

Stine Aase Myhre

MAKT OG PROFESJONALITET
-i møte mellom mennesker

En Q-metodologisk studie av rådgiveres subjektive opplevelse knyttet til
anvendelse av makt

Masteroppgave i pedagogikk
med spesialisering i rådgivning
Trondheim, våren 2010

Veileder
Ragnvald Kvalsund

Bildet på fremsiden
Liv Svanhild Grønlund, Makt, 2001
© Liv Svanhild Grønlund / BONO 2010

Pedagogisk institutt
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse
NTNU, Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet
Trondheim

SAMMENDRAG

Formålet med denne masteravhandlingen var å se på hvordan rådgivere opplever egen anvendelse av makt i sin arbeidshverdag. Jeg ønsket å komme nærmere inn på, og da også fremheve, den enkeltes opplevelse rundt makten de besitter i form av spesifikke yrkesroller. Opplevs makt som noe positivt, negativt eller tvetydig? Avhandlingen er bygget på problemstillingen: *Hvordan opplever rådgiver sin egen anvendelse av makt?*

Det empiriske forskningsmaterialet er samlet inn ved bruk av Q-metodologi, hvor 16 rådgivere med tilknytning til to ulike psykiatriske institusjoner har gjennomført en Q-sortering. De har sortert 48 utsagn vedrørende maktaspektet ut fra sorteringsbetingelsen: ”sorter så ærlig som mulig og etter hva som er praksis, ikke hva som er ideal”. Forskningsdeltakernes subjektive erfaringer dannet med andre ord grunnlaget for sorteringen, og gjennom faktoranalyse av det empiriske materialet kom jeg frem til tre faktorer som beskriver deres opplevelser. Med utgangspunkt i disse opplevelsene ser det ut til at rådgiverne hadde ulike møter med maktaspektet. Den første faktoren vektla bemyndigelse av pasienter og de strukturelle rammers nødvendighet. Den andre faktoren påpekte det å være personlig i sin profesjonalitet og ønsket å skape et gjensidig møte med pasienter. Den tredje faktoren fremhevet makten, og særlig dens ubehag i møte med det relasjonelle aspektet. Disse funnene er blitt drøftet gjennomgående i avhandlingen og satt i sammenheng med relevant teori innenfor rådgivningsfeltet.

ABSTRACT

The objective of this master thesis was to review how counselors are experiencing their own use of force in their workday. I wanted to get closer to, and then also highlight, the individual experiences of the power they possess in the form of specific occupational roles. Is power perceived as something positive, negative or ambiguous? The thesis is built on the research question: *How do counselors perceive their own use of power?*

In this study the empirical research data is collected through the use of Q-methodology, where 16 counselors linked to two different psychiatric institutions have conducted one Q-sorting each. They have ordered 48 statements regarding aspects of power from the sorting condition: "sort as honestly as possible with emphasis on what is practice, not what is ideal". Due to this, research participants' subjective experiences formed the basis for the sorting. Through factor analysis of the empirical material I came up with three factors that describe their experiences. Based on these experiences, it appears that the counselors had various meetings with the power aspect. The first factor emphasized the authority of patients and the must of a structural framework. The second factor pointed out to be personal in their professionalism and the desire to create a mutual meeting with patients. The third factor highlighted power, and especially its discomfort in the face of the relational aspect. These findings have been discussed throughout the thesis and are seen in the context of relevant theory in the counseling field.

FORORD

En lærerik, spennende og krevende prosess er nå slutført. Fra start til slutt har skrive- og forskningsprosessen rundt denne avhandlingen vært både frustrerende, utfordrende og berikende. Jeg er nå stolt av å ha ferdigstilt denne avhandlingen som har gitt meg så mye, både faglig og personlig.

Min interesse for makt- og relasjonsbegrepet har bidratt til valg av tema. Helt siden jeg startet å studere på universitetsnivå har jeg vært opptatt av denne tematikken, og skrevet utallige studentoppgaver hvor særlig maktbegrepet har lagt strukturen. Det som imidlertid var avgjørende for mitt forskningsfokus var et sommervikariat i psykiatrien, som i ettertid har skapt mange tanker og bevisstgjøringer hos meg. Hvordan jeg og andre besitter og bruker makt i relasjon har både fasinert meg, skremt meg, men også inspirert meg til å skrive denne avhandlingen med nettopp dette fokuset.

Jeg vil takke alle deltakerne i denne studien som, tross en hektisk og krevende hverdag, tok seg tid til å sortere utsagnene for meg. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt en realitet. Takk til min veileder, Ragnvald Kvalsund, for klare tidsfrister, raske tilbakemeldinger og for å ha tro på meg. Takk til Hannah Owens Svennungsen for imøtekommenhet og god hjelp med Q-metoden. Jeg vil rette en stor takk til mine medstudenter og lesesalskolleger for pilotsortering, nyttige diskusjoner og nødvendige kaffepauser. En spesiell takk til Iselin og Hege for korrekturlesning, gode samtaler og luncher. Videre vil jeg takke min far for oppmuntrende ord, og min lille søster for uunnværlig hjelp med datainnsamlingen og god støtte gjennom hele denne prosessen. Helt til slutt vil jeg takke min kjære, Kent-Jonny, som har latt meg realisere denne drømmen. Tusen takk for din tålmodighet og støtte. Nå kommer jeg hjem!

Trondheim, mai 2010

Stine Aase Myhre

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	ii
ABSTRACT	iv
FORORD.....	vi
INNHOLDSFORTEGNELSE.....	viii
FIGUR- OG TABELLOVERSIKT	xii
1 INNLEDNING	1
1.1 Grunnlag for avhandlingen	1
1.2 Avhandlingens intensjon og problemformulering.....	2
1.3 Psykisk helsevern i et skiftende samfunn	2
1.4 Begrepsavklaringer	3
1.5 Avhandlingens strukturelle oppbygning	4
2 TEORETISK FORANKRING.....	5
2.1 Personer i relasjon	5
<i>2.1.1 Avhengighetsparadigmet</i>	<i>6</i>
<i>2.1.2 Uavhengighetsparadigmet.....</i>	<i>7</i>
<i>2.1.3 Gjensidig avhengighetsparadigmet</i>	<i>7</i>
2.2 Maktens mange ansikter	8
<i>2.2.1 Kunnskap er makt</i>	<i>9</i>
<i>2.2.2 Makt knyttet til strukturelementer</i>	<i>11</i>
2.3 Maktens energi. Hvordan er det mulig å forstå makten der den utfolder seg?.....	12
<i>2.3.1 En relasjon preget av makt og tillit</i>	<i>13</i>
<i>2.3.2. Personlig kompetanse- en viktig del av profesjonaliteten</i>	<i>14</i>
3 METODISK TILNÆRMING	15
3.1 Q-metodologi – forskning på subjektet	15
<i>3.1.1 Concourse.....</i>	<i>16</i>
<i>3.1.2 Design og Q-utvalg.....</i>	<i>16</i>
<i>3.1.3 Deltakerne (p-set).....</i>	<i>18</i>
3.2 Gjennomføring og sorteringsprosessen	19
3.3 Faktoranalysen.....	21
<i>3.3.1 Analysen</i>	<i>21</i>
<i>3.3.2 Tolkning av faktorene</i>	<i>22</i>

3.4 Kvaliteten på forskningen	23
3.4.1 <i>Reliabilitet</i>	23
3.4.2 <i>Validitet</i>	24
3.4.3 <i>Etikk</i>	24
4 DATAANALYSE OG FAKTORTOLKNING	26
4.1 Faktor 1: Med fokus på bemyndigelse og de strukturelle rammers nødvendighet	27
4.2 Faktor 2: Å være profesjonell er å være personlig	30
4.3 Faktor 3: Maktens ubehag	33
4.4 Oppsummering av likheter og ulikheter mellom faktorene	36
5 DRØFTING	38
5.1 Tre ulike opplevelser	38
5.2 Å dele makten	39
5.2.1 <i>Bemyndigelse som maktutøvelse</i>	40
5.2.2 <i>Bemyndigelse som praktisk kommunikasjon</i>	41
5.3 Personlig kompetanse i arbeid med mennesker	42
5.3.1 <i>Å vise tillit betyr å utlevere seg selv</i>	43
5.4 En institusjon i institusjonen – ulike intervensjonsmuligheter?	44
5.4.1 <i>De strukturelle rammers nødvendighet</i>	44
5.4.2 <i>Finnes det en strukturbestemt ulikhet mellom rådgiver og pasient?</i>	45
5.5 Jeg liker ikke å definere min egen yrkesutøvelse som makt	45
5.5.1 <i>Maktens ubehag</i>	46
5.6 Uavhengighet, avhengighet og gjensidig avhengighet	48
5.6.1 <i>Relasjonsdimensjonen mellom rådgiver og pasient – tre ulike opplevelser</i>	48
5.7 Rådgivers vanskelige jobb- praktiske implikasjoner	50
5.8 Avsluttende kommentar til avhandlingen	50
5.9 Videre forskning	51
6 FORSKERROLLEN	52
6.1 Min rolle som forsker - noen refleksjoner	52
6.2 Evaluering og kritikk - kunne jeg gjort noe annerledes?	53
6.3 Ingen fasit	54
7 REFERANSELISTE	55
8 VEDLEGG	61
Vedlegg 1: Design og utsagn	61

Vedlegg 2: Informasjonsbrev	65
Vedlegg 3: Sorteringsinstruks	67
Vedlegg 4: Sorteringsskjema	69
Vedlegg 5: Faktorladningene og korrelasjonen mellom faktorene	70
Vedlegg 6: Utsagnenes plassering i faktorene	71
Vedlegg 7: Q-sorteringsmønster for de tre faktorene	74
Vedlegg 8: Distinguishing statements	75
Vedlegg 9: Consensus statements	78
Vedlegg 10: Reliabilitet	80

FIGUR- OG TABELLOVERSIKT

Figur 1: Min forskningsdesign.....	5
Figur 2: Min Q-design, basert på Fisher`s Balanced Block Design.....	17
Figur 3: Sorteringskjema	20
Tabell 1: Reliabilitet.....	24
Tabell 2: Faktorladningene.....	26
Tabell 3: Korrelasjon mellom faktorene.....	27

Til mamma

1 INNLEDNING

1.1 Grunnlag for avhandlingen

”Menneske er ikkje like i høve til mange ting - dei har ulike fysiske og psykiske evner og anlegg, dei har ulik styrke og ulik helsetilstand - og dei er ikkje like når det gjeld kva makt dei sit med i situasjonen. Og makt og rett påverkar kvarandre dialektisk: dels er det makta som definerer sanninga, dels er det det å ha makt innan «gjeldande sanning» som gjev rett til å definere denne sanninga.”

(Lysne, 2003, s. 39-42)

Gjennom mine studier på bachelor- og mastergradsnivå har jeg med tiden blitt mer og mer fasinert og opptatt av maktfenomenet og det å være person i relasjon. Å knytte disse begrepene til rådgivning synes jeg er en spennende prosess, særlig fordi jeg opplever at maktbegrepet ofte blir ”unngått” og bærer med seg mye negativ omtale. Det snakkes sjeldent om makt, selv om det omgir enhver sosial setting som mennesker befinner seg i. Tilstedeværelsen av makt blir ofte underkommunisert og tilslørt både i velferdsstatens ideologi og daglig praksis (Skau, 2003).

