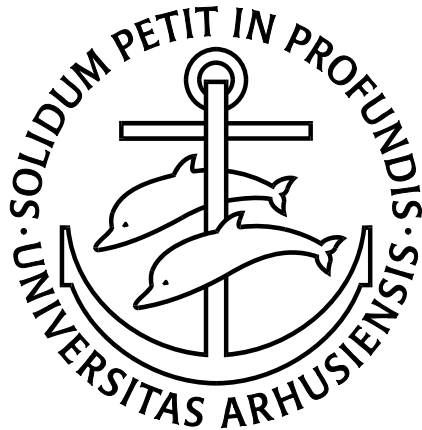


Kandidatspeciale



Empowerment i diabetesomsorgen Hvad og hvordan?

En litterær undersøgelse af, hvordan man kan forstå sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af en transaktionelt funderet empowerment ideologi i diabetesomsorgen som alternativ til en interaktionelt funderet praksis for undervisning og samarbejde

af

Margit Roos

Navn: Margit Roos
Modul: Kandidat speciale
Måned og år: September 2007
Vejleder: Elisabeth O.C. Hall
Anslag: 191.365

Empowerment i diabetesomsorgen Hvad og hvordan?

En litterær undersøgelse af, hvordan man kan forstå sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af en transaktionelt funderet empowerment ideologi i diabetesomsorgen som alternativ til en interaktionelt funderet praksis for undervisning og samarbejde

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Dansk resumé

I specialet stilles spørgsmålet **Hvordan kan man forstå sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i diabetesomsorgen?**

Med en hermeneutisk metode undersøges spørgsmålet dels gennem teoretiske studier til udledning af centrale begreber i empowermenttænkning, dels gennem en litterær analyse og fortolkning af empirisk materiale om den danske diabetesomsorg.

Empowerment udfoldes i et community psykologisk perspektiv, hvorefter der udledes et transaktionelt værdisyn som grundlag for en empowered praksis, og som alternativ til et interaktionelt funderet, biomedicinsk værdisyn. En empowered diabetesomsorg, hvis målsætning er udvikling af patientens iboende kraft og evne til at tage vare på sit liv med diabetes, defineres ved en kommunikativ og humaniserende praksis, hvor hensigter og aktiviteter formuleres med udgangspunkt i et salutogenetisk perspektiv på sygdommens udvikling. Forståelse af patientens mestring udledes gennem ligeværdig problemidentifikation og selvforståelse i et teamsamarbejde, der beskrives inden for rammerne af tværfaglighed.

I litterære studier af empirisk materiale undersøges, hvordan diabetesomsorgen kan forstås i lyset af de fremanalyserede centrale empowermentbegreber. Resultater af tre hjælpespørgsmål diskuteres med henblik på at udlede en sammenfattende konklusion på specialets overordnede problemformulering.

Konklusionen peger på, at sygeplejersken gennem initiering af refleksive debatter på tre niveauer kan medvirke til at begrebsliggøre praksis i lyset af en transaktionelt funderet empowermentideologi. Med fokus rettet mod et salutogenetisk perspektiv i debatten om begreber, metoder og mestringsmuligheder, er det muligt at udvikle en dynamisk praksis som grundlag for et interdisciplinært, tværfagligt teamsamarbejde.

For at bidrage til udvikling af empowerment med base i interdisciplinær tværfaglighed diskuteres identificering af sygeplejefagets værdigrundlag og særlige forskningspraksis som grundlag for argumentation på et sundheds- og samfundspolitisk niveau ved sprogliggørelse, dokumentation og praksisrelateret teoriudvikling.

The whats and hows of empowerment in diabetes care

English summary

This thesis poses the question of how to understand the potential of nurses' contribution to integrating empowerment in diabetes care.

By means of hermeneutic method, the question is examined, partly through deduction of central concepts pertaining to empowerment, and partly through literary analysis and interpretation of empirical material on diabetes care in Denmark.

Empowerment is expounded in a community psychological perspective, leading to the deduction of a transactional view on values as the basis of an empowered practice, and as an alternative to a biomedical, interactionally based view. Empowered diabetes care, aiming to develop the patient's inherent power and ability to manage a life with diabetes, is defined as a communicative and humanizing practice, where a salutogenetic view on the development of diabetes informs intentions and activities. An understanding of the patient's capacity for coping can be inferred through problem identification and self-knowledge where collaboration is understood as an interdisciplinary aspect.

The studies of empirical material question diabetes care in Denmark in view of the deduced concepts of empowerment. By means of three auxiliary questions, a discussion is established in order to reach a conclusion on the main question.

The conclusion suggests that nurses can contribute to conceptualizing practice and developing personal and professional competence by initiating reflexive discussions on three levels. Thus they can contribute to theoretical and experience related discussions in the perspective of a transactional empowerment ideology. Focusing on a salutogenetic perspective in discussing concepts, methods and coping possibilities, an interprofessional practice can be developed as a basis for team collaboration.

In order to contribute to the development of empowerment based on interdisciplinary collaboration, the identification of nursing philosophy and specific research practice are discussed as ground for arguing in favour of them on health and social political levels as well as by means of documentation and practice theory development.

INDHOLDSFORTEGNELSE

KAPITEL 1	5
1.1 Indledning og begrundelse for emnevalg	5
1.2 Litteraturstudier og problembeskrivelse	7
1.2.1 Organisering af diabetesomsorgen i Danmark	7
1.2.2 Tværfaglighed	9
1.2.3 Sygeplejerskens funktion i diabetesomsorgen	12
1.2.4 Sundheds- og sygdomsopfattelser	14
1.2.5 Empowerment	16
1.3 Sammenfatning og problemformulering	17
 KAPITEL 2	 20
2.1 Metodebeskrivelse	20
2.1.1 Filosofisk og videnskabsteoretisk referenceramme	20
2.1.2 Analysemetode	21
2.1.3 Specialets struktur	22
2.1.4 Begrundet redegørelse for litteratur- og forfattervalg	23
 KAPITEL 3	 27
3.1 Begrebsliggørelse af empowerment	27
3.1.1 Analyse og diskussion af empowermentrelateret teori	27
3.1.2 Sammenfatning af empowermentrelaterede teorianalyser	39
3.1.3 Konklusion på, hvordan man kan forstå empowerment i en forebyggende diabetesomsorg	42
 KAPITEL 4	 44
4.1 Undersøgelse af diabetesomsorgen i Danmark i et empowermentperspektiv	44
4.1.1 Pragmatisk analyse af ”En ting er teori – noget andet er praksis..”	44
4.1.2 Pragmatisk analyse af <i>Diabetes – en skole for livet</i>	46
4.1.3 Sammenfattende komparativ analyse og diskussion	49
4.2 Undersøgelse af diabetesomsorgen i Danmark i et transaktionelt perspektiv	50
4.2.1 Konklusion på undersøgelse af diabetesomsorgen i Danmark i et transaktionelt perspektiv	58
4.2.2 Diskussion af sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i diabetesomsorgen	59
4.3 Undersøgelse af diabetesomsorgen i Danmark i et salutogenetisk perspektiv	63
4.3.1 Konklusion på undersøgelsen af diabetesomsorgen i Danmark i et salutogenetisk perspektiv	68
4.3.2 Diskussion af sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i diabetesomsorgen	69
4.4 Undersøgelse af diabetesomsorgen i Danmark i et kommunikativt, frigørende og tværfagligt perspektiv	71
4.4.1 Konklusion på undersøgelse af diabetesomsorgen i Danmark i et kommunikativt, frigørende og tværfagligt perspektiv	76

4.4.2 Diskussion af sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i diabetesomsorgen	77
KAPITEL 5	81
5.1 Konklusions- og perspektiveringsafsnit	81
5.1.1 Diskussion af metode	81
5.1.2 Konklusion	82
5.1.3 Perspektivering	87
REFERENCELISTE	90
BIBLIOGRAFI.....	99

KAPITEL 1

1.1 Indledning og begrundelse for emnevalg

I specialet sættes fokus på empowermentbegrebets indtræden i den danske diabetesomsorg og sygeplejerskens rolle heri.

Emnet er interessant, fordi empowerment i disse år synes at manifestere sig i diabetesomsorgen i Danmark (Hansen 2004; Zoffmann 2004; Nielsen 2002). Der er således oprettet et 'Center for Empowerment', som skal danne rammen om kursusvirksomhed på diabetesområdet, dels centralt i Diabetesforeningen, dels lokalt "i samarbejde med.. sygehuse, oplysningsforbund, Sund By butikker, motionsorganisationer.. og væresteder" (Flyvbjerg 2004:30).

Sygeplejefagligt er emnet interessant, fordi sygeplejersken beskrives som nøgleperson i diabetesomsorgen (Sundhedsstyrelsen 1994), og derfor må forventes at bidrage aktivt til integration af empowerment på området.

En stor del af diabetesomsorgen omfatter undervisning med henblik på at bringe patienten i stand til at mestre sit liv med en kronisk sygdom, og undervisningen beskrives ud fra en empowermentfilosofi (Hansen 2004; Zoffmann 2004; Johansson & Skinner 2003; Anderson & Funnell 2000). Empowerment forklares som en tilgang, hvor patientautonomi og frigørelse fra behandlerens systemets dominans er målet i en patientcentreret indsats, knyttet til et salutogent sundhedsbegreb, defineret gennem evnen til at mestre dagliglivets fænomener (Jensen & Johnsen 2000; Vinther-Jensen 2000). Empowerment betragtes derfor af nogle som et alternativ til det medikocentriske paradigme, hvor målet er patientcompliance med afsæt i medicinsk funderede behandlingsråd (Johansson & Skinner 2003; Anderson & Funnell 2000; Maunsbach 2000; Feste & Anderson 1995).

Videnskabsteoretikeren og filosofen Thomas Kuhn (1922-1996) forklarer ifølge Scheel (1999) paradigmebegrebet som "et videnskabeligt samfunds- eller fagkollektivs grundlæggende opfattelse af, hvad der er dets emne eller genstandsområde" (p 66). Kuhn taler om paradigmet som en faglig matrix, hvor aktiviteten identificeres i den faglige sammenslutning, og hvor der hersker enighed om gældende kriterier for valg og udvikling af teorier og metoder. Paradigmeskift sker ved en revolutionær proces, der resulterer i

nye fælles værdier og kriterier for vidensudvikling og metodik (Kuhn 1977,1995). Paradigmet udtrykker iflg. Dahlberg et al (2001) disciplinens ontologiske forståelse af det værende i virkeligheden. Der udover udtrykkes fællesskabets epistemologi eller syn på, ”*hvad der kan vides om virkeligheden og vore relationer til den*” (Nielsen & Lunde 2003:77).

Når paradigmet forklares ved det videnskabelige fællesskab, der definerer genstandsfeltet, kan diabetesteamet betragtes som den faglige matrix, der skal arbejde ud fra en fælles teori- og methodedvikling. Sygeplejersken indgår således i et tværfagligt samarbejde, som iflg. den franske filosof og videnskabsteoretiker Louis Althusser (1975) forudsætter et fælles videnskabeligt forskningsobjekt som en nødvendighed for konkret praksisintervention, og hvor tværvidenskabelighed betragtes som en forudsætning for tværfaglighed.

Forskellige undersøgelser peger på, at netop det fælles forskningsobjekt kan være et problem. Således konstaterer Hanne Fredslund¹ (2001), at lægerne afviser implementering af sundhedsfremmende samtaler i sygehusregi med henvisning til deres fokus på en patogenetisk funderet forebyggelsesstrategi. Paterson² (2001) finder, at udgangspunktet for samarbejde med diabetespatienter er biomedicinsk, på trods af intentioner om empowerment. Idet undersøgelserne således peger på, at praksisinterventioner præges af forskellige objekttopfattelser, kan man spørge, om der i diabetesomsorgen arbejdes ud fra et tværvidenskabeligt paradigme, som Althusser foreskriver, eller om den er præget af forskellige skolers manglende enighed om et fælles objekt. Det er på baggrund af en formodning om, at der i det tværfaglige og tværvidenskabelige samarbejde kan være indlejret konflikter med hensyn til et fælles udgangspunkt for aktiviteter, sygeplejer-

¹ Hanne Fredslund, Cand. Scient, Pol. Ph.d. Ansat ved Afdeling for Miljø og Arbejdsmedicin. I Ph.D. afhandlingen *Når ”vilde” problemer tæmmes – en filosofisk-hermeneutisk fortolkning af en forebyggelsessamtale på en afdeling på Bispebjerg Hospital* (2001) afdækkes evt. barrierer for implementering af forebyggelsestiltag i sygehusregi.

² Barbara Paterson, Associate Professor, School of Nursing, University of British Columbia, Vancouver, Canada. Artiklen “Myth of empowerment in chronic illness” (2001) refererer til en fænomenologisk undersøgelse af patienters oplevelse af kontakter til sundhedsprofessionelle og den hjælp, de får til at træffe beslutninger om deres hverdag med diabetes i en praksis, hvor samarbejdet dikteres af intentioner om empowerment.

skens rolle for integration af empowerment i diabetesomsorgen undersøges i dette speciale.

1.2 Litteraturstudier og problembeskrivelse

Efterfølgende litteraturstudier skal skabe forståelse for kontekstuelle forhold med indflydelse på integration af empowerment i diabetesomsorgen og bidrager således også til afgrænsning af specialets undersøgelsesspørgsmål (Kvale 2003; Furseth & Everett 2000). Søgeord for specialets litterære grundlag er: Sygepleje og Diabetes, Empowerment, Patientundervisning, Sundhedsfremme, Forebyggelse, Tværfaglighed og Samarbejde; Videnskab/Sygeplejevidenskab på dansk, norsk, svensk og engelsk gennem henholdsvis Bibliotek.dk.; Pub. med; Cinahl og Psyc. INFO samt forlagene Blackwell, Oxford og Wiley. Indkredsning af empirisk analysemateriale er koncentreret om aspekter vedrørende undervisning af diabetespatienter i et patient og behandler / sygeplejerskeperspektiv, fordi det er væsentligt, når værdinormer diskuteres i forhold til relationer mellem patient og professionel i en konkret kontekst (Stubblefield & Mutha 2002; Nortvedt 1997). I specialet omtales sygeplejersken i hunkønstermer, mens patienten omtales som hankøn.

1.2.1 Organisering af diabetesomsorgen i Danmark

For at forstå den behandlingsmæssige kontekst, empowerment skal integreres i, redegøres efterfølgende for organiseringen af diabetesomsorgen i Danmark.

Diabetes Mellitus er en metabolisk sygdom, karakteriseret ved kronisk hyperglykæmi på grund af absolut eller relativ insulinmangel med deraf følgende påvirkning af fedtprotein- og kulhydratstofskiftet. Sygdommen manifesterer sig i to forskellige typer³ (Graue 2001).

For begge typer gælder en stigende global incidens. Mens der i Danmark er registreret mellem 20.000 og 30.000 patienter med Type 1 Diabetes, anslås mellem 200.000 og

³ Type 1 Diabetes, hvor insulinproducerende celler nedbrydes af antistoffer med deraf følgende insulinmangel. Behandlingen sigter mod regulering af blodsukkeret og forebyggelse af akutte og sendiabetiske komplikationer gennem afstemning af insulintilførsel, kost og motion. Type 2 Diabetes er et metabolisk syndrom, der udover insulinresistens kombineret med forsinket eller nedsat insulinproduktion, karakteriseres ved hyppig forekomst af hypertension, øget lipid- og triglyceridindhold i blodet samt forandringer i kroppens blodkar. Blodsukkerniveauet reguleres ved hjælp af kost, motion og evt. perorale antidiabetika eller insulin (Graue 2001).

300.000 at have Type 2 Diabetes, med en årlig tilvækst på 10-20.000 tilfælde. Heraf skønnes kun ca. halvdelen diagnosticeret (Støvring et al 2003; Sundhedsstyrelsen 2003).

Type 2 Diabetes beskrives som et velfærdssyndrom, hvis udvikling hænger sammen med uhensigtsmæssig stor indtagelse af sukker og fedt, kombineret med for lidt motion. En stigende gennemsnitslevealder betyder, at flere når at udvikle diabetes (Støvring et al 2003; Beck-Nielsen et al 2000). På trods af en øget indsats for en sundere livsstil vil man således kunne forvente et øget pres på sundhedsvæsenet for at dæmme op for de store personlige, samfundsmæssige og sundhedsøkonomiske omkostninger, der er forbundet med udvikling af senkomplikationer, sygefravær og evt. tidlig pensionering (Due-Christensen 2004; Pedersen 2003; Diabetes UK 2002; Graue 2001; Sundhedsstyrelsen 1994).

Uanset ætiologi gælder for begge diabetestyper, at et stabilt blodsukkerniveau og en intensiveret kontrolindsats har signifikant indflydelse på forebyggelsen af de senkomplikationer⁴, der ses som resultat af en dårlig blodsukkerregulation (Sundhedsstyrelsen 1994, 2003; Madsbad 2001; DCCT 1993). Sundhedsmyndighedernes fokus retter sig derfor mod en forebyggende indsats gennem anbefalinger om en ensartet organisering af diabetesomsorgen i Danmark, orienteret mod at styrke diabetikerens ressourcer til fremme af ”*egenomsorg og medansvar for behandlingen med størst mulig uafhængighed af behandlersystemet.*” samt af ”*..livskvalitet samt normal livslængde.*” (Sundhedsstyrelsen 1994:42). Dermed stiler Sundhedsstyrelsen mod at opfylde politiske mål om udvikling af befolkningens handlekompetencer og ansvarlighed for egen sundhedsadfærd (Vallgård 2003).

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger er der oprettet diabetescentre med ambulatorievirksomhed i sygehusregi. Patienter med Type 1 Diabetes behandles i et samarbejde mellem sekundær- og primær sundhedssektor. Patienter med Type 2 Diabetes behandles i primær sundhedssektor med mulighed for visitation til sygehusenes ambulatorier og diabetesskoler (Rubak et al 2002; Fyns Amt 2000; Sundhedsstyrelsen 1994). Skolerne retter sig mod begge typer af diabetespatienter (Hansen 2004; Maunsbach 2004; Diabetesforeningen 1998). Således tilgodeses anbefalinger om ”*at intensivere undervisningen af*

⁴ Langvarige blodsukkeruregelmæssigheder kan føre til udvikling af aterosklerotiske forandringer med deraf følgende risiko for blindhed, nefropati, AMI og cerebrale blødninger, udvikling af diabetiske fodsår og neuropati (Borrild & Maseus 2001; Graue 2001; Madsbad 2001; Beck-Nielsen 2000; Sundhedsstyrelsen 1994).

diabetikerne og pårørende” (Sundhedsstyrelsen 1994:42) med henblik på at øge en sundhedsfremmende adfærd. Praksiskonsulenter sikrer et tværsektorielt samarbejde, og kvaliteten af diabetesomsorgen sikres ved etablering af tværfaglige team, knyttet til ambulatorier og dagafsnit, og ledet af læger med speciale i endokrinologi. Diabetesteamet omfatter læger, sygeplejersker, diætist og fodterapeut med mulighed for yderligere specialtilknytning efter behov (Rubak et al 2002; Sundhedsstyrelsen 1994). I den forstand kan man forstå, at kvaliteten af det tværfaglige samarbejde spiller en væsentlig rolle for resultatet af diabetesomsorgen. Tværfaglighed er et alment og positivt ladet, men ikke entydigt begreb (Ejrnæs 2004; Lauvås & Lauvås 2004). Med henblik på at forstå begrebets betydning for samarbejdet i diabetesteamet, undersøges derfor forskellige perspektiver på tværfaglighed.

1.2.2 Tværfaglighed

Et fag kan opfattes som det revir, den enkelte fagudøver repræsenterer og forsvarer udadtil (Lauvås & Lauvås 2004). Iflg. Fink (2003) bliver faget et fag i den udstrækning, det indgår i en samfundsmæssig organisering, og defineres således som *”ét eller flere adskilte, men alligevel forbundne, sideordnede områder i en sammenhængende struktur”* (p 194-195).

I litteraturen skelnes mellem forskellige former for tværfagligt samarbejde. Lauvås & Lauvås (2004) koncentrerer sig om tværfaglighed knyttet til fagudøvelse, hvor samarbejdsformerne spænder fra flerfaglighed over monosamarbejde til tværfaglighed af første og anden orden.

Flerfaglighed, nødvendiggjort af en øget specialisering, refererer til et samarbejde, hvor de involverede faggrupper bidrager parallelt til belysning af et problem. Idet konstruktion af arbejdssyntesen ikke er et fællesprodukt, og der ikke etableres nogen direkte kontakt mellem de forskellige faglige kundskabsbaser, er der tale om en tværfaglig samordning, hvis ambitionsniveau ikke lever op til kravene for tværfaglighed om at udgøre mere end summen af de fag, der repræsenterer gruppen (Ibid 2004; Fink 2003).

På samme måde lever monosamarbejde, karakteriseret ved, at der mellem disciplinerne typisk er én faggruppe, som formulerer synteser og metodik, begrundet i fagets viden-

skabelige dominans i det konkrete hierarki, heller ikke op til kravene for tværfaglighed (Lauvås & Lauvås 2004).

Tværfaglighed af 1. og 2. orden refererer til et engageret professionelt samarbejde om et fælles projekt, udgået fra en fælles formuleret syntese.

Førsteordens- eller interdisciplinær tværfaglighed karakteriseres ved reel integration af specialkundskaber i den helhed, problemstillingen er en del af. Fokus er rettet mod kontinuerlig udvikling af tværfaglig kundskab og kompetence.

Andenordens- eller transdisciplinær tværfaglighed beskrives som teamsamarbejde, hvor den enkeltes specialkundskab gøres tilgængelig for teamets øvrige medlemmer, og hvor ansvaret for resultatet er knyttet til alle medlemmer i det team, hvis formål det er at løse opgaverne (Ibid 2004). Bailey (1984) understreger betydningen af intern rollefrigørelse/opløsning uafhængigt af de enkeltes faglige tilhørsforhold. Et synspunkt, Lauvås & Lauvås (2004) vurderer som urealistisk i den kliniske kontekst, hvori det konkrete samarbejde etableres.

Lauvås & Lauvås (2004) beskriver patientens erfaring om sig selv, sine problemer og behov som komplementære bidrag til den problemforståelse og virkelighedsopfattelse, der begrunder professionelle beslutninger og handlinger. Derfor argumenteres for, at tværfagligt samarbejde må omfatte klientens ekspertise, hvis ikke professionelle skal handle hen over hovedet på ham. I den forstand bliver det vigtigt at fokusere på samarbejdet som et relationelt aspekt, og holdninger hos fagpersonale på konkret og politisk niveau bliver væsentlige faktorer i samarbejdet.

I en diabetesomsorg, styret af en flerfaglig eller monoorienteret samarbejdsform, synes der at være en risiko for at handle hen over hovedet på patienten, der ikke umiddelbart opfattes som et ligeværdigt teammedlem. I en interdisciplinær samarbejdsform må patienten opfattes som ligeværdig partner, der bidrager til udvikling af kundskaber og kompetencer relateret til det fælles problem. I en transdisciplinær samarbejdsform synes såvel patientens som de professionelles roller derimod uklar udenfor forskningslaboratoriet.

Set i relation til Althussers krav til det tværfaglige samarbejde om forankring i tværvindskabelighed (Althusser 1975) synes det problematisk, når Sundhedsstyrelsen (1994)

alene tager stilling til diabetesteamets professionelle niveau, og ikke til den videnskabelige tilknytning og fokusering på fælles forsknings- og interventionsobjekter.

Lauvås & Lauvås (2004) taler om tværvideenskabelig forskning som en virksomhed, der går på tværs af etablerede akademiske discipliner, og som kan inddeles i kategorier efter forskningsformålet ud fra samme perspektiver som forfatterne anvender til beskrivelsen af tværfaglighed i fagudøvelsen. Fink (2003) peger på en særlig faglig forpligtelse til at huske, at det er fagets genstand, der skal studeres, og ikke selve faget. Han siger: *”At studere medicin er at studere menneskers helbredsproblemer, ikke bare faglitteraturens løsningsforlag”* (p 203).

Dahlberg et al (2001) taler om videnskab som et socialt fænomen, hvor de forskere, der udvikler teori også er dem, der kontrollerer paradigmet. Vallgård (2003) og Wackerhausen (2000) peger på, at den forskningstradition, der præger synet på sundhed og sygdom, er grundlag for såvel en konkret indsats som for de områder, der udforskes. I lyset af undersøgelsesresultater, der viser, at omsorgsydelser til diabetespatienter formes af en traditionel medicinsk tilgang (Zoffmann 2004; Paterson 2001; Anderson 1995) er det derfor nærliggende at antage, at objekt for forskning og konkret praksisintervention i diabetesomsorgen søsættes i en medicinsk forskningstradition.

Juul Jensen (2003) argumenterer for, at en videnskabelig disciplin må skaffe sig klarhed over eget værdigrundlag og særlige forskningspraksis, hvis den skal kunne bidrage til, og drage fordel af et tværvideenskabeligt samarbejde. Sygeplejen må altså klargøre egen forskningspraksis og forskningsobjekt i en tværvideenskabelig sammenhæng (Hall 2004). Derfor er det iflg. Meleis (2005) relevant at diskutere, hvilke teoritilgange og metoder, der er anvendelige til udforskning af fænomener med central betydning for sygeplejen og sygeplejevidenskab. Kirkevold (2002) peger netop på, at sygeplejefaget fra forskellig side beskrives som ontologisk og epistemologisk upræcist og uselvstændigt. Dahlberg et al (2001) problematiserer sygeplejens position i humanvidenskab, hvor den som ny videnskab uden særegen teoribase risikerer at følge anerkendte videnskabers metoder, herunder biomedicinske og teknologiske metoder til beskrivelse af sygeplejens problemer. De argumenterer for sygeplejens væren ud fra et livsverdensperspektiv, og vidensudvikling koncentrerer sig om fænomeners fremtræden i menneskets livsverden indenfor en fænomenologisk tænkning. Forfatterne afviser en sammenblanding af paradigmer men argumenterer for, at sygeplejen kan diskuteres ud fra andre discipliner på et

teoretisk niveau i lyset af sygeplejens metaparadigme. Dahlberg et al synes dermed at angive præmisser for sygeplejefagets deltagelse i den tværvidenskabelighed, som er forudsætningen for diabetesteamets tværfaglige samarbejde i et fællesskab, hvor konflikter iflg. Ejernæs (2004) både kan knyttes til et professionssociologisk perspektiv og til en samfundsmæssigt defineret faghierarkisk indplacering i det sundhedsvidenskabelige kollektiv.

Når Sundhedsstyrelsen (1994) på den ene side beskriver sygeplejersken som en nøgleperson i det tværfaglige team omkring diabetespatienten, og på den anden side undlader at forholde sig til teamets videnskabelige tilknytning, bliver sygeplejerskens rolle i teamet og i en forebyggende diabetesomsorg uklar. For at forstå sygeplejerskens rolle i det tværfaglige samarbejde, der skal danne rammen om empowerment, undersøges de krav, der stilles til sygeplejen i diabetesomsorgen.

1.2.3 Sygeplejerskens funktion i diabetesomsorgen

Sygeplejefaget kan anskues i et patientperspektiv, et samfundsmæssigt- og et fagligt perspektiv. Fagets sociale mandat defineres gennem samfundets forventninger om at varetage behandlende, forebyggende, rehabiliterende, lindrende, sundhedsbevarende og sundhedsfremmende opgaver (DSR 2004; Kirkevold 2002; Undervisningsministeriet 2001). Udefra defineres mandatet af samfundet som helhed, af patienter samt andre faggrupper og indefra af sygeplejefaget selv. Fagets egenlogik handler både om klinisk praksis og forskningspraksis, hvor videns- og kundskabsudvikling baseres på problemstillinger knyttet til fagets definerede genstandsområde (Fink 2003; Scheel 1999). Sygeplejevidenskabens skal således ”.. *producere kunnskap som kan underbygge og bedre sykepleiepraksis*” (Kirkevold 2002:21).

I forhold til et patientperspektiv konstaterer Benner & Wrubel (1989), at patienter forbinder god sygepleje med sygeplejerskens evne til at være til stede i den kontekst, omsorgen er en del af. Forfatterne anser omsorg for afgørende for menneskets væren og siger derfor, at sygepleje ikke kan eksistere uden omsorg. Afgørende for god sygepleje er forståelse af patientens udgangspunkt for at yde omsorg for sig selv og opnå velvære, og teori om sygepleje udvikles med udgangspunkt i praksis, i mødet mellem sygeplejer-

ske og patient. Ligesom hos Benner & Wrubel er patientens centrale placering vigtig for Dahlberg et al (2001), og tavs viden og intuition spiller en stor rolle. Deres ærinde er derfor at udforske og ekspliciterer så stor en del af den tavse viden som muligt. Hensigten er at forstå patientens livsverden for derved at forstå behovet for omsorg og sygepleje.

