



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 36

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Empowerment i psykisk helsearbeid

Antall ord *: 9000

Engelsk tittel *: Empowerment in mental health work

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Nei**
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Empowerment i psykisk helsearbeid

Empowerment in mental health work

Kandidatnummer: 36

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Anja Christoffersen Pawlica

Campus Haugesund

Innlevering 25.04.19 kl 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel: Empowerment i psykisk helsearbeid.

Bakgrunn: Psykiske lidelser representerer en av de største helseutfordringene i Europa. Jeg tror sykepleiere ved å skape gode relasjoner til denne pasientgruppen og legge til rette for empowerment, kan bidra til å styrke pasienten slik at han skal få økt makt og kontroll i eget liv, og jeg har ønsket mer kunnskap om hvordan jeg, som fremtidig sykepleier, kan arbeide målrettet med å fremme denne prosessen.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan legge til rette for empowerment hos pasienter med psykiske lidelser.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, der databasen SveMed+ ble benyttet for å finne relevante forskningsartikler. Søkeord som ble brukt for å finne relevant forskning var patient participation, social participation, interpersonal relations, mental disorders, empowerment og community mental health services. 4 forskningsartikler ble inkludert i oppgaven. Artikkene ble sammen med annen litteratur og egne erfaringer for å besvare problemstillingen.

Funn: Gjennom en god relasjon til pasienten, vil sykepleier ha et godt utgangspunkt for å legge til rette for empowerment. Faktorer som fremmer en god relasjon ser også ut til å spille en nøkkelrolle i arbeidet med empowermentprosessen.

Oppsummering: Empowerment viser seg å være viktige for at pasienten skal styrke sitt medborgerskap og oppleve økt kontroll over eget liv. Prosessen baserer seg på et samarbeid mellom pasient og sykepleier, og at samarbeidsrelasjonen baserer seg på likeverd og tillit er elementært for at pasienten skal oppleve anerkjennelse som et verdifullt, autonomt individ. Dette krever maktoverføring, og sykepleier må ha evne til å informere og veilede pasienten slik at han forstår konsekvensen av de valgene han tar. Dersom møter og samarbeid foregår på hverdagens arenaer vil dette både styrke relasjonen og pasientens ressurser, samtidig som det kan bidra til å hindre stigmatisering.

Abstract

Title: Empowerment in mental health work.

Background: Mental disorders represent one of the greatest health challenges in Europe. I believe nurses, by creating good relationships with this patient group and promote empowerment, can help strengthen the patient so that he will gain greater power and control in his own life, and I have wanted more knowledge about how I, as a future nurse, can work purposefully to promote this process.

Aim: The purpose of this study is to elucidate how nurses working with patients with mental disorders can promote empowerment.

Method: This is a literature study, in which the database SveMed + was used to find relevant research articles. Keywords that were used to find relevant research were patient participation, social participation, interpersonal relations, mental disorders, empowerment and community mental health services. 4 research articles were included in the study. The articles, combined with other literature and own experiences were used to answer the research question.

Findings: Through a good relationship with the patient, the nurse will have a solid foundation for promoting empowerment. Factors that promote a good relationship also appear to play a key role when working with the empowerment process.

Summary: Empowerment proves to be important for the patient to strengthen his citizenship and experience increased control over his own life. The process is based on a collaboration between the patient and the nurse, and that the cooperative relationship is based on equality and trust is fundamental for the patient to experience recognition as a valuable, autonomous individual. This requires transferring power, and the nurse must be able to inform and guide the patient so that he understands the consequences of the choices he makes. If meetings and collaboration take place in everyday arenas this will both strengthen the relationship and the patient's resources, and at the same time it can prevent stigmatization.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensning av oppgaven	2
2	Teoretisk rammeverk	3
2.1	Sykepleieteoretisk perspektiv	3
2.2	Psykiske lidelser	3
2.3	Relasjonens betydning	4
2.4	Empowerment	5
2.5	Maktoverføring	6
3	Metode	6
3.1	Litteraturstudie som metode	7
3.2	Kildekritikk	7
3.3	Forskningsetikk	8
3.4	Litteratursøk	9
4	Resultat	10
4.1	Artikkel 1	10
4.2	Artikkel 2	11
4.3	Artikkel 3	12
4.4	Artikkel 4	13
5	Drøfting	14
5.1	Å fremme en god relasjon	14
5.1.1	<i>Tid til samvær</i>	14
5.1.2	<i>Å fremme tillit</i>	15
5.1.3	<i>Å legge til rette for en meningsfylt dialog</i>	16
5.1.4	<i>Utfordringer knyttet til relasjonen</i>	18
5.2	Å fremme pasientens empowerment	19
5.2.1	<i>Å styrke pasientens kunnskap og ferdigheter</i>	19
5.2.2	<i>Å anerkjenne pasienten som ekspert</i>	21
5.2.3	<i>Å myndiggjøre pasienten</i>	22
5.3	Relasjonens betydning i empowermentprosessen	24
6	Konklusjon	26
7	Litteraturliste	28
	Vedlegg 1 – Søkeprosessen	32

1 Innledning

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO, 2015), har omtrent en fjerdedel av befolkningen til enhver tid utfordringer relatert til sin psykiske helse, og dette er en av de største helseutfordringene i Europa. Psykiske helseproblemer forekommer i alle deler av befolkningen, og kan blant annet føre til redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og arbeidsledighet. Helsearbeidet innenfor disse områdene vil derfor stadig bli viktigere (Helsedirektoratet, 2014, s. 8). På bakgrunn av utbredelsen kan en anta at sykepleiere vil kunne møte denne pasientgruppen, uavhengig av hvor de arbeider. Lovverk og retningslinjer pålegger helsepersonell å sørge for helhetlig behandling, der alle pasientens behov skal ivaretas, psykiske så vel som fysiske (Vatne, 2011, s. 124). Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47(2008-2009), s. 14) stiller også krav til helsetjenester om å legge til rette for at pasienter selv skal kunne mestre livet gjennom å gjenopprette funksjoner i størst mulig grad.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom ulike praksisperioder, samt mitt arbeid i den psykiske helsetjenesten ved siden av studiet, har jeg fått en økende interesse for det psykiske helsefeltet. I henhold til at dette fremheves som en av de største helseutfordringene i Europa, har jeg ofte undret meg over hvorfor det ikke tillegges en større vekt i studiet. Av totalt seks praksisperioder, er kun én relatert til psykisk helse. Selvfølgelig kan man møte denne pasientgruppen uavhengig av hvilken praksis man er i, men fokuset rettet mot å ivareta den psykiske helsen vil variere avhengig av om man for eksempel er på en somatisk avdeling på sykehuset, eller den kommunale psykiske helsetjenesten.

Jeg har alltid forsøkt å fremme gode relasjoner til de pasientene jeg skal ivareta, og erfart hvordan denne påvirker både samhandlingen, og pasientens opplevelse av mestring og livskvalitet. Jeg har erfart at det kan bety mye for pasienter å få være autonome, og bli behandlet med respekt og verdighet. Likevel har jeg opplevd at dette ikke alltid blir satt av tid til, eller vektlagt. Spesielt har jeg vært vitne til dette når det handler om pasienter med psykiske lidelser. Her har jeg opplevd at pasienter klassifiseres som "vanskelige" eller "vrang". Dette kan tenkes å bidra til at pasientene får vansker med å etablere tillit og samhandling med helsepersonell generelt, og ha en direkte innvirkning på pasientens selvfølelse. Jeg har også møtt sykepleiere med en utrolig tilstedeværelse i samhandlingen med pasientene, som klarer å balansere profesjonalitet og medmenneskelighet, og styrke

pasientens tro på seg selv og omverdenen gjennom å skape tillit og trygghet. Disse har vært en stor inspirasjonskilde for meg, og selv om ikke empowerment alltid benevnes med ord, er det tydelig at det de gjør er å fremme denne prosessen.

Empowerment har over kort tid vokst frem som et grunnleggende prinsipp, som handler om å øke pasienters selvtillit, selvbilde, kunnskap og ferdigheter, slik at de kan opparbeide seg styrke og kraft til å komme seg ut av en avmaktssituasjon (Askheim, 2012, s. 12). Ifølge Rammeplan for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 3-4) skal utdannede sykepleiere være i stand til å ivareta pasientene på en helhetlig og etisk forsvarlig måte, i tråd med lovverk og retningslinjer. De skal utvikle et helhetlig syn på mennesket, og vise respekt for den enkeltes integritet og rettigheter og ivareta pasientenes autonomi og rett til medbestemmelse. Det vil si at sykepleiere skal ha tilstrekkelig kunnskap om de faktorer som bidrar til å fremme pasientens fysiske og psykiske helse, og kunne legge til rette for at pasienten skal kunne medvirke i egen behandling, noe som i mine øyne forutsetter empowerment. På bakgrunn av dette ser jeg det som svært relevant for mitt framtidige yrke å benytte denne oppgaven til å belyse hvordan sykepleiere kan fremme empowerment hos pasienter med psykiske lidelser, slik at disse får styrke og kunnskap til å medvirke i behandlingsforløpet, og til å mestre hverdagslivet. Da relasjonen danner grunnlaget for all samhandling mellom pasient og sykepleier, blir denne særlig vektlagt.

1.2 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleiere legge til rette for empowerment hos pasienter med psykiske lidelser?”