Det som bidro til at jeg tok den endelige avgjørelsen for tema og fokus til mastergradsavhandlingen var en personlig bevisstgjøring, gjennom arbeidserfaring innen psykisk helsevern. For første gang kom jeg i nær relasjon til mennesker som var avhengig av hjelp og omsorg fra meg for å komme seg gjennom hverdagen. Jeg opplevde mange sterke møter med pasienter, og fikk tildelt krevende og ansvarsfulle arbeidsoppgaver. Etter hvert ble jeg oppmerksom på mange av de strukturelle rammene som styrer en slik arbeidsplass, og makten dette skaper overfor både pasienter og yrkesutøvere. Jeg opplevde også en bevisstgjøring rundt den makten jeg, som omsorgsutøver, besatt overfor pasienter. Hvordan den på mange måter kunne skape gode situasjoner, men også hvordan jeg kunne bruke den kontrollerende for å få gjennomslag for min egen og institusjonens vilje. Jeg ble med andre ord oppmerksom på maktens tvetydige karakter, hvordan den kan skape både muligheter og begrensninger, goder og onder, krenkelse og frigjørelse.

Denne masteravhandlingens tema er makt, og fenomenet belyses innenfor psykisk helsevern. Jeg søker ikke etter å påpeke at det finnes eller anvendes makt, avhandlingen bygger på min forforståelse om at makt eksisterer i enhver relasjon mellom mennesker. Fokuset rettes mot hvordan den enkelte rådgiver opplever sin egen anvendelse av makt i sin arbeidshverdag.

1.2 Avhandlingens intensjon og problemformulering

Vi vet relativt mye om den formelle makten som finnes innenfor helsevesenet generelt, og det psykiske helsevernet spesielt. Makten er blant annet regulert gjennom pasientrettigheter, lovverk og foreskrifter (Psykisk helsevernloven, 2007). Det jeg ønsker med denne avhandlingen er å rette oppmerksomheten mot den allmenne og mer usynlige makten. Den som ikke er direkte regulert gjennom lovverk, men som er til stede hele tiden i de relasjonelle møtene mellom rådgiver og råde søker. Makten som vi noen ganger er bevisst og andre ganger ubevisst, den som det kanskje ikke blir snakket så mye om. Engelstad seier om makten: ”Det er alltid en viktig oppgave å påpeke og undersøke maktforholdet som opererer mer eller mindre i det skjulte. Noen ganger er makten lett synlig, andre ganger besværelig å gripe” (2004, s. 12).

Intensjonen med forskningsprosjektet er å bidra til bevisstgjøring og mer kunnskap om hvordan makt oppleves og anvendes i relasjoner mellom mennesker. Bidra til en større erkjennelse om at maktfenomenet finnes og bærer i seg elementer av både godt og vondt. Dette er en viktig tematikk som gjør seg gjeldende innen mange forskjellige yrkesroller, selv om denne avhandlingen har psykisk helsevern som forskningsfelt håper jeg å kunne bidra til bevisstgjøring utenfor dets grenser.

Som forsker er jeg opptatt av den subjektive opplevelsen forskningsdeltakerne har omkring egen anvendelse av makt knyttet til sin arbeidshverdag og møter med pasienter. For å fange opp denne subjektiviteten har jeg valgt Q-metode som metodisk tilnærming. Jeg har utviklet en Q-design for å søke å finne svar på problemstillingen min, som lyder slik:

Hvordan opplever rådgiver sin egen anvendelse av makt?

1.3 Psykisk helsevern i et skiftende samfunn

Historisk sett har vi vært vitner til flere bølger av psykiatrikritikk, politiske debatter og planer for forbedring av psykisk helsetjeneste i Norge de senere årene. Mange har vært opptatt av å skape en ny tid innenfor området (Ørstavik, 2008). Reformen i det psykiske helsefeltet i Norge startet med Stortingsmelding 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (Sosial- & helsedepartementet, 1997). Stortingsmeldingen konkluderte blant annet med at pasienter ikke fikk den hjelp de trengte, personalet følte at de ikke utførte en god nok jobb og myndighetene maktet ikke å gi befolkningen et godt nok tilbud. Et krav

om endringer vokste frem (Karlsson, 2008).

Andersen og Karlsson (1998) hevder at det i vår tid er mulig å stille flere spørsmål ved fenomenet psykisk helsevern og den virksomheten som foregår der. Det er større åpenhet rundt psykiske lidelser i samfunnet, og flere mennesker har stått frem og fortalt sin historie. Samtidig kan en stille seg kritisk til om det har skjedd endring i hvordan både psykiatrien spesielt og samfunnet generelt behandler de psykisk lidende. Representerer psykiatrien en konservativ, tradisjonsbærende samfunnsinstitusjon?

Mange av spørsmålene og problemene omkring psykisk helsevern aktualiseres av debatter med juridiske perspektiv og politisk bakenforliggende motiv. De siste årene har et fokus rundt bruken av makt og særlig tvang vokst frem i disse debattene, men hva med den makten som ikke er lovregulert? Hva med de utfordringer som yrkesutøvere og pasienter møter i sine daglige virke? Selv om mye av makten er formalisert, må vi ikke glemme å rette fokus mot den uformelle og mindre synelige makten. Med denne avhandlingen ønsker jeg å rette fokus mot nettopp dette, jeg vil forsøke å gripe den uformelle makten og undersøke hvordan den oppleves subjektivt av ulike mennesker.

1.4 Begrepsavklaringer

Jeg finner det nødvendig å definere fire begrep som er sentrale i denne avhandlingen, disse er; relasjon, makt, energi og rådgiver/rådsøker.

Relasjon kommer av det latinske navnet *relatio*, som egentlig betegner at én gjenstand står i forbindelse med en annen. I dagligtale brukes begrepet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2007). I denne avhandlingen anvender jeg begrepet i beskrivelse av forholdet og møtet mellom rådgiver og rådsøker, deres samhandlingsgrunnlag.

Makt blir i denne avhandlingen definert som: “the ability to do or act; capability of doing or accomplishing something, [and] ...the possession of control or command over others; authority” (Allgood & Kvalsund, 2003, s. 45). Ved bruk av denne definisjonen kan makt sees fra flere vinkler, både som noe positivt, nøytralt og negativt. Hvordan makten blir oppfattet er avhengig av den subjektive opplevelsen til hver enkelt, og hvordan den kommer til uttrykk i ulike relasjoner.

Energi henger sammen med maktbegrepet, og viser til den subjektive opplevelsen ulike individer kan ha i tilknytning til makt. Allgood (Allgood & Kvalsund, 2003) beskriver makt som en kraft som kan gi evne til handling og *energi*. Det er blant annet denne energien jeg er opptatt av å studere, maktens positive, nøytrale og negative karakter. Dens tvetydighet.

Rådgiver/rådsøker. Gjennom avhandlingen benevnes rådgiver som både *hjelper, yrkes- og profesjonsutøver*. Rådsøker benevnes som både *hjelpesøker, hjelpemottaker, pasient og klient*. Jeg kunne valgt å forholde meg kun til begrepene rådgiver og rådsøker, men i møte med forskningsfeltet mottok jeg respons på at disse begrepene var litt forvirrende. Derfor har jeg valgt å bruke flere nærliggende begreper slik at det skal bli enklere for flere å relatere seg til avhandlingen. Samtidig mener jeg at de ulike begrepene bidrar til at det blir bedre flyt og variasjon i språket mitt.

1.5 Avhandlingens strukturelle oppbygning

Jeg har delt denne avhandlingen inn i seks kapitler for å gjøre fremstillingen av forskningsarbeidet mitt mest mulig oversiktlig og strukturert. I kapittel 1 – innledningen – redegjør jeg for avhandlingens grunnlag, intensjon og problemformulering. Det blir også gitt en presentasjon av psykisk helsevern i dagens samfunn. Kapittel 2 – teoretisk forankring – tar for seg det teoretiske rammeverket som jeg bygger denne avhandlingen på, rammeverket ligger også til grunn for min forskningsdesign. Kapitlet gir en introduksjon til relasjonsbegrepet og dets tre paradigmer: avhengighet, uavhengighet og gjensidig avhengighet (Kvalsund, 1998). Det gir også en innføring i maktbegrepet generelt med et hovedfokus på kunnskap - og strukturmakt, samt hvordan maktens energi kan oppleves. Makt innebærer både positive og negative aspekter, og må sees i forhold til hvordan makten blir forstått og artikulert (Allgood & Kvalsund, 2003). Mitt fokus på individet og dets subjektive oppfatning av maktaspektet i arbeidshverdagen, har bidratt til valg av Q-metode som metodisk tilnæringsmåte. I kapittel 3 – metodisk tilnærming – presenterer jeg forskningsdesignet og deltakerne i studien min, her blir det også gitt en innføring i Q-metodens metodologi og fremgangsmåte. Underveis i kapitlet forklarer jeg min egen anvendelse av Q-metoden, og hvordan jeg gikk frem med datainnsamlingen. Kapittel 4 – dataanalyse og faktortolkning - går nærmere inn på resultatene og det empiriske materialet. Jeg redegjør for faktorene som kom frem av analysen, og hvordan jeg tolket disse. I kapittel 5- drøfting - søker jeg å finne svar på problemstillingen min ved å drøfte de ulike faktorene med bakgrunn i det teoretiske rammeverket som ble presentert i kapittel 2. Kapitlet inneholder også en avsluttende kommentar til avhandlingen og implikasjoner for videre forskning. Avhandlingen avsluttes med kapittel 6 – forskerrollen - hvor jeg presenterer og evaluerer min egen forskerrolle, og beskriver prosessen jeg har hatt underveis.

2 TEORETISK FORANKRING

I dette kapittelet presenterer jeg det teoretiske rammeverket for avhandlingen min. Utarbeidelsen av kapittelet er nært knyttet opp mot forskningsdesignet (se figur 1 under), og sammen danner de en forståelse for hva studien inneholder og retter sitt fokus mot. Effektene i designet kan sies å være et sammenfattet produkt av min erfaring, mine refleksjoner og ønske om bruk av teori. Dette har gitt grunnlag for tre hovedeffekter som er relasjon, makt og energi, disse er videre delt inn i nivåer for å belyse ulike aspekter ved effektene. Til sammen gir forskningsdesignet og teorien grunnlag for å si noe om hvordan den enkelte rådgiver opplever egen anvendelse av makt. Jeg vil komme nærmere tilbake til designet i kapittel 3- metodisk tilnærming.

Effekt	Nivå		
Relasjon	Avhengig	Uavhengig	Gjensidig avhengig
Makt	Kunnskapsmakt		Strukturmakt
Energi	Positiv		Negativ

Figur 1: Min forskningsdesign

2.1 Personer i relasjon

Begrepet *personer i relasjon* er hentet fra den skotske filosofen John Macmurray (1891-1976). Macmurray kritiserte den vestlige filosofien for å være for egosentrisk, og ønsket å demonstrere hvordan selvet er konstituert ut i fra relasjon med andre. Han mente at ideen om en isolert person er en selvmotsigelse, det finnes ikke noe 'jeg' uten et 'du'. Individet blir en person bare når han eller hun står i relasjon til andre individ (Kvalsund, 1998; Macmurray, 1961/1999).

“The unit of personal existence is not the individual, but two persons in personal relation; and that we are persons not by individual right, but in virtue of our relation to one another. The personal is constituted by personal relatedness. The unit of the personal is not the 'I', but the 'You and I' “(Macmurray, 1961/1999, s. 61).

I likhet med Macmurray fremhever Martin Buber (1878-1965) også viktigheten av å være i relasjon med andre mennesker. Uten tilknytning til andre kan man ikke utvikle seg selv som person (Buber, 2003).