Sygeplejefagets ydelser defineres der udover gennem den aktuelle samfunds- og sundhedspolitiske udvikling (Ibid 2001; Lyngaa 2000; Scheel 1999). Et samfundsmæssigt perspektiv med betydning for sygeplejerskens rolle i diabetesomsorgen fremgår af Sundhedsstyrelsens redegørelse: *Diabetesbehandling i Danmark – en fremtidig organisering* (Sundhedsstyrelsen 1994). Sygeplejersken beskrives heri som en nøgleperson, der bidrager til et tværfagligt samarbejde ud fra sin ekspertviden. Det er sygeplejerskens opgave at ”styrke diabetespatientens selvstændighed og medansvar for behandling af sygdommen” (Ibid:58) gennem individuel planlægning under hensyntagen til den enkelte patients ressourcer og behov. Hun må tilrettelægge og koordinere den undervisning, der er en integreret del af behandlingen, og har ansvar for at sikre den enkelte patient et optimalt videns- og færdighedsniveau med henblik på at udvikle en sundhedsfremmende adfærd (Ibid 1994).

Af *Kompetenceprofil for Sygeplejersker, der arbejder med mennesker med diabetes mellitus*⁵ fremgår, at sygeplejen til diabetespatienter må bygge på fagspecifik viden om sygdommen, om sygeplejeteorier og pædagogiske teorier. Kundskabs- og kompetenceudvikling må gøre sygeplejersken i stand til at støtte patienten i at bevare eller øge sin livskvalitet samt at afdække det, der har betydning for hans liv med diabetes (FS19 2002). Relateret til sygeplejevidenskabens sociale mandat må udvikling af sygeplejen til diabetespatienter altså have udgangspunkt i problemstillinger, der vedrører patientens muligheder for at håndtere og leve med en kronisk sygdom.

I et samfundsperspektiv, hvor et mål er udvikling af patienters handlekompetence med henblik på at forebygge komplikationer og sikre livskvalitet gennem en sundhedsfrem-

⁵ ”Kompetenceprofil for Sygeplejersker, der arbejder med mennesker med Diabetes Mellitus” er initieret af den Faglig Sammenslutning FS19 i 2001, og er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af Amtsdia-
betessygeplejerske Bente Basset, Chefsygeplejerske Lis Borrild, Specialesygeplejerske Alice Jørgensen,
Afdelingssygeplejerske Jytte Løkke, Afdelingssygeplejerske Birte Mors, Klinisk Sygeplejespecialist
Charlotte Schiøtz og Diabetessygeplejerske Pia Nørvang.

mende adfærd (Vallgård 2003; Regeringen 2002; Sundhedsstyrelsen 1994), må kundskabsudviklingen forventes at fokusere på viden om en forebyggende indsats i sygeplejepraksis. For Dahlberg et al (2001) vil det betyde, at forskningsindsatsen har udgangspunkt i patientens oplevelse af livet med diabetes.

Hvis grundlaget for handling og for de områder, der udforskes, er funderet i den forskningstradition, der præger synet på sundhed og sygdom i en konkret praksis (Vallgård 2003; Wackerhausen 2000), er det relevant at undersøge forskellige forskningstraditioners syn på sundhed og sygdom med henblik på at forstå den videnskabelige kontekst, sygeplejerskens forebyggende indsats indgår i i diabetesomsorgen, hvor evt. uenighed om et fælles forskningsobjekt iflg. Althusser (1975) vanskeliggør tværvideenskabelig kundskabsudvikling.

1.2.4 Sundheds- og sygdomsopfattelser

Ved at tiltræde WHO's målsætning om Sundhed for alle har Danmark forpligtet sig til at arbejde forebyggende og sundhedsfremmende ud fra et bredt sundheds- og sygdomsbegreb. WHO siger dertil: "*Sundhed er ikke blot fravær af sygdom og svagelighed, men også en tilstand med fuldstændig fysisk, psykisk og social "well-being"*" (citeret i Kamper-Jørgensen & Almind 2005:24). Sygdomsbegrebet er således en del af sundhedsbegrebet og en konsekvens af fravær på et fysisk, psykisk og/eller socialt område. Der udover omfatter sundhedsbegrebet en subjektiv oplevelse af velvære (Ibid 2005; Lyngaa 2000).

Der er ifølge Juul Jensen (1997) et filosofisk problem knyttet til måden, vi forholder os til sygdomsbegrebet på, idet en objektiv sygdomsopfattelse bygger på helt andre traditioner end en subjektiv. I det objektive fænomen er udgangspunktet oftest meget præcist, da "*noget er sygdom i objektiv forstand, hvis det er udtryk for en biologisk afvigelse eller en afvigelse fra en biologisk normalfunktion*" (Ibid:33). Et subjektivt fænomen er karakteriseret ved en individuel oplevelse, således at det er det, den enkelte frit vælger at præsentere lægen for, der bliver til sygdom eller symptom.

Måden, man forholder sig til begreberne forebyggelse og sundhedsfremme knytter ligeledes an til forskellige forsknings- og erkendelsestraditioner. Jensen & Johnsen (2000) forklarer forebyggelsesarbejdet ud fra både en biomedicinsk og objektiv ramme, og fra

et socialmedicinsk perspektiv, hvor levevilkår og livsstil er faktorer med indflydelse på sygdomsudvikling. I den forstand bliver forebyggelse let ekspertens anliggende. Den professionelle ved, hvad der skal til for at *"holde folk raske ved at undgå sygdom"* (Ibid:7). Maunsbach (1999) taler om medikalisering og fastholdelse af patienten i en sygerolle ud fra en objektiv sygdomsdefinition.

En sundhedsfremmende indsats er forankret i *"folks følelser og livsprojekter"* (Jensen & Johnsen 2000:8), hvor opmærksomheden vendes mod de faktorer, der holder mennesker sunde. Der er fokus på handlemuligheder og ressourcer i og omkring den enkelte og befolkningsgrupper, hvor målet først og fremmest er at *"øge folks følelse af sammenhæng"* (Ibid:7). Begrebet sammenhæng er hentet hos Antonovsky (1923-1994), der forklarer menneskers evne til at gennemleve stress uden at blive syge ved oplevelsen af sammenhæng (efterfølgende OAS). Han placerer sin opfattelse af sundhed og sygdom på et mangedimensionelt kontinuum, strækkende sig fra et godt til et dårligt helbred. En patogenetisk tilgang tilskynder til at forhindre sygdom ved at lede efter dens ætiologi, mens en salutogenetisk tilgang favner menneskets totale historie, omfattende sygdom som en del af de omstændigheder, det er underlagt. Derfor må mestringsstrategier tage udgangspunkt i spørgsmålet: *"What are the factors involved in at least maintaining one's location on the continuum or moving toward the healthy pole?"* (Antonovsky 1987:12).

Den engelske læge og professor Eric Cassell (1987) anfægter lægevidenskabens ensidige fokusering på en objektivt funderet sygdomsbehandling og argumenterer for et kommunikativt samarbejde mellem patient og læge omkring sygdommens betydning, idet han præciserer, at sygdom altid er bundet til mennesket. Katie Eriksson, finsk professor i sygeplejevidenskab, knytter sundhed og sygdom til biologiske, psykiske, åndelige og sociokulturelle fænomener med betydning for menneskets individuelle funktionsniveau. Sygdom opstår ved uligevægt mellem personen og den sociale kontekst, og en biologisk funktionsnedsættelse er konsekvensen af samspillet mellem organismen i social og/eller biologisk forstand, og individets manglende motivation. Sundhed indebærer det enkelte menneskes oplevelse af optimal funktion (Eriksson 1989;1995). Dermed bliver den enkeltes kapacitet afgørende for opfattelsen af, hvorvidt personen er syg eller sund, og sygeplejens fokus at styrke patientens funktionsoplevelse ved at øge kapaciteten.

Eriksson har i sin forskning fokus på lidelsesbegrebet som en forudsætning i menneskets væren og argumenterer for, at sygeplejen orienterer sig mod lidelsen og det lidende menneske som forskningsobjekt i stedet for et biomedicinsk funderet objekt (Eriksson 1994). Lidelse er et centralt fænomen i kronisk sygdom, og oplevelse af mening i lidelsen påvirker den enkeltes opfattelse af sin funktionskapacitet i en given kontekst, og dermed den subjektive oplevelse af sig selv som sund eller syg (Hovdenes 2001).

Diabetikere og sundhedspersonale kan have divergerende opfattelser af sundhed og sygdom. Nogle diabetikere oplever sig som sunde i subjektiv forstand trods deres diabetes, mens professionelle ud fra et objektivi kriterium definerer diabetikere som syge (Zoffmann 2004; Pedersen et al 2002; Maunsbach 1999). Diabetes er en kronisk lidelse. Om det siger sygeplejerskerne Curtin og Lubkins, citeret af Gjengedal og Hanestad (2001), at

”Kronisk sygdom er en irreversibel konstant, tiltagende eller latent sygdomstilstand eller svakhed som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygning av videre funksjonssvikt”

(p 12).

Der åbnes således for et helhedsorienteret syn på mennesket som et socialt væsen i interaktion med miljøet (Ibid 2001), og såvel Curtin og Lubkins som Eriksson synes at udtrykke sig inden for rammerne af et bredt sundhedsbegreb.

Når Hølge-Hazelton (2003) erfarer, at undervisningen på diabetesskolen ligner en gentagelse af sygeplejerskens egen undervisning i patologi fra studietiden, og Paterson (2001) refererer til, at samarbejdet med patienterne bygger på en biomedicinsk tænkning i en intenderet empowered praksis, fornemmes en mulig interessekonflikt mellem en biomedicinsk og en salutogenetisk tilgang, som nødvendigvis må få indflydelse på integration af empowerment i en forebyggende diabetesomsorg. For at forstå, hvilke værdier der er på spil, redegøres efterfølgende for nogle overordnede tanker om empowerment.

1.2.5 Empowerment

Empowerment præsenteres første gang i diabetesomsorgen i USA som et alternativ til den patogenetiske tilgang, der hidtil har været udgangspunkt for et paternalistisk og ekspertfunderet samarbejde med diabetespatienter, med ansvaret for patientcompliance

placeret hos den professionelle (Johansson & Skinner 2003; Maunsbach 2002; Anderson & Funnell 2000).

I empowermentparadigmet beskrives mennesket som et handlende væsen, med en iboende kraft, som driver det til at opnå velvære. Målet med en professionel indsats er derfor at styrke patientens beslutningsevne gennem ligeværdig kundskabsudvikling med respekt for de faktorer, der motiverer patientens handlinger. Fokus rettes mod patienten som den, der skal træffe vigtige beslutninger om sit liv, og empowerment knytter således an til måden, WHO taler om en målrettet indsats for at styrke den enkeltes magt over sit liv (Anderson & Funnell 2000; Vinther-Jensen 2000; Wallerstein 1992; Wallerstein & Bernstein 1988).

Maunsbach (1999) peger på, at empowerment ”*indeholder varierende grad af politisk og ideologisk dybde*” (p 61). Hun refererer til Fahrenfort, som mener, en politisk beslutning om empowerment med frigørelse og styrkelse af individets selvregulering i en praksis, der er præget af en medikocentrisk og autoritær ideologi, er problematisk. Derved opstår der tvivl om, hvorvidt det overhovedet er muligt at integrere empowerment i et biomedicinsk funderet behandlingsmiljø. Vallgård (2003) karakteriserer empowerment som et undertrykkende fænomen, der medvirker til at involvere patienter på statens præmisser med udgangspunkt i en markedsøkonomisk tænkning. Set i lyset af disse forskellige opfattelser af empowermentfilosofiens plads i sundhedsvæsenet, synes der ikke alene at være en kløft mellem et patogenetisk og et salutogenetisk udgangspunkt for en forebyggende indsats på konkret plan. Der tegnes også et billede af værdikonflikter på et samfunds- og sundhedspolitisk plan, som synes at få konsekvenser for diabetesomsorgen. Vel vidende, at enhver praksis er under indflydelse af en samfundslogik (Fink 2003) rettes fokus i dette speciale primært mod undersøgelse af de værdier, der præger en forebyggende indsats i den konkrete praksis og mod sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i en tværfaglig, forebyggende diabetesomsorg.

1.3 Sammenfatning og problemformulering

Sammenfattende peger de indledende litteraturstudier på, at integration af empowerment i diabetesomsorgen kan være problematisk. Der synes at være en tendens til, at den fo-

rebyggende indsats er orienteret mod en veletableret biomedicinsk sygdomsforståelse og forskningspraksis med konsekvens for ligeværdigheden i patientsamarbejdet. En erfaring, der står i kontrast til intentioner om udvikling af patientens kompetencer til at tage ansvar for sit liv med diabetes gennem gensidig og ligeværdig kundskabsudvikling i et empowered perspektiv.

Vibeke Zoffmann (2004), der i sin kvalitative forskning arbejder med implementering af 'Guided - Egen – Beslutning' som redskab i et empowermentinspireret samarbejde mellem sygeplejerske og diabetiker, finder konflikter på tre niveauer: måden, livet med diabetes opfattes på; måden, forhold til relationsbetingede muligheder for forandring ansues samt måden, den professionelle håndterer forskellige tilgange til sygdomsbegrebet. Hun viser, at empowermentfunderede værdier kan tilgodeses ved planlægning af patient - sygeplejerske interaktioner, hvor fokus er patientens selvforståelse i måden at opleve og håndtere faktorer, der påvirker hverdagen med diabetes. Set i lyset af, at Zoffmann i lighed med andre forskere beskriver empowerment som et paradigmatiske alternativ til det herskende i diabetesomsorgen (Ibid 2004; Paterson 2001; Anderson & Funnell 2000), kan det anses som en mangel, når forskeren tilsyneladende nedprioriterer en diskussion af paradigmatiske faktorer med betydning for integration af empowerment i en biomedicinsk domineret kontekst.

Ikke mindst på baggrund af, at nogle patienter oplever sygeplejersken som lægens forlængede arm uden selvstændigt ærinde i en paternalistisk funderet undervisning (Hølge-Hazelton 2003) kan det se ud, som om sygeplejefprofessionen har et problem i forhold til integration af empowerment, funderet i et tværfagligt samarbejde. Set i relation til dette speciales emne er det derfor interessant at undersøge vilkårene for empowerment i en forebyggende diabetesomsorg med henblik på at forstå sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration heraf i et tværfagligt team. Fokus for undersøgelsen vil derfor være empowermentfilosofiens teoretiske forklaringsgrundlag og diskussion af vilkårene for integration af empowerment i den aktuelle diabetesomsorg i Danmark. Idet empowerment kan betragtes som en filosofisk tilgang til mennesker som helhed, afgrænses udgangspunktet for undersøgelsen til patienter med Diabetes Type 1 og 2 i ambulatorier og diabetesskoler, svarende til de patientgrupper, sygeplejerskens omsorg retter sig imod (Rappaport 1987). På baggrund af ovenstående bliver specialets overordnede formål at undersøge

Hvordan kan man forstå sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i diabetesomsorgen?

Med udgangspunkt i den forforståelse, der er udledt af specialets indledende litteraturstudier søges problemformuleringen besvaret gennem undersøgelse af flg. spørgsmål:

- 1. Hvordan kan man forstå empowerment i en forebyggende diabetesomsorg?**
- 2. Hvordan ser en tværfaglig, forebyggende diabetesomsorg ud i Danmark i forhold til den måde, man kan forstå empowerment?**
- 3. Hvordan kan man forstå sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i en tværfaglig, forebyggende diabetesomsorg?**

KAPITEL 2

2.1 Metodebeskrivelse

Idet valg af teori og metode afhænger af en forskers forståelsesramme, redegøres indledningsvis for det filosofiske og videnskabsteoretiske grundlag, specialets undersøgelser er inspireret af, dels for at skabe transparens, dels som grundlag for den erkendelsesproces, der knytter sig til egen rolle i undersøgelsen (Kvale 2003; Dahlberg et al 2001; Fredslund 2001, 2003).

Der udover redegøres for specialets redaktionelle struktur samt for teori- og forfattervalg.

2.1.1 Filosofisk og videnskabsteoretisk referenceramme

Specialets formål er at forstå sygeplejerskens væren som forudsætning for handling i den verden, empowerment skal integreres i. Derfor anvendes en hermeneutisk fortolkningstilgang inspireret af den tyske filosof Hans-Georg Gadamer (1900-2002), der taler om forståelse som menneskets eksistensvilkår (Alvesson & Sköldberg 1994; Gadamer 1975).

Hermeneutik betyder fortolkningskunst og/eller forståelselære (Lübcke 1983). Den hermeneutiske tradition bevæger sig i det 17. og 18. århundrede fra metoderegler og sandhedsbærende tekstfortolkninger mod en almen lære om forståelse af tekster, mennesker og historiske begivenheder (Jensen 1990). Heidegger (1889-1976) argumenterer som den første for hermeneutikken som en eksistensfilosofi. Hans påstand er, at enhver forklaringsmodel er blind uden ontologisk forståelse (Dahlberg et al 2001), og at ”*alles solche Verstehen am Ende ein Sichverstehen ist*” (Heidegger, citeret i Gadamer 1975:246).

Centralt hos Gadamer, der som arvtager til Heideggers filosofi gør det til sit projekt at udforske forståelsens mulighedsbetingelser og proces, er begreberne fordomme og horisont (Dahlberg et al 2001). Fordomme er uundgåelige og grundlagt i menneskets historicitet, indlejret i traditionen og dermed en forforståelse eller fordom, dannet gennem opdragelse, oplæring og socialisering. Fordomme er uundværlige, fordi gensidig forståelse enten hviler på en fælles forforståelse eller er udgangspunkt for undren. Grundlag for forståelse er således legitime og foranderlige fordomme, i modsætning til negative for-

domme, der fører til misforståelser. Ved begrebet horisont forstår Gadamer (1975) ”..der Gesichtskreis, der all das umfasst und umschliesst, was von einem Punkte aus sichtbar ist” (p 286). Horisonten eksisterer og afgrænses af forforståelsen, og ændres kontinuerligt i mødet med andre horisonter, som provokerer til at stille spørgsmål ud fra egen forforståelse. Ved horisontsammensmeltning skabes en ny og anderledes forståelse, når man stiller sig åben og modtagende an og afprøver sin egen forståelseshorisont i en dialog, hvor sproget opfattes som medium for afsløring af livsverdenen (Alvesson & Sköldberg 1994; Gadamer 1975).

Forståelse illustrerer det fuldkomne og er altid først og fremmest sagsrelateret.

Menneskets historiske forankring gør forståelsen situationsbundet og knyttet til den sammenhæng, man altid er en del af. Gadamer (1975) påpeger, at forståelsen først er til stede i anvendelsen, og siger:

”..das vollendete Verstehen stellt den Zustand einer neuen geistigen Freiheit dar. Es impliziert die allseitige Möglichkeit des Auslegens, Bezüge-sehens, Folgerungen-ziehens usw. , in der eben im Bereich des Textverständnisses das Sich-auskennen besteht”

(p 246)

Forståelsesprocessen forklares ved den hermeneutiske cirkel, hvor en kontinuerlig bevægelse mellem helheds- og delforståelse på flere niveauer skal udvikle en ny og anderledes forståelse af sagen og dens fænomener (Ibid 1975). Hermed illustreres et princip for tekstforståelse og fortolkning, hvor ”man bevæger sig frem og tilbage mellem tekstens delelementer og helhed; og mellem teksten som delelement og forfatterskabet” (Pahuus 2003:153). Man går der udover ”frem og tilbage mellem den forståelseshorisont, man har i mødet med teksten og selve tekstens helhedsmening” (Ibid:153). I den forstand sker der sideløbende en kontinuerlig bevægelse mellem forforståelse og forståelse i forhold til fænomenernes funktion som helhed og dele (Alvesson & Sköldberg 1994).

2.1.2 Analysemetode

Idet Gadamer (1975) afviser at tale om en bestemt metode, er dette speciales analyser og fortolkninger primært inspireret af Alvesson & Sköldberg (1994) og deres model for dia-

log med en tekst, suppleret med udlægninger af den hermeneutiske fortolkningsproces hos Pahuus (2003) og Dahlberg et al (2001). Undersøgelsernes analyser og fortolkninger foretages således i en proces med følgende komponenter:

Der indledes en dialog med teksten med henblik på at opnå en foreløbig helhedsforståelse af de fænomener, der udforskes og den kontekst, de indgår i, under hensyntagen til kravet om åbenhed overfor det, som viser sig og for, hvad data kan fortælle (Pahuus 2003; Alvesson & Sköldberg 1994).

Med udgangspunkt i tekstens udlægning af centrale fænomener på et common-senseniveau udfordres forforståelsen gennem en fornyet dialog med henblik på at opnå en dybere forståelse af fænomenerne. Kontrollen over forforståelsen styrkes gennem teorianvendelse, der understøtter muligheden for at se noget andet end det umiddelbare. Tekstens data er derfor styrende, både for valg af teori, der skal medvirke til en dybere forståelse, og for mængden af teorier til sikring af åbenhed overfor tekst og egen forforståelse i undersøgelsens fortløbende fortolkning og diskussion (Dahlberg et al 2001; Alvesson & Sköldberg 1994).

I sidste fase af fortolknings- og forståelsesprocesserne er formålet at komme frem til en ny helhedsforståelse gennem en overordnet fortolkning, der skal bidrage til forståelse af sammenhænge mellem dele og helhed samt mellem forforståelse og ny forståelse ved at fungere som guide gennem tidligere fortolkningsniveauer i en kontinuerlig og fornyet udspørgen. Samtidig med at lade fortolkningerne bringe lys over- og gøre det uklare og utydelige mere forståeligt, bliver det muligt at forstå, hvad der går ud over den kontekst, der studeres. Derved åbnes op for generalisering, forudsat reglerne om åbenhed og refleksion i dialog med de forskellige fortolkningsniveauer respekteres (Jørgensen 1995; Alvesson & Sköldberg 1994).

2.1.3 Specialets struktur

Efterfølgende redegøres for strukturen i den resterende del af specialet samt for kilder, der primært anvendes til udforskning af undersøgelsesspørgsmålene.

For at besvare den overordnede problemformulering indledes med en teoretisk undersøgelse, defineret ved analyse, fortolkning og diskussion af spørgsmålet **Hvordan kan man forstå empowerment i en forebyggende diabetesomsorg?** Hensigten er at udlede centrale begreber ved empowermenttænkning og at opnå en uddybende forståelse heraf som udgangspunkt for at undersøge spørgsmålet: **Hvordan ser en tværfaglig, forebyggende diabetesomsorg ud i Danmark set i forhold til den måde, man kan forstå empowerment?** Besvarelsen heraf indledes med en pragmatisk tekstanalyse af to udvalgte ph.d.- afhandlinger efterfulgt af en undersøgelse med henblik på at forstå, i hvilken udstrækning de fremanalyserede begreber og metoder, knyttet til empowerment, afspejles i kliniske sammenhænge. Undersøgelsesspørgsmålet besvares ved analyse, fortolkning og diskussion af tre hjælpespørgsmål, hvis konklusioner umiddelbart udsættes for teoretiske diskussioner som grundlag for besvarelse af specialets tredje undersøgelsesspørgsmål **Hvordan kan man forstå sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i en tværfaglig, forebyggende diabetesomsorg?**

Der afsluttes med metodekritik og en sammenfattende konklusion som svar på specialets overordnede problemformulering **Hvordan kan man forstå sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i diabetesomsorgen?** Begrundelser og præmisser herfor har karakter af perspektivering til klinisk praksis. Derudover perspektiveres til sygeplejerskens udviklings- og forskningspraksis.

2.1.4 Begrundet redegørelse for litteratur- og forfattervalg

De foretagne litteraturstudier viser, at empowerment i social- og sundhedsmæssig sammenhæng i omfattende grad refererer til amerikansk adfærdsforskning i et community-psykologisk perspektiv inden for en transaktionel verdensopfattelse. Derfor fremstilles teori om empowerment ud fra den amerikanske psykolog og professor ved University of Illinois, Julian Rappaports artikler *Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology* (1987) og *The Power of Empowerment Language* (1985), sammen med en tekst af Carolyn Swift & Gloria Levin, psykologer fra henholdsvis USA og England. De beskæftiger sig i deres forskning med empowerment i en forebyggende indsats hos psykisk syge, og kan med artiklen *Empowerment: An Emerging Mental Technology* (1987) bidrage med viden om forebyggelse i et transaktio-

nelt empowermentperspektiv. Den communitypsykologiske forståelse uddybes ved tekster af Peter Berliner og Malin G. Wiking, henholdsvis lektor og forskningsmedarbejder ved institut for Psykologi og leder af University of Copenhagen Centre for Multi-Ethnic Traumatic Stress Research and Practice.

Teori om forebyggelse fremstilles på et metaniveau, der gør det muligt at sammenholde udledte begreber med empowermenttænkning på et værdimæssigt plan.

Centralt i empowerment er power eller magt, hvis betydning udlægges med den brasilianske professor i pædagogik Paulo Freires hovedværk ”*De undertryktes pædagogik*” (1993) som primær kilde. På trods af kritik, rettet mod Freires ideologiske og Marxinspirede forskningstilgang og magtopfattelse (Rindom 2002; Faureholm 1996; Hanssen 1996), vurderes værket relevant i studiet af empowerment, primært fordi det danner udgangspunkt for en omfattende del af den litteratur, der beskriver og diskuterer emnet i en sundhedsfaglig kontekst (Andersen et al 2000; Vinther-Jensen 2000; Hanssen 1996; Wallerstein & Bernstein 1988; Fahrenfort 1987; Swift & Levin 1987).

Idet Aaron Antonovsky (1923-1994) opfattes som pioner inden for sundhedsforskning og den salutogenetiske idé, anvendes hans bog *Unraveling the Mystery of Health* (1987) som kilde til beskrivelse af sundheds- og sygdomsforståelser samt udlægning af faktorer med betydning for menneskers mestringsmuligheder med henblik på at forstå, hvilke faktorer, der er på spil i en empowermenttænkning. Antonovsky var sociolog og professor ved afdelingen for medicinsk sociologi ved Det Sundhedsfaglige Fakultet, Ben Gurion University i Negev i Israel.

Et væsentligt aspekt ved en hermeneutisk forståelsesramme er opfattelsen af, at grundlæggende værdier og holdninger afspejles i sprog og handling (Rappaport 1985; Gadamer 1975). For empowermentfilosofien gælder det derfor, at den afspejles i tekster, hvor strategier og metoder for intervention beskrives, sådan som Anderson & Funnell (2000) gør det i ”*The Art of Empowerment*”. Robert Anderson er psykolog og professor ved University of Michigan Medical School. Martha Funnell er diabetessygeplejerske og underviser ved School of Nursing, University of Michigan. Begge forfattere arbejder tæt sammen med den amerikanske diabetesforening om udforskning af empowerment og

undervisning i diabetesomsorg. Deres bog anvendes som grundlag for at forstå muligheder for empowerment i diabetesomsorgen, suppleret med forskellige artikler, udarbejdet af Anderson i samarbejde med forskerkolleger.

De to danske ph.d.-afhandlinger ”*En ting er teori – noget andet er praksis*” (Maunsbach 1999) og ”*Diabetes – en skole for livet*” (Hølge-Hazelton 2003) anses for egnet som empirisk materiale for specialets analyse. Afhandlingerne, der lever op til krav om videnskabelighed (Furseth & Everett 2000), skønnes at repræsentere et bredt grundlag af den danske diabetesomsorg. Mens læge Margareta Maunsbach beskæftiger sig med patienter med Type 2 Diabetes i primær og sekundær sundhedstjeneste, har sygeplejerske cand. cur. og lektor ved Forskningsenheden for Almen Praksis Bibi Hølge-Hazelton fokus på undervisning af unge med Type 1 Diabetes i sygehusregi. Forskerne repræsenterer en lægefaglig og en sygeplejefaglig position i forhold til diabetesteamets tværfaglighed. Da undersøgelserne foregår i perioden efter udgivelsen af Sundhedsstyrelsens redegørelse og anbefalinger på diabetesområdet (Sundhedsstyrelsen 1994), kan man antage, at de repræsenterer et aktuelt billede af dansk diabetesomsorg. Derfor skal kapitel 7, 8, 9 samt Appendix A2 og C4 i Maunsbachs afhandling og kapitel 3, 4, 5 og 9 i Hølge-Hazeltons afhandling udgøre det empiriske grundlag for en tematisk analyse af den praksis, som empowerment skal integreres i, som udgangspunkt for at diskutere sygeplejerskens muligheder for at bidrage hertil.

Som grundlag for løbende diskussioner af analysefund og konklusioner anvendes tekster om refleksion af henholdsvis psykolog, filosof og ph.d. Steen Wackerhausen og af sygeplejerske, cand. pæd. psych. og ph.d. Hanne Hellestøj. Wackerhausens bidrag skal ses i lyset af hans filosofisk funderede udforskning af litteratur med betydning for forståelsen af den verden, sygeplejen som humanvidenskabeligt funderet profession skal integreres i, samt hans interesse for eksplicitering af tavs kundskab. Hellestøj kan bidrage med teoribearbejdede forslag til sygeplejefaglig intervention, relateret til specialets undersøgte spørgsmål.