1.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven er avgrenset til å omhandle voksne pasienter med psykiske lidelser som bor i eget hjem eller i kommunale boliger, og som mottar hjelp fra den kommunale psykiske helsetjenesten. Den går ikke spesifikt inn på enkeltdiagnosene, og ordet psykisk lidelse vil derfor referere til de ulike plager som påvirker den enkelte. Den tar ikke høyde for at enkelte av disse kan ha samtidige rusmiddellidelser eller somatiske sykdommer. I oppgaven legges det heller ikke vekt på pårørendes rolle, selv om disse ofte vil være en naturlig og viktig del av pasientoppfølgingen.

Helseprofesjonens utøver betegnes videre som sykepleier. Tilsvarende benevnes individet som mottar hjelp som pasient i oppgaven. For flyten sin skyld benevnes sykepleier som hun, og pasient som ham. I henhold til problemstillingen vil oppgaven både dreie seg om pasientperspektivet og sykepleieperspektivet.

2 Teoretisk rammeverk

Dette kapittelet omfatter en innføring i det jeg anser som det viktigste teorigrunnlaget knyttet til min problemstilling. Teorien som presenteres er et sentralt utgangspunkt for drøftingen i kapittel 5.

2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Joyce Travelbee arbeidet som psykiatrisk sykepleier, og hennes definisjon på sykepleie var at dette er en mellommenneskelig prosess, der den profesjonelle sykepleier hjelper individer med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og finne mening i disse erfaringene. Sykepleie som mellommenneskelig prosess kan forklares som at det direkte eller indirekte alltid dreier seg om mennesker og relasjonen mellom disse, og at sykepleie kan ses på som et forløp som utvikles gjennom ulike sykepleiesituasjoner (Travelbee, 1999, s. 29-30).

Hun påpekte to vesentlige forutsetninger for all sykepleie; for det første må sykepleieren sitte inne med kunnskap og ha evnen til å benytte seg av denne. For det andre må sykepleieren ha evne til å bruke seg selv terapeutisk, som vil si å bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet i forsøk på å etablere en relasjon til pasienten og videre strukturere sykepleietiltakene (Travelbee, 1999, s. 21-45). Dersom sykepleieren makter å hjelpe pasienten til å finne mening i behandlingsforløpet, med de regler og restriksjoner denne krever, til å akseptere sykdommen og leve et fullt, rikt liv på tross av sykdommens begrensninger, vil denne ha gjort svært mye for pasienten (Travelbee, 1999, s. 228).

2.2 Psykiske lidelser

Psykisk lidelse kan defineres som en tilstand der plagene er så store at de kan klassifiseres med en diagnose (Sletteland & Donovan, 2012, s. 65). Psykisk helse reflekterer samspillet mellom individ og samfunn. Årsaken til psykiske lidelser kan være både biologiske, psykologiske og sosiale, og de ulike lidelsene kan beskrives på bakgrunn av symptomer, grad

og varighet. Både symptomenes grad og varigheten av disse vil ha betydning for forløpet og prognose. I hvilken grad disse symptomene påvirker individets sosiale relasjoner og dagliglivets aktiviteter ser ut til å ha størst betydning for den enkelte (Helsedirektoratet, 2014, s. 29).

2.3 Relasjonens betydning

Relasjon kan defineres som det å stå i forhold eller forbindelse til, eller å ha en samhørighet med noe eller noen (Aubert, 2019). Når to individer står i relasjon til hverandre innebærer det å la seg påvirke av hverandres situasjon (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 90). Travelbee (1999, s. 171) benytter termen menneske-til-menneskeforhold om relasjonen, og påpeker at dette ikke er noe som kommer av seg selv; den bygges opp dag for dag mens sykepleier og pasient samhandler.

Et godt mellommenneskelig forhold har stor betydning i utøvelse av sykepleie, og etablering av relasjoner er ikke bare grunnlagt på faglig kunnskap, men også på etikk og verdier (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 90). I henhold til de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2016) er grunnlaget for all sykepleie respekten for den enkeltes liv og verdighet. Dette samsvarer med personsentrert sykepleie, der intensjonen er å møte pasienten som en hel person, med følelser og tanker, og ikke som en case. Personsentrert sykepleie innledes alltid ved at det mellom pasient og sykepleier etableres en relasjon. Relasjonen vil både være en mellommenneskelig person-person relasjon, og samtidig en samarbeidsrelasjon med et helsefremmende formål (Brataas, 2011, s. 31-33). Dersom sykepleieren klarer å se pasienten som den personen han er, med behov, ønsker og interesser, personlige grenser og subjektive sykdomsbilde, vil det ansvaret sykepleieren opplever overfor ham, også være med på å gi et moralsk handlingsgrunnlag (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 130-131).

En skiller mellom profesjonell og privat relasjon. Den profesjonelle relasjonen kjennetegnes av asymmetri og ensidighet, der en part er forpliktet til å gi omsorg i kraft av yrket og dets funksjon, og ikke kan forvente noe i gjengjeld av den andre. Det emosjonelle båndet vil også være av en annen karakter enn i en privat relasjon. Den private relasjonen er på sin side kjennetegnet av gjensidighet og ofte sterke følelsesmessige bånd, der begge parter gir og tar. Den private relasjonen er normalt heller ikke begrenset av tid og sted, slik den profesjonelle relasjonen gjerne vil være (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 91). En god relasjon baserer seg

på tillit, samhandling, trygghet, troverdighet og likeverd mellom pasient og sykepleier. Eide og Eide (2004, s. 124) påpeker videre at relasjonen mellom sykepleier og pasient også er avgjørende for selve resultatet av behandlingen. Dette kommer av at positive resultater ofte innebærer forandring, noe som forutsetter motivasjon, som igjen gjerne har sammenheng med pasientens opplevelse av trygghet, sosial bekreftelse og stimulans.

2.4 Empowerment

Empowerment som begrep oppstod i USA på 1960-tallet, da stigmatiserte eller undertrykte grupper kjempet for menneskerettigheter og respekt. Begrepet ble først knyttet til helse gjennom lanseringen av Ottawa-charteret i 1986, og deres definisjon benyttes enda av WHO (Kristoffersen, 2016, s. 351). WHO (1998, s. 6) definerer empowerment som en prosess der individer får større kontroll over beslutninger og handlinger relatert til sin egen helse. Gjennom prosessen får de mulighet til å uttrykke sine behov, legge frem bekymringer, utarbeide strategier for involvering i beslutningsprosessene, og sette inn tiltak for å møte disse behovene.

WHO (2015, s. 2) fremhever empowerment som en viktig visjon i sin handlingsplan for mental helse; alle pasienter med psykiske lidelser har rett på å være autonome, og ha mulighet til å ta ansvar for og delta i alle beslutninger som påvirker deres liv, mental helse og trivsel. Sykepleiere skal i denne sammenheng opparbeide en respektfull samhandlingsrelasjon med pasientene. Ved å fokusere på pasientenes egne ressurser, skal de medvirke til at pasientene opparbeider seg kunnskap, styrke og kraft til å leve et optimalisert liv til tross for sine helseutfordringer. At relasjonen mellom sykepleier og pasient bygger på tillit og god samhandling er grunnleggende for at pasientene skal delta aktivt og være motivert for endring (Askheim, 2011, s. 77-78).

Empowerment er også en vesentlig del av brukermedvirkning, da dette skal bygge på en grunnleggende tro på menneskers evner og ressurser, at det er viktig for alle å ha kontroll og påvirkning på sin egen livssituasjon og en tro på at alle har evne til og ønske om å være med og påvirke og utvikle samfunnet. Målet er et likeverdig samarbeid basert på gjensidig tillit, der partene deler makt og innflytelse (Larsen, Aasheim, & Nordal, 2006, s. 9-10). Samtidig kan en skille mellom disse to begrepene, da brukermedvirkning alltid er definert i forhold til

hjelpeapparatet, mens empowerment også kan gå på pasientens forhold til samfunnet mer generelt (Rønning, 2007, s. 34).

2.5 Maktoverføring

Makt kan defineres på flere måter, men kan i relasjoner komme til uttrykk ved at den ene parten får den andre til å gjøre noe mot sin vilje, eller utover egne grenser (Rønning, 2007, s. 35). Som tidligere nevnt vil relasjonen mellom sykepleier og pasient være en profesjonell relasjon, som kjennetegnes av asymmetri. Den asymmetriske relasjonen kan være en av årsakene til at det i utgangspunktet vil være en maktforskjell mellom sykepleie og pasient, der sykepleier vil ha en viss makt over pasienten. Ifølge Rønning (2007, s. 35) kan en slik maktforskjell være både krenkende og ydmykende for pasienten.

For at pasienten skal få økt innflytelse over eget liv og behandlingsforløp, kreves det en viss overføring av makt fra sykepleier til pasient. Denne overføringen av makt forutsetter at pasienten ses på som et kompetent individ, ikke bare en passiv tjenestemottaker (Ingstad, 2013, s. 146-147). En slik tilnærming kan ses på som en "makt sammen med"-tilnærming, som vil være en motsetning til "makt over"-tilnærming. Denne innebærer å finne en felles plattform, og søke løsninger som gagnar begge parter. Det handler om samarbeid mot et felles mål, og gjennom selve prosessen kan også relasjonen styrkes. En annen positiv tilnærming til maktbegrepet er "makt innenfra"-tilnærmingen, som tar utgangspunkt i at handlinger utføres på bakgrunn av en opplevelse av personlig styrke og tiltro til seg selv. Ved å gi pasienten anerkjennelse og tillit til egne ressurser kan sykepleier bidra til at pasienten klarer å mobilisere og utøve makt i eget liv på en positiv måte (Askheim, 2012, s. 80-81).

3 Metode

Metode kan defineres som en systematisk fremgangsmåte for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Man kan velge ulike metoder, avhengig av hvilke forskningsspørsmål man ønsker å besvare (Dalland, 2017, s. 51). Metoden blir altså et redskap i møte med det vi vil undersøke. I denne oppgaven har jeg anvendt litteraturstudie som metode.