”Grunnordet Jeg - Du kan bare sies med vårt hele vesen. Samlingen og sammensmeltningen til det hele vesen kan aldri skje gjennom meg og kan aldri skje uten meg. Jeg blir til ved Du’et. I det jeg blir Jeg, sier jeg Du. Alt virkelige liv er møte” (Buber, 2003, s. 11).

”It takes two to know one”, å være person i relasjon med andre synes å legge grunnlaget for en mer helhetlig personlig utvikling enn individuell utforskning (Allgood & Kvalsund, 2003, s. 119). Relasjonsbegrepet kan deles inn i tre paradigmer: *avhengighet*, *uavhengighet* og *gjensidig avhengighet*. De representerer måter å forholde seg til andre mennesker (Kvalsund, 1998; Macmurray, 1961/1999). Som menneske kan man ikke bli uavhengig før man har opplevd avhengighet, og man kan ikke bli gjensidig avhengig før man har opplevd både avhengighet og uavhengighet. Selv om man har erfart uavhengighet kan man oppleve avhengighet igjen. Filosofien er ikke en stadieteori men snarere en utviklingsteori, paradigmene er holistisk og dynamisk knyttet til hverandre (Kvalsund, 1998; Macmurray, 1961/1999).

Et møte innenfor enhver relasjon kan oppleves både positivt og negativt. Denne opplevelsen kan føre til et behov for å fortsette utviklingen innenfor den aktuelle relasjonen, eller et behov for å innta en annen type relasjonskvalitet (Kvalsund & Meyer, 2005). Mennesker som står i relasjon til hverandre oppdager og erfarer sammen, og et viktig aspekt ved relasjonen er å kunne dele kunnskap, erfaring og mening. Samtidig kan man sette spørsmålstegn ved hvorvidt det er mulig at rådgiver og råde søker har samme erfaring eller opplevelse rundt et fenomen. Opplevelser er subjektive og derfor også individuelle. En tilnærmet lik erfaring kan imidlertid gi partene en følelse av gjensidig forståelse som kan legge grunnlag for å føle seg bekreftet, akseptert og forstått i relasjonen (Allgood & Kvalsund, 2003).

2.1.1 Avhengighetsparadigmet

En avhengig relasjon innebærer at man er avhengig av andre for å handle og ta valg, en retter seg etter andre og gjør det en tror er forventet (Kvalsund, 1998). De handlinger som ’jeget’ fortar seg ligger utfor dets kontroll, ’jeget’ kommer i bakgrunnen mens ’den andre’ kommer i forgrunnen (Macmurray, 1961/1999).

Hjelperelasjoner er en form for avhengighetsrelasjoner. Selve hjelperelasjonen er asymmetrisk fordi hjelper har kunnskap som hjelpesøker ikke har, men som hun eller han har behov for. Relasjonen er avhengig i henhold til hjelpeoppgaven. ”Hjelperen har makt og den hjelpetrengende er maktesløs i forhold til de utfordringene som finnes for å bli hjulpet”

(Kvalsund & Allgood, 2009, s. 110). Avhengigheten kan oppleves positiv og føles trygg dersom det er et valg rådsøker selv har gjort, men blir negativ hvis asymmetriens gjensidighet brytes ved at en av partene viser et mindre behov for avhengighet (Kvalsund & Meyer, 2005). Dette kan oppfattes som upassende der og da, men viser til et behov for å bryte med avhengigheten og etablere seg som uavhengig. Utfordringen her blir om rådgiver klarer å løsrive seg fra sin etablerte maktposisjon i den asymmetriske relasjonen (Kvalsund & Meyer, 2005).

2.1.2 Uavhengighetsparadigmet

Mennesker har både behov, rett og plikt til å overskride den relasjonelle asymmetrien som finnes i avhengighetsparadigmet (Kvalsund & Meyer, 2005). I uavhengighetsparadigmet trer 'jeget' i forgrunnen og 'den andre' i bakgrunnen, dermed er 'jeget' det styrende og skaper sin egen virkelighet (Kvalsund, 1998; Macmurray, 1961/1999). Konsekvensen blir at personer kan handle på egne vilkår, ut fra intensjoner og følelser, fordi de har realisert uavhengighet. Dermed forløses ressurser som kalles selvstendige tanker og følelser (Kvalsund & Meyer, 2005).

I hjelperelasjoner kan uavhengighet oppnås ved at hjelpesøker får tilfredsstilt sitt behov for hjelp. Uavhengigheten er positiv når begge parter har tillit til den, og ser på hverandre som likeverdige. Da er relasjonen symmetrisk (Kvalsund, 1998). Hvis den ene parten føler seg mer uavhengig enn den andre kan relasjonen gå mot å bli asymmetrisk igjen, og dermed oppleves negativt. En slik negasjon av gjensidigheten kan føre til at den ene uavhengige part søker å opprettholde sin uavhengighet ved å ta makt over den andre på en slik måte at uavhengigheten trues. Slike relasjoner kan preges av uenighet og konflikt (Kvalsund & Meyer, 2005).

Selv om mennesker oppnår uavhengighet vil de alltid være i relasjon med andre, "som menneske har vi alltid et grunnlag for gjensidighet" (Kvalsund & Allgood, 2009, s. 111). I følge Kvalsund (1998) og Macmurray (1961/1999) er uavhengighet et nødvendig utviklingsnivå, men ikke det endelige.

2.1.3 Gjensidig avhengighetsparadigmet

I den gjensidige relasjonen finnes det en dynamisk bevegelse mellom helhet og del, og for å realisere sine intensjoner er 'jeget' i et aktivt møte med 'den andre'. Det er gjennom relasjon til andre mennesker man lærer å kjenne seg selv, målet er gjensidighet mellom menneskene

som inngår i relasjonen (Kvalsund, 1998; Macmurray, 1961/1999). Mennesker er aktivt handlende i samspill med andre gjennom kommunikasjon og samhandling. Man erkjenner avhengighet til andre for å virkeliggjøre sitt potensial og sine behov, og gir på denne måten opp noe av sin egen individualitet (Kvalsund, 1998). Slik blir relasjonen både symmetrisk og likeverdig- personer både gir og får. Den gjensidige relasjonen søker å forstå begge sider i relasjonen, og trues dermed ikke av asymmetri (Kvalsund & Meyer, 2005).

Kvalsund og Allgood (2009) erfarer at hjelp utføres best når begge parter i forholdet er enig om at hjelpebehovet er reelt; hjelper er villig til å gi hjelp og hjelpemottaker tar frivillig imot hjelpen. Imidlertid er det først når hjelperen har overført kunnskap og den hjelpetrengende selv har lært å bli ekspert, at hjelpeforholdet er gjensidig. Begge hjelper hverandre, forstår hva den enkelte har behov for og utvikler seg i samspill med hverandre (Allgood & Kvalsund, 2003; Kvalsund & Allgood, 2009). Mangel på gjensidighet i hjelpeforholdet kan føre til slitasje på tillitsforholdet i relasjonen, noe som igjen kan skape mistanke om manipulering og krenkelse (Kvalsund & Allgood, 2009; Skau, 2003).

De tre relasjonsparadigmene står i et dynamisk forhold til hverandre, og vekslevirkning mellom de relasjonelle kvalitetene pågår hele livet (Kvalsund, 1998; Macmurray, 1961/1999). I enhver ny situasjon man treer inn i, bli relasjonskvalitetene introdusert på nytt og utviklingspotensialet i det gjensidige ligger der (Kvalsund & Meyer, 2005). Mennesker er både avhengige, uavhengige og gjensidig avhengige, de positive og negative sidene ved disse relasjonskvalitetene må erkjennes. Utfordringen til enhver rådgivningsrelasjon ligger her. Rådgiver kan ikke bare identifisere relasjonskvaliteter, men må påvirke de nødvendige prosesser, skape læring og utvikling i ønsket retning (Kvalsund & Meyer, 2005).

2.2 Maktens mange ansikter

”Vår avhengighet av hverandre betyr at vi er gjenstand for maktutøvelse, og at vi selv utøver makt. Vi befinner oss aldri i et makttomt rom. Den enkeltes livsutfoldelse er også alltid en utfoldelse av hans makt over andre. Livs - og maktutfoldelse kan ikke skiller.”

K.E. Løgstrup (i Kvalsund & Meyer, 2005, s. 85)

Makt er et sentralt aspekt i all menneskelig atferd, og dermed også en viktig faktor i relasjoner som oppstår gjennom mellommenneskelig interaksjon. Å forstå betydningen av makt er grunnleggende for å kunne forklare utviklingen av relasjonelle kvaliteter og interpersonlig dynamikk i interaksjoner (Allgood & Kvalsund, 2003). Makt kan ikke betraktes som en

”ting”, det er en egenskap ved sosiale relasjoner og finnes i alle samfunnsforhold, med andre ord: makten er overalt (Engelstad, 2005b).” Magt er et allestedsnærværende fenomen givet med vor indbyrdes afhængighet” (Løgstrup i Pedersen, 1990, s. 285). Makt kan knyttes til posisjoner eller utfoldelse gjennom handling, men kan også forekomme som en prosess eller en tilstand. Dens potensial foreligger i alle sosiale situasjoner, både i ideer, språk, handlinger, strukturer og prosesser (Sørhaug, 1996).

Begrepet makt er komplisert og sammensatt, det omfatter mange ulike aspekter. Makt kan ikke omtales på én enkelt og bestemt måte, det finnes ikke bare én, men mange beskrivelser (Engelstad, 2005a). I følge Allgood (Allgood & Kvalsund, 2003) er makt en kraft som både gir energi og mulighet for handling. Den kan oppleves positivt, nøytralt eller negativt, alt etter hvordan makten anvendes og styres i relasjonen. Maktbegrepet kan ha variert betydning og innvirkning i ulike situasjoner og relasjoner; ”the meaning of the singular word power changes according to the perspective from which it is seen” (Allgood & Kvalsund, 2003, s. 122).

Makt er en betydningsfull del av all yrkesutøvelse, og yrkesutøvere kan ikke vri seg unna det faktum at de har makt så lenge de er i relasjon til andre (Krogstad, 1998). Imidlertid er makten ofte tilslørt og vanskelig å få øye på (Skau, 2003). Med dette som utgangspunkt blir det dermed ikke interessant å se *om* det utøves makt i rådgivningsforholdet, men *hvordan makten oppleves* (Allgood & Kvalsund, 2003). I relasjonen mellom rådgiver og rådsøker finnes det ulike forutsetninger som kan ha betydning for de relasjonelle kvalitetene som fremkommer. I følge Skau (2003) går det et viktig analytisk skille mellom to ulike nivåer i hjelperelasjonen: systemnivået og personnivået, hvor maktdimensjonen kommer til uttrykk på flere måter. Makt artikuleres både på personnivå, som jeg omtaler som kunnskapsmakt og på systemnivået som viser til strukturmakt.

2.2.1 Kunnskap er makt

Et gammelt ordtak lyder slik: *kunnskap er makt*. Kunnskap etablerer makt i mange sammenhenger og situasjoner, også i relasjonen mellom rådgiver og rådsøker. Kunnskap kan anses som makt fordi det er en ressurs som noen kontrollerer og andre har behov for. ”Hjelperen er som oftest ekspert og hjelpetrengende novise” (Kvalsund & Allgood, 2009, s. 110). Kunnskapsmakten kommer til uttrykk gjennom flere kanaler, blant annet gjennom kunnskap om skrevne og uskrevne regler, forskjell i viten om hverandre og språk (Skau, 2003). Hvor går grensen mellom informasjon og rimelig påvirkning på den ene siden, og misbruk av makt og autoritet på den andre?