Robert Skeltons inddeling af niveauer for vurdering af empowerment, beskrevet i forbindelse med en kritisk analyse af empowermentbegrebet, inddrages i diskussion af analysefund med henblik på at udlede præmisser for besvarelse af specialets problemfor-

mulering. Skelton er sociolog og ansat ved Department of Community Studies, University of Brighton.

Sundhedsbegreber diskuteres i et paradigmatisk perspektiv ved tekster af Uffe Juul Jensen, mag. art. professor i filosofi ved Aarhus Universitet, der bidrager til den sundhedsvidenskabelige debat gennem formidling af egne og andres forskningsresultater, og af psykolog Ole Dreier, der diskuterer etableringen af et nyt sundhedsbegreb i en biomedicinsk funderet kontekst.

Idet al fortolkning foregår på baggrund af en forskers forforståelse, som opmærksomheden i analyser og litteraturvalg derfor må rettes imod og skabe åbenhed overfor (Gadamer 1975), redegøres for min forforståelse, knyttet til specialets emne. Min sygeplejerskeuddannelse (1973-1976) er funderet i en biomedicinsk forskningstradition. Min kliniske praksis har over en årrække været orienteret mod akut sygepleje, hvor patientsamarbejdet kan beskrives som ekspertstyret og funderet i et biomedicinsk paradigme. Empowerment er et fænomen, som jeg har stiftet bekendtskab med i forbindelse med vejledningsopgaver i et folkesundhedsperspektiv.

KAPITEL 3

3.1 Begrebsliggørelse af empowerment

For at besvare undersøgelsesspørgsmålet **Hvordan kan man forstå empowerment i en forebyggende diabetesomsorg?** indledes en dialog med tekster om empowerment med henblik på at opnå viden om og forståelse for dertil knyttede centrale begreber. På baggrund heraf udledes spørgsmål til specialets efterfølgende analyse af den praksis, empowerment skal integreres i.

3.1.1 Analyse og diskussion af empowermentrelateret teori

Empowerment omfatter både psykologiske og politiske komponenter og anvendes indenfor forskellige discipliner. Begrebet er derfor ikke entydigt (Rappaport 1985). Empowerment er navnet på den styrke, der frigør magt til at skabe forandring i menneskers valgmuligheder indenfor deres forskellige kontekster og indeholder troen på menneskers magt til både at være styrende for egen skæbne og til at involvere sig i livet i de fællesskaber, de indgår i (Ibid 1985; 1987). Empowermenttænkning tilgodeser idealer for en demokratisk samfundsstruktur og omfatter

”both individual determination over one’s own life and democratic participation in the life of one’s community, often through mediating structures such as schools, neighbourhoods, churches, and other voluntary organizations. Empowerment conveys both psychological sense of personal control or influence and a concern with actual social influence, political power, and legal rights. It is a multilevel construct applicable to individual citizens as well as to organizations and neighbourhoods; it suggests the study of people in context”

(Rappaport 1987:121).

Empowering beskrives som en proces, hvorved mennesker opnår herredømme og kontrol over eget liv. Rappaport (1987) forklarer empowerment som et økologisk begreb med sammenhæng mellem individuel styrke, kompetenceniveau og forandringsmuligheder funderet i sociale og politiske fællesskaber på nært og overordnet niveau. Swift & Levin (1987) beskriver empowerment som en positiv aktivitet, hvorved magtbalancen mellem individer og forskellige former for sociale fællesskaber er under forandring. Forfatterne refererer til en transaktionel verdensopfattelse, idet den synes at være tættest på de løfter, der er forenelige med empowerment, og de bidrager til at forklare Rappa-

ports opfattelse af empowerment som et økologisk begreb ved at anvende Altman & Rogoffs definition på et transaktionelt værdisyn:

”In the transactional view there are no separate elements or sets of discrete relationships into which the system is ultimately divisible. Instead, the whole is composed of inseparable aspects that simultaneously and conjointly define the whole”

(Ibid:79).

Mens et tværkulturelt eller interaktionelt paradigmes epistemologiske udgangspunkt er ”sammenligninger af fænomener i forskellige kulturer” (Berliner 2001:92), beskæftiger den transaktionelle psykologi sig med den udveksling og det samspil, der foregår i mødet mellem mennesker. I et transaktionelt værdisyn er den proces, der foregår i mødet, udgangspunkt for, at nye kulturer eller fællesskaber opstår (Ibid 2001). Swift & Levin (1987) argumenterer for, at empowermentaktiviteter kræver holistisk funderede analyser med fokus på relationer mellem mennesker og de fællesskaber, de er involveret i, samt en erkendelse af, at der ikke findes uafhængige objekter i en transaktionel verden.

Man kan således forstå mødet mellem diabetespatient og professionel som en proces, hvor der opstår et nyt fællesskab, som indgår i et samspil med de fællesskaber, hver især har del i. Og man kan forstå patienten som en del af et diabetesteam.

Rappaport (1987) taler om empowering som en gensidig proces, hvor ressourcer udvides snarere end at blive brugt op i et samarbejde mellem hjælper og klient. Han siger der udover, at forståelse af mulighederne for empowerment kræver den professionelles forståelse af, hvordan mennesker oplever sig selv i de konkrete fællesskaber, fordi empowerment manifesterer sig forskelligt i forskellige kulturelle og organisatoriske kontekster. Swift & Levin (1987) argumenterer for, at opmærksomheden rettes mod en forandringsproces, hvor retningen ikke er forudbestemt, og hvor hændelser forklares i forhold til den kontekst, de foregår i samt med tanke for en række forhold med betydning for hændelsen.

Når samspillet mellem individet og dets forskellige fællesskaber er betydningsfuldt for konkret handling, og mødet skaber et nyt fællesskab, kan man udlede, at forståelsen af muligheder for empowerment som en gensidig proces mellem patient og professionel

afhænger af, at den professionelle forstår både patientens og sin egen selvopfattelse i forhold til de konkrete fællesskaber, de indgår i.

Empowerment omfatter ”*a sense of control over one’s life in personality, cognition and motivation*” (Rappaport 1985:17), og bliver på et følelsesmæssigt plan virkeligt gennem oplevelsen af selvværd og evne til at gøre en forskel i miljøet omkring personen. Empowermentdeficit synliggøres ved oplevet magtesløshed, hjælpeløshed, fremmedgørelse og/eller manglende kontrol over eget liv (Ibid 1985). Ifølge Swift & Levin (1987) refererer empowering både til subjektive erfaringer af magtfuldhed, kompetence og selvværd, og til en objektiv realitet, der henviser til reelle muligheder for ændringer af strukturelle betingelser med henblik på reallokering af magtbalancen. Begreberne magt og magtesløshed får således en central betydning i empowerment. Power oversættes til ”*magt; evne til at handle*” og til ”*kraft eller energi*” relateret til naturfænomener (Zettersten & Lauridsen 1999:520). Eller til ”*the ability to do something*” og “*to supply something with the energy that enables it to operate*” (Crowther 1995:904). Etymologisk kan power og empowerment således karakteriseres som et komplekst begreb eller et ’construct’, som er vanskeligt at observere direkte, fordi det indeholder fænomener på forskellige abstraktionsniveauer (McKenna 1997).

Rappaport (1987) forklarer magt ontologisk, og går dermed ud over en generel definition af magt som noget, der kan overdrages; - tillades eller muliggøres fra én instans til en anden ud fra en autoritativ forståelse. Det specifikke magtbegreb knyttes til menneskets evne til at være styrende for egen skæbne og til at involvere sig i livet i de fællesskaber, det indgår i ud fra en antagelse om magt som et iboende udviklingspotentiale ved den menneskelige eksistens. Iflg. Swift & Levin (1987) komplicerer semantiske forskelle ved transformation af navneordet ’power’ til udsagnsordet ’to empower’ den sociale konstruktion af empowermentbegrebets betydning. De understreger derfor, at definition af empowerment kræver opmærksomhed både på den bagvedliggende ontologiske verdensopfattelse, og de reelle aktiviteter, hvorved begrebet konstitueres. Menneskets syn på verden kommer af den totale sum af antagelser og værdier om mennesker; deres relationer til hinanden og verden omkring dem. Det sprogbrug, der vælges til at definere empowerment og de dertil knyttede aktiviteter, afspejler brugerens verdensbillede. I den forstand beskriver de begrebet ’power’ og ’to empower’ som det construct, der tales om

hos McKenna (1997). Dels refereres til magt eller autoritet som et nulsumsprodukt, dels til en opfattelse af magt som noget, der er funderet i egne kræfter eller præstation (Swift & Levin 1987).

Magt i et nulsumsperspektiv indebærer en opfattelse af, at øget magt til én person betyder mindre magt til den anden, og at kilden til magt er begrænset. I det perspektiv må mennesker vurdere, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at dele ressourcerne med andre. Menneskets eksistens bygger således mere på konkurrence end på samarbejde (Starrin 1997).

Paulo Freire refererer til den form for magtforståelse som dehumaniserende og undertrykkende, idet det, der tjener den ene gruppes interesser, er til skade for den andens. Freires forståelse af en undertrykkende magt er knyttet til hans bestræbelser mod humanisering af verden. En proces, der alene er mulig gennem ægte dialog, forstået som en ligeværdig erfaringsudveksling og refleksion. Hans udgangspunkt er det kristne næstekærlighedsbudskab, og hensigten er at formidle håb og tro til udsatte mennesker (Söderlund 1998; Freire 1993). Humanisering sker gennem en fælles proces, hvor målet er det ufuldstændige menneskes fuldstændiggørelse, idet ”*mennesket kun er fuldstændiggjort i den udstrækning, det selv kan skabe sin verden*” (Freire 1993:122-123). Udgangspunktet er et værdisyn, hvor mennesket beskrives som et ontologisk og historisk væsen, hvis fortid og forforståelse er styrende for handlinger og refleksion. Mennesket stræber som ansvarlig person efter selvbekræftelse, og er som et socialt og aktivt væsen i kontinuerlig solidarisk interaktion med omverden. Mennesket er i stand til at bestemme for sig selv, og til at objektivere sig selv og sine handlinger, fordi det i modsætning til dyr kan opstille og forfølge mål (Ibid 1993).

For Freire er kundskab magt, og han gør det til sit projekt at udvikle en pædagogik, der tilgodeser humaniseringsprocessens syn på læring og frigørende undervisning i den sydamerikanske landarbejderbefolkning, hvis manglende læsekundskaber gør dem ude af stand til at følge med i sociale og politiske beslutningsgrundlag, og som gør dem sårbare for undertrykkelse og dehumanisering (Söderlund 1998; Freire 1993). Set i relation til patientens muligheder for at forstå og involvere sig i det fællesskab, hvori beslutninger vedrørende en forebyggende indsats om hans liv med diabetes træffes, kan man således forstå kundskabsudvikling som essentiel i diabetesomsorgen.

I humaniseringsprocessen opfattes læring som en gensidig udviklingsproces, hvor elev og lærer begge er i hinandens roller i en subjekt - subjekt relation. Begge parter bidrager kontinuerligt til udvikling af viden gennem erfaring og kundskabsudveksling, og lærer således nyt ved handling og refleksion i en demokratisk og ligeværdig proces, hvor læringsobjektet er objekt for både lærer og elev. Den frigørende pædagogik beskrives som en problemformulerende og bevidstgørende proces, der gennem dialog og refleksion medvirker til identificering af forhold med betydning for menneskers hverdagsliv, og dermed øger mulighederne for at opnå kontrol over deres eget liv gennem de handlinger, de foretager for at ændre forholdene (Freire 1993).

Man kan således forstå den frigørende pædagogik som en proces, hvor formålet er, at både lærer og elev opnår større magt gennem udveksling og udvikling af kundskaber i en reflektiv dialog. Og man kan forstå den frigørende læringsproces i forholdet mellem patient og professionel i den forebyggende diabetesomsorg som en ligeværdig, kontinuerlig og gensidig udforskning af det læringsobjekt, der vedrører begge parter, og hvor hensigten er at identificere og formulere det problem, de i fællesskab skal udvikle ny kundskab om.

Modsætningen til humanisering er dehumanisering og antialog, hvor mennesket opfattes som tilpasningsdygtigt og medgørligt, og *"udstyret med et tomt sind, der passivt er åbent for indskud af virkelighed fra verden udenfor"* (Ibid:49). Menneskets forhold til verden er således dikotomisk. Læreren har en sikker opfattelse af viden som *"en gave, skænket af dem, der betragter sig som vidende, til dem, de betragter som uvidende"* (Ibid:45). Lærer-elevforholdet ses som et subjekt-objektforhold, hvor konventionelle og skolastiske videnskriterier er dominerende, og hvor elevens erfaringsviden udelukkes. Ved at acceptere sin uvidenhed retfærdiggør eleven lærerens eksistens som ekspert, og accepterer sin egen rolle som den, der tager imod det, læreren doserer og foredrager om ud fra et statisk, fragmentarisk og forudsigeligt verdensbillede. Forholdet mellem lærer og elev eller mellem undertrykker og undertrykt er styret af forskrifter, og den undertryktes adfærd er foreskrevet gennem undertrykkerens rekommandationer. Dehumanisering karakteriseres som passificerende, hvad angår menneskers muligheder for at opnå magt over deres eget liv. Den ægte dialog er fraværende i den undervisning, som Freire kalder for sparekassepædagogik (Ibid 1993).

Ideologien synes at være i overensstemmelse med det nulsumsperspektiv, hvor magten iflg. Starrin (1997) er knyttet til enkeltpersoner eller institutioner med mulighed for at vælge, i hvilken udstrækning, den skal deles gennem vidensudveksling.

Ud fra et dehumaniserende magtperspektiv, som beskrevet hos Freire, kan man forstå forholdet mellem patient og professionel i diabetesomsorgen som et paternalistisk forhold, hvor den professionelle definerer og doserer konventionel viden til patienten, og hvor patienten forventes at modtage og anvende denne viden ukritisk i respekt for ekspertens position.

Freire (1993) refererer til paternalismen som undertrykkernes handlingsapparat til løsning af de problemer, der knytter sig til et samfund, bestående af uselvstændige og uvidende borgere. Jvfr. Starrin (1997) bygger den paternalistiske tankemodell på en enhedsvidenskabelig forestilling om én sand løsning, og en antagelse om, at almindelige mennesker ikke er i stand til at bedømme, hvad der tjener dem bedst. En konsekvens heraf er, at *”livet för ’vanligt’ folk planeras och bestäms av andra”* (Ibid:14). Martinsen (1989) taler i omsorgssammenhænge om paternalisme som *”en form for ekspertisemystikk og bedrevitenhet fra yrkesutøverens side”* (p 190-191), hvor omsorgsudøveren på baggrund af sin ekspertrolle fratager den omsorgstrængende muligheden for at tage del i *”processen om egne livsmuligheter”* (Ibid:191).

En paternalistisk funderet diabetesomsorg vil således være karakteriseret ved et forhold mellem professionel og patient, hvor den professionelle som ekspert foreskriver patienten forebyggende handlinger på baggrund af konventionel skolastisk viden, og hvor patienten kan opleve sig magtesløs og fremmedgjort som udtryk for den empowerment-deficit, Rappaport (1985) beskriver.

Freires idealer om magt, knyttet til en frigørende og humaniserende tænkning som udgangspunkt for aktivering af menneskets iboende ansvarlighed og evne til at handle for sig selv (Freire 1993) synes at være forenelig med måden Rappaport (1987) beskriver magtbegrebet på. Idet Freires tænkning har haft stor indflydelse på beskrivelsen af empowerment (Vinther-Jensen 2000; Skelton 1994) kan man altså forstå magtbegrebet eller power i empowerment som et construct, der omfatter magt og evne eller kraft til at handle

og tage vare på sit liv. Det er således den forståelse, der ligger til grund, når magtbegrebet anvendes fremover i specialet.

På baggrund af Freires tro på magten som en iboende og udviklingsrelateret kraft påpeger han hjælperens forpligtelse til at medvirke til identifikation og analyse af nære og overskuelige situationer i individets dagligliv med henblik på at finde muligheder for at overvinde og ophæve det, der på forhånd er ham givet og påbudt (Freire 1993). I diabetesomsorgen kan man således forstå den professionelle som den, der har til opgave at hjælpe patienten til at reflektere over forhold i dagliglivet med indflydelse på hans tilværelse, og dermed medvirke til at forandre mulighederne for at overskride grænser som en konsekvens af, at han opnår magt og evne til at tage vare på sit liv med diabetes.

En væsentlig del af diabetesomsorgen retter sig mod at sikre diabetikeren en god livskvalitet gennem en forebyggende indsats (Sundhedsstyrelsen 1994).

Såvel forebyggelses- som empowermentaktiviteter, rettet mod at øge menneskers kompetence og sociale støtte, styrker iflg. Swift & Levin (1987) kapaciteten til at deltage aktivt i beslutninger med betydning for deres eget liv. Mens forfatterne således finder et vist funktionelt overlap mellem de to begreber, peger de på uoverensstemmelser på et semantisk niveau, der afslører forskellige værdigrundlag i måden, aktiviteterne italesættes.

I forebyggelsestænkning refereres til et interaktionelt værdisyn, der værdsætter homøostase frem for forandring i en lineær proces. Aktiviteterne sigter først og fremmest mod at udforme mål for - og opnå sundhed, og interventioner opfattes som succesrige, når forandring i form af sygdom undgås. Sprogligt knyttes forebyggelsesaktiviteter til en negativ terminologi, så som at forhindre eller reducere sygdomsfremkaldende faktorer og at undgå sygdom. Swift & Levin kritiserer enhver forebyggelsestænkning for at være lineær og kausal i biomedicinsk forstand, og knytter således an til måden, Antonovsky taler om en biomedicinsk forståelse af sundhed og sygdom som hinandens modpoler (Ibid 1987; Antonovsky 1987). Mens Antonovsky (1987) henleder opmærksomheden på, at både forebyggende og sundhedsfremmende metoder og aktiviteter synes syg-

domsorienterede, baseret på en dikotomisk tænkning om sundhed og sygdom, retter Jensen & Johnsen (2000) fokus mod sundhedsfremme som en nødvendig og komplementær del af det forebyggelsesarbejde, der er indlejret i bio- og socialmedicinske rammer og ”*baseret på risikotænkning*” (Ibid:7). De karakteriserer sundhedsfremme som den indsats, der skal styrke menneskers ”*livsmod, livsglæde, handleevne og fornemmelse af overskud i hverdagen*” (Ibid:8) og derved øge muligheden for at forblive rask. I den forstand knytter begrebets aktivitetsmål an til måden, Swift & Levin (1987) taler om empowermentaktiviteter, der følger en dialektisk model og adskiller sig fra sprogbruget i forebyggelsestænkningen ved at anvende termer, som indebærer udvikling af noget positivt.

Empowerment stiler mod vækst samt udvikling af ressourcer og kapacitet i et transaktionelt perspektiv og ud fra et holistisk verdenssyn, hvor forandring er væsentlig indenfor et økologisk system (Ibid 1987).

Set i lyset af de filosofiske distinktioner, Swift & Levin (1987) beskriver mellem forebyggelse og empowerment, kan man forstå, at tilgangen til samarbejdet mellem professionel og patient i en forebyggende diabetesomsorg vil afhænge af, om parterne er interaktionelt eller transaktionelt orienterede i deres værdisyn. Når forebyggelsesbegrebet fastholdes i dette speciales problemformulering, skal det alene forstås som en overordnet betegnelse, der afspejler terminologien i den gældende målsætning for diabetesomsorgen (Sundhedsstyrelsen 1994). Anvendelsen relaterer således ikke på forhånd til et bestemt værdisyn.

Inspireret af Kuhn (1995) argumenterer Rappaport for forebyggelse som et eksempel på en disciplins problemløsning, hvis teorigrundlag og sprogbrug afspejler det værdisyn, holdninger og metoder, der beskriver en faglig matrix. I et traditionelt medicinsk forankret sprogbrug afslører beskrivelser af centrale begreber som forebyggelse, sundhed og sygdom et afhængighedsforhold mellem patient og professionel, hvor den professionelle definerer, hvad der er rigtigt, og hvor patienten udtrykker sin afhængighed af eksperter ved at definere sit velbefindende på samme måde (Rappaport 1985). Forebyggelse i traditionel medicinsk forståelse har således en ”*iboende tendens til at blive et ekspertanliggende, hvor nogen på andres vegne ved, hvad der er bedst*” (Jensen & Johnsen 2000:8).

Den professionelle anses for at være ansvarlig, ikke bare for diagnosticering og behandlingsbeslutninger, men også for, at der er patientcompliance (Anderson & Funnell 2000).

Compliance defineres som ”*obedience to a command, rule or request*” eller ”*the tendency to agree to do what others want*” (Crowther 1995:233). Citeret af Maunsbach (1999) beskriver Haynes compliance som ”*The extent to which the patient’s behaviour in terms of taking medications, following diets, or executing life style changes, coincides with clinical prescriptions*” (p 23). Patientcompliance forstås således som patientens evne og vilje til at følge den professionelle råd og anvisninger i et forhold, hvor den professionelle har større indflydelse og kompetence end patienten, og hvor noncompliance er dårligt for patienten, fordi

- læger er de bedste beslutningstagere, når det drejer sig om behandling
- læger er i stand til at informere tydeligt og neutralt
- ordinationer foregår ud fra rationelle kriterier.

I et etisk perspektiv opstår der derved et dilemma mellem ekspertens paternalistiske position og patientens autonomi i et forhold, der grundlæggende er asymmetrisk (Ibid 1999).

Set i lyset af Paulo Freires teori om paternalisme som undertrykkerens handlingsapparat til problemløsning i et samfund, bestående af uselvstændige og uvidende borgere (Freire 1993), kan man forstå forholdet mellem professionel og diabetespatient i en compliance-tænkning som paternalistisk. Maunsbach (1999) konkluderer således, at medicinsk complianceforskning viderefører en ideologi, hvor den professionelle har mulighed for at udøve social kontrol i forholdet til patienten.

Feste & Anderson (1995) argumenterer for empowerment som alternativ tilgang i omsorgen for kronisk syge og understreger, at ”*chronic disease care requires an educational approach substantially different from the traditional, compliance-oriented approach*” (p 139-140), fordi patienten betragter sin sygdom som en dagligdags begivenhed og ikke som et akademisk anliggende. En nødvendig balance mellem metaboliske faktorer og livsstilsfaktorer stiller krav til diabetikeren om at kunne træffe valg, rettet mod både at opnå helbredsrelaterede og personlige mål.

I et transaktionelt funderet empowermentparadigme retter forebyggende aktiviteter sig således mod at styrke diabetikerens muligheder for at træffe beslutninger om sit liv med diabetes i et holistisk perspektiv, med henblik på at mestre disse krav eller daglige udfordringer. I den forstand knytter empowerment an til måden, Antonovsky (1979) beskriver krav eller stressorer som udfordringer i den salutogenetiske model, også selvom han for at fastholde fokus på besvarelsen af det salutogenetiske spørgsmål om, hvilke faktorer, der medvirker til at bevare eller øge menneskers helbredstilstand, afviser det transaktionelle syn på stressorer som specielt betydningsfuldt.

I modsætning til en patogenetisk opfattelse af stressorer som risikofaktorer, der bør forebygges gennem målrettet intervention, defineres stressorer i en salutogenetisk orientering som påvirkninger eller udfordringer, der kan udløse såvel negative som neutrale og positive reaktioner, afhængig af måden, den udløste spændingstilstand håndteres af personen. Antonovsky definerer stressorer som

”a demand made by the internal or external environment of an organism that upsets its homeostasis, resortation of which depends on a nonautomatic and not readily available energyexpending action”

(Ibid:72)

Inspireret af Selye's beskrivelser af stress som et adaptationssyndrom, definerer Antonovsky stress som en negativ reaktion på stressorer og peger samtidig på stressorer som mulige kilder til en gavnlige eller sundhedsfremmende reaktion (Ibid 1979). Antonovsky argumenterer for stressfaktorer som allestedsnærværende med udgangspunktet i antagelsen om, at heterostase, ældelse og bevægelse mod øget entropi karakteriserer alle levende organismer (Antonovsky 1987). Han beskriver heterostase ud fra fysiske og genetiske love om entropi i forståelsen uorden, der er essentiel både i lukkede og åbne systemer. Mennesket vil, som et åbent system, kontinuerligt bevæge sig i retning mod øget entropi, der i sin yderste konsekvens vil medføre destruktion og død. Kroppens fremadskridende forældelsesproces fører således kontinuerligt mod øget uorden og kan som sådan opfattes som stressorer, der kan udvikle stress og resultere i sygdom og død. Iflg. Antonovsky (1979) kan en levende organisme kun opretholde livet eller undgå destruktion ved at udnytte ressourcer fra det indre og ydre miljø, der kan bidrage med negativ entropi og derved skabe orden.

Antonovsky (1987) argumenterer således ikke alene for, at stressorer er allestedsnærværende i den forstand, at loven om øget entropi er essentiel i al menneskelig eksistens. Han afviser desuden et dikotomisk syn på sundhed og sygdom som hinandens modsætninger og argumenterer for, at menneskets sundhedstilstand må vurderes på et kontinuum, strækkende sig fra et godt til et dårligt helbred, fordi placeringen på kontinuet vil være afhængig af de muligheder, den enkelte har for at mestre den stressor udløste spændingstilstand.

Menneskets mestringsmuligheder og oplevelse af helbredstilstand afhænger af vedkommendes OAS. Afgørende herfor er forholdet mellem personens generelle modstandsressourcer (efterfølgende GRR), defineret som stabile og tilstrækkelige kulturelle, sociale og økonomiske ressourcer, og personens modstandsunderskud. Mens fravær af GRR kan udvikle sig til en stressfaktor, skaber deres tilstedeværelse en oplevet balance mellem under- og overbelastning; medbestemmelse og indre sammenhæng, og dermed en stærk OAS. En professionel indsats retter sig derfor mod at afdække og medvirke til at styrke patientens GRR og øge OAS i det omfang, det er muligt (Antonovsky 1987).

Antonovsky beskriver tre centrale komponenter med betydning for OAS: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed.

Graden af begribelighed defineres i forhold til i hvilken udstrækning, indre og ydre stimuli opleves som sammenhængende, forklarlige, forudsigelige og strukturerede. Graden af håndterbarhed defineres ved oplevelsen af at have ressourcer til rådighed i den udstrækning, de er nødvendige for at mestre stimuli. Ressourcerne kan både være knyttet til personen selv og til dennes nære og brede miljø. Meningsfuldhed refererer til en emotionel oplevelse af, at livet er forståeligt og at de stimuli, personen møder og engagerer sig i, opleves som værdifulde udfordringer snarere end som byrder.

Iflg. Antonovsky (1987, 2000) er en person med høj grad af OAS i stand til at gøre uønskelige hændelser kognitivt forståelige. Dermed pointeres betydningen af sammenhænge mellem de tre komponenter, hvorom han siger, at den motivationsbærende oplevelse af meningsfuldhed er vigtigst og en forudsætning for realisering af de to andre tilstande.

Antonovsky anser den salutogenetiske tilgang, der har fokus på sundhedens opståen og udvikling, og patogenese med fokus på sygdommens ætiologi, som dialektiske i et

komplementært forhold. Han forsøger dermed at modvirke en tendens til at opfatte de to tilgange som hinandens diametrale modsætninger, og argumenterer for værdien af en forskningsmæssig og klinisk tilgang med fokus på mestringsmuligheder knyttet til GRR og OAS kombineret med en tilgang, hvor målet er at opnå viden om de sygdomme, der påvirker graden af menneskers helbred (Antonovsky 1987; Thybo 2004).

Fokus i en forebyggende diabetesomsorg vil således være rettet mod diabetikerens mestringsmuligheder på baggrund af dennes OAS og tilstedeværelsen af GRR set i forhold til de faktorer af metabolisk og livsstilsrelateret art, der udfordrer patientens liv med diabetes, og dermed må anses for potentielle stressorer, som kan medføre øget entropi. Feste & Anderson (1995) siger om en sådan praksis, at ”*empowerment education enables people to acquire and/or enhance the social, problem-solving, and communication skills necessary to manage their own health in a variety of life situations*” (p 140).