Dette kapittelet gir derfor en kort innføring metodene som er benyttet i oppgaven og de valgte forskningsartiklene, samt kildekritikk og forskningsetikk. Det gjøres også rede for prosessen med litteratursøk.

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie har ikke som mål å skape ny kunnskap, men å se på allerede eksisterende kunnskap presentert i ulike artikler, og systematisere denne. Å systematisere kunnskap vil si å søke, samle, vurdere og sammenfatte denne. På denne måten kan man få en oversikt over viktig, faglig kunnskap relatert til aktuelt fag eller tema (Støren, 2013, s. 16-17). Hensikten med en slik systematisk tilnærming er å gi leseren en oppdatert, god forståelse av området problemstillingen retter seg mot, samtidig som man viser hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80). En litteraturstudie må også oppfylle følgende krav til innhold; problemstilling og formål, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon av materialet og en konklusjon (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, s. 62-63).

I oppgaven har jeg benyttet kvalitative forskningsartikler. Kvalitativ metode kan benyttes der målet er å fange opp erfaringer og meninger som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2017, s. 52). Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin og helsefag (NEM, 2010, s. 7) beskriver at denne metoden er velegnet der formålet er å finne ut hva pasienter og sykepleiere opplever eller mener om ulike fenomener da metoden bygger på teorier om fortolkning, *hermeneutikk*, og menneskelig erfaring, *fenomenologi*. Datasamlingen foregår ved intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse, og dataene som fremkommer kan kalles *myke data* (Thidemann, 2015, s. 78). Ved å benytte kvalitativ metode kan en gå i dybden for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 72). Jeg har valgt å benytte kvalitative forskningsartikler nettopp på bakgrunn av at denne gir mulighet til å besvare problemstillingen basert på pasienters og sykepleieres erfaringer og opplevelser. Det kan tenkes at dersom jeg også hadde inkludert kvantitative forskningsartikler, ville dette kunne gitt et bredere perspektiv, ettersom denne metoden ofte tar for seg et mye større utvalg.

3.2 Kildekritikk

Med kilder menes opphavet til kunnskap (Dalland & Trygstad, 2017, s. 149). I denne oppgaven, som er en litteraturstudie, vil litteraturen og de utvalgte forskningsartiklene være kildene. Oppgavens troverdighet og faglighet vil være avhengig av at en kan beskrive og begrunne kildegrunnet (Dalland & Trygstad, 2017, s. 152). Det vil si at en må kunne beskrive både bakgrunn for valg av aktuell litteratur, og hvordan en har gått frem for å finne

denne, slik at leseren kan komme frem til de samme resultatene dersom den samme fremgangsmåten benyttes.

Kildekritikk handler om å bruke kilder på en informert og reflektert måte. Kildene må da vurderes, tolkes og analyseres (Christoffersen et al., 2015, s. 60). Folkehelseinstituttet (2016) har utviklet sjekklister for å kunne vurdere om artikler er troverdige, relevante og gyldige. Ved å benytte disse kan en sørge for at artiklene en benytter i en litteraturstudie holder mål. Etterhvert som jeg fant artikler jeg så på som relevante, benyttet jeg deres sjekklister for kvalitative studier og fant at samtlige oppfylte kriteriene.

3.3 Forskningsetikk

Når forskning skal gjennomføres, er det flere krav å forholde seg til enn bare de rent skrivetekniske. Blant annet stiller Helseforskningsloven (2008) strenge krav til medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger. Å være etisk bevisst er også vesentlig når man driver med forskning. Etikken strekker seg mot normene for riktig og god livsførsel, og skal være en rettesnor å gå etter når en står stilt ovenfor vanskelige avgjørelser. Forskningsetikk er det området innenfor etikken som omhandler alle sider ved forskningen, fra planleggingsfase og gjennomføring, til nyttiggjøring og rapportering av resultater. Ikke minst er personvernet en viktig del av forskningsetikken, da forskningen ikke skal gå på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Kunnskapsdepartementet har opprettet flere forskningsetiske komiteer, som alle skal veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål (Dalland, 2017, s. 236-238). Blant annet har NEM (2010) utviklet en veileder spesifikt rettet mot forskning innen medisin og helse. I denne litteraturstudien skal ikke sensitive opplysninger vurderes, men det er likevel lagt vekt på å kun benytte forskningsartikler der personvern er ivaretatt, eller der det er utstedt godkjenning fra en etisk komite.

Et annet moment man må være klar over når det gjelder litteraturstudie som metode, er at denne tar utgangspunkt i andres arbeid. Dalland og Trygstad (2017, s. 164) beskriver plagiat som kopiering av andres arbeid, der man ikke henviser til kilden. Jeg har derfor også vært bevisst på å referere korrekt, og til riktig forfatter, og gjengitt funn med egne ord.

3.4 Litteratursøk

Da jeg hadde valgt tema for bacheloroppgaven, brukte jeg mye tid på å finne relevant teori både i pensumlitteratur og litteratur forøvrig. Jeg undersøkte lovverk, retningslinjer og veiledere ved å benytte internett. På denne måten fant jeg en hel del relevant teori om emnet, og jeg har benyttet deler av dette i oppgaveteksten. For å finne aktuelle forskningsartikler tok jeg utgangspunkt i problemstillingen. På nettsiden for biblioteket til Høgskulen på Vestlandet kan en finne fagressurser for ulike fagretninger. Ved å benytte databaser herfra kunne jeg forsikre meg om at databasene jeg benyttet var sykepleiefaglig relevante. Jeg valgte å benytte SveMed+, ettersom denne er en nordisk artikkelbase for helsefag, som inneholder en del norske tidsskrifter, og er både oversiktlig og brukervennlig. Den er aktuell for sykepleiere, både under utdanning og i arbeidslivet.

På bakgrunn av at oppgaven fokuserer på lokalbasert psykisk helsearbeid i Norge har jeg vektlagt artikler som omhandler forskning gjort her. Da det kan være utfordrende å lete etter artikler ved hjelp av kun norske ord, eller ved bruk av ord som gjerne ikke lar seg direkte oversette, valgte jeg å benytte MeSH (Medical Subject Headings). Jeg har i søkeprosessen benyttet MeSHordene: patient participation, social participation, interpersonal relations, mental disorders, empowerment og community mental health services. Disse ordene ble brukt alene og i kombinasjon med hverandre. For å ytterligere avgrense søkene ekskluderte jeg artikler som var skrevet tidligere enn 2009, og til å kun inkludere fagfellevurderte artikler. Søkeprosessen fremgangsmåte er synliggjort i vedlegg 1.

4 Resultat

I dette kapittelet presenteres funn fra utvalgte forskningsartikler som skal bidra til å belyse oppgavens problemstilling. For å gjøre disse mer oversiktlige har jeg valgt å presentere dem i tabellform.

4.1 Artikkel 1

Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten (Skatvedt & Andvig, 2014).			
Hensikt	Utvalg og metode	Hovedfunn	Relevans for oppgaven
Studien hadde til hensikt å bidra til kunnskapsutvikling på bakgrunn av erfaringen til eldre pasienter med psykiske helseproblemer og deres pårørende om hvordan kommunehelsetjenesten kan legge til rette for pasientenes bedring.	Kvalitativ studie, med eksplorativt design. Data ble samlet inn ved individuelle intervjuer. Utvalget bestod av 16 hjemmeboende pasienter over 63 år med erfaring med psykiske helseproblemer, og fire pårørende. Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og Regional Etisk Komité (REK).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tid til samvær: Pasientene uttrykker at tid til hverdagsprat i seg selv er av stor betydning, også for å utvikle en tillitsfull relasjon. 2. Vennligsinnet pågåenhet: Pasientene uttrykker behov for å bli "tatt fatt" i med hensyn til å gjøre ting i hverdagslivet som bidrar til bedring. 	Studien er relevant da den spesifikt tar for seg to områder sykepleiere kan fokusere på for å øke relasjonen til pasienten, og bidra til pasientens bedringsprosess. Den tar utgangspunkt i pasientperspektivet, noe som er viktig når sykepleiere skal arbeide for pasientenes opplevelse av mestring og evne til å delta. Det at studien primært fokuserer på den eldre generasjonen kan også ses på som en positiv faktor, da det på sikt trolig stadig vil blir flere eldre som mottar hjelp fra den kommunale psykiske helsetjenesten, ettersom folk stadig ønsker å bli eldre i hjemmet fremfor på sykehjem. En kan likevel tenke seg til at funnene i studien også vil være nyttige i arbeid med yngre pasienter.