Rådgivers påvirkningsferdigheter er viktige verktøy som inngår i dialog og kommunikasjon med rådsøker, ferdighetene kan legge grunnlaget for handlings- og atferdsendringer (Kvalsund, 2006). Imidlertid må rådgiver være bevisst at utøvelse av påvirkningsferdigheter som for eksempel konfrontasjon, direkte råd og instruksjon også innebærer bruk av makt. Det er viktig at rådgiver skaper et grunnlag for åpenhet og kommunikasjon rundt maktbruken i relasjonen, slik at den kan bidra til genuin endring og utvikling fremfor kontroll og manipulasjon (Kvalsund, 2006).

Dialog og kommunikasjon bidrar til ivaretagelse av relasjoner, verbalt og nonverbalt språk skaper nærhet og tilknytning, men også avstand og brudd. Den som behersker språket har større makt enn den som ikke gjør det (Eide & Eide, 2007). I dag lyder uttrykket ”språk er makt” nesten som et gammelt ordtak på linje med ”kunnskap er makt”. Det å kunne strukturere og påvirke andre sin opplevelse av noe gjennom språkbruk er et uttrykk for makt (Blakar, 2006). Ord i form av profesjonelle termer kan fremheve et hierarki av makt fra de personer som bruker dem, til de som mottar dem. Noen ganger benytter profesjonsutøverne et fagspråk som kan være mer eller mindre uforståelig for klienter (Skau, 2003). Å reformulere menneskers problemer til diagnoser og fagspråk kan få dem til å føle seg små og maktesløse. Dette kan skje som ledd i en maktkamp, eller skyldes ren og skjær mangel på innsikt og omtanke. For klienten er resultatet ofte en forvirrende og ydmykende erfaring, et dårlig utgangspunkt for videre samarbeid (Skau, 2003). Likevel hevder Skau (2003) at språket er mer enn et middel for makt og kontroll, det er også nødvendig for å ivareta hjelpefunksjonen og sette gamle problemer inn i en ny kontekst. Hvis rådgivere bare ser det samme som klienten kan de ikke inspirere til nye innfallsvinkler og forståelsesmåter. Dermed er språket ikke bare en forutsetning for makt, men også en forutsetning for frigjøring (Skau, 2003).

Den kunnskapen rådgiver besitter kan også til en viss grad overføres til rådsøker, og på denne måten myndiggjøre dem. I faglitteraturen kalles dette gjerne *empower* eller *empowerment*, og kan oversettes til *bemyndige* eller *bemyndigelse* på norsk. Begrepet springer ut fra et humanistisk menneskesyn som vektlegger å mobilisere og styrke personers egne krefter, samt å nøytralisere krefter som bevirker avmakt (Moen, 2009). Price og Mullarkey (i Stevenson, Grieves & Stein-Parbury, 2004, s. 265) definerer empowerment som: “the process of helping the client achieve a position or equality of power within the nurse/client relationship”. Viktige mål i prosessen er å bidra til gradvis maktfordeling, møte pasienter med respekt, vise genuin interesse, ta pasienters perspektiv på alvor og la pasienter beholde så stor innflytelse på sin egen situasjon som mulig (Barker, Stevenson & Leamy, 2000). Empowerment kan komme til uttrykk gjennom praktisk kommunikasjon eller ved å involvere

pasienter i beslutninger. Begrepet er begrunnet i etiske verdier som respekt, autonomi, likeverd og hensyn til pasientens beste - man deler med andre ord makten (Eide & Eide, 2007).

2.2.2 Makt knyttet til strukturelementer

Konvensjonelle relasjoner, enten det er innen terapi eller undervisning, står i sammenheng med ytre institusjonell asymmetri og hierarki (Allgood & Kvalsund, 2003). Strukturelle forhold vil i større eller mindre grad være tilstede og påvirke relasjonsbyggingen innen alle institusjoner (Krogstad, 1998). Makt er som tidligere nevnt et fenomen som finnes på mange plan innenfor menneskers samhandling, og samfunnet er avhengig av at sosiale institusjoner har tilstrekkelige evner til å regulere handlinger og praksiser (Engelstad, 2004). Institusjoner setter rammer for mange av våre handlinger, også de sosiale relasjonene vi inngår i. Det er innenfor disse rammene vi foretar våre valg, og påvirker våre samhandlingspartnere i retning av bestemte virkelighetsoppfatninger og handlinger (Martinussen, 2001). *Instituering* betyr organisering og strukturering av et sanksjonsapparat, en sosial institusjon er dermed også en ordning for maktutøvelse. En struktur hvor makthaverne er forpliktet overfor verdier eller interesser (Martinussen, 2001).

Strukturell makt kan forstås som en sammenknytning av makt og sosial struktur. Makten lokaliseres til mer overordnede, omfattende og varige systemer eller strukturer som eksisterer innenfor områder som ideologi, politikk, institusjoner eller generelt i det sosiale liv (Engelstad, 2004). Profesjonelle yrkesutøvere er en del av et normativt system, og handler i tråd med de forventningene som ligger i dette systemet. I følge Skau (2003) danner normer, regler og formalkompetanse grunnlaget for det som skjer på individnivå, i møtet mellom hjelper og hjelpemottaker. Hjelpesystemets makt hviler på et økonomisk, juridisk, kulturelt og ideologisk fundament (Skau, 2003). Makt knyttet til strukturelementer er i stor grad forankret i hvordan virksomheten er organisert (Stang, 1998). Systematisering og strukturering kan oppleves både som et gode og en begrensning. På den ene siden kan det skape orden og en forutsigbarhet som gjør at mennesker føler at de har kontroll. På den andre siden kan systemer og strukturer bli rigide og lite fleksible slik at de viker mot sin hensikt, hemmende for både rådgiver og råde søker.

Møter der en eller flere av partene opptrer i roller som yrkesutøver skiller seg på mange måter fra private mellommenneskelige møter. I forholdet mellom råde søker og profesjonsutøver er den strukturbestemte ulikheten mellom partene et iøynefallende kjennetegn (Skau, 2008). Den profesjonelle tilhører et offentlig maktapparat, og disponerer et

sett med yrkesspesifikke kunnskaper og ferdigheter med atskillig høyere status og mer autoritet enn rådsøker. Dette er en viktig og grunnleggende strukturell ulikhet mellom partene som er med på å legge grunnlaget for samhandlingen. Gjennom sin personlige opptreden kan den enkelte profesjonsutøver være med på å forsterke eller svekke denne strukturelt betingede ulikheten (Skau, 2008).

2.3 Maktens energi. Hvordan er det mulig å forstå makten der den utfolder seg?

Makt er synlig i mange former, men kan også bli underslørt, skyvet utenfor samtaler og gjort usynlig og utilgjengelig for refleksjon (Juritzen & Heggen, 2006). Juritzen og Heggen (2009) har gjennomført en omfattende undersøkelse av omsorgsmakt på sykehjem, og fant empiriske resultater som tydet på at fokusgrupper synes det var interessant å snakke om makt som tema og at dette bidro til økt bevissthet. Samtidig viste undersøkelsen en markant uvilje blant fokusgruppene til å se på egen omsorgsutøvelse som makt. Intervjudataene formidlet i hovedsak en forståelse av makt som noe negativt, som pleierne mente ikke hørte sammen med ordet omsorg. Makt ble oppfattet som et betent ord og forstått som en siste utvei (Juritzen & Heggen, 2009). Løgstrup (1991) hevder at man kan føle avsky og uverdighet ved tanken på å ha makt i et annet menneskes liv. Vi kan ha et ønske om å ikke ha makt og innflytelse, men det er umulig.

”The phenomenon of power contains both negative and positive aspects, and within all positive power- relations there are also negative aspects” (Allgood & Kvalsund, 2003, s. 3). Ved å studere makt i relasjoner kan vi lære om relasjoners natur. Hvordan makten aktualiserer seg er med på å avgjøre om den fremtrer som positiv eller negativ i relasjonen. Brukes makt på en hensiktsmessig måte kan den skape endring og utvikling, brukes den i negativ forstand kan den hindre utvikling og skape manipulering (Allgood & Kvalsund, 2003). Begrepet makt er slikt sett tvetydig, og denne tvetydigheten er en del av kjernen i min interesse for fenomenet. Hvilken subjektiv opplevelse har den enkelte rådgiver rundt maktbegrepet?

Kvalsund (2006) hevder at det er viktig å gjøre maktutredninger i og for alle former for hjelperelasjoner. Uvitenhet om maktforholdet kan medføre for stor makt og skape grunnlag for krenkelser i relasjonen. Det er også viktig å være oppmerksom på forholdet mellom makt, påvirkning og etikk i hjelperelasjonen, mangel på dette kan gi usunn maktbruk. Å ha makt til å endre noe er positivt, men det er viktig å tenke over hvem som bestemmer at endring skal skje, og hvordan det er lagt til rette for å forstå konsekvensene av denne endringen. Fokuset må ligge på *hvordan* en påvirker og utøver makt, ikke *om* en gjør det (Kvalsund, 2006). Det er dermed viktig at rådgiver er oppmerksom på om han eller hun

forvalter sin makt på konstruktive måter. “If power is to be used as the positive force that it can be then we must learn as much as possible about it (...)” (Allgood & Kvalsund, 2003, s. 21).

Det å ha makt over noen indikerer en asymmetrisk relasjon (Allgood & Kvalsund, 2003), og rådgiver kan som tidligere nevnt artikulere makten sin på forskjellige måter. Imidlertid er det også viktig at andre relasjonsfenomener er til stede i møte mellom rådgiver og rådsøker, og i denne avhandlingen har jeg valgt å rette fokus mot det å være personlig i møte med rådsøker og å skape tillit i relasjonen. Hvordan kan disse fenomenene være med på å påvirke opplevelsen av maktens energi?

2.3.1 En relasjon preget av makt og tillit

Makt og tillit er relasjonsfenomener, de opptrer og belyses fra ulike vinkler i et mangfold av litteratur. Vi kan oppleve tillit og makt på individnivå overfor mennesker vi kjenner og ikke kjenner, men også på systemnivå overfor organisasjoner og institusjoner. ”Analysar av tillit som utelet makt, vert naive. Analysar av makt som utelet tillit vert grunne” (Grimen, 2001, s. 3627). Begrepene står i spenning til hverandre, de er fundamentale og viser seg å være vanskelige å gripe på en analytisk entydig måte (Sørhaug, 1996).

Tillit er en grunnleggende faktor i alt samspill mellom mennesker. Det gjelder også i møte mellom rådgiver og rådsøker, ingen får tillit kun til den profesjonelle fasaden (Skau, 2008). ”Being personal is to be in the process of discovering each other” (Gibbs, 1978, s. 32). Tillit er i følge Gibbs (1978) nødvendig hvis rådsøker skal ha mot til å være personlig i relasjonen. Selv når sosiale eller institusjonelle strukturer legger grunnlaget for hvordan man skal tre inn i roller, står man fritt til å handle som unike personer i relasjon til hverandre. Å vise tillit er å være personlig, og man handler med denne friheten.