I et empowermentparadigme er målet at udvikle patientens evne til at træffe velinformerede valg om sit liv med diabetes med udgangspunkt i patientens identifikation af problemer og behov for undervisning (Ibid 1995). I modsætning til en traditionel medicinsk intervention, hvor målet er rekommanderede adfærdsændringer, er målet med empowermentmodellens strategier at hjælpe patienten til at undersøge relevante adfærdsmuligheder og sætte nye mål for sit liv med diabetes ud fra en personlig costbenefit vurdering. Adfærdsændringer er internt motiverede og understøttes professionelt gennem et demokratisk forhold mellem professionel og patient, der begge betragtes som magtfulde eksperter på hver sit område (Anderson & Funnell 2000). For en empowered diabetespatient gælder, at han har lært nok om sin diabetes og de faktorer, der påvirker hans helbred til at kunne vurdere fordele og ulemper ved en lang række af sundhedsfremmende og forebyggende rekommandationer (Feste & Anderson 1995). En empowered praksis er karakteriseret ved uddannelse af patienten til et liv med diabetes, set som en udfordring, der kan mestres ved hjælp af de iboende kræfter og evner, patienten har til at tage vare på sit liv (Anderson & Funnell 2000). I den forstand synes empowermenttænkningen både at være i overensstemmelse med måden, Antonovsky taler om mestring af stressorer gennem en salutogenetisk tilgang, karakteriseret ved et dialektisk forhold mellem salutogenese og patogenese i udforskningen af henholdsvis sundhedens og sygdommens opståen og udvikling, og med måden, Freire taler om en humaniserende og frigørende pædagogik,

hvis formål er at styrke menneskers evne til problemidentifikation og forandring gennem ægte dialog og refleksion.

Anderson & Funnell (2000) taler om empowerment som en filosofi, der omfatter hele diabetesteamet, og opgaven i samarbejdet mellem patient og professionel beskrives ud fra en femtrins model, der skal medvirke til, at patienten kan omskrive sin historie til en historie om livet med diabetes. Samarbejdet retter sig derfor mod identifikation af problemer, ekspliciteret på baggrund af patientens oplevelser med at håndtere vanskelige områder, samt at identificere patientens emotionelle oplevelser af et liv med diabetes. Hensigten er at hjælpe patienten til at identificere valg og fravalg samt de dertil knyttede konsekvenser og at vurdere og udforme egne mål for sit liv med diabetes og de udfordringer, han stilles overfor i dagligdagen og derved styrke hans evne til at finde egne løsningsmuligheder gennem en udforskende problemidentifikation. Samarbejdet rettes mod at udforme konkrete handlingsplaner og strategier, samt at evaluere indsatsen, med henblik på, at patienten gennemfører beslutninger og når de udformede mål.

Idet opmærksomheden i samarbejdet mellem patient og professionel således retter sig mod patientens kognitive og emotionelle oplevelser af livet med diabetes og forsøger at placere denne i en meningsfuld sammenhæng gennem støtte til at omskrive sit liv, kan man udlede, at tilgangen svarer til en salutogenetisk tænkning om mestring og stresshåndtering, hvor formålet er at afdække og øge patientens GRR og OAS med henblik på at styrke patientens magt og evne til at vare på sit liv.

Set i relation til diabetesteamets funktion kan man udlede, at en empowermentorienteret tilgang lægger op til et interdisciplinært samarbejde, hvor patienten indgår i et ligeværdigt og kommunikativt forhold med teamets øvrige eksperter.

3.1.2 Sammenfatning af empowermentrelaterede teorianalyser

Med henblik på at kunne besvare og konkludere på undersøgelsesspørgsmålet **Hvordan kan man forstå empowerment i en forebyggende diabetesomsorg?** sammenfattes og fortolkes teorianalyser om empowerment i lyset af det transaktionelle og det interaktionelle værdisyn, der er fremanalyseret.

Man kan udlede, at samarbejdet mellem professionel og patient i en forebyggende diabetesomsorg afhænger af det værdisyn, der præger en konkret praksis, og at en empo-

wermentorieret praksis i et communitypsykologisk perspektiv synes at referere til et transaktionelt værdisyn.

Det transaktionelle værdisyn genfindes i en empowermentfunderet praksis, hvis værdier, holdninger og metoder afspejles i den måde, aktiviteter og centrale begreber beskrives; således også ved måden, sygdom og sygdomsfremkaldende faktorer italesættes som en del af et menneskes helbredsrelaterede stimuli i et salutogenetisk perspektiv (Antonovsky 1987; Rappaport 1985). Forebyggelsesaktiviteter har i den forståelse udgangspunkt i en holistisk og økologisk verdensopfattelse, rettet mod vækst og forandring og dermed mod at øge patientens muligheder for at opnå magt og kraft eller evne til at tage vare på sit liv. Samarbejdet mellem professionel og patient skal medvirke til at styrke patientens evne til at træffe beslutninger om adfærdsændringer relateret til livet med diabetes på en velinformeret baggrund, som tager højde for en komplementær og dialektisk relation mellem en salutogenetisk og en patogenetisk udforskning af sundhedens og sygdommens opståen og udvikling. Udgangspunktet for samarbejdet er i den forståelse diabetikerens oplevelse af sygdomsfremkaldende faktorer som dagligdags stimuli, hvor stringsmuligheder afhænger af forholdet mellem GRR og modstandsunderskud, knyttet til nære og brede fællesskaber som grundlag for patientens OAS, og hvor diabetikerens egen problemlidentifikation og definition af undervisningsbehov er afgørende for samarbejdet (Anderson & Funnell 2000; Freire 1993; Antonovsky 1987; Rappaport 1987; Swift & Levin 1987).

I et transaktionelt perspektiv påvirker og påvirkes al aktivitet af menneskets multiple fællesskaber (Rappaport 1987). Derfor må den professionelle i diabetesomsorgen ikke alene forstå sin egen, men også patientens selvforståelse i forhold til de kontekster, de har del i, herunder diabetesteamet. Man kan således forstå samarbejdet mellem professionel og patient i en empowered praksis som en kommunikativ praksis. I dialogen medvirker den professionelle til at øge patientens bevidsthed om måden, livet med diabetes påvirker- og påvirkes af hans dagligdag og de valg, han træffer i forhold til rekommandationer om metaboliske og livsstilsrelaterede faktorer. I den forstand har forebyggende aktiviteter udgangspunkt i patientens OAS i et salutogenetisk perspektiv ud fra en opfattelse af, at mennesket har en iboende kraft og vilje til at være styrende for sin egen skæbne og til at skabe forandring i en solidarisk interaktion med omverden (Anderson & Funnell 2000; Antonovsky 1987; Rappaport 1987; Swift & Levin 1987).

Samarbejdet mellem patient og professionel i en transaktionel og empowered praksis kan, set i et magtperspektiv karakteriseres som et gensidigt og ligeværdigt forhold. Både professionel og patient er derfor ansvarlig for- og bidrager til udforskning og vidensudvikling gennem erfaringsudveksling og refleksion over det fælles problem. Mens den professionelle er ekspert i et patogenetisk perspektiv, er diabetespatienten ekspert i de kognitive og emotionelle erfaringer, der medvirker til at beskrive hans OAS gennem afklaring af graden, hvormed stimuli af metabolisk og livsstilsrelateret art udfordrer hans dagligliv og mestringsevner (Anderson & Funnell 2000; Freire 1993; Antonovsky 1987). Intentioner om et interdisciplinært samarbejde afspejles således i den kommunikative praksis, der præges af ligeværdighed og udformning af fælles problembeskrivelser (Lauvås & Lauvås 2004).

Et interaktionelt værdisyn genfindes i en biomedicinsk funderet praksis ved teoretisk og handlemæssig eksplicitering af centrale begreber, herunder måden, sundhed og sygdom italesættes som hinandens modsætninger. Forebyggelsesaktiviteter i diabetesomsorgen retter sig mod at reducere komplikationer eller undgå sygdom gennem adfærdsændringer, funderet i en lineær og kausal sygdomsforståelse. Diabetespatienten forventes således at handle fornuftsmæssigt i forhold til biomedicinsk funderede rekommandationer, udstukket af den professionelle ekspert, hvis aktiviteter styres af idealet om homøostase. Forholdet mellem patient og professionel kan betragtes som paternalistisk i et magtperspektiv, knyttet til en nulsumsopfattelse, hvor eksperten vurderer og doserer viden til patienten ud fra en compliancetænkning, som gør den professionelle ansvarlig for, i hvilken udstrækning, anbefalingerne efterleves. I den forstand vil compliancetænkning øge risikoen for, at patienten oplever magtesløshed og fremmedgørelse svarende til empowermentdeficit (Starrin 1997; Freire 1993; Rappaport 1987; Swift & Levin 1987).

I en interaktionelt funderet, forebyggende diabetesomsorg kan man forstå, at den støtte, der skal øge patientens magt og styrke eller evne til at træffe beslutninger for sit liv, ydes på baggrund af patogenetiske kriterier for definition af sundhed, sygdom og forebyggelse. Patientens kognitive og emotionelle erfaringsviden fra dagliglivet med diabetes medtænkes ikke som en nødvendig og ligeværdig del af beslutningsgrundlaget for metaboliske og livsstilsrelaterede adfærdsændringer, og praksis synes derfor ikke at leve op til intentionerne om empowerment.

3.1.3 Konklusion på, hvordan man kan forstå empowerment i en forebyggende diabetesomsorg

På baggrund af den foregående sammenfatning konkluderes, at empowerment i en forebyggende diabetesomsorg må forstås ud fra et transaktionelt værdisyn, udtrykt gennem holistiske og økologiske værdier og en salutogenetisk tilgang til centrale begreber som sundhed, sygdom, forebyggelse og mestring af stressorer. I en empowered diabetesomsorg ekspliciteres forebyggelsesaktiviteter gennem aktiviteter, der hjælper til afklaring og udvikling af modstandsressourcer med henblik på at udnytte og udvikle patientens magt og evne eller kraft til at tage vare på sit liv med diabetes.

En empowered diabetesomsorg kendetegnes ved en kommunikativ praksis, hvor målet for samarbejdet mellem professionel og patient er at styrke patientens muligheder for at træffe beslutninger om sit liv gennem en ligeværdig dialog og gensidig erfarings- og kundskabsudveksling og således, at konkrete fælles problemer identificeres og undersøges med henblik på afdækning af undervisningsbehov samt undersøgelse og vurdering af nye mål og handlekriterier. Dialogen mellem professionel og patient retter sig mod afklaring og bevidstgørelse af parternes egen selvforståelse samt forståelse af den andens selvopfattelse i forhold til de kontekster, de hver især har del i, samt mod patientens OAS og de modstandsressourcer, der udfordres i det daglige liv med diabetes. Der forudsættes respekt for dialektikken mellem en salutogenetisk og patogenetisk udforskning af sundhed og sygdom. Diabetesteamet kan således forstås som et fællesskab, der inkluderer patienten som ligeværdig partner og ekspert i et samarbejde, defineret som et relationelt aspekt inden for rammerne af en interdisciplinær tværfaglighed, og hvor såvel patient som professionel bærer et ansvar for, hvordan livet med diabetes håndteres. Man kan konkludere, at samarbejdet i en empowered diabetesomsorg præges af idealer om humanisering, som beskrevet gennem en frigørende pædagogik. Målet er således, at diabetespatienten udvikler kundskaber til at forstå nok om sin diabetes og de faktorer, der påvirker hans helbred til at kunne vurdere fordele og ulemper ved den række af forebyggende adfærdsrekommandationer, han præsenteres for.

Idet forforståelsen i hermeneutisk forstand har afgørende betydning for de spørgsmål, der stilles til en tekst (Alvesson & Sköldbreg 1994), skal den nye begrebsforståelse, knyttet til empowerment i en forebyggende diabetesomsorg danne udgangspunkt for udformning af perspektiver til undersøgelse af specialets andet spørgsmål **Hvordan ser en**

tværfaglig, forebyggende diabetesomsorg ud i Danmark i forhold til den måde, man kan forstå empowerment? Efterfølgende analyse og fortolkning af det empiriske materiale vedr. diabetesomsorgen tager således udgangspunkt i flg. hjælpespørgsmål, der undersøges og diskuteres hver for sig med henblik på at diskutere sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i den tværfaglige, forebyggende diabetesomsorg:

- 1. I hvilken udstrækning bærer diabetesomsorgen præg af et transaktionelt værdisyn ved italesættelse af centrale begreber?**
- 2. I hvilken udstrækning bærer diabetesomsorgen præg af en salutogenetisk forståelse af patientens mestringsmuligheder med udgangspunkt i et komplementært og dialektisk forhold mellem salutogenese og patogenese i udforskningen af sundhed og sygdom?**
- 3. I hvilken udstrækning afspejler diabetesomsorgen en kommunikativ praksis, hvor udgangspunktet for samarbejdet er en frigørende pædagogisk tilgang til kundskabsudvikling i et diabetesteam, karakteriseret ved interdisciplinær tværfaglighed?**

KAPITEL 4

4.1 Undersøgelse af diabetesomsorgen i Danmark i et empowermentperspektiv

Med henblik på at bevare den nødvendige respekt for åbenhed i dialogen (Gadamer 1975) ved undersøgelse af spørgsmålet: **Hvordan ser en tværfaglig, forebyggende diabetesomsorg ud i Danmark i forhold til den måde, man kan forstå empowerment?** indledes med en pragmatisk analyse af teksterne ”*En ting er teori – noget andet er praksis.*” (Maunsbach 1999) og *Diabetes – en skole for livet* (Hølge-Hazelton 2003). For at kunne udlede teksternes forståelseshorisont som bidrag til den forforståelse, der skal sættes i spil med empowermentbegreber i undersøgelsen af den aktuelle diabetesomsorg, søges således svar på ”*hvem siger hvad til hvem om hvad i hvilken anledning og med hvilken hensigt med hvilket resultat?*” (Søndergaard 1992:10).

Derefter undersøges og konkluderes på de tre tidligere formulerede hjælpespørgsmål. Konklusionerne sættes i spil hver for sig via teoretiske diskussioner, for at opnå en uddybende forståelse af- og blive i stand til at besvare specialets tredje undersøgelses-spørgsmål **Hvordan kan man forstå sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i en tværfaglig, forebyggende diabetesomsorg?**

4.1.1 Pragmatisk analyse af ”*En ting er teori – noget andet er praksis.*”

Afhandlingen repræsenterer først og fremmest en beskrivelse og analyse af årsager til dårlig metabolisk regulation hos patienter med Type 2 Diabetes, ved hjælp af patient og behandlerfokuseret teorigennemgang af compliancebegrebet og sundhedspædagogisk relateret litteratur, samt empiriske og eksplorative undersøgelser knyttet til patienternes hverdags erfaringer med diabetes. Sekundært skal afhandlingen bidrage med viden, der kan være vejledende for løsning af compliance- og sundhedspædagogisk relaterede problemer i klinisk praksis, idet retningslinier for behandling af diabetespatienter bygger på en antagelse om, at god metabolisk regulation medvirker til øget velvære og udskydelse af senkomplikationer, samt at dårlig regulation skyldes non-compliance hos den enkelte patient (Maunsbach 1999:16, 267). Gennem praksiserfaring og via statistiske undersøgelser oplever forskeren en kløft mellem den medicinske viden om diabetes, og diabetikernes udbytte heraf. Forskerens antagelse om, at ”*mennesker reagerer på begivenheder og fænomener ud fra den mening, de tillægger dem.*” (Ibid:87), giver anledning til at under-

søge omstændigheder med betydning for metabolisk regulation og compliance ved livsstilsråd hos denne patientgruppe i forhold til

1. *"Patientens oplevelse af at leve med diabetes og behandlingen af denne sygdom, set i relation til patientens psykosociale ressourcer og ønsker*
2. *Oplevelsen af struktureret undervisning på specialafdeling*
3. *Patientens oplevelse af kontakten til den praktiserende læge"*

(Ibid:16).

Forskningsarbejdet er udført af læge Margareta Maunsbach i perioden 1994-1997, under ansættelse som forskningsstipendiat og klinisk assistent ved Forskningsenheden for Almen Medicin og ved Institut for Almen Medicin, Aarhus Universitet. En gruppe bestående af praktiserende læger; herunder en adjungeret professor tilknyttet Forskningsenheden og en administrerende overlæge ved medicinsk-endokrinologisk afdeling har været vejledere på projektet. Økonomisk støttes projektet gennem fonde og legater, herunder af Sundhedspuljen, Amdsrådsforeningen, det statslige og det kommunale forskningsråd, lægekredsforeningen; diabetesforeningen og medicinalindustrien samt af Det sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Aarhus Universitet (Ibid:10-11).

Afhandlingens teoretiske og empiriske dele danner tilsammen grundlag for diskussion af compliancebegrebets anvendelse og interventionsrelaterede udviklingsmuligheder hos patienter med en dårligt reguleret Type 2 Diabetes. Undersøgelsens kvalitative interviews analyseres i en bio - psykosocial forståelsesramme baseret på en teoretisk gennemgang og diskussion af etiske, psykosociale og sociokulturelle aspekter ved compliance i relation til læge-patientforholdet. Behandlerperspektivet forstås gennem kognitive adfærdsteorier og kognitivt behavioristiske metoder, mens psykosociale og sociokulturelle teorier, herunder teorier om sygdomsforståelse og copingstrategier anvendes til forståelsen af patientperspektivet (Ibid:14,104,269).

Der argumenteres for en patientcentreret praksis, som rummer et etisk, et kommunikativt og et kritisk magtperspektiv, hvor læge-patientinteraktionen er *"bindemidlet mellem lægens bestræbelser på at genoprette patientens kropslige integritet og patientens ønsker for behandling"* (Ibid:36).

På baggrund af interviewspørgsmål med fokus på forskellige forholds betydning for compliance med livsstilsråd udledes, at compliance er *"en ikke statisk tilstand"*

(Ibid:271). Gennem en konstant vekselvirkning med omgivelserne balancerer patienten sin viden om sygdommen med egne symptomoplevelser; med behandlingen samt ”*risiko for sygeroller og medikalisering*” (Ibid:257). Patienten påvirkes af det sociale netværk gennem støtte eller via normrelaterede konflikter, der kræver ressourcer til legitimering af livsstilsændringer, herunder motions- og kostrelaterede forandringer. Behandlingsnetværket kan både indtage en støttende og en hindrende rolle for forandring, afhængig af om patienten har en aktiv eller passiv rolle, dels i et mere eller mindre asymmetrisk, statisk og fastlåst læge-patientforhold, dels i diabetesskolens undervisning.

Som en konsekvens af sine fund foreslår forskeren ny vidensudvikling i forhold til læge-patientrelationer, patient-patientrelationer, velregulerede patienter og spørgsmål om tidspunkt for sundhedspædagogisk intervention, samt afprøvning af teoribaseret undervisning i primær sektor (Ibid:255-258; 271-272).

Af ovenstående kan man udlede, at forskningsarbejdet er knyttet til en medicinsk behandlingskontekst qva forskerens uddannelsesmæssige baggrund og vejledergruppens sammensætning. Der er tale om en videnskabelig sagtekst, der borger for saglighed, objektivitet og dokumenterbarhed (Søndergaard 1992), og hvis resultater primært rettes mod en behandlingspraksis, hvor fokus er patienter med dårligt reguleret Type 2 Diabetes. Forståelseshorizonten, som tankerne om en empowermentorienteret tværfaglig, forebyggende diabetesomsorg skal i dialog med, er bio-psykosocialt funderet og afgrænset til en pædagogisk praksis. Målsætningen om compliance i forhold til livsstilsråd har udgangspunkt i den professionelles søgen efter at forstå patientens handlingsgrundlag, idet undersøgelsesresultater angiver viden om compliance som et foranderligt fænomen, knyttet til patientens egen sygdomsforståelse; forståelsen af samspillet med omgivelserne, herunder et personligt, socialt netværk og et professionelt behandlingsrelateret netværk, samt patientens opfattelse af egen rolle i samarbejdet med behandleren.

4.1.2 Pragmatisk analyse af *Diabetes – en skole for livet*

Afhandlingen repræsenterer empiriske undersøgelser, dels af det ideologiske grundlag for struktureret patientundervisning, set fra et professionelt perspektiv, dels af, hvordan unge med Type 1 Diabetes lærer at leve med sygdommen og dennes konsekvenser for

dagliglivet (Hølge-Hazelton 2003:16-17; 239). Hensigten med forskningsprojektet er at bidrage til debatten om-, og at foreslå tiltag til udvikling af den pædagogiske indsats

”.. med henblik på at opnå et forbedret samarbejde mellem den enkelte patient og behandlerne omkring integrering af sygdommens konsekvenser i såvel den aktuelle hverdag som i fremtiden”

(Ibid:21).

Forskningsprojektet er praksisinitieret gennem centerledelsen for endokrinologisk afdeling, Odense Universitetshospital på baggrund af et erkendt behov for viden om unges subjektive perspektiver på diabetessygdommen og deres engagement i behandlingssamarbejdet. Der ønskes vidensudvikling i et kvalitativt og tværvideenskabeligt perspektiv som alternativ til eksisterende naturvidenskabeligt funderede forskningsresultater (Ibid:13).

Forskningsindsatsen er forankret i en opfattelse af, at sygdomsudvikling hos den unge diabetiker afhænger af patientens tolkning af situationen samt evnerne til at indrette tilværelsen efter de sygdomsrelaterede krav, og at den medicinske indsats tilpasses denne erkendelse gennem fornyede pædagogiske tilbud, herunder diabetesskoler. Foruden et pædagogisk afsæt repræsenterer afhandlingen derfor også ungdomsforskning (Ibid:4;185-189).

Forskningsarbejdet er udført i perioden 1999-2002 af sygeplejerske, Cand.Cur. og seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København, Bibi Hølge-Hazelton under sin tilknytning til Forskerskolen for Livslang Læring, der repræsenterer pædagogisk forskning i et bredt perspektiv og i en samfundsmæssig kontekst, samt i samarbejde med centerledelsen ved endokrinologisk afdeling, Odense Universitetshospital (Ibid:22; Hølge-Hazelton 2006). Økonomisk støttes projektet af Sygekassernes Helsefond, Novo Nordisk Fond for Sygeplejeforskning, DSR, Odense Universitetshospital samt Statens Humanistiske Forskningsråd (Hølge-Hazelton 2003:13-14).

I afhandlingens første del redegøres for en socialkonstruktivistisk ramme og et feltforskningsperspektiv, forankret i interaktionisme med fokus på en forhandlingsrelateret meningsdannelse i konkrete kontekster, samt i fænomenologi, inspireret af Van Manen som fundament for den videre forskningsindsats. Sygdomsbegrebet diskuteres indenfor en sociokulturel referenceramme, og der argumenteres metodisk for en tværvideenskabe-

lig, kvalitativ tilgang og dialog baseret på erfarings- og forskningsrelateret viden (Ibid:16).

Gennem feltstudier på en udvalgt diabeteskole afdækker afhandlingens anden del manglende konsensus om egenomsorgsbegrebet, der undersøges som konsekvens af en ”*politisk forestilling om den selvforvaltende borger*” (Ibid:16). I et kønsrelateret perspektiv fremanalyseres kulturelt- samfundsmæssigt og professionelt funderede og modsætningsfyldte opfattelser af, hvad diabetes er og hvilken type undervisning og vejledning, diabetikeren har brug for, karakteriseret henholdsvis ved en maskulin / behandlingsorienteret og en feminin / omsorgsdefineret tilgang. Der afdækkes en selvforståelse, som fastholder professionelles ret til at definere, hvad diabetes er og ikke er, og dermed også retten til ”*fordelingen af roller og indflydelse mellem samfund, professionelle og mennesker med diabetes*” (Ibid:16). Forskeren peger på forandringspotentialer i en diskursiv praksis, hvor upåagtede aktiviteter ekspliciteres ved refleksion (Ibid:117).

I afhandlingens tredje del fremstilles unge diabetikers fortællinger om livet med den kroniske sygdom. Gennem tematisering af diabetes som en begivenhed relateret til køn, krop, eksistens og skæbne udledes en kollektiv historie om, hvad diabetes er udover sygdom, og som iflg. forskeren ofte overses i en praksis fokuseret mod individuel problemreduktion og sygdomskontrol. Relateret til den kollektive erfaring argumenteres for et samarbejde mellem professionel og patient, hvor undervisnings- og behandlingsindsatsen bevidst rettes mod patientens aktuelle livsfaser, køn og kropsopfattelse som base for selvforståelse. Der udledes et udviklingspotentiale i diabetesbehandlingen, knyttet til forskning i kronisk syges subjektive perspektiver, professionelles forestillinger om sygdomme; egne roller samt samfundsskabte rammer (Ibid:118-224; 241-244).

Af ovenstående udledes, at forskningsarbejdet, qva praksisinitiering og forskerens tilknytning til Forskerskolen for Livslang Læring, primært er ansporet af- og henvender sig til den pædagogiske praksis for diabetesbehandling og institutioner med betydning for denne praksis, herunder politiske og samfundsrelaterede instanser. Forståelseshorisonten er forankret i et tværvideenskabeligt felt, der omfatter kulturelle, samfunds- og sundhedsmæssige fortolkningsperspektiver, præget af feministisk og postmoderne

tænkning (Hall 2004). Undersøgelsesfeltet refererer til en pædagogisk praksis, hvis succeskriterium er nedbringelse af sendiabetiske komplikationer gennem struktureret undervisning. Udover sin status som videnskabelig sagtekst kan afhandlingen karakteriseres som et debatoplæg (Søndergaard 1992), der skal bidrage til og initiere udvikling gennem udforskning og refleksion over subjektive opfattelser af forhold med betydning for samarbejdet mellem patient og professionel i en pædagogisk og reflektiv praksis, der rummer erkendelse af diabetes som en kollektiv historie.

4.1.3 Sammenfattende komparativ analyse og diskussion

I begge afhandlinger rettes fokus mod undersøgelsen af patientoplevelser knyttet til livet med diabetes og mod udvikling af pædagogiske metoder til kvalificering af samarbejdet mellem professionel og patient.

Maunsbach har udgangspunkt i et behandlerperspektiv med fokus på udforskning af metoder til at opnå patientcompliance. Undersøgelsen refererer til patientoplevelser af veldefinerede livsstilsfaktorer samt oplevelsen af professionelle vejlednings- og behandlingstilbud, og diskuteres med teorier om etik, compliancebegrebet og læge-patientforholdet i en bio-psykosocial ramme.

Hølge-Hazeltons afhandling kan defineres som et udviklings- og debatoplæg rettet mod kvalificering af den fremtidige pædagogiske indsats overfor unge diabetikere. Forankret i fænomenologi og interaktionisme, hvor meninger forstås som foranderlige, og handlingers betydning er kontekstrelateret, er hensigten dels at udforske og beskrive måden, såvel unge som professionelle i en behandlingskontekst tillægger diabetes mening, dels at opnå større forståelse af de kontekster, livet med diabetes relaterer til, og som den pædagogiske indsats må rettes mod.

Mens Maunsbachs teoretiske og metodiske fundament afklares initialt i forskningsprocessen, er en fortløbende databearbejdning styrende for analyseredskabernes teoretiske fundament hos Hølge-Hazelton. Således repræsenterer afhandlingerne to forskellige måder at nå til en afklaring af værdier og oplevelser, knyttet til behandling, undervisning og vejledning i diabetesomsorgen og til oplevelser relateret til livet med diabetes.

Idet forskerne hver især afspejler diabetesomsorgens værdisyn gennem fremstilling af handlinger og sproglige ytringer (Rappaport 1995; Gadamer 1975), skal afhandlingerne danne

grundlag for den efterfølgende undersøgelse af værdier, forankret i diabetesomsorgen i Danmark, set i lyset af måden, man kan forstå empowerment.

4.2 Undersøgelse af diabetesomsorgen i Danmark i et transaktionelt perspektiv

Med henblik på at besvare hjælpespørgsmålet **I hvilken udstrækning bærer diabetesomsorgen præg af et transaktionelt værdisyn ved italesættelse af centrale begreber?** fokuseres på diabetesomsorgens helhedsperspektiv i måden sundhed, sygdom og forebyggelse udlægges gennem aktiviteter og sproglige ytringer. Opmærksomheden rettes mod forandringsrelaterede aktiviteter og hensigter med henblik på at udforske, i hvilken grad der sigtes mod udvikling af ressourcer og kapacitet i et økologisk helhedsperspektiv og med fokus på at skabe rum for udforskning af parternes kontekstuelle selvforståelse som grundlag for identifikation af handlemuligheder.

Diabetesskolen i Århus synes at være inspirationskilde til landets øvrige skoler med hensyn til form og indhold af den gruppeundervisning, der skal medvirke til oplæring i egenomsorg gennem vidensformidling og færdighedstræning vedr. sygdoms- og symptomlære, komplikationer, kost- og diætprincipper, fodpleje samt tekniske forhold omkring monitorering og behandling (Hølge-Hazelton 2003:60; Maunsbach 1999:202). Skemaet koordineres af sygeplejersker, der ligeledes varetager den største del af undervisningen. Om indholdet siger en nøgleperson: *"...hvis du ser på skoleskemaet, som det ser ud, jamen så er det jo næsten som dét man skal lære som sygeplejeelev"* (Hølge-Hazelton 2003:60). Hølge-Hazelton (2003:60-61) peger derfor på, at skemaplanlægningens temaer er medicinsk forankrede. På den baggrund udledes, at diabetesskolens skemaplanlægning afspejler et biomedicinsk fokus på den undervisning, der skal hjælpe patienterne til at regulere deres diabetes i hverdagen.