4.2 Artikkel 2

Medvandrere og hverdagshjelpere - Fagpersoners erfaringer med å bidra til styrking av brukeres medborgerskap (Sommer, Strand, Borg, & Ness, 2013).			
Hensikt	Utvalg og metode	Hovedfunn	Relevans for oppgaven
Studien hadde til hensikt å undersøke hvordan fagpersoner i et Assertive Community Treatment-team (ACT-team) arbeider for å styrke brukernes medborgerskap.	Kvalitativ studie, med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Data ble samlet inn ved flerstegs fokusgruppeintervjuer. Utvalget bestod av fem medlemmer i et ACT-team. Studien var på forhånd meldt til og godkjent av personvernet for forskning, NSD.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Å fortjene tillit: Som sykepleiere må en gjøre seg fortjent til pasientenes tillit, og det å være sammen med disse i hverdagssituasjoner og bruke tid sammen med dem legger grunnlaget for relasjonen. Videre vil det å være ærlig, vise følelser, si ifra om egne grenser og å dele av egne erfaringer styrke denne relasjonen. 2. Å ha samtaler om livet: Samtalen har en grunnleggende betydning for å bli kjent med pasientene, og kan bidra til å støtte og motivere disse. 3. Å jobbe sammen med: Ved å gjøre ting sammen med og ikke for pasientene kan en arbeide mot målet om at pasientene skal klare mest mulig selv i livet. Det handler ikke bare om dagligdagse aktiviteter, men også i å støtte pasientene mot en sterkere rolle som medborger. 	Studien er relevant for oppgaven på bakgrunn av at intervjuobjektene jobber i et team rettet mot å styrke pasientenes medborgerskap. Det vil si at de i større grad skal kunne ta ansvar for seg selv og fungere i dagliglivet og i samarbeid med det offentlige nettverket. Dette vil være viktige elementer i arbeid med empowermentprosessen. Det kommer tydelig frem at relasjonen er av stor betydning for å fremme samhandling og pasientens evne til å ivareta seg selv. Selv om studiens deltakere jobber i et ACT-team, der oppfølgingen av pasientene gjerne er mer intensiv enn i den kommunale psykiske helsetjenesten, vil deres erfaringer kunne bidra til økt kunnskap rundt faktorer som kan fremme gode relasjoner og styrke pasientens ressurser.

4.3 Artikkel 3

The patient's voice – empowerment in a psychiatric context (Tveiten, Haukland, & Onstad, 2011).			
Hensikt	Utvalg og metode	Hovedfunn	Relevans for oppgaven
Studien hadde til hensikt å få kunnskap om pasientenes egne synspunkter og erfaringer med empowerment i en psykiatrisk sammenheng.	Kvalitativ studie, med eksplorative, deskriptive og fortolkende aspekt. Forskningen foregikk på to avdelinger i distriktpspsykiatriske sentere, videre kalt DPS. Data ble samlet inn ved to fokusgruppeintervjuer med pasienter i to grupper, altså fire intervjuer. Utvalget bestod av 14 voksne pasienter. Studien er godkjent av NSD og REK.	<ol style="list-style-type: none"> Muligheter og forutsetninger for medvirkning: Forståelse representerer både muligheter og forutsetninger for at pasientene skal kunne medvirke. Pasientene må forstå hvordan og når de skal delta i personlig omsorg og felles aktiviteter. Empowermentprosessen påvirkes av systemet: tilgjengelig tid, organisering og helsetilbud påvirker medvirkning, opplevelse av å bli sett på som ekspert på seg selv, og maktbalansen mellom sykepleier og pasient. Samarbeid langs et continuum av makt mellom empowerment og makteløshet: relasjonen mellom sykepleier og pasient, og maktforholdet disse imellom, spiller en stor rolle for pasientens opplevelse av helsetilbudet, og dennes mulighet til å kunne medvirke i eget behandlingsforløp. 	Studien er relevant for oppgaven, på bakgrunn av at den tar for seg pasientperspektivet i forhold til empowerment og brukermedvirkning. Den fokuserer på pasientenes egne opplevelser og hvilke faktorer de selv føler spiller inn på deres mulighet for medvirke. Selv om studien omhandler pasienter i DPS, kan en anta at disse behovene også vil være gjeldende for pasienter med psykiske lidelser som mottar hjelp i hjemmet.

4.4 Artikkel 4

Virksomme relasjoner i psykiatrisk sykepleie (Sæterstrand, 2009).			
Hensikt	Utvalg og metode	Hovedfunn	Relevans for oppgaven
Studien hadde til hensikt å beskrive hvordan interaksjon og brukervedvirkning oppleves av helsepersonell og pasienter.	Kvalitativ studie, med utgangspunkt i en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming til det empiriske materialet. Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer med ansatte i distrikpsykiatrien og fokusgruppeintervju med pasienter. Utvalget bestod av 11 personer, hvorav fem var sykepleiere, én var aktivitetsterapeut og fem var pasienter. Pasientene var deltakere på Bruerskolen som hadde erfaringer med å motta behandling i DPS. Studien er godkjent av NSD og REK.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Å bygge tillitsfulle relasjoner: For at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten til å anerkjenne seg selv og få hjelp til å gjøre noe med sine livsproblemer kreves det en tillitsfull relasjon til sykepleieren. Å bygge tillit krever at sykepleier ser pasientens behov, er lyttende og viser omsorg gjennom praktisk handling. 2. Å styrke pasientens sterke sider: For at pasienten skal komme seg videre i livet, må denne gis mulighet til å kunne påvirke, delta og å ha uavhengighet. Sykepleier må hjelpe pasienten til å ta utgangspunkt i sine sterke sider og å fokusere fremover. Å myndiggjøre pasienten kan øke opplevelsen av kontroll og bedre innflytelse over egen situasjon. 3. Å lære å bli handlekraftig i eget liv: Oppfølging etter behandling i DPS ser ut til å spille en stor rolle i styrking av pasientens ressurser. Fellesskap med andre pasienter, veiledning og undervisning, og deltakelse i råd og utvalg trekkes frem som positive komponenter. 	Studien er relevant for oppgaven, da den tar for seg faktorer som har betydning både for relasjonen mellom pasienter med psykiske lidelser og sykepleiere, og også mestringsevne og myndiggjøring av pasienten. Også denne studien omhandler pasienter som har fått behandling i DPS, der liggetiden ofte er kort og fokuset er på fremtiden etter innleggelsen. Som sykepleier i den kommunale psykiske helsetjenesten vil ofte pasienter være eller ha vært under behandling i DPS, og det er realistisk å anta at en samordnet tjeneste, som sørger for en helhetlig behandling i alle deler av tjenesten, vil ha mye å si for behandlingsresultatene.

5 Drøfting

I dette kapittelet vil funn fra utvalgte forskningsartikler bli drøftet opp mot teori og egne erfaringer. Drøftingen tar sikte på å besvare problemstillingen *”Hvordan kan sykepleiere legge til rette for empowerment hos pasienter med psykiske lidelser?”*.

5.1 Å fremme en god relasjon

Da jeg startet å arbeide i den psykiske helsetjenesten ved siden av sykepleierstudiet ga en sykepleier meg et råd, som jeg aldri kommer til å glemme; *”Det aller første du må gjøre, før du i det hele tatt kan begynne å tenke på aktuelle tiltak og målsettinger for pasienten, er å danne en god relasjon. At denne får tillit til deg, og at du viser at du bryr deg og er til å stole på, danner hele grunnlaget for samarbeidet, og uten en god relasjon, vil du ikke kunne hjelpe pasienten med noe som helst”*.

At relasjonen mellom sykepleier og pasient er av stor betydning er det liten tvil om, og det er skrevet atskillige bøker og artikler om relasjonens betydning. Blant annet tar Travelbees (1999) sykepleieteori utgangspunkt i sykepleie som en mellommenneskelig prosess der sykepleiere gjennom relasjonen til pasienten skal hjelpe denne med å forebygge, mestre eller finne mening i sin sykdom eller lidelse. Kristoffersen og Nortvedt (2016, s. 90-93) trekker også frem relasjonen som et fundament for å utføre sykepleie på en omsorgsfull måte, og påpeker hvordan det i langvarig behandling eller behandling i hjemmet, ofte kan utvikles personlige og langvarige relasjoner. Relasjonen kan bidra til at pasienten føler seg trygg og anerkjent, noe som igjen kan være avgjørende for at pasienten skal kunne motiveres for endring, og skape positive resultater (Eide & Eide, 2004, s. 124). Følgelig kan en tenke seg at dersom pasienten føler utrygghet eller krenkelse i relasjonen med sykepleier, kan dette gi motsatt effekt.

5.1.1 Tid til samvær

Når sykepleiere skal fremme en god relasjon til pasienter med psykiske lidelser, er det viktig å være klar over at dette krever tid og tilgjengelighet. Funn fra studiene til Skatvedt og Andvig (2014) og Sommer et al. (2013) belyser hvordan tilgjengelig tid og et uformelt, dagligdags samvær er viktige faktorer for å fremme relasjonen. Dersom samværene er korte og preget av at sykepleieren er travel, kan det føre til at pasienten ikke føler seg trygg nok til å fortelle om

det han har på hjertet, eller uttrykke sine behov. Tid trekkes derfor frem som en nødvendighet for at pasient og sykepleier skal lære hverandre å kjenne og skape tillit. Samtidig kommer det frem at uformelt, dagligdags samvær bidrar til at pasienten og sykepleieren skal bli kjent, samtidig som det gir pasienten mulighet til å fremstå og anerkjennes som individ, ikke bare som pasient. Dette støttes opp av Olsø, Almvik og Norvoll (2014) som påpeker at uformelt samvær bidrar til en likeverdig relasjon preget av personlig kontakt. Sykepleiere får mulighet til å komme tett på hverdagslivet til den enkelte pasient, og bli kjent med dennes mål og drømmer for livet. Ifølge Travelbee (1999, s. 17, 171) er dette kjernen i sykepleie som mellommenneskelig prosess; pasienten skal oppfattes og behandles som den personen han er. Målet er å danne et menneske-til-menneske-forhold, i motsetning til et sykepleier-pasient-forhold. All kontakt vil kunne være med på å skape et slikt forhold, særlig hvis sykepleieren bevisst går inn for å lære pasienten å kjenne. Dette samsvarer med personsentrert sykepleiepedagogisk praksis, der intensjonen er å møte pasienten som en hel, likeverdig person, og ikke en case (Brataas, 2011, s. 31). Travelbee (1999, s. 136) påpeker hvordan rollene som ”sykepleier” og ”pasient” kan virke som en barriere for menneske-til-menneske-forholdet. Ifølge Karlsson og Borg (2013, s. 35) vil disse rollene allikevel alltid være til stede, og skape skjevheter i relasjonen, ettersom pasienten har behov for hjelp eller støtte av sykepleieren. For at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten, må hun tilstrebe likeverd i relasjonen, altså å anerkjenne ham som et menneske med like mye verdi, integritet og evne til erkjennelse og kommunikasjon, som sykepleieren selv. Travelbee (1999, s. 68) påpeker hvordan det å bli oppfattet som ”pasient” kan føre til en følelse av avhumanisering, som kan gå utover personens selvfølelse og identitet.