Tillit har kvaliteter i seg som minner om energi, og skaper betingelser for og mobiliserer til handling og samhandling (Sørhaug, 1996). Løgstrup hevder at tillit er nerven i all kommunikasjon, og en elementær kjensgjerning i våre liv. ”At vise tillid betyr at udlevere sig selv” (Løgstrup, 1991, s. 18). Samtidig påpeker Løgstrup at alle relasjoner mellom mennesker også er et maktforhold. Gjennom avhengighetsforhold som mennesker lever og utleverer seg i, utøver alle makt over hverandre (Martinsen, 1996). Det kan på den ene siden skape krenkelse, ydmykelse og avvisning, men på den andre siden kan det også føre til befrielse, omtanke og anerkjennelse. Menneskets makt har dermed to sider; den kan brukes til å frigjøre andres livsressurser, men kan også skape et undertrykkelsesforhold (Martinsen, 1996).

2.3.2. Personlig kompetanse- en viktig del av profesjonaliteten

”Det er ikke mulig å utvikle en etisk forsvarlig profesjonalitet uten også å inkludere det personlige” (Skau, 2003, s. 16). Noen forveksler det å være profesjonell med det å være upersonlig, men profesjonelle hjelpere må lære å bruke sine samlede menneskelige ressurser i møte med andre. Man må ta den personlige siden av ens profesjonalitet på alvor (Skau, 2008). Rådgiver må bruke av seg selv og sin personlige kunnskap i møte med andre (Allgood & Kvalsund, 2003; Buber, 2003; Macmurray, 1961/1999). Kun ved å gå inn i en personlig relasjon med den andre kan læring og utvikling skje (Allgood & Kvalsund, 2003; Macmurray, 1961/1999). Vår personlige kompetanse handler om den vi *er* som person, og den vi lar andre *få være* i møtet med oss. Kompetansen utvikler seg kontinuerlig og lar seg ikke enkelt beskrive, men er en viktig del av yrkesutøvelsen (Skau, 2008).

Imidlertid er det viktig å opprettholde noen grenser innenfor profesjonelle relasjoner, eksempelvis i rådgivningsrelasjoner (Allgood & Kvalsund, 2003). Som rådgiver skal man fokusere på rådsøker sine utfordringer og eventuelle problemer, ikke rette fokus mot seg selv (Stevenson et. al, 2004). Det er viktig for hjelperelasjonen å finne en balanse i rådgivers personlige involvering, det er tydelige grenser mellom det å være personlig og privat (Skau, 2008). Utviklingen av personlig kompetanse tar utgangspunkt i spennet mellom den du er og den du har potensialet til å bli. Ved å utforske dette spennet blir vår personlig og profesjonelle kompetanse til (Skau, 2008).

3 METODISK TILNÆRMING

Flere av teoriene jeg bygger denne avhandlingen på fokuserer og befinner seg innenfor den humanistisk eksistensialistiske forståelseshorizonten. Vi er mennesker i verden, og bestemmer selv hva den betyr og hvordan vi skal organisere oss i den. Vi skaper våre egne verdenssyn. Hvert enkelt menneske møter verden på sin unike måte og danner en konstruksjon av den som dermed er subjektiv (Ivey, D`Andrea, Ivey & Simek- Morgan, 2007). Det er denne subjektiviteten jeg ønsker å få tak i i denne avhandlingen. Hvordan opplever den enkelte rådgiver sin egen anvendelse av makt? For å få innsikt i denne subjektive opplevelsen har jeg valgt å bruke Q-metode som metodisk tilnærming. Q- metodologi er relativt ukjent for mange, og jeg vil derfor gi en beskrivelse av metoden i dette kapittelet. I tillegg beskriver jeg hvordan jeg har gått frem og anvendt Q-metoden i min forskning.

3.1 Q-metodologi – forskning på subjektet

Q-metoden er en filosofi, en metode og en teknikk som omfatter vitenskapen om det subjektive (Kvalsund, 1998). Metoden kombinerer styrker fra både kvalitative og kvantitative tradisjoner, og bygger på flere måter en bro mellom de to tilnærmingene (Brown, 1996). Psykologi og flere andre retninger innen de humane vitenskapene bruker R-metodologi, etter Pearsons PM- korrelasjon, i sin forskning. R-metodologien krever store populasjoner og leting etter objektive sannheter om forskjeller mellom populasjoner (Smith, 2001). Q-metoden ble presentert i 1935 av fysiker og psykolog William Stephenson som et kritisk alternativ til de tradisjonelle forskningsmetodene innen positivistisk psykologi, og da også R-metodologien (Stainton Rogers, 1995).

Q-metode er en forskningsmetode som hjelper forsker å avdekke, forstå og gi mening til subjektive erfaringer rundt et bestemt tema. Den gir grunnlag for å undersøke subjektiviteten på en systematisk måte (Brown, 1980; Mckeown & Thomas, 1988). Som forsker kan man lære og få innsikt i seg selv og andre, søkelyset rettes mot ”hele mennesket i handling” (Stephenson, 1953, s. 4). I stedet for å se på korrelasjoner mellom variabler, ser Q-metoden på korrelasjoner mellom mennesker via forskningsdeltakernes sortering av utsagn. Korrelasjonene viser til hvilke faktorer som er viktige i henhold til deltakernes opplevelse av tema og problemstilling. Ved å sortere utsagn på en skala mellom -5 (svært uenig) via 0 til +5 (svært enig), vil forskningsdeltakernes subjektive opplevelse og mening komme til uttrykk (Allgood, 1999). Dette kalles *Q-sortering*, og hver sortering representerer en variabel som kan korreleres med andre sorteringer. Q-metoden skaper dermed grunnlag for

personkorrelasjon og faktoranalyse (Allgood, 1999). Personer som korrelerer høyt med hverandre utgjør samme faktor og deler et felles syn. Faktorer som representeres av andre personer, viser til deres syn. Hvert syn må fortolkes ut fra den plassering utsagnene har fått i faktoren, og faktorskårene på hvert enkelt utsagn gir grunnlag for å vurdere hva som er forskjellig i de ulike faktorene (Kvalsund & Meyer, 2005). Ved bruk av faktoranalyse og faktortolkning kan forsker finne frem til en kulturell forståelse av temaet som er i fokus (Stainton Rogers, 1995).

3.1.1 Concourse

*Concourse*¹ kommer fra det latinske navnet *concursum*, og betyr ”a running together” (Brown, 1993, s. 94). Concoursen omtales som flyten av kommunikasjon som omhandler et hvilket som helst tema eller fenomen, det kan være alt fra fotografier, musikk, bilder, til uttrykte eller skrevne ord og tale (Allgood, 1999).

“Concourse is the very stuff of life, from the playful banter of lovers or chums to the heady discussion of philosophers and scientists to the private thoughts found in dreams and diaries. From concourse, new meanings arise, bright ideas are hatched, and discoveries are made: it is the wellspring of creativity and identity formation in individuals, groups, organizations, and nations, and it is Q methodology’s task to reveal the inherent structure of a concourse—the vectors of thought that sustain it and which, in turn, are sustained by it “(Brown i Smith, 2001, s. 323-324).

Concoursen er kommunikasjonsfeltet man ønsker å studere, den gir grunnlag for å vurdere helheten i feltet basert på de subjektive opplevelsene man har i møte med denne helheten (Kvalsund, 2005). Ut fra concoursen dannes utsagn som senere plukkes ut, og administreres i en Q-sortering. Concoursen til avhandlingen min bygger på materiale om makt generelt, samt problemstilling spesielt knyttet til rådgivers egen opplevelse av makt i relasjoner. Den består av skriftlig materiale fra teoretiske og empiriske kilder, og gjennom Q-metodologisk teknikk har jeg forsøkt å avdekke concoursens struktur, dens tanker og følelser.

3.1.2 Design og Q-utvalg

Concoursen representerer råmaterialet, og ut fra dette materialet utarbeides et sett med utsagn som danner *Q-utvalget*. Dette settet med utsagn skal presenteres for forskningsdeltagerne i

¹ På grunn av mangel på et godt norsk ord for concourse, velger jeg å bruke det engelske ordet videre i avhandlingen.

form av en *Q-sortering* (Brown, 1991/1993; Mckeown & Thomas, 1988). Målet med Q-utvalget er å lage en miniatyrgave av det man ønsker å studere i concoursen, utfordringen blir å lage en Q-sortering som representerer den på best mulig måte (Brown, 1991).

Fisher`s Balanced Block Design blir ansett som det mest vanlige og pålitelige verktøy for å skape et balansert utvalg som er representativt for concoursen (Brown, 1993; Stephenson, 1953). Forskningsdesign etter Fishers modell bygges opp av tre kolonner: effekter, nivåer og celler, som danner utgangspunktet for utsagnene som skal lages (Kvalsund, 1998). Den kunnskapen som besittes rundt forskningstemaet, og som det ønskes å rette fokus mot plasseres i skjemaet. Slik kan man lettere få oversikt og struktur på det en ønsker å formidle til forskningsdeltakerne. Designet rommer det teoretiske utgangspunktet for setningsutvalget og danne strukturen for å balansere utvalget (Stephenson, 1953). Min design ble slik:

Effekt	Nivå			Celler
Relasjon	Avhengig (a)	Uavhengig (b)	Gjensidig avhengig (c)	3
Makt	Kunnskapsmakt (d)		Strukturermakt (e)	2
Energi	Positiv (f)		Negativ (g)	2

Figur 2: Min Q-design, basert på Fisher`s Balanced Block Design

De ulike effektene og nivåene bygger på det teoretiske rammeverket som jeg beskrev i kapittel 2. Den første effekten i designet, relasjonseffekten, innehar nivåene avhengig, uavhengig og gjensidig avhengig, og viser til teori om det å være person i relasjon (Buber, 2003; Kvalsund, 1998; Macmurray, 1961/1999). Den neste effekten har jeg valgt å kalle makt, den omhandler teori om selve maktaspektet med et særlig fokus på kunnskapsmakt og strukturermakt. Disse to nivåene gjenspeiler viktige dimensjoner som påvirker forskningsdeltakerne i deres gjennomførelse av arbeidshverdagen. Makt er en viktig del av all yrkesutøvelse, og kan knyttes til både handling, prosess, posisjoner og tilstander. Så lenge mennesker er i relasjon til andre kan man ikke vri seg unna maktaspektet (Krogstad, 1998; Sørhaug, 1996). Den tredje og siste effekten, energieffekten, viser til teori om hvordan maktaspektet kan oppleves og gi ulike forutsetninger i rådgivningsrelasjonen (Allgood & Kvalsund, 2003; Skau, 2003). Nivåene har jeg kalt positiv og negativ, og de anvendes for å få innblikk i forskningsdeltakernes forhold til egen bruk av makt i deres yrkesroller.

Størrelsen på Q- utvalget avhenger av hvor mange utsagn en trenger for å representere

temaet (Kvalsund, 1998). Jeg har valgt å benytte meg av 12 (3×2×2) kategoriske celler i designet, og dette gav følgende kombinasjoner av celler: adf, adg, aef, aeg, bdf, bdg, bef, beg, cdf, cdg, cef og ceg. Jeg utarbeidet fire utsagn for hver av de kategoriske cellene, hvorav to var negative og to var positive. Dette gav til sammen 48 utsagn (se vedlegg 1). For å få et mest mulig representativt utvalg av utsagn, utformet jeg langt flere utsagn enn det som trengtes. Det ble formulert 103 utsagn totalt, og med utgangspunkt i dem hadde jeg en god forutsetning til å velge ut de beste til å inngå i de 48 endelige utsagnene. Før jeg presenterte det endelige Q-utvalget for forskningsdeltakerne mine, gjennomførte jeg to pilotsorteringer². I etterkant av disse ble det gjort flere endringer med utgangspunkt i tilbakemeldinger fra medstudentene som gjennomførte pilotsorteringen. Jeg gjennomførte den tredje piloten selv, hvor det ikke ble gjort justeringer i etterkant.