Den biomedicinske model for forståelse af sundhed og sygdom refererer til en naturvidenskabelig og kausal forskningstradition, hvis primære opgave det er at skaffe teoretisk indsigt i lovmæssige årsagssammenhænge, der er styrende for kroppens reaktionsmønstre (Andreasen 2001). Når hændelser af typen a) altid efterfølges af en anden hændel-

se b), er der tale om en lineær proces, som den beskrives i den kausale og således også den naturvidenskabelige og biomedicinske årsagsforklaring (Scheel 1999).

Medicinsk forskning har udgangspunkt i en essentialistisk antagelse af fænomener og begreber som uforanderlige i deres essens (Ibid 1999; Juul Jensen 1995). I den forstand kan sundhed og sygdom beskrives og forklares ved deres faste væsenssegenskaber på et teoretisk og videnskabeligt niveau.

Naturvidenskabelig forskning kan føres tilbage til den franske filosof og rationalist René Descartes (1596-1650), der argumenterer for dualismetænkning, hvor legemet i sin væsenssegenskab er udstrakt og substantiel, mens jég'ets egenskaber karakteriseres ved tænkning og subjektivitet. Legemet tingsliggøres og sygdom beskrives som en apparatfejl, knyttet til den materielle substans (Hartnack & Sløk 1998; Descartes 1996). Dualisme forklares som to uforenelige principper eller modsætninger (Lübcke 1983). I det perspektiv kan sundhed og sygdom i en biomedicinsk forståelse karakteriseres som to selvstændige begreber, der kan udforskes og forklares teoretisk uafhængigt af hinanden og i forhold til konkrete faktoreres lovmæssige og kausale betydning for organismens reaktionsmønstre.

Naturvidenskabelig og biomedicinsk forskning foreskriver generalisering og reproducerbarhed af resultater, opnået gennem systematisk indsamlede og analyserede data og sanseerfaringer og gennem en objektiv, målbar og værdineutral tilgang, der refererer til et positivistisk synspunkt. Således er kulturelle forhold uinteressante, og subjektive elementer afvises i forskningen med udgangspunkt i den essentielle forståelse af sygdom som afvigelser fra biologiske normalfunktioner i objektiv forstand (Wackerhausen 2002; Scheel 1999; Juul Jensen 1997).

Dahlberg et al (2001) taler om to overordnede verdensopfattelser som grundlag for discipliners forskningstilgang og metodik.

I et atomistisk perspektiv forstås verden og mennesket bedst gennem studier af autonome enkeltdele, der tilsammen beskriver en helhed.

I et holistisk perspektiv kan verden og mennesket kun forstås som en del af- og i et samspil med den konkrete kontekst, hvor relationer er primære for forståelsen.

I det lys kan den fremanalyserede biomedicinske forskningstilgang karakteriseres som atomistisk i sit syn på verden i lighed med det perspektiv, der karakteriserer et interaktionelt værdisyn. Som beskrevet hos Swift & Levin (1987) anses den psykologiske funktion i et interaktionelt perspektiv som et produkt af interaktionen mellem situationsorienterede og personlige faktorer. For at opnå en kausal forståelse for produktets karakter, identificeres og beskrives enkelte og uafhængige fænomener, og deres selvstændige og interaktive effekt på den psykologiske funktion studeres.

Man kan således forstå, at en essentialistisk funderet, biomedicinsk forskningsmetodik er forenelig med et interaktionelt paradigme, der refererer til en kausal og lineær forskningstradition udgået fra en atomistisk forståelse af fænomeners betydning for kroppens reaktion. Deraf udledes, at diabetesskolens biomedicinsk forankrede skemaplanlægning afspejler et interaktionelt værdisyn.

Hverken læger eller sygeplejersker refererer iflg. Hølge-Hazelton (2003:97-102) til en entydig definition af diabetes. Udtalelser og aktiviteter afspejler dels en samfundsdefineret grænsesammensmeltning mellem sundhed og sygdom; dels en professionsbaseret sygdomsforståelse, der knytter an til en biomedicinsk tænkning.

I kollegiale og tværfaglige sammenhænge udtrykker lægerne sig indenfor et medicinsk paradigme med fokus på biologiske og patologiske aspekter. I samvær med patienten taler lægerne om diabetes som en tilstand, og om at patienten ”skal gøre nogle ting i hverdagen” for ikke at blive syg (Ibid:100).

Sygeplejersker taler primært om diabetes ud fra en social-psykologisk sygdomsopfattelse, hvor ”det kommer an på personen” (Ibid:116). Faglig anciennitet og personlig livserfaring har betydning for måden, sygeplejerskerne definerer diabetes på og for rummeligheden i deres tilgang til patientsamarbejdet.

Sygeplejersker med begrænset erfaring fokuserer på forskelligheden mellem Type 1 og Type 2 Diabetes, og forklarer sygdomsudviklingen hos Type 2 diabetikere i et kausalt perspektiv som udgangspunkt for en moraliserende tilgang til patienterne (Ibid:97-98).

Erfarne sygeplejersker synes at have et mere nuanceret billede af diabetes, der betragtes som en tilstand, som kræver daglig opmærksomhed for ikke at udvikle sig til en sygdom. En erfaren sygeplejerske siger således:

”Sygdom er... når man har ondt, har feber og ligger i sengen, og det gør man ikke, når man har diabetes, i hvert fald ikke, hvis man passer den godt”
(Ibid:98)

Af citatet kan man forstå to ting:

For det første, at sygdom defineres ved objektive symptomer som tegn på afvigelser fra biologiske normalfunktioner, og således iflg. Juul Jensen (1997) placeret inden for et biomedicinsk paradigme.

For det andet, at diabetes defineres som sygdom i biomedicinsk og kausal forstand i det øjeblik, der opstår objektive symptomer som resultat af en uhensigtsmæssig adfærd.

I relation til den fremanalyserede placering af en biomedicinsk sygdomsforståelse indenfor et interaktionelt perspektiv kan man udlede, at diabetesskolens læger og sygeplejersker overvejende refererer til et interaktionelt funderet sygdomsbegreb.

Hølge-Hazelton (2003:97-101) konstaterer, at læger og sygeplejersker nærmer sig en fælles opfattelse af diabetessygdommens karakter i retning af en social-psykologisk tænkning. Denne defineres ikke nærmere i den undersøgte praksis og kan således ikke placeres ontologisk. Udgangspunktet for samarbejdet mellem patient og professionel synes dog at åbne for et transaktionelt funderet helhedsperspektiv, som beskrevet hos Rappaport (1985), når man medtænker anerkendelsen af subjektive og kulturelle aspekter i måden, diabetes italesættes. Når definition af diabetes således beskrives ved en bredere sygdomsforståelse end en biomedicinsk, kan man forstå det som en konsekvens af, at målgruppen i diabetesomsorgen jvfr. Feste & Anderson (1995) er patienter med en kronisk lidelse med behov for at forstå diabetes som en integreret del af selve livet.

Af Maunsbachs undersøgelse af den praktiserende læges roller i diabetesomsorgen ses, at lægen som medicinsk ekspert hovedsageligt optræder som kontrollant og rådgiver i forhold til biokemiske og fysiologiske undersøgelser som udtryk for kroppens funktion. En patient udtaler således, at hun nok får mange fakta om undersøgelsesresultater, men mangler personlig interesse og empati i en dialog om hverdagsforholdene, for at hun kan handle på lægens rekommandationer (Maunsbach 1999:183-199).

Ekspertfunderede aktiviteter afspejler således et interaktionelt defineret helhedsperspektiv, karakteriseret ved en atomistisk forståelse af enkeltfænomeners betydning for krop-

pens funktion i kausal forstand, konkret defineret ved en lineær sammenhæng mellem adfærd og undersøgelsesresultater.

Hensigten med undervisningen på diabeteskolen er at reducere risikoen for senkomplikationer ved at øge patientens egenomsorg, livskvalitet og sygdomskontrol. Opgaven er at hjælpe patienten til at vælge en adfærd, som medvirker til optimal metabolisk regulation (Hølge-Hazelton 2003:56; Maunsbach 1999:218, 307). Der tales altså om en forebyggende indsats som ”*den foranstaltning eller proces, hvorved et bestemt uønsket fænomen forhindres, hæmmes eller reduceres*” (Kamper-Jørgensen & Almind 2005:18). Således refereres til opfattelsen af sundhed som fravær af sygdom og til handlinger funderet i en kausal og lineær tænkning i et dikotomisk perspektiv (Scheel 1999).

En interaktionelt funderet forebyggelsesindsats har fokus på at forhindre eller reducere sygdom og dysfunktion, og interventioner rettes mod konkrete risikofaktorer begrundet i en lineær og kausal forklaringsmodel. Mennesket betragtes som en autonom del i miljøet og ikke, som i et transaktionelt perspektiv, som en integreret del heraf (Swift & Levin 1987). Fokus i forebyggende aktiviteter retter sig således i et interaktionelt perspektiv mod menneskets interaktion *med* miljøet i en subjekt-objekt relation.

Når diabeteskolens hensigtserklæring sigter mod patientens valg af rekommanderede adfærdsmønstre for at sikre en livsstilsregulerende påvirkning af den metaboliske regulation og dermed af livskvaliteten, kan indsatsen ses som en ydre påvirkning af den helhed, mennesket interagerer med. Den retorik, der beskriver den forebyggende indsats i diabeteskolens hensigtserklæring, synes således at afspejle et interaktionelt værdisyn, funderet på dualismetænkning i et atomistisk perspektiv, svarende til den forståelse af sundhed som fravær af sygdom, Kamper-Jørgensen og Almind (2005) refererer til.

På baggrund af flg. og lignende informantudsagn beskrives lægens individuelle vejledning i den forebyggende diabetesomsorg fortrinsvist som vedligeholdende og kontrollerende med fokus på metabolisk kontrol (Hølge-Hazelton 2003:217-218; Maunsbach 1999:184-195):

”Henne ved lægen, der får jeg taget mit blodtryk og blodprøver – sådan lidt ”sladresukker”, og nogle gange urinprøver og vægt...”

(Maunsbach 1999:184)

”Jeg har på fornemmelsen, at de kun skal regulere min insulin op og ned (...) andet er de egentlig ikke interesseret i at diskutere ”

(Hølge-Hazelton 2003:217).

Flere patienter oplever professionelles holdning til diabetes som en sygdom, der kan betragtes som en ekstra charme, *”hvis man vel og mærke husker det nødvendige”* (Ibid:215), forstået som adfærdsrekommandationer, udstukket af professionelle.

Oplevelserne synes at afspejle en forebyggelsesforståelse som handlinger, der skal sikre homøostase og forhindre dårlig metabolisk regulation. Man kan trække en parallel til en kausal tænkning, udgået fra et essentielt perspektiv om én bestemt forklaring på et problem (Juul Jensen 1995), og hvor det at undlade de rekommanderede handlinger medfører sygdom i forståelsen dårlig metabolisk regulation (Sundhedsstyrelsen 1994).

Således afspejler den individuelle vejledning i diabetesomsorgen i nogen grad en biomedicinsk forebyggelsestænkning, hvor sundhed defineres ved fravær af sygdom, og hvor aktiviteter og metoder refererer til et interaktionelt værdisyn med fokus på at opnå homøostase.

Såvel gruppeundervisning som individuel vejledning sigter iflg. Maunsbach (1999:208, 281, 309) mod at tilgodese den enkelte diabetikers behov og muligheder. For diætvejledningen gælder, at den skal øge patientens forudsætninger for at håndtere vanlige og uforudsete situationer med udgangspunkt i patientens madpræferencer, herunder opfattelsen af mad som mål eller som middel, samt patientens kliniske tilstand. En patient udtaler herom:

”... hun spurgte os sådan lidt om, hvad vi fik? Hvad vi spiste hjemme? Og hvad man havde mulighed for at have i sin have (...) Og ud fra det der kunne hun så give en kostplan, som passede til det, vi kunne, og hvad vi havde og sådan noget...”

(Ibid:208).

For de patienter, der primært oplever måltidet som et mål i sig selv, har æstetiske faktorer, knyttet til selve måltidet, betydning for patientens adfærd i forhold til diabetesdiæ-

ten (Ibid:150). Patientens handlemuligheder kan således forstås i et økologisk og transaktionelt perspektiv i det omfang, sociokulturelle forhold medtænkes.

I et transaktionelt funderet forebyggelsesbegreb, som det genfindes i empowerment, bygger indsatsen på et holistisk syn på verden, hvor forandringsprocessen er i fokus med henblik på vækst og udvikling i et fremtidsperspektiv. Processen refererer til og omfatter alle involverede, ligesom alle forhold er relationelle og dialektiske i et helhedsperspektiv, hvor adfærd og værdiforståelse afhænger af personen – hændelsen og konteksten (Swift & Levin 1987; Wiking & Berliner 2001).

På den baggrund kan man forstå en vejledning med udgangspunkt i faktorer, der har betydning for den enkelte patients kostrelaterede adfærd som transaktionelt funderet. Fokus rettes mod patienten som den person, hvis handlinger udvikles *i og med* en hverdagsrelateret kontekst, og der skabes rum for at opnå forståelse for sociokulturelle fællesskabers betydning for patientens handlemuligheder. Såvel patient som professionel opnår derved mulighed for at forstå sig selv og den anden i de respektive fællesskaber som forudsætning for empowering.

Det økologiske princip, som ligger til grund for et transaktionelt syn på mennesket som et væsen, der til enhver tid er afhængig af- og påvirker sag og kontekst, er grundlaget for at rette fokus mod menneskets muligheder for at opnå forandring i konkrete livssammenhænge. Med øje for transaktionen mellem personen, de sociale oplevelser og materielle omgivelser, afgrænser community-psykologien derfor sit interessefelt til *”helheten av personans resurser och omgivningernas reaktioner, stöd, och diskurs (och metaforer) vidrörande den eller de personer, det handlar om”* (Wiking & Berliner 2001:666). Som vist udgør mødet mellem patient og professionel i diabetesomsorgen en proces, hvor der opstår et nyt fællesskab, hvis kultur indgår i samspil med de fællesskaber, de hver især har del i. På baggrund af Wiking & Berliners beskrivelse kan man udlede, at kulturen vil være præget af parternes ressourcer, relateret til de fællesskaber, de indgår i, samt af den indflydelse, den aktuelle diskurs og handlemønstre har på kulturdannelsen i det nye fællesskab. I den forstand omfatter helhedsperspektivet i en transaktionelt funderet diabetesomsorg både subjektive og materielle faktorer hos de involvere-

de parter, med betydning for de aktiviteter hos patient og professionel, der rettes mod en forebyggende indsats.

Når de fleste unge informanter oplever diabetesomsorgen som

”en upersonlig, tidsrøvende kontrolinstans der mest har øje for gennemsnitsværdier og som sjældent opfanger eller prioriterer at lytte eller rådgive til individuelle problemstillinger...”

(Hølge-Hazelton 2003:217)

kan man forstå, at kulturen i behandlingsfællesskabet defineres af den professionelle ved kontrolbesøgene, og at interessen for patientens øvrige fællesskabers adfærdregulerende funktion nedprioriteres. Den del af praksis, der refererer til kontrolbesøg og behandling, synes således ikke at leve op til forventninger om en transaktionelt funderet helhedstænkning, som intenderet i en empowered praksis, men er snarere forankret i et interaktionelt værdisyn, defineret ved biomedicinske og kausale forklaringsmodeller.

Af officielt beskrevne krav til henholdsvis lægers og sygeplejerskers faglige og personlige kompetencer i diabetesomsorgen fremgår det, at lægens arbejde er koncentreret om medicinske og diagnostiske opgaver, mens sygeplejerskens indsats omfatter *”patientens totale situation”* (Ibid:110). Lægen skal være specialist i intern medicin eller endokrinologi. Sygeplejersken må have en bred faglig viden; holdninger og erfaringer indenfor diabetesomsorgen; personlig modenhed; empatiske evner og overskud til at indgå i et monofagligt og tværfagligt samarbejde. Det er sygeplejerskens opgave at vurdere patientens helhedssituation med henblik på koordinering og planlægning af undersøgelser, behandling og undervisning i samarbejde med patienten (Ibid:110-112).

I relation til mødet mellem patient og professionel lægger funktions- og kompetencebeskrivelserne således op til udvikling af forskelligartede kulturelle forståelser af den professionelle tilgang, der i et transaktionelt perspektiv har betydning for håndtering af livet med diabetes (Swift & Levin 1987).

Når personens selvforståelse påvirkes af den diskurs, der opstår gennem etableringen af et fællesskab (Wiking & Berliner 2001), og informanter i begge undersøgelser taler om lægens paternalistiske position som formaner med udgangspunkt i et medicinsk perspektiv (Hølge-Hazelton 2003:190; Maunsbach 1999:184,192), kan man udlede, at patientens selvforstå-

else i forhold til sin position i et forebyggende samarbejde vil være præget af en dehumaniserende magtoplevelse, og fokus for handling rettet mod interaktion *med* miljøet i en atomistisk helhedsforståelse.

Sygeplejerskens samarbejde med patienten synes at kunne rumme et transaktionelt defineret værdisyn i det omfang, den faglige vurdering sigter mod at forstå patientens helhedssituation inden for rammerne af et økologisk holismebegreb. I den forstand åbnes der jvfr. Rappaport (1985) for, at sprogbruget kan medvirke til udvikling af et humaniserende alternativ til et paternalistisk forhold og til en forebyggelsesindsats, rettet mod forandring *i og med* den helhed, patienten har del i.

Sammenfattende kan man forstå retorikken i beskrivelsen af diabeteskolens organisation som konfliktfyldt i forhold til værdigrundlaget for den professionelle indsats, defineret ved lægens og sygeplejerskens funktioner.

4.2.1 Konklusion på undersøgelse af diabetesomsorgen i Danmark i et transaktionelt perspektiv

Som svar på spørgsmålet **I hvilken udstrækning bærer diabetesomsorgen præg af et transaktionelt værdisyn ved italesættelse af centrale begreber?** kan man sammenfattende konkludere, at hensigtserklæringer vedr. diabeteskolens gruppeundervisning og individuelle vejledning samt beskrivelser af forebyggende aktiviteter, hvor fokus udover vidensformidling er patienternes erfaringskundskaber og sociokulturelle fællesskaber, afspejler elementer fra et transaktionelt værdisyn, idet måden at forstå udviklingen af diabetes sygdommen relaterer til et økologisk helhedsperspektiv. Ligeledes synes møder mellem professionel og patient, hvor udgangspunktet er socialpsykologisk, at afspejle et syn på forebyggelse funderet i en transaktionel helhedsforståelse, der skaber rum for patienters og professionelles selvforståelse og forståelse af patientens adfærdsmuligheder.

Det konkluderes der udover, at diabetesomsorgen synes domineret af et interaktionelt værdisyn, præget af dualisme- og kausalitetstænkning samt en atomistisk helhedsforståelse, primært synliggjort gennem skemaplanlægning; måden sygdoms- og forebyggelsesbegreber italesættes i hensigtserklæringer samt i aktiviteter, knyttet til professionelles

selvforståelse som eksperter såvel i den standardiserede gruppeundervisning som i individuel vejledning og konsultation.

Diabetesomsorgens retoriske og handlingsrelaterede italesættelse af begreber og aktiviteter, knyttet til henholdsvis lægers og sygeplejerskers funktion, synes at afspejle en værdimæssigt konfliktfyldt praksis som base for integration af empowerment.

4.2.2 Diskussion af sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i diabetesomsorgen

Med udgangspunkt i den fremanalyserede forforståelse af empowerment funderet i et transaktionelt værdisyn, er det interessant at diskutere, hvordan integration af empowerment er mulig i den beskrevne, konfliktfyldte praksis, og hvorvidt dette må bero på muligheden for at kreere en middelvej på baggrund af de to fremherskende paradigmer. For Kuhn (1995) er forskellige paradigmer inkommensurable og derfor uforenelige som fælles forståelsesramme for begreber, metoder og teoriudvikling. Inspireret heraf argumenterer Bjarne Bruun Jensen⁶ (2000) for et samfundsmæssigt paradigmeskifte med henblik på udvikling af individuel handlekompetence gennem en frigørende og demokratisk tilgang som alternativ til en undertrykkende og adfærdsregulerende sundhedsundervisning, funderet i et naturvidenskabeligt paradigme. Han afviser således en paradigmatisk mellemløbet og henviser til en revolutionær proces for paradigmeudvikling, som beskrevet hos Kuhn (1995). I lyset heraf kan den fremanalyserede værdikonflikt i diabetesomsorgen forstås som en kritisk fase i den revolutionære proces, karakteriseret ved usikkerhed om paradigmets gyldighed og fortsatte beståen i det omfang, diabetesomsorgen defineres indenfor et tværfagligt teamsamarbejde.

Mens Juul Jensen i lighed med Kuhn taler om filosofisk uforenelighed mellem forskellige paradigmer, henviser han til, at både et objektivt og et subjektivt sundheds- og sygdomsbegreb har levet i fredelig sameksistens helt frem til oplysningstidens dualismetænkning. På baggrund af studier af forholdet mellem den kliniske lægekunst og den

⁶ Bjarne Bruun Jensen, Ph.d. Lektor ved Forskningscenter for Miljø og Sundhedsundervisning ved Danmarks Pædagogiske Universitet. Har været medlem af Undervisningsministeriets læseplansudvalg for sundhedsundervisning i 1991 og 1995, samt koordinator for det danske netværk af sundhedsfremmende skoler. Er konsulent for WHO inden for begge områder, der også omfatter hans forskningsinteresser.

skolastiske forskningstradition, skildrer han medicinen som en sammensat praksis. Juul Jensen argumenterer for retablering af en ligeværdig kundskabsudveksling mellem den kliniske praksis, hvor samarbejdet mellem professionel og patient vedrører en konkret lidelse og dennes indflydelse på patienten, og den teoretiske praksis, der fokuserer på almene træk ved sygdom, og dennes forstyrrende virkning på menneskers normaltilstand. Juul Jensen taler om en situationsorienteret praksis, som rummer et bredt syn på begreber som helhed, sundhed og sygdom, og hvor forståelsen af sygdommens udvikling både omfatter objektive og subjektive aspekter. Han afviser således et begrebsmæssigt sidevalg som udgangspunkt for måden at forstå det samlede sundhedssystem (Juul Jensen 1986;1997;2001).

Når Feste & Anderson (1995) definerer sygdomsbegrebets funktion i en empowered praksis ud fra en salutogenetisk forståelse, kan man i lyset af Juul Jensens praksisopfattelse se det som medvirkende til at overvinde modsætninger, dikteret af en rigid forståelse af diabetessygdommen, hvad enten den er objektivt eller subjektivt funderet.

Idet både læger og sygeplejersker i den undersøgte praksis nærmer sig en fælles holdning til diabetes, der refererer til en samfundsdefineret grænsesammensmeltning mellem sundhed og sygdom, (Hølge-Hazelton 2003:97-102) kan man dels se det som en fase i den revolutionære proces, der medfører et paradigmeskift i forhold til omsorgen for patienter med en kronisk sygdom. Dels kan man forstå diabetesomsorgen som en dynamisk praksis, der bevæger sig mod en bred sygdomsforståelse, som fordrer dialog mellem en objektiv og en subjektiv kundskabsudvikling, svarende til måden, Antonovsky taler om respekten for komplementaritet mellem en salutogenetisk og en patogenetisk forståelse af sygdommens opståen og udvikling (Gjengedal & Hanestad 2001; Kuhn 1997; Juul Jensen 1997; DSR 1994; Antonovsky 1987). På den måde knytter paradigmeudvikling ikke alene an til en videnskabelig forskningsproces, men også til aktørernes åbenhed for forståelse af begreber og metoder relateret til konteksten i en praksis, hvor målet er empowerment af omsorgen til mennesker med en kronisk sygdom.

Anderson & Funnell (2000) argumenterer for to forudsætninger for at skabe en empowered praksis. Foruden at sikre patienten nødvendig viden og færdigheder til at kunne træffe beslutninger om sit liv med diabetes, må man udvikle et miljø, hvor patienten

oplever tryghed og accept. Det sker i relationen gennem fokusering på patientens rolle som ansvarlig for sin diabetes i dagligdagen.

Robert Skelton (1994) refererer gennem litteraturstudier om sygepleje og empowerment til tre niveauer for empowerment. Et mikroniveau, hvor sygeplejersken stiller sine færdigheder og viden til rådighed for patienten, om hvem hun forventer evnen til at træffe ansvarlige beslutninger. Et makroniveau, der involverer handlinger på organisatorisk plan, samt et metaniveau, der omfatter sundhedspolitisk målsætning og lovgivning.

Wackerhausen (2002) taler om integration af værdier i en sundhedsfaglig praksis gennem ”aktiv tilstedeværelse” (Ibid:64) og via legemliggørelse og sprogliggørelse i den konkrete praksis ved implementering af en værdibaseret spørgekultur. Tanken følges op hos Anderson & Funnell (2000), der foreslår værdibaserede spørgsmål til praksis som redskab til empowering af diabetesomsorgen. Hanne Helleshøj (2000), der lader sig inspirere af både Deweys kognitionspsykologiske tilgang og Schöns beskrivelser af refleksion på et handlingsrelateret niveau, argumenterer for refleksion som redskab til udvikling af sygeplejefaglig kompetence og af sygeplejefaget.

Schön (1983) tager afsæt i den kompetente praktikers måde at udøve sin praksis på. Han taler om ’knowing in action’, hvor handling foregår intuitivt og tavst og omfatter nødvendige justeringer, uden at det fremprovokerer eftertanke. ’Reflection in action’ foregår under en handling, og indebærer evnen til at tænke over, sprogliggøre og justere handlinger undervejs. En tredje måde er ’reflection on reflection in action’ med udgangspunkt i allerede udførte handlinger, som analyseres ved hjælp af teorier og begreber, med henblik på at opnå større viden og forståelse af handlingen.

I kombination med Deweys refleksionstænkning, inddelt i tre niveauer:

- 1) Abstraktion, der medvirker til bevidst kognitiv forandring af oplevelser og erfaringer ved at søge uddybende forståelse heraf
- 2) Generalisering, hvor det erfarede knyttes til tidligere erfaringer og viden, eller hvor denne omstruktureres eller forkastes, for derved nå til ny erkendelse af det oplevede
- 3) Sprogliggørelse gennem begrebsliggørelse af praksis som forudsætning for, at noget kan deles med andre og gøres til genstand for diskussion

konstaterer Helleshøj (2000), at refleksion som pædagogisk redskab kan medvirke til at knytte praksishandlinger og teoretiske kundskaber sammen. Der udover kan refleksion være kilde til personlig erkendelse.

I det perspektiv kan sygeplejersken medvirke til at synliggøre det værdimæssige udgangspunkt for interventioner i den konkrete diabetesomsorg ved at udsætte denne for refleksion og debat med henblik på at bevidstgøre sig selv og andre om værdier og metoder, som fremmer eller begrænser forudsætningerne for empowerment på de tre niveauer, skitseret hos Skelton (1994). Således lever måden, Helleshøj taler om refleksion op til Wackerhausens intentioner om integration af værdier via legemliggørelse og sprogliggørelse i den konkrete praksis.

På baggrund af Helleshøjs forståelseshorisont vil det fremanalyserede transaktionelt funderede værdigrundlag, der afspejles gennem hensigtserklæringer og aktiviteter i dele af den forebyggende undervisning og vejledning, kunne gøres til genstand for refleksion og dermed for italesættelse af begreber og værdier, svarende til en empowered praksis. På makroniveau vil det betyde, at begreber og metoder forankret i hensigtserklæringer gøres bevidste, reflekteres og deles gennem sprogliggørelse på et kognitivt niveau med henblik på initiering af en værdidiskussion, knyttet til planlægning af diabetesomsorgen og organisering af en forebyggende indsats, funderet i et bevidst formuleret transaktionelt perspektiv.

På mikroniveau vil de miljømæssige vilkår for samarbejdet mellem professionel og patient, Anderson & Funnell (2000) taler om, kunne sprogliggøres gennem refleksioner over begreber og erfaringer knyttet til forståelsen af transaktionelt definerede fællesskaber, med henblik på bevidstgørelse heraf i det praksisfællesskab, der tegner den konkrete diabetesomsorg og diabetesteam.

Analysen af det empiriske materiale afslører et interaktionelt værdisyn, knyttet til diabeteskolens skemaplanlægning og til måden, læger og sygeplejersker i overvejende grad refererer til en biomedicinsk, kausal og dikotomisk sygdomsforståelse. Når praksis der udover præges af et interaktionelt værdisyn i dele af retorikken vedr. forebyggelsesaktiviteter, defineret ved rekommanderet adfærdsregulering i et paternalistisk og ekspertstyret samarbejde, vil refleksion med henblik på sprogliggørelse af værdier knyttet til akti-

viteterne være udgangspunkt for diskussion heraf, relateret til en transaktionelt funderet helhedsforståelse.