5.1.2 Å fremme tillit

Videre er det avgjørende for relasjonen at pasienten oppnår tillit til sykepleieren. I studien til Sommer et al. (2013) kommer det frem at sykepleieren må gjøre seg fortjent til tillit ved å bevise ovenfor pasienten at hun er til å stole på, og ikke gir seg, uavhengig av hvordan hun blir møtt og tatt imot. Pasienten kan ha opplevd å bli sviktet flere ganger i livet, og kan på bakgrunn av dette ha vansker med å oppnå tillit. Dette samsvarer med Travelbee (1999, s. 215), som påpeker at en pasient som ikke har tillit til sykepleiere, kan føle at han må sette disse på prøve eller stille spørsmål til alt de gjør med og for ham, og at dette i seg selv kan kreve mye energi. Trefjord og Hatling (2004, s. 17) påpeker i sin rapport at det for pasienter med psykiske lidelser kan være utfordrende å etablere tillit, nettopp på grunn av dårlige erfaringer med behandlingsapparatet. Det er naturlig å anta at sykepleieres holdninger vil ha

konsekvenser for relasjonen mellom pasient og sykepleier, og kunne føre til mistillit fra pasienten sin side dersom han ikke føler at han møtes med respekt og verdighet.

For å oppnå tillit i relasjonen må sykepleiere være ærlige, vise følelser, si ifra om egne grenser og dele av egne erfaringer (Sommer et al., 2013, Sæterstrand, 2009). Travelbee (1999, s. 44-45) betegner dette som å bruke seg selv terapeutisk; sykepleieren må ha evne til å bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet i forsøket på å etablere en relasjon til pasienten. Dette krever selvinnsikt og selvforståelse, samt en forståelse for menneskelig atferd. Ifølge den norske psykologen Helene Amundsen Nissen-Lie (sitert i Karlsson & Borg, 2013, s. 146) vil faktisk personlige egenskaper hos sykepleier avgjøre hvor godt utbytte pasienten får av behandlingen. Hun viser til at sykepleiere som viser sårbarhet og egen usikkerhet oppleves som mer ydmyke, sensitive og lydhøre av pasientene, og at sykepleiere som er ærlige og innrømmer feil, får bedre resultater enn dem som ikke gjør det. Videre vil sykepleiers evne til å se pasientens behov, lytte til hva de har å si og vise omsorg ovenfor dem gjennom praktiske handlinger, være avgjørende for å skape tillit (Sæterstrand, 2009). Pasientens tillit til sykepleiere har dermed å gjøre med både den faglige kvalitet, men også den enkeltes oppførsel og evne til å vise respekt og empati (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 90). Å tilstrebe tillit i relasjonen kan ses å være utfordrende, men nødvendig. Det kan også virke som en tillitsfull relasjon ikke bare kan ha en terapeutisk effekt i seg selv, men også være et viktig moment for å i det hele tatt kunne bidra til pasientens bedringsprosess. Dette støttes opp av Sommer et al. (2013) som hevder at tillit er fundamentet i relasjonen, og er nøkkelmomentet for å muliggjøre et samarbeid om behandlingen.

5.1.3 Å legge til rette for en meningsfylt dialog

Den dagligdagse samtalen ser ut til å være essensiell. Som det fremkommer av artikkelen til Sommer et al. (2013), har samtalen grunnleggende betydning for å danne en god relasjon. Ved å la pasienten fortelle om livet sitt, får sykepleieren en bredere forståelse av ham som individ. At samtalen er preget av spontanitet, ro og småprat om det dagligdagse gir sykepleieren mulighet for å bli kjent med og interessere seg for pasienten, og styrke den samarbeidende relasjonen. Travelbee (1999, s. 148) påpeker at samtaleemnene bør gi mening for pasienten, og at en meningsfylt dialog kjennetegnes av målrettet, gjensidig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Som Sommer et al. (2013) hevder vil den hverdagslige samtalen være målrettet i den forstand at den har en klar hensikt: å bli kjent med pasienten og hans ønsker, og å hjelpe ham mot et bedre liv i en samarbeidsbasert praksisform.

Dersom pasienten får fortelle sin historie fritt og usensurert kan dette i seg selv gi en opplevelse av å bli respektert og verdsatt, samtidig som samtalsituasjonen kan gi rom for å stoppe opp og reflektere over det som blir sagt, noe som kan øke innsikten og opplevelsen av sammenheng (Karlsson & Borg, 2013, s. 153).

Eide og Eide (2004, s. 18) trekker frem sykepleierens evne til å se pasienten og styre samtalen ut fra det dennes har behov, som en viktig forutsetning for at den profesjonelle kommunikasjonen skal være hjelpende. Det vil si at sykepleier må kunne respondere både på verbal og non-verbal kommunikasjon fra pasientens side, og tilrettelegge samtalen ut fra dette. Dette poengteres også av Karlsson og Borg (2013, s. 149), som forklarer hvordan en samtale er mer enn å bare uttrykke og dele ord; det handler også om hvordan ordene faller sammen med kroppsspråket. Funn fra Skatvedt og Andvig (2014) belyser dessuten at pasientene ikke alltid har behov for samtale, men heller noen å være stille sammen med. Et smil, et blikk, eller en klapp på skulderen kan til tider være tilstrekkelig for at sykepleieren skal oppleves som aktive og deltakende i pasientens liv. At sykepleiere er bevisst sine egne kommunikasjonsevner ser dermed ut til å være avgjørende i relasjonsdannelsen. Travelbee (1999, s. 138) poengterer dette og sammenligner sykepleierens kommunikasjonsevner med håndtverkeres evner til å bruke redskaper og teknikker i sitt arbeid, og at en ved å ha disse under kontroll og mestre dem kan holde oppmerksomheten rettet mot målet, og ikke midlene. Som Karlsson og Borg (2013, s. 147) påpeker, er det nettopp gjennom dialog og samarbeid at det kan utvikles et felles språk, som kan gjøre det lettere for pasienten å åpne seg om problemer og utfordringer, og uttrykke egne følelser og ønsker. Ifølge Travelbee (1999, s. 211-213) er målet med relasjonsdannelsen gjensidig forståelse og kontakt, som vil si at sykepleier og pasient forholder seg til hverandre som medmennesker, og kan samhandle uten behov for distanserende teknikker. På bakgrunn av funn kan en anta at uformelle samtaler der pasienten kan få snakke om det som opptar ham der og da, vil ha en mer positiv effekt på relasjonen, enn planlagte og strukturerte samtaler. Mine erfaringer med slikt uformelt samvær har stort sett bare vært positive. Kjøreturer, gåturer, matlaging eller rengjøring er eksempler på aktiviteter som har gitt meg gode muligheter for samtaler. Det later til at det både fører til at pasienten slapper av og kan fortelle om seg selv, samtidig som det har gitt meg muligheten til å fortelle om meg selv. På denne måten har jeg og pasientene kunnet bli kjent med hverandre, og nærme oss en felles forståelse og et likeverdig samarbeid.

5.1.4 utfordringer knyttet til relasjonen

Som vi har sett er målet at det skal dannes en likeverdig relasjon fra menneske-til-menneske. Likevel er det ikke til å komme unna at sykepleieren har en profesjonell rolle å ivareta. Ifølge Kristoffersen og Nortvedt (2016, s. 91) er det forskjeller mellom en privat og en profesjonell relasjon; i profesjonelle relasjoner vil det være visse forpliktelser og forventninger som skiller seg fra de man opplever i private relasjoner. I tillegg vil emosjonene som dannes være ulike i de to typene. Det er likevel sannsynlig at det i enkelte profesjonelle relasjoner, som den mellom en sykepleier og en pasient som følger hverandre over tid, også kan utvikles mer personlige emosjoner, som kan gi utfordringer både for sykepleier og pasient. Dette kommer frem både hos Sæterstrand (2009) og Olsø et al. (2014), som hevder at det kan være vanskelig å begrense hvor nær relasjonen skal bli. På den ene siden kan den personlige kontakten føre sykepleier har vansker med å "legge jobben fra seg" når hun går av vakt, og la være å bekymre seg for pasienten også på fritiden. Samtidig kan tryggheten knyttet til å innta en objektiv ekspertrolle bli borte i det mellommenneskelige rommet, og sykepleier kan føle seg mer sårbar. På den andre siden kan pasienten å gå inn i et avhengighetsforhold til sykepleieren, der denne kan betraktes som en "profesjonell venn", som pasienten vil savne dersom hun er borte fra arbeidet eller slutter. Likevel vil personlig kontakt, og følelsesmessig involvering være viktig både for at pasienten skal kunne mestre sine utfordringer, men også for at sykepleier selv skal kunne oppleve arbeidet sitt som meningsfylt. Travelbee (1999, s. 206) hevder at mangel på involvering fra sykepleieren sin side vil frata henne muligheten til meningsfull kontakt med pasienten, og hun kan gå glipp av selve tilfredsstillelsen ved arbeidet. Det ser dermed ut til at på tross av utfordringene er nettopp dette som kan gi de største utbyttene i arbeidet. Dette er noe jeg kjenner meg igjen i, da jeg i løpet av studiet har dannet gode relasjoner til flere pasienter, der relasjonene i seg selv har vært det som har gitt meg størst meningsfølelse i arbeidet. Som sykepleier vil en, gjennom det faglige ansvaret, måtte avklare hva relasjonen skal innebære, og evne å sette grenser ovenfor pasienten.