I utformingen av de endelige utsagnene ble det også viktig for meg å sikre en viss form for homogenitet. Dette fordi ingen utsagn skal trekke til seg særskilt oppmerksomhet og bli valgt eller ikke på grunnlag av dette, eksempelvis ved at utsagn er for vanskelige å forstå (Stephenson, 1935). Utsagnene kan se generelle ut, men når de settes inn i konkrete settinger så vil de ha ulik betydning for ulike mennesker (Brown, 1991). Selv om utsagnene skal representere en viss grad av homogenitet, må jeg være oppmerksom og variere setningene i en bestemt celle for at de skal fremstille stimuli med nyansert heterogenitet (Brown, 1980; Kvalsund, 1998).

3.1.3 Deltakerne (p-set)

I Q-forskning kalles utvalg av forskningsdeltakere ”person- sample”, personutvalg (P-set). De forskningsdeltakerne som blir valgt ut til å delta i studien og gjennomføre Q-sorteringen, er personer som forsker mener egner seg i forhold til det tema en studerer (Stephenson, 1935). Man velger deltakere som man forventer har innsikt, erfaring og opplevelser knyttet til tema og problemstilling (Brown, 1980). Det er vanlig å skille mellom to ulike utvalg, ekstensivt og intensivt. Ekstensivt utvalg³ innebærer at flere forskningsdeltakere gjør Q-sorteringer ut fra samme sorteringsinstruksjoner. Ved bruk av intensive utvalg sorterer en eller få personer ut fra flere ulike sorteringsinstruksjoner, hensikten er da å få dybdekunnskap om et tema (Mckeown & Thomas, 1988).

Q-metoden er ikke opptatt av hvem som danner eller definerer kategorier, men om det

² En pilotstudie er en utprøving i liten skala av metoder som er planlagt å benytte i en større vitenskapelig studie (Store norske leksikon, 2010).

³ Ekstensivt utvalg kalles også omfattende utvalg (Mckeown & Thomas, 1988).

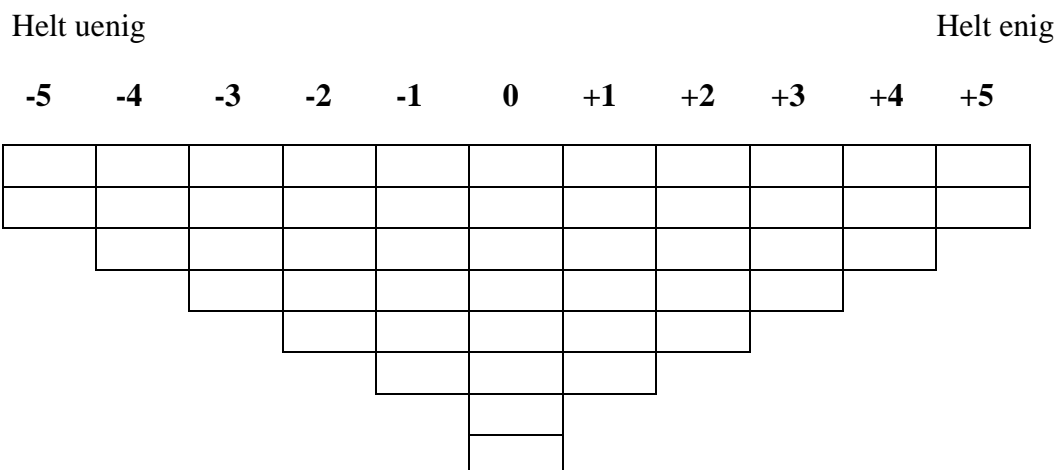
finnes et tilstrekkelig antall forskningsdeltakere i de ulike kategoriene som senere skal inngå i analyse og fortolkning (Brown, 1980). Antall forskningsdeltakere er en vurderingssak for den enkelte forsker, men det er vanligvis ikke mer enn 50 personer i et utvalg (Stephenson, 1953). Forskningsdeltakerne skal ikke representere en populasjon som det kan trekkes statistiske konklusjoner om, og derfor kan relativt små P-set gi verdifulle resultater (Stenner, Watts & Worrell, 2008). Målet er å få innsikt i de synsvinklene som finnes, fremfor å se hvor mange som står for hver av dem. Man er ikke ute etter å kunne si noe om individene, men å identifisere og beskrive det mangfoldet av synspunkter som finnes innenfor en gitt tid- og stedsramme (Stenner et. al, 2008).

Utvalget som jeg bygger denne avhandlingen på er valgt ut fra forventninger om at forskningsdeltakerne har hatt opplevelser knyttet til makt i sin arbeidshverdag. Det er et ”extensive p-sample” som innebærer at alle deltakerne har gjennomført Q-sorteringen ut fra samme instruks. Utvalget består av 16 personer som jeg kom i kontakt med innenfor psykisk helsevern, fordelt på to institusjoner. Alle forskningsdeltakerne har til felles at de jobber innenfor psykisk helsevern, men det er også betydelige forskjeller mellom dem. Da jeg kontaktet de respektive institusjonene visste jeg at det jobbet veldig mange forskjellige yrkesgrupper der, og siden jeg er opptatt av å se etter ulikheter vurderte jeg det som hensiktsmessig å velge personer med ulik fagbakgrunn. Personutvalget mitt består av både sykepleiere, psykiatriske sykepleiere, miljøterapeuter, sosionomer og leger, de er med andre ord ulike når det kommer til utdanning. De jobber også innen forskjellige avdelinger, noen på akuttposter, andre på spesial- og rehabiliteringsposter, og dette legger grunnlaget for ulike møter og samarbeidsgrunnlag med pasienter. Jeg mener derfor at jeg kan si at jeg har et godt p-set, bestående av deltakere fra ulike avdelinger, med ulik utdanning, forutsetning og tilnærming. Alle har imidlertid psykisk helsevern som felles forankringspunkt.

3.2 Gjennomføring og sorteringsprosessen

I Q-metode samles data inn gjennom Q-sortering, denne prosessen danner grunnlaget for faktorene og analysen i studien (Brown, 1980). Under sorteringsprosessen gjør forskningsdeltakerne sin subjektivitet til gjenstand for utforskning (Kvalsund, 1998), som er en forutsetning for faktoranalysen. De endelige faktorene indikerer segment av subjektivitet som eksisterer innen concursen (Brown, 1991/1993).

Forskningsdeltakerne får spesifikke utsagn som de skal forholde seg til, og sorterer etter en vedlagt instruksjon og et sorteringskjema (Brown, 1980; Mckeown & Thomas, 1988). Figuren under viser sorteringskjemaet som jeg anvendte.



Figur 3: Sorteringskjema

Noen av utsagnene kan være vanskelig å forholde seg eller ta stilling til, sorteringsskjemaet kan være med på å tvinge frem et mønster og dermed også bidra til hjelp i sorteringsprosessen (Brown, 1980).

Utsagnene blir videre beskrevet på et kort og gitt et tilfeldig nummer. Hver forskningsdeltaker får utdelt et sett av kortene (utsagnene), samt sorteringsinstruks (se vedlegg 3) og sorteringsskjema. De blir først bedt om å lese nøye gjennom alle kortene for å danne seg en forståelse rundt utsagnene og sorteringsprosessen de skal videre inn i. Forskningsdeltakerne sorterer etter den konkrete instruksjonen og tar først utgangspunkt i ytterkantene, det mest ekstreme, +5 og -5. Etter hvert arbeider de seg inn mot null, som representerer det nøytrale (Brown, 1991). Utsagnene betegner mindre og mindre viktighet - blir mindre psykologisk signifikante⁴ etter hvert som forskningsdeltakerne tilskriver de skåreverdiene +1, -1 og 0 (Brown, 1980; Kvalsund & Allgood, 2009; McKeown & Thomas, 1988). Null representerer ingen mening for deltakerne, og ekstremverdiene +5/ -5 viser til høye positive eller negative meninger eller oppfatninger. Hvilke utsagn som representerer liten, nøytral eller stor psykologisk signifikans varierer fra person til person, og danner grunnlaget for forskjellige subjektive syn (Kvalsund & Allgood, 2009). Det er den psykologiske signifikansen som styrer sorteringen, og forskningsdeltakerne avgjør selv hva som er viktig for dem (McKeown & Thomas, 1988). Null viser også til det statistiske gjennomsnittet i sorteringen, som videre danner utgangspunktet for faktoranalysen og korrelasjon i forskningsprosessen (Kvalsund, 1998).

Det er vanlig at forskningsdeltakerne starter sorteringen med tre kategorier; helt enig,

⁴ Psykologisk signifikans innebærer at noe har følelsesmessig betydning for mennesker (Brown, 1993).

nøytral og helt uenig, slik at sorteringsprosessen skal bli mer oversiktlig. Målet er at deltakerne skal sortere ut fra deres indre standpunkt (subjektivitet), og dermed bli minst mulig påvirket av forsker og forskningsprosessen. De mønstrene som danner seg på bakgrunn av sorteringen vil representere forskningsdeltakernes subjektivitet (Brown, 1980). Til slutt noterer deltakerne nummeret på hvert enkelt kort (utsagn) inn i sorteringskjemaet som anvendes for korrelasjon og Q-faktoranalyse.

3.3 Faktoranalysen

Faktoranalysen er en metode for å klassifisere variabler, variablene innefor Q-metoden utgjøres av sorteringene eller subjektene. Faktoranalysen anvendes for å avdekke hvordan forskningsdeltakerne har sortert utsagnene i forhold til gitte instruksjoner innenfor forskningsrammen (Brown, 1980). Hensikten med faktoranalysen er å finne de underliggende strukturene i fenomenet som studeres, og gjøre dem tilgjengelig for forsker i fortolkningsprosessen (Allgood, 1994/1995). Det finnes flere dataprogram som er utarbeidet for å assistere forsker i denne prosessen (Brown, 1991), jeg anvendte dataprogrammet PQMethod-2.11 i min avhandling (Schmolck, 2002)⁵.

3.3.1 Analysen

Analysen av Q-sorteringene er en rent teknisk og objektiv prosedyre (van Exel & de Graaf, 2005). Dataprogrammet hjelper en matematisk med å kalkulere korrelasjonsmatrisen av alle sorteringene, det er her faktorene oppdages (Brown, 1993). Faktorene viser hvilket responsmønster som finnes blant forskningsdeltakerne (Smith, 2001).

De deltakerne som har sortert likt vil korrelere høyt med hverandre, og falle under samme faktor. Sorteringer som korrelere høyt med hverandre har noen "famielikheter", og faktoranalysen forteller oss hvor mange slike "familier" (faktorer) som finnes. Analysen bestemmer antall faktorer som fremkommer, og dermed er antallet rent empirisk og helt avhengig av hvordan Q-sorteringen ble gjennomført (Brown, 1991).

De første faktorresultatene er uroterte korrelasjoner hvor dataprogrammet automatisk velger ut uroterte faktorer (Brown, 1991), men disse er uinteressante fordi de gir et uklart faktorbilde. For å få frem et klarere faktorbilde roteres de opprinnelige faktorene til "simple structure", det vil si at en får frem så rene, ortogonale⁶ faktorer som mulig. Disse utgjør det

⁵ <http://www.lrz-muenchen.de/~schmolck/qmethod/> - sett den 10. mars 2010.