Gennem spørgsmål, hvor opmærksomheden rettes mod faktorer med betydning for patientens muligheder for at tage ansvar for sin diabetes i hverdagen på baggrund af ligeværdig kundskabsudveksling og problemidentifikation, kan hensigter og aktiviteter funderet i et interaktionelt værdigrundlag, gøres til genstand for refleksion og debat på såvel mikro- som makroniveau i lyset af en transaktionel helhedsforståelse. En målrettet refleksiv debat kan således medvirke til bevidstgørelse af faktorer, der hæmmer eller fremmer en empowered diabetesomsorg.

4.3 Undersøgelse af diabetesomsorgen i Danmark i et salutogenetisk perspektiv

Nærværende undersøgelse skal besvare hjælpespørgsmålet **I hvilken udstrækning bærer diabetesomsorgen præg af en salutogenetisk forståelse af patientens mestringsmuligheder med udgangspunkt i et komplementært og dialektisk forhold mellem salutogenese og patogenese i udforskningen af sundhed og sygdom?** Derfor retter den sig dels mod analyse og fortolkning af aktiviteter og sproglige tilkendegivelser, der afspejler graden af professionelles fokus på diabetespatientens mestringsressourcer, defineret gennem OAS som en konsekvens af forholdet mellem begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Dels mod værdier, knyttet til udforskningen af sundhed og sygdom i samarbejdet med den enkelte diabetespatient.

Hølge-Hazelton (2003) refererer til, at diabeteskolen for at nå målsætningen om reduktion af sendiabetiske komplikationer og forbedret livskvalitet, stiler mod et pleje- og behandlingstilbud omfattende ”*en øget pædagogisk indsats med undervisning individuelt og i grupper inden for rammer, der forebygger sygeliggørelse...*” (p 80).

Maunsbach (1999:141-142) taler om sygeliggørelse i den udstrækning, patienten fastholdes i sygerollen på baggrund af diagnostiske og biokemiske parametre. Feste og Anderson (1995) beskriver sygeliggørelse som en complianceorienteret og biomedicinsk tilgang, der medvirker til at reducere patientens valgfrihed og autonomi i en ekspertstyret kontekst. Som vist knytter Freire (1993) ekspertstyring til en asymmetrisk magtkonstellation, hvor magten ligger hos den professionelle i et paternalistisk forhold.

Man kan således forstå hensigten med diabetes skolens tilbud som et forsøg på at sikre patientens autonomi i samarbejdet med professionelle, og at rammebeskrivelserne åbner for et alternativ til en biomedicinsk og paternalistisk tilgang til diabetesomsorgen.

Udover kontorer og konsultationslokaler omfatter de undersøgte diabetes skoler skolestuefaciliteter. Pauser og ventetider tilbringes på gangarealer, hvis indretning lægger op til uformelle samtaler patienter imellem og mellem patienter og professionelle (Hølge-Hazelton 2003:80-83).

I gruppeundervisningen indlægges en time med temaet 'at leve med diabetes', hvor frie emnevalg og erfaringsudveksling er udgangspunkt for refleksion og undervisning (Ibid:83-84). Maunsbach (1999:202,214,256) erfarer, at flere informanter, udover at opnå viden og færdigheder gennem skemalagt undervisning, oplever praktisk og emotionel støtte i mødet med andre patienter, grundlagt i sammenlignelige hverdagsoplevelser fra et liv med diabetes. De opnår således en gensidig forståelse for hinandens problemer med at håndtere sygdomsrelaterede udsving. Undervisningskonceptet bidrager til øget handlekompetence gennem forståelse af sammenhænge mellem adfærd, symptomer og velvære knyttet til erfaringsudvekslinger fra dagligdagen med diabetes.

Når kombinationen af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed er afgørende for måden, mennesket oplever stressorer som udfordringer eller begrænsninger relateret til den hverdag, man fungerer i (Antonovsky 1987), kan man forstå diabetes skolens gruppeundervisning kombineret med erfaringsudveksling som en form, der medvirker til at afdække og øge graden af den enkelte diabetikers OAS. Udveksling af viden og erfaring danner således udgangspunkt for en kognitiv oplevelse af forudsigelighed, struktur og sammenhæng i livet med diabetes samt en vurdering af de ressourcer, der er til rådighed hos patienten selv og/eller legitime andre til at håndtere de stressorer, patienten påvirkes af. Diabetes skolens rammer og undervisningsform synes at åbne for en dialog, hvor den enkeltes følelsesmæssige oplevelse af livet som diabetiker ekspliciteres som udtryk for graden af meningsfuldhed, ligesom der åbnes for bevidstgørelse af den enkeltes GRR eller mangel på samme. Der udover synes formen at bidrage til at øge de ydre ressourcer, der iflg. Antonovsky (1987) er afgørende for menneskers oplevelse af håndterbarhed, idet såvel underviser som medpatienter vil kunne indtage en position som den legitime anden, diabetespatienten kan stole på og have tillid til.

Når gruppeundervisningen har fokus på patientens ressourcer knyttet til dennes forskellige fællesskaber, herunder et behandlingsmæssigt fællesskab, synes det således at referere til måden, Wiking & Berliner (2001) definerer det transaktionelle interessefelt gennem den helhed af ressourcer, støtte og diskurs samt omgivelsernes støtte, der vedrører mennesket. Diabetesskolens pleje- og behandlingstilbud afspejler dermed en salutogenetisk tænkning om identificering og udvikling af komponenter ved OAS med betydning for diabetikerens mestringsmuligheder, set i et transaktionelt perspektiv i det omfang, indhold og metode refererer til vidensformidling kombineret med erfaringsudveksling i en reflektiv kontekst.

Måden, de etablerede undervisningsrum dels tilgodeser medicinske faktorer, dels reflekterer problemløsningsmetoder i en hverdagsrelateret kontekst, kan forstås som et forsøg på at forebygge sygeliggørelse gennem forening af biomedicinsk viden med almenmenneskelige tilstandes betydning for patientens mestring af livet med diabetes, svarende til et komplementært forhold mellem salutogenese og patogenese i forklaringen af sygdommens opståen og udvikling (Antonovsky 1987). Således kan man udlede, at beskrivelsen af diabetesskolens rammer og funktion åbner for en salutogenetisk tilgang til udforskning af patientens diabetes.

Hølge-Hazelton (2003:95, 218-220) erfarer, at der er forskel på måden, læger og sygeplejersker møder patienterne på i den individuelle vejledning.

For lægerne gælder, at de kun sjældent møder patienten uformelt. De optræder velforberedte og koncentrerer sig i vejledningen om medicinske spørgsmål som grundlag for behandlings- og adfærdsmæssige rekommandationer. Flertallet af de unge informanter udtrykker, at de føler sig svigtet af lægerne, som ofte kun forholder sig til blodprøvesvar. Der berettes om en travl praksis, karakteriseret ved lange ventetider og korte møder med de professionelle, hvor patientens behov for støtte til at bære ansvaret som diabetiker i hverdagen overses. På baggrund af undersøgelserne konkluderes, at

”Det, som det handlede om var, hvad afdelingen kunne tilbyde af hjælp til at tage sig af de medicinske problemstillinger. Andre tegn eller signaler fra patienterne om problemer af mere psykosocial eller eksistentiel karakter, blev enten overhørt eller høfligt afvist med et; den slags skal du ikke tænke på”

(Ibid:94-95).

Maunsbach (1999:183-191) refererer tilsvarende til en medicinsk og fysiologisk funderet vejledning i det samarbejde, hvor lægen fungerer som videnskilde og/eller tilsynsførende.

Når lægen alene fokuserer på biokemiske og fysiologiske faktorer for at forstå diabetikerenes metaboliske status, kan indsatsen karakteriseres som patogenetisk funderet, defineret gennem en biomedicinsk, atomistisk og kausal årsagsforklaring i lyset af en interaktionel helhedsforståelse (Swift & Levin 1987). Derfor synes indsatsen ikke at leve op til intentionerne om at udforske patientens diabetes i et dialektisk og komplementært forhold indenfor en salutogenetisk tænkning.

Idet lægen således overvejende arbejder ud fra en interaktionel helhedsforståelse, synes han ikke at bidrage til afklaring af, i hvilket omfang patienten oplever den samlede sum af stressorer, der påvirker hans liv med diabetes, som udfordringer eller belastninger. Lægen bidrager derfor heller ikke til at definere patientens mestringsmuligheder eller afdække de ressourcer, der kan medvirke til negativ entropi, ligesom han ikke indtager en rolle som legitim anden, der iflg. Antonovsky (1987) kan styrke patientens oplevelse af håndterbarhed.

I den beskrevne praksis bidrager vidensformidling til en patogenetisk forståelse og mulighed for at forklare hændelser, knyttet til patientens diabetes (Maunsbach 1999:202). Den begribelighed, patienten opnår, synes derimod ikke overførbar til hans hverdagsoplevelser (Hølge-Hazelton 2003:218-220). Dermed lever lægens vejledning ikke op til intentionerne om at øge patienternes begribelighed, funderet i målrettet dialog og vidensformidling, og således heller ikke til intentionerne om at udforske og øge oplevelsen af meningsfuldhed, defineret ved, at mennesket finder livet forståeligt og er motiveret for at engagere sig i de problemer og krav, tilværelsen byder på (Antonovsky 1987).

I lyset af måden, sygeliggørelse som begreb tidligere er udlagt, synes den individuelle vejledning, funderet i et interaktionelt helhedssyn og en patogenetisk orientering, at fremme en paternalistisk samarbejdsform, som set hos Hølge-Hazelton (2003:85-88), hvor patienten fastholdes i en behandlingsrelateret sygerolle.

For nogle patienter er det nødvendigt at henvende sig til læger og sygeplejersker på diabeteskolen med akutte problemer. Mens en informant sammenligner kontakten til lægerne med ”at snakke med en brochure” (Ibid:219), og således ikke oplever, at lægen reelt sætter sig ind i hans situation, refererer Hølge-Hazelton til sygeplejerskers engagement og vilje til at identificere patientens behov for omsorg. En sygeplejerske udtaler

”De kan godt forvente, at kommer de til mig med et problem, så vil jeg gerne tage mig af det, og går det helt galt, kan de næsten give mig deres diabetes i en periode”

(Ibid:91).

Sygeplejerskens kendskab til den enkelte patient har sammen med faglig og personlig erfaring indflydelse på måden, hun møder og informerer patienten (Ibid:90-92). Det er i gruppen af erfarne sygeplejersker, Hølge-Hazelton finder kapacitet til at rette opmærksomheden mod de hverdagsrelaterede problemstillinger, der optager patienten. De bruger således ”deres erfaring og fornemmelser til at finde frem til, hvor det er skoen trykker” (Ibid:91). Indsatsen hos gruppen af erfarne sygeplejersker kan således sidestilles med den intervention, Antonovsky (1987) taler om, når han peger på den professionelle ansvar for at afdække og medvirke til at øge graden af meningsfuldhed, idet sygeplejerskerne indtager en problemidentificerende position i forhold til den unges aktuelle modstandsressourcer. I forlængelse heraf bidrager sygeplejersken som legitim anden til at øge patientens håndterbarhed, når hun for en stund overtager nogle af de stressorer, som påvirker mestringskapaciteten (Ibid 1987).

Blandt gruppen af erfarne sygeplejersker kan man således observere en vejledningstilgang, funderet i et transaktionelt perspektiv, karakteriseret ved et dialektisk forhold mellem en salutogenetisk og en patogenetisk forståelse af patientens aktuelle sundhedstilstand. Fokus i dialogen mellem sygeplejerske og patient retter sig dels mod forskellige faktorerens betydning for situationen, dels mod patientens oplevede spændingstilstand og mestringsressourcer, defineret ved OAS.

Ikke alle sygeplejersker formår at rette opmærksomheden mod det, der optager patienten. I bestræbelserne for at formidle ’de rigtige informationer’ mangler især nye og uerfarne sensitivitet overfor patienternes aktuelle behov. Vejledningsindholdet tager ofte udgangspunkt i standardiserede retningslinier, herunder retningslinier for den opfølg-

ning, der skal ske på gruppeundervisningens skemalagte emner (Hølge-Hazelton 2003:90-93,111).

Man kan altså forstå, at vejledningen hos nogle sygeplejersker læner sig op af den tidligere fremanalyserede kausale tænkning i biomedicinsk og interaktionel forstand, som kendetegner diabeteskolens skemaplanlægning.

4.3.1 Konklusion på undersøgelsen af diabetesomsorgen i Danmark i et salutogenetisk perspektiv

Det konkluderes, at rammebeskrivelser og konkrete aktiviteter, knyttet til den del af diabeteskolens gruppeundervisning og individuelle vejledning, der kombinerer vidensformidling og erfaringsudveksling som udgangspunkt for en reflektiv problemidentifikation samt bevidstgørelse af mestringsmuligheder og OAS, afspejler elementer af en transaktionelt funderet, salutogenetisk tænkning om et komplementært og dialektisk forhold mellem en salutogenetisk og en patogenetisk ramme for udforskningen af diabetes.

Derudover kan man konkludere, at diabetesomsorgen synes domineret af en patogenetisk og interaktionelt funderet sundheds- og sygdomsforståelse, når det drejer sig om individuel og behandlingsmæssig vejledning, alene med afsæt i biokemiske forklaringsmodeller for patientens metaboliske regulation. Det samme gør sig gældende for sygeplejerskens standardiserede, individuelle vejledning med udgangspunkt i veldefinerede medicinske temaer. Således rettes den professionelle indsats ikke mod identifikation af hverdagsrelaterede stressorer og deres betydning for diabetikerens håndtering af sin aktuelle situation, ligesom graden af patientens OAS ikke identificeres, og praksis lever ikke op til forventninger om en empowermentdefineret salutogenetisk forankring.

Det konkluderes, at der i relation til en patogenetisk funderet vejledning er risiko for at fastholde patienten i en sygerolle i en paternalistisk samarbejdsrelation mellem professionel og patient. Tilrettelæggelsen af mødet mellem læge og patient i en travl praksis synes at fremme patogenetiske forklaringsmodeller for forståelsen af patientens diabetes.

4.3.2 Diskussion af sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i diabetesomsorgen

Den praksis, der er karakteriseret ved et paternalistisk forhold mellem professionel og patient, synes forenelig med en dehumaniserende pædagogik, hvor eleven fastholdes i en passiv rolle og styres af forskrifter i en subjekt-objekt relation mellem lærer og elev (Freire 1993).

Når målet for diabetesomsorgen som anført er at skabe en empowered praksis (Flyvbjerg 2004; Hansen 2004; Zoffmann 2004; Nielsen 2002), og empowerment defineres indenfor en transaktionelt funderet salutogenetisk sundheds- og sygdomsforståelse, er det iflg. Wackerhausen (2002) nødvendigt at stille spørgsmål til den undersøgte diabetesomsorg ud fra værdier og metoder, der kendetegner en salutogenetisk tænkning. Refleksiv abstraktion vil øge muligheden for at forstå de grundlæggende værdier, der afspejler den professionelles tilgang til problemidentifikation og måden, forebyggende rekommandationer begrundes (Hellestøj 2000). Således også i de dele af diabetesomsorgen, hvor standardiseret undervisning og vejledning er ekspertstyret og refererer til patogenetisk begrundede adfærdsrekommandationer. De sprogliggjorte værdier kan således sættes i spil med metoder, knyttet til en salutogenetisk tænkning. Med fokus rettet mod, i hvilket omfang, den reflekterede praksis skaber rum for et demokratisk samarbejde om identifikation af patientens OAS og mestringsmuligheder, kan sygeplejersken derfor medvirke til at eksplicite værdier og metoder, der fremmer eller begrænser empowermentforudsætninger på mikroniveau, som skitseret hos Skelton (1994) i de dele af praksis, der domineres af en paternalistisk samarbejdsrelation.

For de dele af diabetesomsorgen, hvor vejledning og undervisning tilgodeser en salutogenetisk tænkning om komplementaritet som grundlag for at forstå udviklingen af patientens diabetes, som det er tilfældet i gruppeprocesser og individuelle vejledninger, hvor den professionelle søger kendskab til patientens mestringsmuligheder gennem en ligeværdig dialog om dennes OAS, synes en tilsvarende refleksiv debat anvendelig til bevidstgørelse af de værdier, der ligger til grund for udvikling af en empowered praksis. Refleksion er *”det, der sikrer faglig overføringsværdi fra situation til situation, både når man beskæftiger sig med teori, og når man beskæftiger sig med praksis”* (Hellestøj 2000:151). Således kan man argumentere for, at den del af den undersøgte diabetesom-

sorg, hvor vejledning og undervisning bygger på dialog, erfaringsudvikling og gensidig problemidentifikation, funderet i en salutogenetisk ideologi, kan danne udgangspunkt for overføring af empowermenttænkning til andre praksissituationer, når oplevelser og handlinger gøres bevidste gennem abstraktion, generalisering og sprogliggørelse.

Idet refleksion ”*medfører faglig kundskab, men også forståelse af sig selv som fagperson, der udøver en social metier*” (Ibid:151), synes der at være overensstemmelse mellem den refleksive metodes intentioner og de forventninger, der stilles til professionelle i en empowered praksis om at forstå både patientens og sin egen selvforståelse i forhold til de faglige og patientrelaterede fællesskaber, de naturligt indgår i (FS19 2002; Sundhedsstyrelsen 1994; Benner & Wrubel 1989; Rappaport 1987). Således kan empowermenttænkning vurderes på mikroniveau som afsæt for overføring til andre situationer gennem refleksion over aktiviteter og som udgangspunkt for en erfarings- og teoribaseret generalisering, der iflg. Hellestøj (2000) kan medvirke til at nå til ny erkendelse.

I analysen problematiseres den professionelles muligheder for at opnå rollen som legitim anden, der skal medvirke til at øge patientens håndterbarhed som forudsætning for mestring af aktuelle stressorer. I et udviklingsperspektiv er det nærliggende at gøre patienternes problematisering af praksis til genstand for refleksion gennem ´reflection on reflection in action´ med henblik på eksplicitering af de værdier og metoder, der præger de frembragte problembeskrivelser om svigt, relateret til korte medicinsk funderede møder i en travl praksis. Idet generalisering og sprogliggørelse skaber en professionel platform for debat (Ibid 2000), vil eksplicitering af patienterfaringer kunne medvirke til debat om- og teoretisk funderet udvikling af en salutogenetisk tænkning som base for empowerment af diabetesomsorgen på mikroniveau. Samtidig synes patienterfaringer at kunne medvirke til debatter på makroniveau med henblik på vurdering af forandringstiltag, knyttet til organiseringen af mødet mellem patient og det professionelle diabetes-team, hvor der skabes rum for den patientautonomi og ligeværdige dialog, der definerer en empowered praksis (Anderson & Funnell 2000; Skelton 1994), og hvor risikoen for sygeliggørelse således nedbringes.

4.4 Undersøgelse af diabetesomsorgen i Danmark i et kommunikativt, frigørende og tværfagligt perspektiv

I dette afsnit undersøges hjælpespørgsmålet **I hvilken udstrækning afspejler diabetesomsorgen en kommunikativ praksis, hvor udgangspunkt for samarbejdet er en frigørende pædagogisk tilgang til kundskabsudvikling i et diabetesteam, karakteriseret ved interdisciplinær tværfaglighed?** Derfor udforskes tilstedeværelsen af en humaniserende pædagogisk tilgang til samarbejdet mellem professionel og patient, herunder faktorer med betydning for ægte dialog og ligeværdighed omkring idealet for gensidig kundskabsudveksling i en empowered praksis. Der fokuseres på udsagn og aktiviteter med betydning for at forstå, i hvilket omfang samarbejdet retter sig mod gensidig problemidentifikation og selvforståelse som tegn på en frigørende pædagogisk tilgang, og karakteren af det tværfaglige samarbejde i diabetesomsorgen analyseres og fortolkes i lyset af et interdisciplinært perspektiv.

Diabetesskolen har ikke formuleret mål eller hensigter for den pædagogiske tilgang eller kvalifikationskrav til underviserne. For sygeplejerskerne gælder, at oplæring sker efter mesterlæreprincippet (Hølge-Hazelton 2003:82; Maunsbach 1999:307).

Mesterlæren har afsat i praksisfællesskabet. Læring er situeret og sker i de forandringer, der foregår mellem nye og ældre i fællesskabet i en proces, hvor det man ved formes, og ens identitet skabes i et samspil med viden og det sociale medlemskab (Lave 1999). Wackerhausen taler om mesterlæren som en form, der foruden observation, refleksion og superviseret imitation omfatter en socialiseringsproces. Han problematiserer mesterens position, set i relation til en antagelse om, at såvel gode som dårlige vaner indgår i socialiseringen, og at mesteren ikke nødvendigvis er indstillet på forandring (Wackerhausen 1999). Idet mesteren ikke skal forstås som én bestemt person, men som en del af fællesskabet (Lave 1999), og der i det fællesskab, der præger diabetesskolen, ikke er formuleret et pædagogisk værdisyn, kan det synes problematisk at etablere et teoretisk refleksionsgrundlag som udgangspunkt for sygeplejerskens pædagogiske kompetenceudvikling gennem mesterlæren, uden at denne gøres til genstand for formåls- og metodekritik.

Organisering af diabeteskolens undervisningsprogram er fortrinsvist overladt til sygeplejersker, og præges derfor af fagets værdigrundlag. En ledende sygeplejerske taler i sine krav til nyansatte om evnen til at signalere sygeplejefaglige værdier gennem åbenhed, empati og en tillidsskabende kommunikation (Hølge-Hazelton 2003:65,93). I forlængelse heraf kan man forvente, at samme værdier kræves synliggjort i tilrettelæggelsen af diabetesomsorgens undervisningsaktiviteter. Dermed synes hensigtserklæringen vedrørende sygeplejefaglige indsats i diabetesomsorgen at åbne for etablering af en ægte dialog, defineret ved ligeværdig erfaringsudveksling og refleksion (Friere 1993).

Om undervisningens indhold siger en sygeplejerske:

”...vi satte os ned og sagde: Hvad skal en veluddannet diabetiker vide noget om i løbet af 2 år? (Indholdet) er meget baseret ud fra de erfaringer vi havde på det tidspunkt, hvad synes vi de var nødt til at vide, vi kunne ikke gå ind og læse om det nogen steder”

(Hølge-Hazelton 2003:60).

Et fælles undervisningsmateriale til hver skemalagt lektion sikrer et ensartet indhold, som både læger og sygeplejersker udtrykker tilfredshed med (Ibid:83). Når forskeren derfor refererer til undervisningen som *”skolemesteragtig, slavisk ... og at underviserne stillede spørgsmål, som de selv besvarede, og som lagde op til næste punkt på listen eller næste overhead”* (Ibid:82), kan man forstå såvel indholdstilrettelæggelse som form som dehumaniserende i pædagogisk forstand, defineret ved et paternalistisk forhold mellem professionel og patient (Freire 1993). Det er således den professionelle, der som ekspert doserer og formidler ud fra skolastiske videnskriterier, svarende til et generaliseret og fragmentarisk billede af livet med diabetes. Diabeteskolens undervisningstilbud synes at lukke sig om en professionelt defineret sygdomsforståelse, hvor dialogen om hverdagserfaringer med betydning for patientens forståelse af sin diabetes er fraværende.

Idet et mål for empowerment er at udvikle diabetespatientens beslutningsevne gennem dennes selvforståelse og identifikation af problemer og undervisningsbehov (Anderson & Funnell 2000), synes det standardiserede undervisningstilbud derfor ikke at leve op til intentionerne om at hjælpe patienten til at formulere egne mål for livet med diabetes ud fra en personlig costbenefit vurdering. Ligeledes synes den standardiserede gruppeundervisning ikke at leve op til den interdisciplinære tværfaglighed, der i dette speciale

definerer samarbejdet mellem professionel og patient i en empowered praksis som et relationelt aspekt, hvor patienten bidrager ligeværdigt til integration af specialkunderskaber i den helhed, hvori problemstillingen udledes (Lauvås & Lauvås 2004; Anderson & Funnell 2000; Bailey 1984).

Hølge-Hazelton (2003:87,96-97) observerer, at en enkelt læge og nogle erfarne sygeplejersker afviger fra undervisningsmaterialet og inddrager patienternes personlige oplevelser i undervisningen. Maunsbach (1999:208) refererer til diætistens måde at inddrage patientens hverdags erfaringer som positiv for forståelsen af sin situation.

Undervisningsaktiviteter med udgangspunkt i patienternes personlige, diabetesrelaterede erfaringskunderskaber synes sammenlignelig med den frigørende pædagogik, Freire (1993) beskriver som en gensidig problemformulerende og bevidstgørende proces, hvor dialog og refleksion medvirker til identificering af forhold med betydning for menneskers hverdagsliv, og som øger mulighederne for at opnå kontrol gennem handlinger, der sigter mod at forandre eksisterende forhold.

Undervisningsaktiviteterne synes ligeledes at leve op til intentionerne for en empowered diabetesomsorg, der handler om at hjælpe patienten til at omskrive sit liv til et liv med diabetes gennem et samarbejde, rettet mod erfaringsbaseret problemløsning og udformning af egne mål (Anderson & Funnell 2000). Maunsbach (1999:256) finder således, at den form for undervisning, hvor ny viden og færdigheder indgår i en reflektiv dialog om hverdagsproblemer og mestringsmuligheder, øger patienternes handlekompetence gennem en ny forståelse af deres diabetes.

I lyset heraf kan man forstå vidensformidling med afsæt i diabetikerens erfaringsgrundlag som frigørende og funderet i en transaktionel helhedstænkning, der omfatter parternes kontekstuelle selvforståelse. Aktiviteter, knyttet til den reflektive undervisning, lever således op til forventningerne om en kommunikativ praksis som grundlag for en empowered diabetesomsorg med intentioner om, at patienten opnår magt og evne til at træffe velinformerede beslutninger om sit liv med diabetes (Rappaport 1987).

I et tværfagligt perspektiv synes den reflektive undervisning at åbne for forståelse af patientens kundskaber som væsentlige for definition af den problemstilling, der danner

udgangspunkt for det konkrete undervisningsindhold, svarende til den problembaserede læring, og den behovsorienterede samt individuelt tilrettelagte undervisning, der tilstræbes på diabetesskolen (Maunsbach 1999:309). Således skabes åbenhed for at anskue forholdet mellem professionel og patient som relationelt inden for rammerne af en interdisciplinær tværfaglighed (Lauvås & Lauvås 2004), idet politiske holdninger til det konkrete samarbejde ekspliciteres gennem formulering af mål og undervisningsmetodik.

Organisatorisk knyttes lægernes funktion i diabetesomsorgen primært til diagnostik og behandling (Hølge-Hazelton 2003:110-115). Om de unge diabetikers møde med lægerne udledes:

”Uanset gode eller dårlige prøveresultater beskriver de unge de kommentarer de får med fra lægerne som stereotype og derfor sjældent noget værd i forhold til den enkeltes konkrete hverdag, som for de fleste tilrettelægges på deres egen måde”

(Ibid:193).

Maunsbach (1999:196-197) taler om den praktiserende læges funktion ud fra fire perspektiver: tilsynsførende, videnskilde, autoritet og kammerat. Mens lægen som autoritet optræder som formaner i et asymmetrisk forhold til patienten, bærer vejledningen hos den tilsynsførende læge præg af rutine og kontrol frem for en pædagogisk indsats. Hos lægen som videnskilde er interaktionen præget af envejskommunikation. Få patienter beskriver et kammeratligt forhold til deres læge med en uformel kontaktform, der kan virke begrænsende for problemløsning og forandring, men som også kan medvirke til at *”bringe forskellige typer af problemer op – at opbygge en terapeutisk alliance”* (Ibid:194).

Samarbejdet mellem læge og patient i diabetesskoleregi og almen praksis har således overvejende udgangspunkt i et asymmetrisk og paternalistisk subjekt-objekt forhold, karakteriseret ved en ekspertfunderet dagsorden for vidensformidling og rekommandationer, og hvor patientens erfaringsviden synes nedprioriteret.

Idet paternalisme kan beskrives som en konsekvens af et dehumaniserende magtperspektiv i en nulsumsforståelse (Starrin 1997), kan man forstå, at en overvejende del af lægens samarbejde med diabetespatienten bygger på en dehumaniserende pædagogik. Den del af den individuelle diabetesomsorg, der er karakteriseret ved et forhold, hvor patientens magtposition er underordnet den professionelle, lever således ikke op til intentionerne om en kommunikativ praksis som grundlag for empowerment.

Indsatsen kan der udover problematiseres i forhold til den interdisciplinære tværfaglighed, der knytter sig til empowerment, og hvor patienten indgår som ligeværdig samarbejdspartner ved identificering af den fælles problemforståelse og virkelighedsopfattelse, som begrundelse for professionelle rekommandationer (Lauvås & Lauvås 2004; Anderson & Funnell 2000).