Sommer et al. (2013) trekker frem en annen utfordring knyttet til relasjonsdannelsen; at denne krever mye tid fra sykepleiers side, uten å gi målbare resultater, er noe som gjerne ikke samsvarer med dagens helsevesen som stiller økte krav til effektivisering og resultatmåling. Travelbee (1999, s. 22) påpeker at denne utviklingen i helsevesenet tar fokuset bort fra sykepleiens omsorgsfunksjon og kan bidra til avhumanisering av pasientene. I henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §§ 3-1 & 3-2) har kommunen plikt til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, herunder

pasienter med psykiske lidelser. Tjenestene skal blant annet omfatte helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsedirektoratet (2014, s. 13) fremhever at det i psykisk helsearbeid bør legges særlig vekt på å fremme gode relasjoner mellom pasient og sykepleier. En kommer da ikke bort fra at en som sykepleier i den kommunale psykiske helsetjenesten har et ansvar for å fremme de faktorene som virker helsefremmende og forebyggende, og som det fremkommer er relasjonen av en så viktig betydning at den ikke kan overses.

5.2 Å fremme pasientens empowerment

Ifølge Askheim (2012, s. 21-26) handler de individorienterte tilnærmingene til empowerment om at pasienten skal få økt selvtillit, kunnskap og ferdigheter. Ved at sykepleier fokuserer på pasientenes egne ressurser, skal hun medvirke til at pasienten opparbeider seg kunnskap, styrke og kraft til å leve et optimalisert liv til tross for sine helseutfordringer, og kunne nå sine mål. WHO (2010, s. 1) påpeker også at empowerment på individnivå er et viktig element i den menneskelige utviklingen. Ved å definere individuelle behov og ambisjoner, og fokusere videre på utvikling av kapasiteter og ressurser som støtter disse, skal pasienten overvinne en tilstand av maktløshet og få kontroll over eget liv. Helsedirektoratet (2014, s. 11) vektlegger pasienten som den viktigste aktøren, noe som forutsetter god samhandling mellom pasient og sykepleier, samt økt brukerinnflytelse og medvirkning.

Når sykepleier arbeider med å fremme pasientens empowerment, kan det tenkes å være nyttig å undersøke om arbeidet har en effekt, eller om behandlingen må revurderes og omstruktureres. Karlsson og Borg (2013, s. 157-158) fremhever hvordan måleredskaper kan bidra til å gi både sykepleier og pasient kontinuerlig tilbakemelding om utviklingen i behandlingen. Kliniske støtteverktøy kan benyttes for å kartlegge og gi informasjon om blant annet kvaliteten på det terapeutiske samarbeidet, om pasientens sosiale nettverk og om pasientens motivasjon for endring og hvilke samarbeidsmåter som passer best for at disse endringene skal kunne forekomme.

5.2.1 Å styrke pasientens kunnskap og ferdigheter

Funn viser at pasienten har behov for informasjon og veiledning, både relatert til egen sykdom, behandling og reaksjoner, men også i forhold til deltakelse i behandlingsprosessen og hverdagslivet forøvrig (Tveiten et al., 2011, Sommer et al., 2013). Å øke pasientens kunnskap og forståelse er en av de viktige sykepleiefunksjonene (Kristoffersen N. J.,

Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2016, s. 17). Ifølge Sæterstrand (2009) kan det å øke pasientens kunnskap og forståelse i seg selv bidra til at han får et mer positivt selvbilde, og være en viktig del av arbeidet rettet mot at pasienten skal bli handlekraftig i eget liv.

Et annet viktig moment å være klar over når sykepleier skal informere og veilede pasienten, er at de må forsikre seg om at han faktisk forstår informasjonen. Travelbee (1999, s. 151) trekker frem evnen til å vurdere om kommunikasjonen når frem som en spesifikk ferdighet sykepleiere bør trene på. Dette støttes opp av Finbråten og Pettersen (2009), som stiller seg kritiske til at helsemessige avgjørelser kan overlates til pasienten, uten å forsikre seg om at han faktisk forstår bakgrunnen for valget, eller hvilke konsekvenser dette kan få. Dette belyses også av Askheim (2012, s. 158) som viser til at hvorvidt pasienten forstår konsekvensene av valgene sine kan skape et dilemma når sykepleier er forpliktet til å sikre pasientens verdighet og livskvalitet samtidig som hun skal ivareta pasientens rett til selvbestemmelse. Med dagens muligheter for å finne informasjon gjennom blant annet internett og sosiale medier er det lett å forstå hvordan pasienter kan bli påvirket til å ta ugunstige valg basert på tilgjengelig informasjon. Finbråten og Pettersen (2009) mener derfor at det i arbeidet med empowermentprosessen er nødvendig å fokusere på å lære pasienten å filtrere bort ugyldig helseinformasjon, samtidig som man tilfører evidensbasert helseinformasjon. Et begrep som kan være verdt å ta med i denne sammenheng, er health literacy, som av Ratzan og Parker (sitert i Hernandez, 2013, s. 1) defineres som graden av kapasitet til å skaffe seg, behandle og forstå helseinformasjon for å ta adekvate helsemessige beslutninger. Å kartlegge pasientens grad av health literacy kan derfor være et viktig element før man skal gi informasjon og veiledning for å øke pasientens kunnskap og ferdigheter. Det kan videre tenkes at dersom pasientens kunnskap og ferdigheter styrkes, ikke bare kan være med på å øke pasientens indre styrke, men også dennes mulighet til å medvirke.

Psykiske lidelser kan ha stor påvirkning på flere områder og livskvaliteter, men i hvilken grad lidelsen påvirker på de sosiale relasjonene og dagliglivets aktiviteter ser ut til å ha størst betydning for den enkelte (Helsedirektoratet, 2014, s. 29). Det har også kommet frem at stigmatisering og krenkende behandling faktisk er noe pasienter med psykiske lidelser opplever, og det vil være naturlig å anta at dette kan ha stor effekt på pasientens evne til å mestre hverdagen. Ingstad (2013, s. 129) forklarer hvordan stigmatisering kan hindre pasienter i å bli sosialt akseptert, på bakgrunn av at de han møter ser bort fra egenskapene hans, og trekker konklusjoner om ham på bakgrunn av for eksempel diagnose, eller

karaktertrekk. Ifølge Helsedirektoratet (2014, s. 31) kan stigmatisering ikke bare påvirke pasientens selvbilde, men også samfunnets holdninger og helsepersonellens vurderinger av behandling og tjenestebehov. Både Sommer et al. (2013) og Olsø et al. (2014) belyser denne utfordringen, men viser til at sykepleiere kan forebygge eller forhindre slik stigmatisering ved å være med pasienten på hverdagens arenaer. Samtidig som denne formen for samvær bidrar til å underbygge pasientens opplevelse av å være ”normal”, kan det etterhvert føre til at han klarer å håndtere sosiale situasjoner utenfor hjemmet, og gjenoppta kontakten med ”det vanlige livet”. Sosial deltakelse på naturlige møteplasser kan også gi pasienten mulighet for å etablere nettverk og sosiale relasjoner (Helsedirektoratet, 2014, s. 40). Her tror jeg også sykepleiere har en god anledning til å være med på å endre holdningen til denne pasientgruppen generelt, dersom hun er bevisst på hvordan pasienten fremstilles i møte med medmennesker. I møter og samarbeid på hverdagslige arenaer er det viktig å være klar over at pasienten kan oppfattes av andre som nettopp dette, en pasient. Dersom sykepleier for eksempel følger pasienten på butikken iført arbeidstøy eller navneskilt, vil det bli tydelig at denne er på jobb, og at pasienten har behov for følge og hjelp. Det kan tenkes å skape en ubalanse dem imellom, samtidig som det kan føre til stigmatisering av pasienten i hans lokalsamfunn. At sykepleier klarer å fungere som støttespiller og advokat for pasienten på hverdagens arenaer, kan dermed tenkes å være en viktig del arbeidet med å fremme pasientens empowerment, og styrke hans medborgerskap.

5.2.2 Å anerkjenne pasienten som ekspert

Det fremkommer videre av studien til Tveiten et al. (2011) at dersom pasienter blir anerkjent som eksperter på sitt eget liv og egne følelser, vil selvtilliten øke og det vil bli lettere for dem å delta. Dette støttes opp av Askheim (2012, s. 51), som hevder at sykepleiere kan mobilisere pasientens egenkraft ved å la ham være ekspert på seg selv, og vise forståelse og omtanke for hans egen opplevelse av situasjonen. Sykepleier må da ha evne å leve seg inn i pasientens tanker og opplevelser. Travelbee (1999, s. 204-206) benytter termen følelsesmessig involvering om evnen til å bry seg og ha omsorg for andre, og omsette denne omsorgen til handling. Uten slik følelsesmessig involvering fra sykepleieren sin side vil pasienten fratras den støtten han kan trenge for å mestre sin sykdom eller lidelse. Når pasientens egenkraft mobiliseres vil han kunne aktivisere sine ressurser og bedre mestre sine utfordringer (Askheim, 2012, s. 36).