⁶ Begrepet ortogonal viser til et ønske om å få frem et tydelig "uavhengig" bilde mellom faktorene, og dermed kunne oppnå eller bevare prinsippet om "simple structure" (Brown, 1980).

endelige settet av faktorer (Brown, 1980; Kvalsund, 1998; Kvalsund & Allgood, 2009).

Rotasjonen kan være objektiv, gjort ut fra statistiske prinsipper (som Varimax ⁷) eller teoretisk, på bakgrunn av de teoriene som forskningen bygger på. Ved å rotere faktorene kan en se forskningsdeltakernes opplevelser og meninger ut fra forskjellige synsvinkler. Rotasjonen påvirker ikke gyldigheten til de individuelle Q-sorteringene eller forholdet mellom dem, den skifter bare perspektiv fra hvor de blir observert. Dermed kan rotasjonen av faktorskårene bidra til å få frem klarere faktorer, man lar noe komme i forgrunnen mens noe annet blir i bakgrunnen (van Exel & de Graaf, 2005).

Etter at jeg mottok alle Q-sorteringene fra forskningsdeltakerne mine registrerte jeg dem i dataprogrammet PQMethod, og gjennom bruk av varimax faktorrotasjon valgte jeg en trefaktor løsning (se vedlegg 5 for fullstendig oversikt over deltakernes faktorladninger). Jeg syntes imidlertid at faktorrotasjonen ikke gav et tydelig nok bilde av faktorene, og valgte derfor å "flagge" ut en forskningsdeltaker. Dette betyr at jeg manuelt valgte å ta ut denne deltakeren til ikke å definere noen av faktorene, fordi den vektet alle ganske likt. Jeg utførte denne utflaggingen med et ønske om å bevare prinsippet om "simpel structure". PQMethod-programmet selekterte også automatisk bort to av sorteringene mine som utgjorde en miks. Alt i alt er det tre deltakere som har miksede sorteringer og /eller ikke korrelerer signifikant med faktorene. Disse er ikke en del av analyse materialet mitt, som vil si at det er 13 av 16 deltakere som definerer faktorene (se vedlegg 5). Dette har ikke vist seg å ha noe betydning for tolkningen av faktorene mine.

3.3.2 Tolkning av faktorene

Etter gjennomført faktoranalyse er det klart for tolkning av faktorene. Man går tilbake til utsagnene for å få innblikk i hva som kjennetegner hver av faktorene (Brown, 1991). Det foreligger ingen klare retningslinjer for tolkningen, hvordan den gjennomføres avhenger i stor grad av forsker (Allgood, 1999; Kvalsund, 1998). Det vanligste er at man forsøker å beskrive faktorenes meningsinnhold ved å sammenligne forskjeller og likheter mellom dem (Brown, 1993). Forskers oppgave er å rekonstruere de subjektive synspunktene uttrykt i faktorene, og dermed "puste subjektivt liv" tilbake til de rent numeriske representasjonene (Stenner et. al, 2008). Det kan også være nødvendig å gå tilbake og intervju subjektene, slik at deltakerne kan utdype synspunktene sine og forklare hvorfor de sorterte som de gjorde. Q-sorteringen indikerer hvilke utsagn i Q-utvalget det er interessant å snakke om (Brown, 1991; Smith,

⁷ Varimax er programmet som gjennomfører statistisk faktorrotasjon (Brown, 1993).

2001).

Selv om det ikke finnes en standardisert fremgangsmåte for tolkningsprosessen er det imidlertid faktorskårene som er det sentrale fortolkingsmaterialet i Q-faktorsammenheng (Brown, 1980; Kvalsund, 1998; Kvalsund & Allgood, 2010). Faktorskårene og analysen ble oppsummert i en rapport som danner grunnlaget for beskrivelsen og tolkningen av faktorene mine, og det er spesielt fem tabeller som har vært nyttige i tolkningsarbeidet mitt. Den ene er faktorladningstabellen (vedlegg 5) som viser hvor høyt hver Q-sortering lader på faktorene. Her ser man hvem og hvor mange forskningsdeltakere som danner de respektive faktorene. Tabellen med utsagnenes plassering i faktorene (vedlegg 6) og tabellen med Q-sorteringsmønsteret til de tre faktorene (vedlegg 7) har bidratt til at jeg har kunnet sett den samlede empirien min med et overordnet blick. Disse tabellene ble viktige for meg i starten av tolkningen ved at jeg kunne danne meg et inntrykk av datamaterialet mitt. Tabellene med oversikter over ”distinguishing statements” (vedlegg 8) og ”consensus statements” (vedlegg 9) har vært med på å hjelpe meg å skape et bilde av hva som kommer i forgrunnen og hva som kommer i bakgrunnen hos de ulike faktorene, samtidig som jeg også har kunnet se på likheter mellom dem og dermed sett hele empirien under ett.

3.4 Kvaliteten på forskningen

Kvalitet er et viktig element ved enhver studie, og et krav til god forskning. Hvordan man vurderer en studie avhenger av det paradigmet studien er gjennomført innenfor (Postholm, 2005). Q-metoden skiller seg på mange måter fra både kvalitativ og kvantitativ forskning, og dermed vil også kvalitetskravene til god forskning være noe annerledes. Siden Q-metoden er en relativt ukjent metode for mange velger jeg å presentere kjente begrep som reliabilitet, validitet og etikk for å understreke dens kvalitet. Dette er viktige begreper i henhold til hele forskningsprosessen generelt, og datainnsamlingen og tolkningen spesielt.

3.4.1 Reliabilitet

Reliabilitet er et viktig aspekt ved Q- metoden, og setter spørsmålstegn ved dataene som blir målt (Kvalsund, 1998). Reliabilitet, eller pålitelighet, er et rent empirisk spørsmål som retter seg mot sannsynligheten for at gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat (Ringdal, 2007). I denne avhandlingen viser reliabiliteten til faktorenes pålitelighet ved gjentatte sorteringer av forskningsdeltakerne.

Brown (Kvalsund, 1998) har gjennom flere studier av test- retest- koeffisienten i Q-

forskning funnet at gjentatte Q-sorteringer som oftest har en korrelasjon på 0,80 eller høyere. Det er med andre ord stor sannsynlighet for at en forskningsdeltaker vil sortere de samme utsagnene ganske likt ved gjentatte sorteringer. Antall forskningsdeltakere som definerer hver faktor påvirker også reliabilitetskoeffisienten, jo flere deltakere innen en faktor jo høyere blir reliabiliteten. I avhandlingen min varierte antallet deltakere mellom faktorene. Som vi ser ut fra tabell 1, ble faktor 1 vektet av seks forskningsdeltakere, og fikk en reliabilitet på 0,960. Faktor 2 ble vektet av fem deltakere og fikk en reliabilitet på 0,952, mens faktor 3 bare ble vektet av to deltakere og fikk en reliabilitet på 0,889.

	Faktorer		
	1	2	3
Antall definerende variabler	6	5	2
Gjennomsnittlig reliabilitetskoeffisient	0,800	0,800	0,800
Kompositt- reliabilitet	0,960	0,952	0,889
Faktorskårenes standardfeil	0,200	0,218	0,333

Tabell 1: Reliabilitet

3.4.2 Validitet

Begrepet validitet retter fokus mot gyldigheten av ens målinger, det vil si om man måler det man virkelig har til hensikt å måle (Ringdal, 2007). Siden det er det subjektive feltet som skal fremkomme i Q-metoden, så vil det være lite aktuelt å sette opp eksterne validitetskriterium. Det er verken mulig eller ønskelig å vurdere gyldigheten av en persons indre referanseramme eller subjektivitet opp mot en ytre standard (Kvalsund, 1998). Jeg kan imidlertid forestille meg en indre validitet, som dreier seg om forskningsdeltakerne og deres sortering av utsagnene. Var deltakerne i stand til å komme i kontakt med sine egne følelser og subjektivitet når de gjennomførte Q-sorteringen? Det kan tenkes at sannsynligheten for dette øker hvis deltakerne får nok tid til å reflektere over hva som er tema for undersøkelsen, før de starter sorteringsprosessen (Kvalsund, 1998). Med bakgrunn i dette fikk forskningsdeltakerne mine ta med seg Q-sorteringen hjem, og på denne måten lot jeg dem få tid til å tenke over både tema og sorteringsprosessen.

3.4.3 Etikk

Publisering av en forskningsrapport eller utgivelse av en mastergradsavhandling reiser noen moralske og etiske spørsmål om hvilke virkninger publiseringen kan ha. Den bør ideelt sett både gi vitenskapelig kunnskap og være lesbar for de potensielle brukerne av kunnskapen

(Kvale, 2001). Min avhandling innebærer forskning på personer, og er derfor meldt inn til og godkjent av NSD (norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste).

Krav om informert og fritt samtykke må imøtekommes (Postholm, 2005). For å oppnå dette kravet har jeg basert avhandlingen på frivillig deltakelse gjennom skriftlig dokumentasjon, hvor blant annet formålet, metoden og behandling av data har blitt presentert. Forskningsdeltakerne ble informert om at de kunne trekke seg fra studien når som helst, uten at dette ville føre til negative konsekvenser for dem. Anonymitet og konfidensialitet er også et viktig etisk krav ved forskning (Kvale, 2001). Dette kravet har jeg møtt ved å bruke fiktive navn i beskrivelsen av funnene, og jeg har unngått beskrivelser som kunne være med på å identifisere hvem de enkelte forskningsdeltakerne og institusjonene er.

Som forsker er jeg et menneske i interaksjon med verden, og bevissthet rundt min egen forforståelse har vært viktig (Postholm, 2005). Jeg kan ikke separere meg helt fra min forforståelse i forskningen jeg gjør, men ved å bli oppmerksom på den har jeg kunnet tatt den med meg inn i prosessen og latt den bli en del av den forskningen jeg har gjort. Prosessen med å bli bevisst min egen forforståelse startet på mange måter i det jeg formulerte problemstillingen, der det finnes en antakelse eller en idé om at rådgiver anvender makt.

4 DATAANALYSE OG FAKTORTOLKNING

I analysen av dataene avdekket jeg tre faktorer ved hjelp av PQMethod versjon 2.11 programmet (Schmolck, 2002)⁸. Seks av forskningsdeltakerne i studien, to kvinner og fire menn, utgjør faktor 1. Faktor 2 vektes av fem deltakere, tre kvinner og to menn. Til slutt utgjør to av forskningsdeltakerne faktor 3, henholdsvis en mann og en kvinne. Det er, som nevnt i metodekapittelet, tre sorteringer (deltakere) som ikke definerer verken faktor 1, 2 eller 3. Disse sorteringene lader høyt på flere av faktorene, de er mikset og faller ikke inn under noen bestemt faktor. Tabell 2 (under) viser hvordan hver enkelt forskningsdeltaker vekter de ulike faktorene, og hvor mye hver Q-sortering korrelerer med den aktuelle faktoren. X markerer hvilken faktor hver deltaker er med på å definere, og de tre forskningsdeltakerne som ikke hører til en bestemt faktor er uthevet med kursiv.

