L-E-O. (red.). *Psykiske lidelser* (s. 238-257). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rønning, R. (2007). Brukermedvirkning og empowerment – gammel vin på ny flaske?. I Askheim, O-P. & Starrin, B. *Empowerment – i teori og praksis* (s. 34-44). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sanna, H-K. & Granerud, A. (2009). Menneskesyn og verdier; utgangspunkt for selvbestemmelse – En kvalitativ studie om erfaringer fra psykisk helsearbeid I førstelinjetjenesten, sett fra et personalperspektiv. Nordic Journal of Nursing Research. Hentet 26.01.17 fra <https://doi.org/10.1177/010740830902900309>
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2008). *Psykiatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer* (3. utg.). Oslo: Akribe.
- Solem, S., Nilsen, T. & Vogel, P-A. (2016). Angstlidelser. Hagen, R. & Kennair, L-E-O. (red.). *Psykiske lidelser* (s. 142-155). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveiten, S. (2012). Empowermet og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 173-191). Bergen: Fagbokforlaget.

- Tveiten, S., Haukland, M. & Onstad, R-F. (2011). "The Patient's Voice – Empowerment in a Psychiatric Context". *Nordic Journal of Nursing Research*. Hentet 03.02.17 fra <https://doi.org/10.1177/010740831103100305>
- Tveiten, S. & Knutsen, I. R. (2011). *Empowering dialogues – the patients' perspective*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Hentet 01.02.17 fra doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00831.x
- Tveiten, S. & Meyer, I. (2009). '*Easier said than done*': *empowering dialogues with patients at the pain clinic – the health professionals' perspective*. *Journal of Nursing Management*. Hentet 01.02.17 fra doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00921.x
- Tveiten, S. (2014). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Walwig, H-J. & Nysæter, T-E. (2016). *Stemningslidelser*. Hagen, R. & Kennair, L-E-O. (red). *Psykiske lidelser* (s. 122-139). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1 – Oversikt over valgte artikler.

Forfatter/år/land/tittel	Studiens hensikt	Metode	Hvordan vi mener artikkelen belyser vår problemstilling
Marit B Rise, Heidi Westerlund, Dagfinn Bjørgen & Aslak Steinsbekk/2013/Norway /Safely cared for or empowered in mental health care? Yes, please	Hensikten med studien var å se nærmere på psykisk syke pasienters meninger om Empowerment på den ene siden, og trygg forutsigbar omsorg på den andre siden.	Kvalitativ	Denne artikkelen kan bidra til å belyse kritiske synspunkt på Empowerment, og vise til at det ikke alltid er nøyaktig dette pasienten ønsker.
Sidsel Tveiten, Magne Haukland & Ragnhild Flittie Onstad/2011/Norway/The patients Voice-Empowerment in a Psychiatric Context	Hensikten med studien var å få en dypere innsikt i pasientenes synspunkt og egne erfaringer innen psykisk helse.	Kvalitativ	Pasienten er hovedkomponenten i Empowermentprosessen. Vi mener derfor det vil styrke vår oppgave å ha med artikler som belyser pasientens synspunkt.
Hilde Karlsen Sanna & Arild Granerud/2009/Norway/Menneskesyn og verdier; utgangspunkt for selvbestemmelse	Hensikten med studien var å se nærmere på hvordan helsepersonell innen psykisk helse erfarer at pasientene blir gitt muligheten til selvbestemmelse og mestring.	Kvalitativ	Denne artikkelen valgte vi å bruke ettersom mestring er en stor del av vår oppgave, og selvbestemmelse kan relateres til Empowerment på mange måter.
Sidsel Tveiten & Ingrid Ruud Knutsen/2010/Norway/Empowering dialogues – the patients perspective	Hensikten med studien var å sette fokus på pasientenes erfaringer, opplevelser og perspektiver på dialogen med helsepersonellet.	Kvalitativ	Denne artikkelen er relevant for vår problemstilling ettersom økt kunnskap om pasientperspektivet er vesentlig for å kunne tilpasse Empowermentprosessen til de den er tenkt for.

<p>Sidsel Tveiten & Ingrid Meyer/2008/Norway/Easier said than done: empowering dialogues with patients at the pain clinic – the health professionals perspective</p>	<p>Denne studien er gjort i sammenheng med øvrige studie. Målet var altså å innhente kunnskap om dialogen mellom helsearbeidere og pasienter i Empowermentprosessen. Her sett fra helsepersonellens perspektiv.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Denne artikkelen gir oss innblikk i utfordringer og tanker helsepersonellet har i arbeid med Empowermentprosessen. Det at vi har studier fra begge perspektiver gir oss en mer nyansert forståelse.</p>
<p>Mark Furlong, Shirley Helm, Ron Otto & Lena Raimondo/2013/USA/Reclaiming life: Six consumers of mental health services talk about what helped and what did not help them get their lives back</p>	<p>Denne artikkelen oppsummerer en diskusjon mellom seks personer, alle diagnostisert med en psykisk lidelse. Diskusjonen omhandlet hva som hadde hjulpet dem å gjenvinne kontroll i eget liv, og hva som hadde hatt motsatt effekt. Hensikten med studien var å få en dypere forståelse av hva pasientene trenger i denne fasen, basert på deltakernes egne erfaringer.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Et av punktene deltakerne trakk fram som vesentlig i arbeidet med å gjenvinne kontroll eget liv var nettopp Empowerment. Kontroll i eget liv er en forutsetning for mestring, og artikkelen underbygger derfor vårt tema og problemstilling på en god måte.</p>
<p>Hanne Søberg Finbråten & Sverre Pettersen/2009/Norway/Kunnskap er egenmakt</p>	<p>I denne artikkelen beskrives det hvor viktig pasientens kunnskaper er i møte med hverdagens utfordringer. Forfatterne problematiserer Empowermenttenkningen, og viser til hvor viktig kompetanseutvikling er i denne prosessen.</p>	<p>Fagartikkel</p>	<p>Til tross for at dette er en fagartikkel har vi valgt å ta den med da vi mener den vil styrke vår oppgave. Den viser til kritiske synspunkt på Empowerment, noe vi mener er viktig å reflektere rundt.</p>

Vedlegg 2 – Søkelogg.

Dato for søk	Søkeord med kombinasjonsord	Avgrensninger	Antall treff etter at ordene er kombinert	Antall leste abstrakt	Antal utvalgte artikler	Database
23.01.17	Mental health OR mental health services AND health care services OR health care AND care AND empowerment	Ikke eldre enn 5 år	60	16	1	PsychINFO
26.01.17	Brukermedvirkning AND psykisk helse	Ikke eldre enn 10 år	32	7	1	SveMED+
01.02.17	Kjedesøk	Ikke eldre enn 10 år				
01.02.17	Kjedesøk	Ikke eldre enn 10 år				
02.02.17	Kjedesøk	Ikke eldre enn 10 år				
03.02.17	Mental health OR mental health services AND empowerment	Ikke eldre enn 10 år	310	20	1	PsychINFO
03.02.17	Makt AND empowerment	Ikke eldre enn 10 år	13	1	1	Sykepleien.no