Det professionelle team på diabetesskolerne i Danmark består af læger, sygeplejersker, diætist og fodterapeut (Maunsbach 1999:307), og lever således op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om etablering af et professionelt tværfagligt samarbejde i diabetesbehandlingen (Sundhedsstyrelsen 1994). Sundhedsstyrelsens anbefaling om tværfaglighed omfatter alene professionelle rammer, og diabetespatienten defineres således ikke eksplicit som en del af det tværfaglige, demokratiske team, Anderson & Funnell (2000) refererer til i en empowered praksis. Idet specialets empiriske materialer ikke diskuterer tværfaglighed i et patientperspektiv (Maunsbach 1999; Hølge-Hazelton 2003), er det ikke muligt at udlede tilstrækkeligt belæg for, hvordan patientens rolle i diabetesteamet defineres.

Noget tyder på, at det tværfaglige samarbejde på professionelt niveau påvirkes af hierarkiske og værdimæssige uenigheder faggrupperne imellem. Flere læger beklager, at sygeplejerskerne har overtaget lægernes naturlige dominans i diabetesbehandlingen, og efterstræber derfor ikke øget tværfaglighed. Sygeplejerskerne taler om et samarbejde ”ved siden af hinanden, ikke tværfagligt” (Hølge-Hazelton 2003:109), begrundet i lægernes manglende interesse for diabetesskolen (Ibid:109-114). Således kan relationen defineres som flerfaglighed, nødvendiggjort af sundhedsvæsenets høje specialiseringsgrad (Lauvås & Lauvås 2004), uden reel integration af specialkundskaber eller tværfaglig udvikling.

I lyset af måden, Ejrnæs (2004) taler om fagrelaterede konflikter udløst som en konsekvens af professionssociologiske og samfundsdefinerede faghierarkiske strukturer, kan man forstå den beskrevne uenighed mellem læger og sygeplejersker som en faktor, der virker begrænsende for etablering af et interdisciplinært samarbejde som intenderet i en empowered praksis.

Når Juul Jensen (2003) taler om et fælles videnskabeligt forskningsobjekt som grundlag for et reelt tværfagligt samarbejde, kan man udlede, at det er nødvendigt for faggrup-

perne at komme til enighed om karakteren af det fælles objekt for samarbejdet ud fra en fælles forståelse af begrebet tværfaglighed og tværvidenskabelighed. Idet en fælles begrebsforståelse synes uafklaret eller nedprioriteret i den undersøgte praksis, kan man konkludere, at værdisafklaring synes nødvendig i diabetesomsorgen med henblik på etablering af et tværfagligt samarbejde i et interdisciplinært perspektiv.

4.4.1 Konklusion på undersøgelse af diabetesomsorgen i Danmark i et kommunikativt, frigørende og tværfagligt perspektiv

Det konkluderes, at idealer om en kommunikativ praksis afspejles i hensigtserklæringer vedr. værdigrundlaget for den sygeplejefaglige indsats, defineret ved ligeværdighed og ægte dialog samt gennem målsætninger og metodebeskrivelser, knyttet til diabetesskolens undervisnings- og vejledningstilbud. Der udover udledes, at hensigtserklæringer om behovsorienteret undervisning knyttet til et problembaseret læringsyn peger på intentioner om reel integration af parternes kundskaber som forudsætning for etablering af et samarbejde, defineret indenfor rammerne af interdisciplinær tværfaglighed.

For undervisningsaktiviteter, knyttet til en reflektiv proces med udgangspunkt i patienternes hverdagserfaringer og kundskaber fra livet med diabetes, kan man udlede paralleller til en kommunikativ praksis med ægte dialog mellem professionel og patient i et frigørende pædagogisk perspektiv. Som følge heraf konkluderes, at reflektive undervisningsaktiviteter omfatter samarbejdet mellem professionel og patient som et relationelt aspekt med henblik på udformning af den problemstilling, der danner grundlag for undervisning og vejledning, svarende til en interdisciplinær tværfaglighed.

Det konkluderes, at de dele af diabetesomsorgen, der refererer til diagnostiske og behandlingsmæssige funktioner og/eller til professionelt definerede og standardiserede undervisningstilbud, er forankret i en dehumaniserende og ekspertstyret pædagogisk ideologi. Samarbejdet er præget af et subjekt-objekt forhold, hvor patienten er underordnet den professionelle og placeret uden for diabetesteamet, og lever således ikke op til forventningerne om ligeværdighed i en kommunikativ og empowered praksis. Derfor konkluderes, at aktiviteterne ikke afspejler respekt for patienten som en aktiv samarbejdspartner og ressourceperson i den fælles problemforståelse, der skal bidrage til pro-

fessionel beslutningstagen og handling. Fokus på samarbejdet som et relationelt aspekt, defineret inden for rammerne af interdisciplinær tværfaglighed, er således ikke til stede.

Om det tværfaglige samarbejde knyttet til fagudøverne kan man konkludere, at det lider under hierarkiske konflikter mellem læger og sygeplejersker, der virker begrænsende for etablering af en interdisciplinær tværfaglighed. Eksplicitering af de værdier, der ligger til grund for faggruppernes forståelse af tværfaglighed som begreb, synes mangelfulde eller nedprioriterede i den undersøgte diabetesomsorg.

4.4.2 Diskussion af sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i diabetesomsorgen

En konsekvens af en frigørende pædagogisk ideologi er, at såvel elev som lærer er aktive og deltager i begge roller i en dialektisk kundskabsudveksling og -udvikling (Freire 1993). Målet for en empowered diabetesomsorg er, at patienten bliver i stand til at opnå magt og evne til at træffe beslutninger om professionelle rekommandationer og at opnå selvforståelse som diabetiker med henblik på at udforme mål for livet på baggrund af en fælles problemidentifikation (Anderson & Funnell 2000). Derfor synes det nærliggende at udsætte hensigtserklæringer og aktiviteter vedr. samarbejdet om læring i diabetesomsorgen for reflektive spørgsmål for at blive bevidst om, i hvilken grad, målsætningen for en empowered diabetesomsorg tilgodeses i lyset af et humaniserende læringssyn.

Praksiserfaringer, knyttet til hensigtserklæringen om reflektive undervisningsprocesser i den problembaserede læring, kan således gøres til genstand for eftertanke på mikro- og makroniveau ved abstraktion, generalisering og sprogliggørelse af værdigrundlag, der afspejles i den pædagogiske praksis. Derved kan sygeplejersken medvirke til eksplicitering af de værdier, der intenderes integreret i den kliniske undervisning (Wackerhausen 2002; Helleshøj 2000; Skelton 1994).

På samme måde kan eksplicitering af samarbejdet mellem patient og professionel, som det afspejles i hensigtserklæringer og undervisningsaktiviteter, medvirke til debat om patientens muligheder for at indgå ligeværdigt i handlings- og beslutningsgrundlaget som baggrund for udvikling af- og integration af værdier, knyttet til interdisciplinær tværfaglighed. Således skaber refleksion mulighed for eksplicitering af fagpersoners

holdninger til samarbejdet i diabetesomsorgen på konkret og organisatorisk niveau svarende til Skeltons mikro- og makroniveau for vurdering af empowerment (Lauvås & Lauvås 2004; Skelton 1994).

Iflg. Rappaport (1987) er en væsentlig faktor for udvikling af en empowered praksis professionel selvforståelse og selvrefleksion. Det er således sandsynligt, at refleksion over praksis på et abstraktions- og generaliserende niveau udover at knytte teori om intenderet empowerment til den eksisterende viden (Hellestøj 2000), kan medvirke til udvikling af sygeplejerskens selvforståelse som en fagperson, der udøver en social metier i en empowered praksis.

Det synes ligeledes nærliggende at initiere refleksive debatter med udgangspunkt i de dele af diabetesomsorgen, der afspejler et dehumaniserende læringssyn via ekspertdefinerede og standardiserede undervisnings- og vejledningsaktiviteter samt et paternalistisk forhold mellem professionel og patient. Spørgsmål, rettet mod afklaring af muligheder for gensidig kundskabsudveksling- og udvikling i en given praksis med henblik på, at patienten kan vurdere rekommandationer, udforme mål, iværksætte handlinger ud fra personlig costbenefit vurdering samt evaluere indsatsen, kan således medvirke til eksplicitering og debat af kontekstrelaterede værdier i lyset af en humaniserende referenceramme. Og sygeplejersken kan medvirke til afklaring af nødvendige udviklingsaktiviteter med henblik på integration af empowerment på konkret og organisatorisk niveau (Anderson & Funnell 2000; Skelton 1994; Freire 1993).

Iflg. analysen er der ikke udformet retningslinier for sygeplejerskernes pædagogiske færdigheder, ligesom det pædagogiske værdigrundlag mangler eksplicitering. Set i lyset af en intenderet empowered diabetesomsorg kan man med Maunsbach (1999:226) argumentere for, at implicite pædagogiske ideologier synliggøres, og værdigrundlaget gøres til genstand for professionel debat med henblik på udvikling af en veldefineret og målrettet sundhedspædagogisk indsats i diabetesomsorgen.

I forhold til nye sygeplejerskers pædagogiske kompetenceudvikling gennem mesterlæren argumenterer Wackerhausen (1999) for nødvendigheden af destabilisering af fælles-

skabets kompetencer og færdigheder, både i forhold til gode og dårlige vaner, gennem ekstern analyse og teoretisk refleksion. Begrundelsen er, at eksplicitering af værdier og metoder kun finder sted i det omfang, fællesskabet oplever et forandringsbehov. Diabetesskolens praksisfællesskab kan altså have behov for vidensformidling samt hjælp til en refleksiv holdnings- og kundskabsudveksling; til øget selvforståelse og udvikling af nye handlekompetencer på mikroniveau med deraf afledte kompetencer til refleksion på organisatorisk og administrativt niveau som base for empowerment i diabetesomsorgen.

Gennem analysen kan man forstå det tværfaglige professionelle samarbejde som flerfaglighed, præget af faghierarkiske magtkonflikter (Ejrnæs 2004; Lauvås & Lauvås 2004). Derfor kan man fundere over, hvordan argumenter for en transaktionelt funderet empowermenttænkning vil blive modtaget i et univers, hvor en stor del af sygeplejerskens samarbejdspartnere er læger, hovedsageligt funderet i et naturvidenskabeligt og interaktionelt paradigme.

Psykolog Ole Dreier (1995), der problematiserer implementering af et nyt sundhedsbegreb i en praksis, domineret af eksperterens biomedicinsk funderede vurdering af den enkeltes indsats for at bevare sin sundhed, argumenterer for, at forskningspraksis må fokusere på at forstå og udvikle forholdet mellem behandlingspraksis og patientens dagligliv. Han taler om, at en mangfoldighed af positioner, funderet i samfunds- og sundhedsmæssige værdier og interesser, har betydning for de muligheder, det enkelte individ har for at træffe beslutninger om sit liv og sundhed. Man kan således forstå Dreiers tænkning i et transaktionelt perspektiv om fællesskabernes betydning for menneskers adfærdsvalg, ligesom man kan se hans argumenter som led i bevidstgørelse af samfundsrelaterede magtkonstellationer med betydning for handlemuligheder. Udvikling af en alternativ sundheds- og forebyggelsesopfattelse kræver inklusion af mange forskellige praksisser samt professionelles fokusering på *”forskelle mellem parternes opfattelser, standarder og interesser om, i hvilke retninger, praksis udvikles”* (Ibid:205). Dreier konstaterer, at forskningen selv *”bliver et led i den strid og må søge at almengøre dens begreber, standarder, interesser og mål”* (Ibid:205).

Refleksion over sproglige ytringer og aktiviteter i diabetesomsorgen kan som en konsekvens af Dreiers tænkning medvirke til en professionel fokusering på de forskellige op-

fattelser og begrebsforståelser, der har indflydelse på parternes handlemuligheder. Som sådan kan refleksion medvirke til at definere de tværvideenskabelige forskningsobjekter, der skal danne fundament for udvikling af en dynamisk praksis med respekt for et dialektisk forhold mellem subjektive og objektive aspekter ved sygdommens og sundheds udvikling i en empowered praksis (Juul Jensen 1997; Antonovsky 1987).

Når kontrollen over paradigmet er knyttet til de forskere, der udvikler teori (Dahlberg et al 2001), kan man på baggrund af Dreiers tanker argumentere for, at teoriudvikling i diabetesomsorgen foregår i et tværvideenskabeligt regi, hvor begrebsliggørelse, målsætning og metodik ekspliciteres som fundament for en forskningsindsats begrundet i en interdisciplinær samarbejdsrelation.

Idet Antonovsky (1987) taler om mestringsmuligheder grundlagt i faktorer med betydning for OAS, hvor begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed gensidigt påvirker hinanden uden at forblive stationære størrelser, vil det være sandsynligt, at sygeplejersken gennem erfaringer fra egen reflekteret praksis på mikro- og makroniveau kan skaffe sig indre og ydre ressourcer som grundlag for personlig og faglig udvikling, og dermed styrke sin mestringssevne med henblik på at initiere værdidebatter i hele diabetes teamet på trods af faghierarkiske konflikter. Således kan hun udfordre de traditionelle forestillinger om, hvordan praksis skal se ud (Kirkevold 2002) og medvirke til udvikling af en tværvideenskabelig forskningstradition (Juul Jensen 2001) som grundlag for etablering af en tværfaglig, empowered diabetesomsorg.

KAPITEL 5

5.1 Konklusions- og perspektiveringsafsnit

Afsnittet præsenterer undersøgelsens konklusioner forudgået af en diskussion af den anvendte forskningsmetodiske tilgang og konsekvensen heraf for undersøgelsesresultaternes gyldighed. Som konsekvens af problemformuleringens udformning har begrundelser og præmisser for specialets konklusioner karakter af beskrivende og handlingsorienterede perspektiver, rettet mod en konkret praksis. Derfor rettes fokus i specialets afsluttende perspektivering mod en diskussion af undersøgelsesresultaternes konsekvenser for sygeplejen i et udviklings- og forskningsrelateret perspektiv.

5.1.1 Diskussion af metode

Undersøgelsens resultater er opnået gennem teoretiske studier som udgangspunkt for analyser af empiriske data, indhentet fra bestående forskningsarbejder, ved hjælp af en kvalitativ, hermeneutisk funderet undersøgelsesmetode. Idet målet med kvalitativ forskning er at fastholde datamaterialets subjektive karakter som meningsgivende kontekst, diskuteres specialets resultater i lyset af en analytisk generaliserbarhed, hvor teoriplan og analyseprocessens gyldighed er afgørende elementer for den dybdeforståelse, der begrundet generalisering (Jørgensen 2003).

Gyldighed vurderes gennem graden af intersubjektivitet og undersøgelsens validitet (Ibid 2003). I specialet dannes de begreber, der definerer rammerne for analyse af det empiriske materiale ud fra en teoribaseret forforståelse. Således sikres intern validitet gennem operationelle definitioner af de begreber, der udgør grundlaget for konstruktion af mening i det udvalgte empiriske datamateriale. De fremanalyserede begreber vurderes som egnede for analysen, fordi empowerment som udgangspunkt udfoldes eksplorativt gennem udforskning af nye vinkler med betydning for forståelsen af begrebet, set i lyset af forskellige forfatteres synsvinkler og forskningsresultater. Relevanskriteriet er søgt opfyldt, dels gennem en bred litteraturgennemgang som grundlag for indlevelse i problemfeltet. Dels gennem sammenfald af forskellige forskeres fund, præsenteret i undersøgelsen af forhold med betydning for forståelsen af en empowered praksis. Korrespondens, defineret ved begrebernes udbredelse i datamaterialet (Ibid 2003) er søgt sikret ved begrebsidentifikation i forskellige områder af de to udvalgte materialer.

Gennem tematiske empirianalyser vurderes, at kravene om en yderligere begrebsudvikling (Ibid 2003) tilgodeses via diskussioner, hvor udledte problemstillinger dels relateres til forskellige elementer af bebrebsforståelsen. Dels til nye perspektiver gennem diskussion og udforskning af empowermentelementernes funktion på forskellige niveauer i en paradigmatiske konfliktfyldt praksis.

Med hensyn til intersubjektivitet, knyttet til etablering af det empiriske datamateriale (Ibid 2003) har specialet den svaghed, at den ønskede overensstemmelse mellem forsker og informant er rettet mod det oprindelige forskningsfokus. Det har derfor været vigtigt at operationalisere begreberne i en form, der tillader analyse og fortolkning af tekster, produceret i andre kontekster. Der er argumenteret for udvælgelse af materiale knyttet til en bred dækning af den danske diabetesomsorg, og en pragmatisk analyse af ph.d.-afhandlingerne har udfoldet forskernes forståelseshorisont. Der udover er der skabt transparens og efterprøvelighed i analysearbejdet gennem udvælgelse af sammenlignelige data flere steder i materialerne; ved at demonstrere systematik og åbenhed i beskrivelsen af den metodiske arbejdsproces gennem metatekster, og ved systematisk kildehenvisninger, vejledt af Harvard-systemets forskrifter for referencer i videnskabelige arbejder (University Library 2004).

Med de udledte forbehold in mente synes grundlaget for de efterfølgende konklusioner at være holdbare i et kvalitativt forskningsperspektiv.

5.1.2 Konklusion

Med respekt for en hermeneutisk arbejdsproces udgør specialets indledende litteraturstudier grundlag for udformning af de undersøgelsesspørgsmål, der skal medvirke til at besvare problemformulering **Hvordan kan man forstå sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i diabetesomsorgen?** Idet den teoretiske undersøgelse af empowermentfunderede begreber afslører et behov for tre forskellige analyser af diabetesomsorgen med henblik på at kunne besvare problemformuleringen, udgør analyserne hver for sig grundlaget for fortolkning og diskussion heraf, og repræsenterer derfor også hovedindholdet i den sammenfattende konklusion.

Gennem analyse og fortolkning af teoretiske studier konkluderes, at en empowered diabetesomsorg refererer til et transaktionelt værdisyn, defineret ved et holistisk perspektiv på sundhed og sygdom, og forebyggelse forstået som et positivt begreb, hvis mål er vækst og forandring. En empowered praksis kendetegnes ved en salutogenetisk tilgang til måden at undersøge og forstå diabetessygdommens opståen og udvikling. Patientens muligheder for at træffe beslutninger om sit liv med diabetes defineres gennem OAS og bevidstheden om modstandsressourcers indflydelse på mestringsmuligheder. En empowered diabetesomsorg kan beskrives som en kommunikativ praksis, karakteriseret ved ægte dialog i et ligeværdigt samarbejde mellem professionel og patient. Praksis kendetegnes ved en frigørende pædagogisk tænkning funderet i et interdisciplinært tværfagligt samarbejde, hvor patienten medvirker til identifikation af problemfeltet som ekspert på erfaringer med et liv som diabetiker. Hensigten er, at patienten opnår evne og magt til at tage vare på sit liv med diabetes.

Ved undersøgelse af empiriske data konkluderes, at den danske diabetesomsorg indeholder elementer af såvel en transaktionel tilgang til samarbejdet mellem professionel og patient, som en interaktionel tilgang, kendetegnet ved en atomistisk helhedsforståelse, knyttet til en kausal biomedicinsk dualismetænkning og et forebyggelsesideal, der sigter mod homøostase. Samtidig udledes i den del af praksis en dehumaniserende og paternalistisk pædagogisk ideologi, hvor eksperten doserer skolastisk viden til den uvidende patient.

Som resultat af konklusioner og diskussioner, der følger umiddelbart efter hver af de tre analyser til undersøgelse af spørgsmålet **Hvordan ser en tværfaglig, forebyggende diabetesomsorg ud i Danmark i forhold til den måde, man kan forstå empowerment?** udledes i det følgende svar på specialets overordnede problemformulering. Konklusionerne præsenteres i hovedpunkter ved fed kursivtypografi efterfulgt af uddybende forklaringer.

Sygeplejerskens muligheder for at medvirke til integration af empowerment i diabetesomsorgen er knyttet til hendes evne og vilje til at skabe forandring gennem initiering af refleksive debatter.

Der fremanalyseres en kombination af et kognitionspsykologisk og et handlingsorienteret perspektiv som metode til eksplicitering af implicitte værdier og metoder. Med en transaktionelt funderet empowermentforståelse som referenceramme kan sygeplejersken bidrage til at knytte praksishandlinger og teoretiske kundskaber sammen og således medvirke til at bevidstgøre sig selv og andre om forhold, der påvirker mulighederne for empowering ved at synliggøre og debattere værdier, afspejlet i diabetesomsorgen.

Sygeplejersken kan medvirke til udvikling af empowermentfunderede handlekompetencer gennem initiering af reflektive debatter, der bidrager til identifikation af udviklingsbehov i diabetesteamet, svarende til den faglige og personlige udvikling, der følger af handlingsrelateret abstraktion og generalisering.

Forudsætningen herfor er, at praksis udsættes for værdibaserede spørgsmål, der sætter de intenderede værdier om en kommunikativ praksis, kendetegnet ved en transaktionel holismeforståelse, salutogenetisk tænkning og et interdisciplinært funderet samarbejde mellem patient og professionel samt professionelle imellem, i spil med de værdier og metoder, praksis afspejler.

Sygeplejersken kan, ved både at stille spørgsmål til transaktionelt og interaktionelt funderede kontekster, begrebsliggøre praksis og gøre denne tilgængelig for udvikling gennem reflektive debatter.

Integration af empowerment har afsæt i en spørgekultur, der medvirker til eksplicitering af intenderede værdier som referenceramme for diskussion af praksisfunderede værdier og metoder. Om de dele af diabetesomsorgen, der rummer transaktionelt funderede empowermentværdier konkluderes, at de kan danne afsæt for overføring af værdier og metoder til andre dele af praksis via den faglige og personlige selvforståelse og udvikling, abstraktion og generalisering medvirker til.

Sygeplejerskens mulighed for at medvirke til integration af empowerment retter sig mod forskellige praksisniveauer.

Der refereres til et mikroniveau for handlinger og sproglige ytringer og et makroniveau, hvor rammer og hensigtserklæringer undersøges i et administrativt og organisatorisk

perspektiv. Et metaniveau, knyttet til spørgsmål af lovgivningsmæssig og politisk karakter er nedprioriteret gennem specialets formål og problemformulering.

På mikroniveau kan mødet mellem professionel og patient udsættes for refleksion med henblik på udvikling af professionel selvforståelse i lyset af en intenderet empowermenttænkning samt identificering af empowermentdefinerede forandrings- og udviklingsbehov. På samme vis kan refleksion over administrative og organisatoriske beskrivelser og målsætninger medvirke til bevidstgørelse af sprogets værdimæssige forankring som udgangspunkt for identificering af empowermenttænkning og/eller behov for forandring.

I forhold til gruppeundervisning, individuel vejledning og konsultationer har sygeplejersken, ved at stille spørgsmål til de professionelles interesse for udforskning af fællesskaber med betydning for patientens og den professionelles handleberedskab, mulighed for at medvirke til bevidstgørelse af det værdigrundlag, der præger praksis, set i lyset af en transaktionel helhedsforståelse som forbillede for udviklingsperspektivet i diabetesomsorgen. Refleksive debatter over retorikken i hensigtserklæringer og funktionsbeskrivelser muliggør ligeledes afklaring af den helhedsopfattelse og sygdomsforståelse, der dikterer en forebyggende indsats i den konkrete diabetesomsorg.

Spørgsmål til praksisaktiviteter og til administrative og organisatoriske beskrivelser, der søger at afdække interessen for et dialektisk forhold mellem subjektive og objektive aspekters betydning for udvikling af patientens diabetes i et salutogenetisk perspektiv, kan udgøre en fælles platform for professionel selvforståelse ved at knytte handlinger og teoretiske kundskaber om empowerment sammen. Der udledes en tilsvarende mulighed for udvikling af professionel selvforståelse, med deraf afledt faglig og personlig udvikling, ved at rette fokus mod professionel interesse for diabetikerens selvforståelse i forhold til de faktorer, der definerer hans mestringsmuligheder gennem OAS.

Det konkluderes, at sygeplejersken gennem spørgsmål, stilet mod professionelles og patienters selvforståelse i samarbejdsrelationen, set i lyset af demokratiske referencer til ægte dialog, har mulighed for at medvirke til identifikation af behov for kompetenceudvikling som grundlag for etablering af samarbejdet som et relationelt aspekt.

Refleksion over administrative dokumenter, der beskriver diabetesomsorgens organisation og de professionelle funktioner kan medvirke til identificering af sproglige formuleringer, der påvirker udviklingen af en interdisciplinær tværfaglighed som udgangspunkt for et ligeværdigt samarbejde mellem professionel og patient.

Sygeplejersken kan medvirke til udvikling af empowermentdefinerede kompetencer gennem praksisfællesskabet.

På baggrund af den overføringsværdi, der er knyttet til en reflektiv indsats konkluderes, at sygeplejersken gennem sit faglige værdigrundlag, hvorom der er udledt en sammenhæng til idealer om en kommunikativ praksis, kan medvirke til overføring af empowermentværdier til forskellige praksissituationer på mikro- og makroniveau, når handlinger og oplevelser bevidstgøres gennem refleksion. Et forum herfor er det praksisfællesskab, der danner rammen om mesterlæren som redskab til pædagogisk kompetenceudvikling. Idet mesterlærens positive funktion synes afhængig af destabilisering med henblik på at undgå ukritisk vanetænkning konkluderes, at metodens anvendelighed som redskab til integration af nytænkning i diabetesomsorgen afhænger af sygeplejerskens vilje og evne til at identificere eventuelle behov for ekstern assistance og at argumentere herfor.

Sygeplejersken kan medvirke til integration af empowerment i diabetesomsorgen ved at påvirke til en dynamisk praksis, med åbenhed for et dialektisk forhold mellem en salutogenetisk og en patogenetisk forståelse for udvikling af patientens diabetes.

Om den undersøgte diabetesomsorg udledes en konfliktfyldt praksis forenelig med en kritisk fase i den revolutionære proces for paradigmeudvikling. Det konkluderes, at sygeplejersken ved at rette fokus mod forskelle i begrebsforståelser, interesser og målsætninger for praksisudvikling, knyttet til de forskellige parter og positioner med indflydelse på patientens sundhedsadfærd og behandlingsmæssige beslutninger, kan medvirke til udvikling af en dynamisk praksis. Dertil må hun fastholde en økologisk holismeforståelse om såvel subjektive som objektive aspekters betydning for udvikling af patientens diabetes som base for teamets reflektive debatter. Hun kan således medvirke til at skabe en fælles platform for identifikation af udviklings- og forskningsbehov i en praksis, knyttet til patienter med en kronisk sygdom, som forudsætter forståelse for forholdet mellem behandlingspraksis og patientens hverdagsliv.

Sygeplejersken kan medvirke til integration af tværvideenskabelig teoriudvikling i diabetesomsorgen ved at rette fokus mod tværfaglighed som begreb.

Det kan konkluderes, at sygeplejersken som koordinator af diabetesomsorgens aktiviteter har mulighed for at initiere mono- og tværfaglige debatter på mikro- og makroniveau, der skal identificere og eksplicite parternes interesser, mål og metoder, set i lyset af en intenderet interdisciplinær tværfaglighed. Således medfører refleksion mulighed for forståelse for fælles forskningsobjekter i den tværvideenskabelige indsats, der er forudsætningen for reel tværfaglighed, og dermed for kundskabsudvikling i et beslutningsunivers, funderet i forskellige fællesskabers ontologiske og videnskabsteoretiske positioner.

5.1.3 Perspektivering

I diskussionen argumenteres for, at sygeplejersken må udfordre den eksisterende praksis i forhold til udvikling af et tværfagligt teamsamarbejde mod interdisciplinær tværfaglighed. Som forudsætning herfor må sygeplejefaget bidrage til en tværvideenskabelig indsats, der definerer og udforsker fælles problemstillinger og forskningsobjekter i en praksis, rettet mod mennesker med en kronisk lidelse. For at det er muligt, må sygeplejersken være i stand til at markere fagets selvstændighed som videnskabelig disciplin ved at definere værdigrundlag og den særlige forskningspraksis, faget kan bidrage med (Hall 2004).