Sommer et al. (2013) belyser på sin side hvordan den hverdagslige samtalen er et kraftig virkemiddel for å styrke pasientens medborgerskap. Den dagligdagse samtaleformen vil være i kontrast til evidensbasert metode, der sykepleier forventes å være leder av en mer strukturert samtale, og dermed ha definisjonsmakt når det gjelder hva som skal diskuteres og gjøres sammen med pasienten. Ifølge Karlsson og Borg (2013, s. 144) vil bedring i liten grad avhenge av konkrete terapeutiske tilnærminger, det viktigste vil derimot være at sykepleier lar pasienten uttrykke seg og la seg berøre av det han forteller. Som Sommer et al. (2013) fremhever er det gjennom samtalen det er mulig for pasienten å uttrykke ønsker og behov. Sykepleier kan da komme med konkrete forslag for at pasienten kan styrke sine ressurser og nå målene sine.

5.2.3 Å myndiggjøre pasienten

Ifølge Helsedirektoratet (2014, s. 31) finnes det ingen egne norske ord for betydningen av empowerment, men de ordene som kommer nærmest er *egenkraftmobilisering* eller *myndiggjøring*, som vil si å overføre og tilegne makt til pasienten. Makt later til å være et negativt ladet ord, som gjerne knyttes sammen med undertrykking og tvang, og fra psykiatriens historie er det flere skrekkeksempler på behandlingsformer som var langt fra frivillige, der makten helsepersonell har hatt over pasienter kommer tydelig frem (Askheim, 2012, s. 75-77). Ifølge Rønning (2007, s. 35) kan maktforskjeller være både krenkende og ydmykende for pasienten. Når vi derimot snakker om empowerment, blir makt straks et mer positivt ladet ord, da målet er å overvinne en avmaktssituasjon. Som det fremkommer av Askheim (2012, s. 21-22) vil grad av makt og kontroll over eget liv være bestemt av posisjonen i forhold til andre individer og samfunnet for øvrig. De ulike posisjonene er resultater av menneskeskapte, historiske prosesser, og på bakgrunn av at de er menneskeskapte, kan de også endres. For at pasienten skal kunne handle for å komme seg ut av sin avmakt, må sykepleier bevisstgjøre pasienten om sammenhengen mellom hans livssituasjon og ytre, samfunnsmessige forhold, og om at andre i tilsvarende situasjoner opplever liknende avmaktssituasjoner. Sistnevnte fremkommer også av Tveiten et al. (2011), som påpeker at dersom pasienter føler seg som en del av et fellesskap, gjerne gjennom gruppeaktiviteter, gis de mulighet til å styrke sin kunnskap gjennom å dele erfaringer og opplevelser. Jeg har også selv vært vitne til situasjoner der pasienter føler seg ensomme om sine problemer, der det har hatt en positiv effekt av å høre om, eller møte andre i liknende situasjoner. Det finnes ulike tilbud om gruppeaktiviteter i lokalmiljøet, som sykepleiere kan informere pasienter om og motivere dem til å delta på. Det fremkommer blant annet av

Helsedirektoratet (2014, s. 40) at slike frivillige tilbud, som fremmer deltakelse og sosial inkludering, er en viktig del av pasientens bedringsprosess og for livskvaliteten hans.

Både Tveiten et al. (2011) og Sæterstrand (2009) hevder at overføring av makt fra sykepleier til pasient er en forutsetning for empowerment, slik at pasienten går fra å være en passiv mottaker av behandling, til å være en aktiv deltaker. Dette innebærer at pasienten anerkjennes og inkluderes i beslutningsprosesser som omhandler sin helse- og livssituasjon, og at sykepleier må stole på at pasienten selv klarer å ta kontroll, og våge å slippe denne til. At sykepleier ser pasienten som et kompetent individ trekkes frem av Ingstad (2013, s. 146-147) som en forutsetning for at en slik maktoverføring skal kunne finne sted. I denne sammenheng kan en trekke paralleller til ”makt innenfra”-tilnærming, som beskrives av Askheim (2012, s. 80-81) som en tilnærming med utgangspunkt i at pasientens evne til å utføre handlinger grunner ned i hans opplevelse av personlig styrke og tiltro til seg selv. Han trekker også frem en annen positiv tilnærming til makt, nemlig ”makt sammen med”-tilnærming, som innebærer å finne en felles plattform, og samarbeide mot et felles mål. Ifølge Sommer et al. (2013) vil det å gjøre ting sammen med, og ikke for pasienten, være viktig for til at han etterhvert skal klare mest mulig selv i livet. På bakgrunn av dette kan en tenke seg til at empowerment ikke nødvendigvis forutsetter en total overføring av makt, men heller en gunstig fordeling av denne. Ved å myndiggjøre pasienten på denne måten, og dermed øke hans tillit til egne ressurser, kan sykepleier bidra til at pasienten klarer å mobilisere og utøve makt i eget liv på en positiv måte.

Selv om sykepleier tilstreber å danne en relasjon med pasienten der de er likeverdige som mennesker, vil det likevel alltid være en viss grav av skjevhet eller asymmetri i relasjonen, nettopp på grunn av rollene en har som henholdsvis sykepleier og pasient (Karlsson & Borg, 2013, s. 35). Denne asymmetrien har ikke nødvendigvis alltid en negativ effekt, snarere tvert imot kan se ut til at det til tider er behov for visse maktforskjeller for at pasienten skal overvinne utfordringer og være delaktige i eget liv. Funn fra Skatvedt og Andvig (2014) og Tveiten et al. (2011) viser til at pasienter med psykiske lidelser kan ha behov for pågående omsorg, altså å bli stilt krav til og tatt tak i. Selv om pasienten kan oppleve dette som vanskelig der og da, kan det være nødvendig for at han skal komme ut av en ambivalent eller destruktiv fase. Samtidig vil passivitet redusere eget initiativ for deltakelse. Imidlertid ser det ut til det utøvde presset må komme fra en person pasienten har tillit til og føler seg trygg på for at den pågående omsorgen, eller det utøvde presset, skal kunne oppleves som omsorg.

I empowermentprosessen legges det til grunn at det er pasienten som selv skal kunne ta beslutninger og utføre handlinger, men som det kommer frem er det ikke alltid dette mulig, eller hensiktsmessig. Utfordringen for sykepleier kan i slike tilfeller være å være bevisst på maktbalansen og hvordan denne kommer til uttrykk. Askheim (2012, s. 149-160) trekker frem at pasienten selv kan ønske at det er sykepleier som skal ta beslutninger for ham, noe som kan være et dilemma i arbeidet med empowerment, der målet er å myndiggjøre pasienten og tilegne ham makten til å ta beslutninger selv. Han hevder at en konsekvent overføring av makt på den ene siden kan by på etiske utfordringer for sykepleier, der hun må akseptere at pasienten kan ta valg som strider mot det hun ellers gjerne ville hindret. På den andre siden kan det å tilegne pasienten all makt føre til at han ikke får den kvalifiserte hjelpen han faktisk har behov for, eller blir passivisert og mister funksjonelle ferdigheter fordi sykepleier synes det er vanskelig å gripe inn og stille krav til pasienten, i den tro at han selv vet best. Det kan være utfordrende for sykepleier å vurdere om hun i slike tilfeller skal ta beslutningen på bakgrunn av at pasienten ønsker dette, eller om hun skal fortsette prosessen med å overlate beslutningen til pasienten selv, basert på den tro at han kommer til å ta denne bare forholdene legges til rette. Sykepleieren må da som fagperson balansere det ansvaret hun har for at pasienten får den hjelpen han trenger, og samtidig ivareta autonomien hans og sørge for at han får et verdig og anstendig liv. Som Helsedirektoratet (2014, s. 19) poengterer, er sykepleier pliktet til å ivareta pasientens rett til å medvirke, samtidig som det er viktig å huske på at pasienten på sin side har rett til å medvirke, men ikke er forpliktet til det. I situasjoner der det er uenighet mellom sykepleier og pasient om hva som er til det beste, må sykepleier gi faglig baserte råd og sørge for at pasienten får nødvendig og tilstrekkelig informasjon slik at han er klar over eventuelle konsekvenser for valgene han tar. Samtidig skal pasientens behov, ønsker og vurderinger legges til grunn, og helsetjenestene skal ikke ytes uten samtykke. Det vil si at sykepleier så langt det er mulig skal legge til rette for medvirkning, men samtidig vurdere i hvilken grad han kan, eller ønsker å delta og medvirke i behandlingen.

5.3 Relasjonens betydning i empowermentprosessen

Som vi nå har sett vil det ha stor betydning for pasientforløpet at det dannes en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Travelbee (1999, s. 216) hevder at den erfaringen pasienten får med en likeverdig relasjon gir ham mulighet til å vokse som menneske, trolig fordi han får oppleve det levende og livskraftige ved et meningsfylt mellommenneskelig møte. Dette understøttes av Karlsson og Borg (2013, s. 143), som viser til at det er gjennom relasjoner

med andre at mennesker får et forhold til og en forståelse av seg selv. En kommer ikke bort fra at dette grunnleggende avhengighetsforholdet til andre, setter mennesker i stand til å påvirke hverandres syn på seg selv og på andre, og dermed hva som blir akseptert og sett på som normalt. At relasjonen bygger på tillit og god samhandling er også grunnleggende for at pasienten skal kunne delta aktivt og være motivert for endring (Askheim, 2011, s. 77-78). Dette støttes av Eide og Eide (2004, s. 124) som påpeker at relasjonen er avgjørende for resultatet av behandlingen, da pasientens opplevelse av trygghet, sosial bekreftelse og stimulans, som kan komme av en god relasjon til sykepleier, kan være det som bidrar til motivasjon for endring, som igjen er en forutsetning for positive resultater. Karlsson og Borg (2013, s. 144) belyser at det er gjennom det intersubjektive, altså det som foregår i relasjonen mellom to mennesker, en har mulighet for å styrke den andres selvopplevelse og selvavgrensning og skape relasjonell tilhørighet. Det er dermed avgjørende for empowermentprosessen at sykepleier klarer å opprette en god relasjon til pasienten for å hjelpe ham å mobilisere indre styrke og egne ressurser. Samtidig kan relasjonen i seg selv bidra til at pasienten selv har tilstrekkelig energi til å mestre de utfordringene han møter. Som det fremkommer av Travelbee (1999, s. 215) vil det å opprettholde fasadene som ”sykepleier” og ”pasient” kreve mye energi, men når det dannes en likeverdige menneske-til-menneske-relasjon, vil denne energien frigjøres og kunne brukes konstruktivt til andre ting. En måte pasienten kan omsette denne energien på, er å bruke kreftene på å kjempe mot og mestre lidelsen.