Dahlberg et al⁷ repræsenterer en gruppe forskere, der søger at beskrive de fænomener ved menneskets eksistens, de finder væsentlige for teoriudviklingen i sygeplejen, og definerer dermed deres syn på sygeplejens videnskabelige værdigrundlag og forskningspraksis. De er værdimæssigt inspireret af Katie Erikssons antagelser om mennesket, sundhed, sygdom og sygepleje. Såvel klinisk sygepleje som systematisk teoriudvikling har iflg. forskerne udgangspunkt i patientens livsverdensoplevelse i et fænome-

⁷ Karin Dahlberg. Psykiatrisk sygeplejerske med doktorgrad i pædagogik. Professor i Sygeplejevidenskab ved Växjö Universitet. Kerstin Segesten. Professor i Sygeplejevidenskab ved Högskolan i Borås. Maria Nyström. Psykiatrisk sygeplejerske og psykolog med doktorgrad i Sundhedspædagogik. Lektor ved Borås University College, School of Health Sciences. Björn-Ove Suserud. Lektor i Sygeplejevidenskab ved Högskolan i Borås. Ingegerd Faberberg. Lektor i Sygeplejevidenskab ved Mälardalens Högskola i Västerås. I bogen "Att förstå vårdvetenskap" (2003) udfoldes forskningsresultater og forståelse af sygeplejens egenart og videnskabelige og kliniske begrebsapparat.

nologisk perspektiv. Derfor udforskes fænomener med betydning for menneskers livsverdensfortællelse i et omsorgs- og sygeplejersperspektiv ved at spørge til oplevelsen af lidelse og velbefindende, tryghed samt den subjektive og levede krop. I sygeplejehandlinger og forskningsmetodik fordres åbenhed i mødet og mod verden samt vilje og evne til at skabe reelle udforskningsmuligheder gennem engagement i den enkelte og etablering af et tillidsforhold. Sygeplejersken må vise den enkeltes unikke oplevelser respekt og samtidig være åben for generalisering af visse fænomener og oplevelser uden at ville den kontrol, der kendetegner en determinerende forsknings- og handlingstilgang. Derudover omfatter sygepleje og teoriudvikling eksplicitering af mening, bundet til konkrete oplevelser (Dahlberg et al 2003).

Objektivering af lidelsens fokus udgør et udgangspunkt for patientens refleksion over den levede krop, set som en fysisk, psykisk, eksistentiel og åndelig helhed, der indeholder ekspliciterbare erfaringer, visdom og oplevelser (Ibid 2003). Forstået på den måde vil sygeplejersken i omsorgen, rettet mod patienter med en kronisk lidelse, kunne bidrage til en dialektisk og komplementær forståelse af sygdommens og sundhedens udvikling hos såvel patient som professionel i et salutogenetisk perspektiv, ved eksplicitering af patientens livsverdensrelaterede erfaringer i det tværvideenskabelige forskningsteam.

Udforskning af patientens oplevelse af livslidelse, sygdomslidelse, plejelidelse samt den subtile plejelidelse, knyttet til erfaring med systemet som samarbejdspartner (Ibid 2003), vil give sygeplejersken mulighed for at bidrage til udvikling af en dynamisk praksis, hvor såvel subjektive som objektive aspekter respekteres i en forskningspraksis, der beskriver polarisering af sygeplejevidenskab og medicinsk videnskab som unødvendig. Gennem udfordring af den ontologiske forskellighed, der udtrykkes via forskellige fags paradigmer, åbner sygeplejersken således for udvikling af en dynamisk praksis, med en alternativ og kontekstfunderet tilgang til patienter med en kronisk lidelse, og et behov for at forstå sygdommen som en del af deres liv.

I lyset af de krav, der stilles om videnskabelig evidens i sundhedsvæsenet (Hall 2004; Kristensen 2004), synes det vigtigt, at sygeplejersken ikke alene yder en god sygepleje, funderet i en empowermentideologi i den daglige omsorg, men at hun også deltager i debatten herom. Dertil behøves argumenter, der viser deres værd i en videnskabelig kontekst. Den sprogliggørelse, Wackerhausen (2002) og Hellestøj (2000) taler om, kan i

den forstand aktualiseres gennem dokumentation af sygeplejen. En aktivitet, som iflg. Maunsbach (1999:226) er nødvendig for videreudvikling af praksis, hvis effekten af diabeteskolens undervisning skal evalueres i forhold til en pædagogisk ideologi. Paradigme-cases muliggør iflg. Benner & Wrubel (1989) dokumentation og samtidig udvikling af sygeplejen gennem refleksion over de værdier, der ligger til grund for konkrete aktiviteter. Teoriudvikling finder således afsæt i praksis gennem fortællinger, og kan udgøre baggrunden for skriftlige arbejder, der er vigtige, når sygeplejersken skal argumentere og finde gehør for en empowermentfunderet sygepleje i et univers, domineret af en naturvidenskabelig forskningstradition. En tradition, der repræsenterer dele af de fællesskaber af faglig og politisk karakter, som beskrives i et community psykologisk empowermentperspektiv, og hvis interesser, mål og standarder har betydning for, på hvilket grundlag beslutninger om sundhedsadfærd og forebyggende aktiviteter træffes (Dreier 1995; Rappaport 1987). Empowering af omsorgen til mennesker med kroniske lidelser forudsætter således også sygeplejefaglig deltagelse i debatter på et overordnet samfundspolitisk niveau, hvor en markedsorienteret struktur iflg. Juul Jensen & Højrup (1993) og Vallgård (2003) udgør en magtposition, der må udfordres via forskningsbaserede erfaringer.

REFERENCELISTE

- Althussér, Louis (1975) *Filosofi, ideologi og videnskab – en introduktion*. København, Rhodos. pp 42-87.
- Alvesson, Mats & Sköldbberg, Kaj (1994) *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund. Sverige, Studentlitteratur. pp 114-175.
- Andersen, Maja L. & Vinther-Jensen, Kirsten (2002) *Empowerment: Professionel læring I praksis. En sundhedsfremmende intervention i en socialpsykiatrisk døgninstitution*. Århus. Århus Amt, Afdelingen for Sundhedsfremme, Udvikling og Forskning pp 13-17, 34-41, 56-70.
- Anderson, Bob & Funnell, Martha (2000) *The Art of Empowerment. Stories and Strategies for Diabetes Educators*. Alexandria, Virginia. American Diabetes Association pp. 16-65; 95-102; 141-244.
- Anderson Robert M. (1995) Patient Empowerment and the Traditional Medical Model. A case of irreconcilable differences? *Diabetes Care*. Michigan. Department of Postgraduate Medicine/Health Professions Education, University of Michigan Medical School, *Diabetes Care*. Vol 18(3) March 1995. pp 412-415.
- Anderson Robert M. et al (1995) Patient Empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. Michigan, University of Michigan Medical School. Vol. 8(7) July pp 943-949.
- Andreasen, Torben E. (2001) Kant og den moderne filosofis grundproblemer. I: M. Bjerrum & K. L. Christensen (red) *Filosofi. Etik. Videnskabsteori*. Danmark, Akademisk Forlag. pp 64-73.
- Antonovsky, Aaron (1979) *Health, Stress, and Coping*. San Francisco, Washington, London, Jossey-Bass Publishers. pp 70-97.
- Antonovsky, Aaron (1987) *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers. pp 1-32.
- Antonovsky, Aaron (2000) *Helbredets mysterium*. Dansk oversættelse Annon Lev. København, Hans Reitzels Forlag. pp 33-50.
- Bailey, Donald B. (1984) A Triaxel Model of the Interdisciplinary Team and Group Process. *Exceptional Children*. The Council for Exceptional Children. Vol 51(1). pp 17-25.
- Beck-Nielsen et al (2000) *Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom - diagnostik og behandling*. Klaringsrapport nr. 6. Dansk Selskab for Intern Medicin; Dansk Endokrinologisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin. pp 1-36.

- Benner, Patricia & Wrubel, Judith (1989) *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. California, Addison-Wesley Publishing Company. Inc. pp 1-26; 57-103.
- Berliner, Peter (2001) Transkulturel psykologi. Fra tværkulturel psykologi til community psykologi. *Psyke og Logos* (22) pp 91-112.
- Cassell, Eric J. (1987) *Talking with Patients. Clinical Technique*. Cambridge, Massachusetts, London, The MIT Press. Vol. 2 pp 41-45; 86-91; 108-119.
- Crowther, Jonathan (ed) (1995) *Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English*. Oxford, Oxford University Press. pp 233; 904-905.
- Dahlberg, Karin; Drew, Nancy & Nyström Maria (2001) *Reflective Lifeworld Research*. Lund, Sverige, Studentlitteratur. pp. 17-41; 77-94; 205-211.
- Dahlberg, Karin; Segesten, Kerstin; Nyström, Maria; Suserud, Björn-Ove; Fagerberg, Ingegerd (2003) *Att förstå vårdvetenskap*. Sweden, Studentlitteratur. pp 9-49.
- DCCT (1993) The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-term Complications ind Insulin-dependent Diabetes Mellitus. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *New England Journal of Medicine*, 329 (14). pp 977-986.
- Descartes, René (1996) *Om metoden*. Dansk oversættelse Viggo Brøndal & Valdemar Hansen. København, Samlernes Bogklub, Gyldendal pp 37-54; 75.
- Diabetesforeningen (1998) *Undervisning af diabetespatienter i Danmark. Mål, visitering, deltagere, form og indhold, bemanding, økonomi, målbarhed/evaluering*. Rapport nr. 2. Odense, Diabetesforeningen. pp 4-54.
- Dreier, Ole (1995) Sundhedsbegreber i psykosocial praksis. I: U.J.Jensen & P.F.Andersen (red) *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*. Århus, Forlaget Philosophia. pp 181-208.
- Due-Christensen (2004) *Livet med diabetes. Monolog eller dialog. Et spørgsmål om erkendelse*. Gentofte. Steno Diabetes Center. pp 1-33.
- Ejrnæs, Morten (2004) *Faglighed og tværfaglighed. Vilkårene for samarbejdet mellem pædagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere*. København, Akademisk Forlag. pp 7-32; 183-220.
- Eriksson, Katie (1989) *Hälsans idé*. 2. udg. Stockholm, Norstedts Förlag AB. pp 26-48.
- Eriksson, Katie (1994) *Den lidande Människan*. Arlöv Sweden, Berlings. pp 53-71; 100-106.
- Eriksson, Katie (1995) *Vårdprocessen*. Göteborg, Almqvist & Wiksell. pp 8-56.

- Fahrenfort, Mary (1987) Patient emancipation by health education: An impossible goal? *Patient Education and Counseling* Ireland, Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd. Vol.10. 1. pp 25-37.
- Faureholm, Jytte (1996) *Fra livsstilsklient til medborger*. København, Munksgaard Rosinante. pp 34-39; 143-194.
- Feste, Catherine & Anderson Robert M. (1995) Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling* 26 (1995) pp 139-144.
- Fink, Hans (2003) Universitetsfagenes etik. I: H. Fink et al (red) *Universitet og videnskab. Universitetets idéhistorie, videnskabsteori og etik*. København, Hans Reitzels Forlag. pp 193-221.
- Flyvbjerg, Allan (2004) Diabetesforeningens nye læringscenter. *Diabetes* (4) August 2004. p 30.
- Fredslund, Hanne (2001) *Når "vilde" problemer tæmmes. En filosofisk-hermeneutisk fortolkning af en forebyggelsessamtale på en afdeling på Bispebjerg Hospital*. Ph.d.-afhandling. København. Institut for Folkesundhedsvidenskab. Københavns Universitet. pp 54-73; 167-173.
- Fredslund, Hanne (2003) Hermeneutisk analyse – forforståelsens betydning. I: L. Koch & S. Vallgård (red) *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. 2. udg. København, Munksgaard Danmark. pp 91-110.
- Freire, Paulo (1993) *De undertryktes pædagogik*. Dansk oversættelse Sven G. Borgen. København K, Christian Ejler's Forlag. pp 15-102; 123.
- FS19 (2002) *Kompetenceprofil for Sygeplejersker, der arbejder med mennesker med diabetes mellitus*. Sygeplejefaglige anbefalinger og afklaringer. Faglig sammenslutning af Sygeplejersker, Dansk Sygeplejeråd. pp 3-17.
- Furseth, Inger & Everett, Euris L. (2000) *Opgaveskrivning. Hvordan kommer jeg i gang – og bliver færdig?* Dansk oversættelse Ole Thornye. København. Hans Reitzels Forlag.
- Gadamer, Hans-Georg (1975) *Wahrheit Und Methode. Grundzüge einer Philosophischen Hermeneutik*. 4. Auflage. Tübingen, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck). pp 1-7; 162-169; 218-250; 256; 275-295; 449-451.
- Gjengedal, Eva & Hanestad, Berit R. (red) (2001) Indledning. I: *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring*. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag. pp 9-22.
- Graue, Marit (2001) God diabetesomsorg – mer enn medicinsk behandling. I: E. Gjengedal & B.K. Hanestad (red) *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring*. Oslo. Dappelen Akademisk Forlag. pp 286-306.

Hall, Elisabeth O.C. (2004) Refleksioner over fremtidens Sygeplejeforskning. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning*. Dansk Selskab for Sygeplejeforskning. 20 (1) pp 23-27.

Hansen, Birtha (2004) Den tværfaglige diabeteskole på Århus Sygehus. *Liv, Sundhedsfremme og forebyggelse* (2), pp 20-23. Århus Amt.

Hanssen, Knut B. (1996) Myndiggjøring. Om empowerment som metode i socialt arbeid. *Embla*. Oslo, Norsk barnevernspedagogforbund 1996 nr. 6 pp 43-47.

Hartnack, Justus & Sløk, Johannes (1998) Decartes. I: *De store tænkere*. København, Munksgaard-Rosinante. pp 51; 170-191.

Helleshøj, Hanne (2000) Refleksion og sygeplejepraksis. I: L. Hounsgaard & J. J. Eriksen (red) *Læring i sundhedsvæsenet*. Copenhagen, Gyldendal Uddannelse, Nordisk Forlag A/S. pp 145-154.

Hovdenes, Gørill H. (2001) Ledelse – et centralt fenomen i omsorgen for kronisk syke. I: E. Gengedal & B.R. Hanestad (red) *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring*. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag. pp 82-90.

Hølge-Hazelton, Bibi (2003) *Diabetes – en skole for livet*. Ph.d.-afhandling. Roskilde. Forskerskolen for livslang læring. Roskilde Universitetsforlag. pp 3-39; 56-119; 185-244.

Hølge-Hazelton, Bibi (2006) Unge åbner sig i cyberspace. *Videnskab & Sygepleje. Sygeplejersken* 2006 pp 38-42.

Jensen, Bjarne Bruun (2000) Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden. I: L. Hounsgaard & J. J. Eriksen (red) *Læring i sundhedsvæsenet*. Copenhagen, Gyldendal Uddannelse, Nordisk Forlag A/S. pp 191-212.

Jensen, Torben K. (1990) Sygepleje som etisk know-how. Hermeneutik og livsverden, menneskesyn og metode. I: T.K.Jensen (red) *Grundlagsproblemer i sygeplejen, etik, videnskabsteori, ledelse og samfund*. Århus, Philosophia. pp 135-173.

Jensen, Torben K. & Johnsen, Tommy J.(2000) *Sundhedsfremme i teori og praksis*. 2. udg. Århus. Forlaget Philosophia, Institut for Filosofi pp 5-14; 71-106.

Johansen, Klaus (2001) Diabetes Mellitus. I: *Endokrinologi. Basisbog*. 3. udg. Munksgaard, Danmark. pp 59-99.

Johansson, K. Anne H. & Skinner, T.Chas (2003) Empowerment and the diabetes patient. *Klinisk Sygepleje* 17(2) pp 49-54.

Juul Jensen, Uffe (1986) *Sygdomsbegreber i praksis*. København, Munksgaard pp 255-284.

- Juul Jensen, Uffe (1995) Sundhed Liv og filosofi. I: U. J. Jensen & P. F. Andersen (red) *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. Århus, Forlaget Philosophia. pp 9-41.
- Juul Jensen, Uffe (1997) Sygdoms- og sundhedsbegreber: Harmoni eller konflikt. I: H. Alvsvåg et al (red) *Kunnskap, Kropp og Kultur*. Helsefaglige grunnlagsproblemer. Oslo, Gyldendal Akademisk. pp 27-39.
- Juul Jensen, Uffe (2001) Den medicinske filosofis storhed, forfald og genrejsning. I: M. Bjerrum & K. L. Christensen (red) *Filosofi. Etik. Videnskabsteori*. Denmark, Akademisk Forlag. pp 74-116.
- Juul Jensen, Uffe (2003) Humanistisk sundhedsforskning - Videnskabsteoretiske perspektiver. I: I.M. Lunde & P. Ramhøj (red) *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. København K., Akademisk Forlag. pp 41-69.
- Juul Jensen, Uffe & Højrup, Thomas (1993) Den suveræne stats krav til borgerne og borgernes krav til den suveræne stat. I: Brydenholt H.H. *Brugeren viser vej*. Frederikshavn, Dafolo. pp 19-47.
- Jørgensen, Hanne V. (2001) Akutte komplikationer. I: L. Borrild & L. Musaeus (red) *Sygepleje til mennesker med diabetes*. København, Gyldendals Akademiske Bogklubber. pp 80-92.
- Jørgensen, Per Schultz (2003) Generalisering – i kvalitativ forskning. I: I.M. Lunde & P. Ramhøj (red) *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab Kvalitative metoder*. København K., Akademisk Forlag. pp 315-328.
- Kamper-Jørgensen, Finn & Almind, Gert (2005) Det forebyggende sundhedsarbejde. I: F. Kamper-Jørgensen & G. Almind (red) *Forebyggende sundhedsarbejde*. 4. udg. København, Munksgaard. pp 17-51.
- Kirkevold, Marit (2002) *Vitenskap for praksis?* Oslo, Norge, Gyldendal Akademisk. pp 15-27; 48-71.
- Kristensen, Jens E. (2004) Forebyggelse og sundhedsfremme i vidensamfundet. Om grænser for evidensbaseret forebyggelse. I: J.J.Bruun et al (red) *Viden og evidens i forebyggelsen*. København. Sundhedsstyrelsen. pp 30-38.
- Kuhn, Thomas (1977) *The Essential Tension. Selected Studies in Scientific Tradition and Change*. USA. The University of Chicago. pp 293-319.
- Kuhn, Thomas (1995) *Videnskabens revolutioner*. Dansk oversættelse Knud Haakonson. København. Forlaget Fremad. pp 7-89; 153-174.
- Kvale, Steinar (2003) *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Dansk oversættelse Bjørn Nake. København, Hans Reitzels Forlag. pp 49-67; 207-224.

- Lauvås, Kirsti & Lauvås, Per (2004) *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. 2. udg. Oslo, Universitetsforlaget AS. pp 32-62.
- Lave, Jean (1999) Læring, mesterlære, social praksis. I: K.Nielsen & S. Kvale (red) *Mesterlære. Læring som social praksis*. København, Hans Reitzels Forlag. pp 35-53.
- Lübcke, Poul (1983) *Politikkens Filosofi Leksikon*. 4. Bogklubsoplag. København, Gyldendals Bogklubber. p 95; 184
- Lübcke, Poul (1996) Fænomenologien og hermeutikken i Tyskland. Gadamer: Sandhed og metode. I: P. Lübcke et al (red) *Vor tids filosofi. Engagement og forståelse*. København. Politikens Forlag. pp 163-177.
- Lyngaa, Janne (2000) Sundhed og kronisk sygdom. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning*. København, Dansk Selskab for Sygeplejeforskning. pp 93-105.
- Madsbad, Sten (2001) Epidemiologi, diagnose, patofysiologi og behandling. Tema-nummer Diabetes type 2. *Sygeplejersken* (22) pp 18-23.
- Martinsen, Kari (1989) Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I: B. Person et al (red) *Fokus på sygeplejen 90*. København, Munksgaard. pp 181-210.
- Maunsbach, Margareta (1999) ”En ting er teori – noget andet er praksis...” *Aspekter af compliance og noncompliance blandt type-2 diabetikere*. Ph.D.-afhandling, Det Sundhedsvidenskabelige fakultet. Aarhus Universitet. København. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 10-87; 104-258; 267-272; 280-289; 307-310.
- Maunsbach, Margareta (2002) Patientundervisning og patientskoler – idégrundlag og praksis. Oversigtsartikel. *Ugeskrift for læger*. 164(45) 4. november. pp 4-7.
- Maunsbach, Margareta (2004) Patientskoler – indhold og evaluering. *Liv, Sundhedsfremme og forebyggelse*. Århus Amt (2) pp 4-7.
- McKenna, Hugh (1997) *Nursing Theories and Models*. London and New York, Routledge, Taylor & Francis Group. pp 1-23.
- Meleis, Ibrahim A. (2005) *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3rd. ed. Philadelphia, Lippincott. Pp 23; 203-222; 411-428
- Nielsen, Anni M. (2002) Kan frygt for blindhed hos diabetikere afhjælpes med empowerment? *Klinisk Sygepleje* 16(2) pp 50-59.
- Nielsen, Karen-Dorthe B. & Lunde, Inga M. (2003) Teoriens betydning i forskningsprocessen. I: I.M. Lunde & P. Ramhøj (red) *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. København, Akademisk Forlag. pp 75-99
- Nortvedt, Per (1997) Vi skaber ikke verdien, men holder dem oppe. Et bidrag til sygepleiens verditeori. *Vård i Norden* (3) 17 pp 10-13; 20.

- Pahuus, Mogens (2003) Hermeneutik. I: *Humanistisk videnskabsteori*. 2. rev. udg. København, Danmarks Radio Multimedie. pp 139-169.
- Paterson, Barbara (2001) Myth of empowerment in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5) pp 574-581.
- Pedersen, Birthe et al (2002) Pleje og omsorg for patienter med kroniske lidelser – en sundhedsfremmende og forebyggende virksomhed. *Tidsskrift for sygeplejeforskning* 18. årg. (2) pp 22-30.
- Rappaport, Julian (1985) The Power og Empowerment Language. *Social Policy*. Vol. 16. No. 2. Fall. pp 15-21.
- Rappaport, Julian (1987) Terms of Empowerment / Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology* Vol 15, No 2, 1987. pp 121-148.
- Regeringen (2002) *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010*. København, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Rindom, Lisbeth (2002) Empowerment. I: J. Rasmussen (red) *Luhmann anvendt*. København Ø, Unge Pædagoger serie nr. B 69. pp 95-110.
- Rubak, Sune L.M.; Mainz, Jan; Rubak, Jenas M. (2002) ”Shared care” – et integreret samarbejde om patientforløb på tværs af sektorgrænserne. *Det moderne sundhedsvæsen samarbejder*. Oversigtsartikel. *Ugeskrift for læger*. 164(45) 4. november. pp 5256-5261.
- Scheel, Merry E. (1999) *Interaktionel sygeplejeforskning. Vidensgrundlag – etik og sygepleje*. 2. udg. 5. opl. København. Munksgaards Bogklubber. pp 24-31; 57-78; 99-108.
- Schön, Donald (1983) *The Reflective Practitioner, How Professionals Think in Action*. New York, The First Press. pp 21-69.
- Skelton, Robert (1994) Nursing and empowerment: concepts and strategies. *Journal of Advanced Nursing* (19) pp 415-423.
- Starrin, Bengt (1997) Empowerment som tankemodell. I: E. Forsberg & B. Starrin (red) *Frigörande Kraft. Empowerment som modell i skola, omsorg och argets liv*. Stockholm, Sverige. Förlagshuset Gothia. pp 9-32.
- Stubblefield, Carol & Mutha Sunita (2002) Provider-Patient Roles in chronic Disease Management. *Journal of Allied Health* Vol. 31 pp 87-92.
- Støvring, Henrik et al (2003) Rising prevalence of diabetes: evidence from a Danish pharmacoepidemiological database. *The Lancet*. Vol. 362. August (16). pp 537-538.
- Sundhedsstyrelsen (1994) *Diabetesbehandlingen i Danmark – fremtidig organisering. Redegørelse*. København. pp 3-81; 102.

- Sundhedsstyrelsen (2003) *Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling*. København. Center for evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. pp 3; 19-23; 95-99.
- Swift, Carolyn & Levin, Gloria (1987) Empowerment: An Emerging Mental Health Technology. *Journal of Primary Prevention* (8) 1&2. Fall/Winter 1987. pp 71-94.
- Söderlund, Maud (1998) "En mänsklig atmosfär". *Trygghet, samhörighet och gemenskap – god vård ur ett patientperspektiv*. Doktoravhandling för filosofie doktorsexamen i pedagogik. Sverige, Uppsala University Library. Pp 50-65.
- Søndergaard, Georg (1992) *Sproglig analyse. Begreber og værktøjer*. København, Munksgaard. pp 8-25; 37-54; 120-128.
- Thybo, Peter (2004) Sygdom er, hvordan man har det – sundhed er, hvordan man ta'r det. *Klinisk Sygepleje* 18 (3) pp 4-12.
- Undervisningsministeriet (2001) *Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen*. BEK nr 232 af 30/03/2001. København. Undervisningsministeriet.
- Vallgård, Signild (2003) *Folkesundhed som politik*. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag. Århus. Aarhus Universitetsforlag pp 121-126; 157-161; 263-271.
- Vinther-Jensen, Kirsten (2000) Empowerment i det sundhedsfremmende arbejde. *Tidskrift for sygeplejeforskning*. København. Dansk Selskab for Sygeplejeforskning 16(2) pp 35-53.
- Wackerhausen, Steen (1999) Det skoleparadigme og mesterlære. I: K.Nielsen & S. Kvale (red) *Mesterlære. Læring som social praksis*. København, Hans Reitzels Forlag. pp 219-234.
- Wackerhausen, Steen (2000) Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme. I: U. J. Jensen & P. Fuur (red) *Sundhedsbegreber filosofi og praksis*. Århus, Forlaget Philosophia. pp 43-73.
- Wackerhausen, Steen (2002) *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse – i sundhedsområdet*. København K, Hans Reitzels Forlag. pp 41; 64-80.
- Wallerstein, Nina (1992) Powerlessness, Empowerment and Health: Implications for Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion* (6) pp 197-205.
- Wallerstein, Nina & Bernstein Edward (1988) Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. *Health Education Quarterly*. Sophe, New York, John Wiley & Sons, Inc. 15(4) pp 379-394.
- Wiking, Malin & Berliner, Peter (2001) Psykologisk trauma – ur ett ekologiskt community psykologisk perspektiv. I: B. Karpatschhof et al. *Psyke og Logos* (22) pp 662-667.

Zettersten, A. & Lauridsen H. (red) (1999) *Politikkens Engelsk Dansk Ordbog med betydningforklaringer L-Z*. København, Politikens Forlag A/S. p 1520.

Zoffmann, Vibeke (2004) *Guided Self-Determination. A life skills approach developed in difficult Type I diabetes*. Ph.D. thesis. Department of Nursing Science, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus Denmark. pp 2-17; 29-48.

Internet Adresser

Antonovsky Aaron 1923-1994

<http://www.file://C:\DOCUME~1\mr\LOKALE~1\Temp\NSJ1J38F.htm>

(Print 15.01.2007).

British Diabetic Association (2002) NICE Health Technology Appraisal: Patient education models for diabetes. *Consultation Response*. Diabetic UK, British Diabetic Association. pp 1-27. www.diabetes.org.uk (Print den 10.10.2004).

DSR (2004) *De Sygeplejeetiske Retningslinier*. Dansk Sygeplejeråd.

www.sygeplejersken.dk (Print den 15.09.2004).

Fyns Amt (2000) *Diabetesbehandling i Fyns Amt – evaluering af omlægning af diabetesbehandlingen*. Mette.floejborg@ouh.fyns-amt.dk (Print den 12.06.2004).

Hølge-Hazelton Bibi <http://www-gpract.ku.dk/ansatte/biho> (Print 18.12.2006)

Paterson Barbara http://www.unbf.ca/nursing/tier1crclab/B_Paterson/index.html

(Print 18.12.2006)

Pedersen, L. (2003) Forkert livsstil ikke hovedårsag til diabetes 2. *Sygeplejersken* 33/03.

www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/print.sap?intArticleID=10341

(Print den 22.10.2004).

Rappaport Julian <http://www.psych.uiuc.edu/people/showprofile.php?id=35>

(Print 18.12.2006)

University Library (2004) *Guide to the Harvard System of Referencing*.

<http://libweb.apu.ac.uk/subjects/reference/harvard.php>. (Print den 13/4 2004).

BIBLIOGRAFI

Anderson, Bob & Funnell, Martha (2000) *The Art of Empowerment. Stories and Strategies for Diabetes Educators*. Alexandria, Virginia. American Diabetes Association.

Antonovsky, Aaron (1987) *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers. pp 1-187.

Hølge-Hazelton, Bibi (2003) *Diabetes – en skole for livet*. Ph.d.-afhandling. Roskilde. Forskerskolen for livslang læring. Roskilde Universitetsforlag.

Lauvås, Kirsti & Lauvås, Per (2004) *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. 2. udg. Oslo, Universitetsforlaget AS.

Maunsbach, Margareta (1999) ”*En ting er teori – noget andet er praksis...*” *Aspekter af compliance og noncompliance blandt type-2 diabetikere*. Ph.d.-afhandling, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet. Aarhus Universitet. København. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning.

Zoffmann, Vibeke (2004) *Guided Self-Determination. A life skills approach developed in difficult Type I diabetes*. PhD thesis. Department of Nursing Science, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus, Denmark.