Relasjonen er også grunnleggende for at pasienten skal oppleve tillit og kunne mestre sine livsproblemer (Sæterstrand, 2009). Eide og Eide (2004, s. 69) hevder at grunnleggende tillit baserer seg på en trygg tilværelse der verden er et godt sted å være, og at man får hjelp dersom man trenger det. Sykepleiere kan styrke pasientens grunnleggende tillit ved å gi god omsorg, bidra til å styrke pasientens sosiale nettverk og være til stede og lytte til det pasienten forteller og sørge for at denne får hjelp til det den måtte trenge. På denne måten kan sykepleieren både øke pasientens håp og forventninger til omgivelsene, og skape en trygghet slik at pasienten skal klare å komme seg fremover. Travelbee (1999, s. 117-120) påpeker på sin side hvordan tillit og håp har nær sammenheng med hverandre; dersom pasienten opplever å få den hjelpen han trenger når han trenger det, kan dette øke pasientens tillit og håp for fremtiden. Håp blir i seg selv sett på som en motiverende faktor bak menneskelig atferd og er det som gjør mennesker i stand til å mestre utfordringer, og til å ta i bruk egne ressurser.

6 Konklusjon

Relasjonen danner selve grunnlaget for samarbeidet, og vil være avgjørende for at sykepleieren skal kunne fremme pasientens empowerment. Å legge til rette for denne prosessen er derimot ikke en enkel oppgave, og det finnes ingen fasit på hva som fungerer for den enkelte. Som sykepleier må en være klar over at alle pasienter er unike, og må imøtekommes deretter.

Empowerment som prosess vil dreie seg om at pasienten får større kontroll over eget liv. Prosessen starter med at pasienten gis mulighet til å uttrykke behov og legge frem bekymringer. For at pasienten skal ha tillit til sykepleier og fortelle om disse, er det viktig å etablere en relasjon. Funn viser at tilgjengelig tid, uformelt samvær og dagligdagse samtaler bidrar til å fremme likeverdighet, samtidig som det gir pasienten mulighet til å bli kjent med sykepleieren og få anerkjennelse som individ. For å fremme tillit må sykepleier være ærlig og tørre å vise følelser. Dette krever en bevisst bruk av egen personlighet i møte med pasienten, og å la seg bevege av det han forteller. Å gi av seg selv kan kreve mye av sykepleier, men til gjengjeld vil dette gi henne stor meningsfølelse i arbeidet. Dersom personlige emosjoner og tette bånd etableres, er det sykepleierens ansvar å sette grenser ovenfor pasienten og være bevisst sin profesjonelle rolle. Det uformelle samværet kan også ha positive effekter på empowermentprosessen i seg selv, da det gir sykepleieren mulighet til å styrke pasientens medborgerskap, ettersom de både kan øke sine ferdigheter i å mestre hverdagslivet og sosiale relasjoner, samtidig som det kan bidra til å redusere stigmatisering.

Videre vil empowermentprosessen handle om å utarbeide strategier for å involvere pasienten i beslutningsprosesser. Det handler om å myndiggjøre pasienten, noe som krever en maktoverføring. I kontrast til en total maktoverføring, eller mangel på en sådan, ser det ut til at en ved å dele makten, eller styrke pasientens tro på indre makt kan fremme pasientens opplevelse av kontroll og mestringsfølelse. For sykepleiere kan det være utfordrende å være vitne til at pasienten tar avgjørelser som hun ellers gjerne ville forhindre, og sykepleieren har dermed en viktig rolle i å sørge for å gi pasienten tilstrekkelig informasjon og veiledning slik at han forstår konsekvensene for valgene sine. Å øke pasientens kunnskap og ferdigheter vil kunne tenkes å bidra til at pasienten blir mer aktiv i samhandlingen, samtidig som det etterhvert kan føre til at han mestrer de utfordringene han møter.

Til slutt vil det å legge til rette for empowerment dreie seg om tiltak for å møte pasientens behov. Gjennom å fremme en likeverdig relasjon, og tilegne pasienten den makten han fortjener tror jeg sykepleier kan ha et godt utgangspunkt for å sette inn disse tiltakene og følge opp pasienten slik at han kan nå sine mål.

7 Litteraturliste

- Askheim, O. P. (2011). Pasientopplæring og empowerment. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis - Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 71-86). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aubert, K. E. (2019, 8. januar). *Relasjon*. Hentet fra <https://snl.no/relasjon>
- Brataas, H. V. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis - prosess og verktøy. I H. V. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis - Pasientsentert sykepleie på ulike arenaer* (s. 31-70). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2017). Etiske overveielser og personvern. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 234-243). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). Hva er metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 50-61). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 148-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin og helsefag. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet 15. mars 2019 fra <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Eide, T., & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Finbråten, H. S., & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien*, 97(5), 60-63. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0009>
- Folkehelseinstituttet. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Hentet 28. februar 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Hentet 21. februar 2019 fra

- <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>.
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Hernandez, L. P. (2013). *Health literacy : Improving health, health systems, and health policy around the world : Workshop summary*. Washington, D.C: National Academy of Sciences.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid - Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser - sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 349-406). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie - fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Larsen, L., Aasheim, F., & Nordal, A. (2006). Plan for *brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptreppingsplanen for psykisk helse psykisk helse* (Rapport IS-1315). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Norsk Sykepleierforbund. (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 6. mars 2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert. En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

- Olsø, T. M., Almvik, A., & Norvoll, R. (2014). Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10(2), 121-131. Hentet fra <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3327/3200>
- Rønning, R. (2007). Brukermedvirkning og empowerment - gammel vin på nye flasker? I O. P. Askheim, & B. Starrin (Red.), *Empowerment - i teori og praksis* (s. 34-46). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sæterstrand, T. (2009). Virksomme relasjoner i psykiatrisk sykepleie. *Klinisk Sygepleje*, 23(3), 4-11. Hentet fra http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2009/03/virksomme_relasjoner_i_psykiatrisk_sykepleie
- Skatvedt, A., & Andvig, E. (2014). Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 9(1), 64-70. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0034>
- Sletteland, N., & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sommer, M., Strand, M., Borg, M., & Ness, O. (2013). Medvandrer og hverdagshjelper - Fagpersoners erfaringer med å bidra til styrking av brukeres medborgerskap. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 10(1), 36-45. Hentet fra http://www.idunn.no/ts/tph/2013/01/medvandrer_og_hverdagshjelper_-_fagpersoners_erfaringer_med
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Trefjord, S., & Hatling, T. (2004). *Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse* (STF78 A045020). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

- Tveiten, S., Haukland, M., & Onstad, R. F. (2011). The patient's voice - empowerment in a psychiatric context. *Vård i Norden*, 31(3), 20-24.
<http://dx.doi.org/10.1177/010740831103100305>
- Vatne, S. (2011). Brukermedvirkning utfordrer sykepleiernes pedagogiske funksjon i psykisk helsearbeid. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 123-135). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: Division of Health Promotion, Education and Communication.
- World Health Organization. (2010). *User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe*. København: WHO regional office for Europe.
- World Health Organization. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*. København: WHO regional office for Europe.

Vedlegg 1 – Søkeprosessen

Søkene ble foretatt i databasen SveMed+

Søk	Søkeord/MeSH	Avgresning	Antall treff	Leste artikler	Brukte artikler	Relevans
Søk nr. 1	Patient Participation		901	0, behov for avgresning	0	
Søk nr. 2	Social Participation		486	0, behov for avgresning	0	
Søk nr. 3	Interpersonal Relations		8095	0, behov for avgresning	0	
Søk nr. 4	Patient Participation OR Social Participation AND Interpersonal Relations	Published 2009-2019 Peer Reviewed	71	0, behov for avgresning	0	
Søk nr. 5	Mental Disorders		13511	0, behov for avgresning	0	
Søk nr. 6	Patient Participation OR Social Participation AND Interpersonal Relations AND Mental Disorders	Published 2009-2019 Peer Reviewed	17	4	(Skatvedt & Andvig, 2014) (Sommer, Strand, Borg, & Ness, 2013)	Se pkt. 4.1 Se pkt. 4.2
Søk nr. 7	Empowerment		290	0, behov for avgresning	0	
Søk nr. 8	Empowerment AND Patient Participation AND Mental Disorders	Published 2009-2019 Peer Reviewed	5	4	(Tveiten, Haukland, & Onstad, 2011)	Se pkt. 4.3

Søk nr. 9	Community Mental Health Services		560	0, behov for avgresning	0	
Søk nr. 10	Community Mental Health Services AND Patient Participation	Published 2009- 2019 Peer Reviewed	18	6	(Sommer, Strand, Borg, & Ness, 2013) (Sæterstrand, 2009)	Se pkt. 4.2 Se pkt. 4.4