Q-sortering	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1. Hedvig	0,2592	0,2144	0,5987 X
2. Ulrikk	0,6298 X	0,4304	0,1272
3. Martine	0,7335 X	0,3971	0,1892
4. <i>Ruth</i>	<i>0,4973</i>	<i>0,6829</i>	<i>0,1360</i>
5. Lydia	0,3042	0,7742 X	0,0877
6. Ane	0,7390 X	0,2645	0,2537
7. <i>Ylva</i>	<i>0,5082</i>	<i>0,5231</i>	<i>0,3042</i>
8. Håkon	0,6304 X	0,4310	0,1437
9. Saron	0,6756 X	0,1199	0,2656
10. Sverre	0,8146 X	0,0828	-0,0549
11. Selma	0,1332	0,7453 X	0,2924
12. Konrad	0,3439	0,6595 X	0,3508
13. Vilhelm	0,0724	0,0725	0,8437 X
14. <i>Vilde</i>	<i>0,6231</i>	<i>0,5077</i>	<i>0,3937</i>
15. Kornelius	0,1041	0,8152 X	-0,0543
16. Karoline	0,4293	0,6336 X	0,2665

Tabell 2: Faktorladningene

⁸ <http://www.lrz-muenchen.de/~schmolck/qmethod/> - sett den 10. mars 2010.

Korrelasjonen mellom faktorene varierer noe. Korrelasjonen mellom faktor 1 og 2 er sterkest, på 0,6130, mens korrelasjonen mellom faktor 1 og 3, og 3 og 2 er relativt lave og insignifikante (se tabell 3). Dette tyder på at faktorene har en del til felles, samtidig som det også er elementer som skiller dem fra hverandre.

	1	2	3
1	1,0000	0,6130	0,3529
2	0,6130	1,0000	0,3401
3	0,3529	0,3401	1,0000

Tabell 3: Korrelasjon mellom faktorene

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for mønster og holdninger som hver enkelt faktor ser ut til å danne, basert på utsagnene som har høyest ladning hos de ulike faktorene. Det er utsagnene som forskningsdeltakerne har sterkest mening rundt, som ligger nærmest helt enig eller helt uenig (-5/+5) som danner grunnlaget for tolkningen – de har høyest psykologisk signifikans (Brown, 1991). Jeg vil også se nærmere på sorteringene som ble plassert i sorteringsskjemaets nullområde, fordi jeg tror disse også kan gi meg viktig informasjon. Utsagnene som har blitt plassert i nullområdet har lav psykologisk signifikans for forskningsdeltakerne, de gir liten eller ingen mening. Ved å se på disse utsagnene kan jeg danne meg et bedre grunnlag for å forstå hva deltakerne ikke har et like sterkt forhold til.

Bak hvert utsagn henviser jeg til utsagnets skalerte plassering i faktoren, i parentes. Etter presentasjonen av de tre faktorene avrunder jeg dette kapittelet med en oppsummering, hvor jeg ser faktorene i forhold til hverandre. For å analysere, se på likheter og forskjeller, anvender jeg *distinguishing statements*⁹(se vedlegg 8) og *consensus statements*¹⁰(se vedlegg 9).

4.1 Faktor 1: Med fokus på bemyndigelse og de strukturelle rammers nødvendighet

Som det går frem av tabell 2, lader seks forskningsdeltakere signifikant på faktor 1: Ulrikk (0,6298), Martine (0,7335), Ane (0,7390), Håkon (0,6304), Saron (0,6756) og Sverre (0,8146). Tallene i parentes representerer de enkeltes ladninger på faktoren, og sier noe om i hvor stor grad deres opplevelser beskriver denne faktoren.

Myndiggjøring, tillit og profesjonalitet er viktige stikkord og grunnleggende elementer

⁹ *Distinguishing statements* er såkalte diskriminerende utsagn som er spesielle for den aktuelle faktoren. Utsagn som skiller faktorene fra hverandre (Kvalsund & Allgood, 2010).

¹⁰ *Consensus statements* er de utsagn som har samme skåreverdi i alle faktorene og som tilsynelatende uttrykker samme syn, eller har noe til felles (Kvalsund & Allgood, 2009).

for å danne seg en forståelse av helheten til faktor 1. Dette kommer frem av de utsagnene som faktor 1- rådgiverne har sagt seg mest enig og uenig i, på +5/-5:

1. Myndiggjøring av pasienter er en viktig prosess. Vi må la dem beholde mest mulig kontroll og innflytelse på egen situasjon. (+5)
14. Det er ikke viktig for meg å vite pasienters synspunkt før jeg tar en avgjørelse, jeg vet hva som er den beste løsningen. (-5)
39. Det personlige hører ikke hjemme i min arbeidssituasjon. Jeg utleverer aldri noe om meg selv til pasienter. (-5)
43. Gjennom dialog og kommunikasjon påvirker jeg pasienter, skaper handlings- og atferdsendringer. (+5)

Det er tydelig at faktor 1 vektlegger bemyndigelse av pasienter, både utsagn 1 og 14 bekrefter dette. Samtidig ser vi at faktor 1- rådgivere også er opptatt av å skape handlings- og atferdsendring gjennom påvirkning i samtaler. Begge parter i relasjonen blir fremhevet, og handling er ønsket både fra rådgiver og pasient. På den ene siden skal pasient beholde mest mulig kontroll selv, og på den andre siden skal rådgiver påvirke gjennom dialog og samhandling. 'Jeget' er i et aktivt møte med den andre, som legger grunnlaget for en mer gjensidig avhengighet i relasjonen (Kvalsund, 1998; Macmurray, 1961/1999). Rådgiverne i denne faktoren vektlegger også det å være personlig i sin profesjonalitet, som er en forutsetning for å skape tillit i relasjonen. Å vise tillit er å være personlig (Gibbs, 1978, s. 32). Denne oppfatningen blir bekreftet av rangeringen av følgende utsagn:

6. Utfordringen min er å møte pasienten på hans/hennes ståsted, men pasienten må også lære meg å kjenne. Vi må inkludere hverandre og skape et tillitsfullt forhold. (+4)
47. Jeg må utlevere litt av meg selv i møte med pasienter, ingen får tillit kun til den profesjonelle fasaden. (+4)
32. Jeg strever ikke etter å skape et tillitsforhold til pasienter, enten så er det der eller så er det der ikke. (-3)

Selv om det kan se ut til at faktor 1-rådgivere vektlegger et gjensidig avhengighetsforhold til sine pasienter, er de også bevisst på pasienters avhengighet til dem:

24. Pasienter står i et avhengighetsforhold til oss (yrkesutøvere) som gjør at vi aldri kan bli likestilte. (+2)

Hjelperelasjoner er en form for avhengighetsrelasjoner ved at noen har kunnskap som den andre har behov for (Kvalsund & Allgood, 2009). Pasienter er avhengig av sin relasjon til

rådgivere.

Som vi har sett har rådgiverne i denne faktoren et behov for gode og tillitsfulle relasjoner til pasienter, men de er også opptatt av de strukturelle forholdene. Institusjoner setter rammer for mange av våre handlinger, også de sosiale relasjoner vi inngår i (Martinussen, 2001). Strukturelle forhold vil alltid være tilstede og påvirke relasjonsbyggingen (Krogstad, 1998), men de ser ikke ut til å skape store problemer for samhandlingen mellom rådgiver og pasient innenfor denne faktoren. Når vi ser på følgende utsagn ser vi dette tydeligere:

2. Krav, i form av regler og rutiner, kommer i veien for en tillitsfull relasjon til pasienter. (-4)
15. Jeg får i stor grad bruke min faglige og sosiale kompetanse fritt, i samhandling med pasienter. (+3)
36. Vi har alle mulighet til å påvirke, de regler og rutiner som finnes er ikke absolutte. (+2)

Også når det gjelder faktor 1- rådgivernes møte med regler og rutiner ligger der en oppfatning om at de er nødvendige. De danner grunnlag for dagens agenda, og den kontrollen som rådgiverne besitter i kraft av å være ansatt i denne jobben:

29. Mye av den kontrollen vi besitter på avdelingen kan forstås som nødvendige strukturelle rammer. (+2)
34. Det er nødvendig med rammer og rutiner som legger føringer for dagens agenda. Vi hadde ikke klart oss uten. (+2)
13. Hvis noen forteller meg hva jeg skal gjøre mister jeg motivasjonen min. (-4)

Utsagn 13 blir en forsterkning av synet om behov for strukturelle rammer, samtidig som det presiserer at faktor 1-rådgiverne godtar systemet og dets fundament. Den helhetlige sorteringen til denne faktoren gir et inntrykk av anerkjennelse av de strukturelle forholdene, at de må være til stede, samtidig som de ikke ser ut til å gå på bekostning av det relasjonelle. Rådgiverne mener at de i stor grad får bruke sin kompetanse fritt, og at de har mulighet til å påvirke den overordnede strukturen som er til stede. Dette utsagnet ser ut til å støtte denne tanken:

27. Jeg opplever å må se at pasienter har det vondt, uten at jeg har mulighet til å gjøre noe med det. (-4)

Hvis vi ser på de utsagnene som ikke har blitt tillagt noen stor betydning av faktor 1, altså de utsagnene som har blitt sortert til midten av sorteringsskjemaet, som rådgiverne verken sier seg enig eller uenig i, finner vi flere utsagn som går mer direkte på kontroll- og maktaspektet:

26. Pasienter er avhengige av de ressurser som jeg besitter og kontrollerer. De drar nytte av dem. (0)
35. Det at jeg har innflytelse og mulighet til å pålegge ved å være ansatt i denne jobben, ser jeg på som nødvendig. (0)
40. Autoritet kan skape negative assosiasjoner, men den autoriten jeg har i denne jobben er et gode. (0)
22. Jeg opplever kontrollaspektet som mindre synlig enn hjelpeaspektet i denne jobben. (0)

Dette kan tyde på at faktor 1-rådgiverne ikke anser disse utsagnene som betydningsfulle eller relevant å si seg enig eller uenig i. Andre aspekter blir vektlagt og løftet frem, og nok en gang ser vi at myndiggjøring og det å være personlig i relasjon til pasienter går igjen som en rød tråd i faktor 1.

Faktor 1-rådgivernes sterke vektlegging av bemyndigelse og involvering av pasienter, samt fokuset på å skape tillit og å gi noe personlig til den profesjonelle fasaden, danner et grunnlag for å tro at disse rådgiverne hører hjemme innenfor et gjensidig avhengighetsparadigme. Det er imidlertid sorteringen av utsagn 24 som strir mot dette synet, hvor faktor 1-rådgiverne erkjenner pasienters avhengighet til dem i hjelperelasjonen. Relasjonen er dermed avhengig i henhold til hjelpeoppgaven (Kvalsund & Allgood, 2009).

De rådgiverne som vekter faktor 1 er også oppmerksomme og bevisste på de strukturelle rammene som finnes innenfor sin arbeidshverdag, men det ser ikke ut til å påvirke det relasjonelle forholdet til pasienter i noen negativ grad. Alle har mulighet til å påvirke.

4.2 Faktor 2: Å være profesjonell er å være personlig

Fem forskningsdeltakere definerer faktor 2: Lydia (0,7742), Selma (0,7453), Konrad (0,6595), Kornelius (0,8152) og Karoline (0,6336). Denne faktoren vektlegger mange av de samme ytterpunktene som faktor 1, og korrelasjonen mellom de to faktorene er ganske høy, på 0,6130 som tabell 3 viser. Også faktor 2 fremhever myndiggjøring av pasienter, og rådgiverne synes til likhet med faktor 1 at det å være personlig i relasjon til pasienter ser ut til å legge grunnlaget for deres samhandling (faktor 1s rangering foran komma, og faktor 2s rangering med uthevet skrift etter komma):

1. Myndiggjøring av pasienter er en viktig prosess. Vi må la dem beholde mest mulig kontroll og innflytelse på egen situasjon. (+5, +4)
14. De er ikke viktig for meg å vite pasienters synspunkt før jeg tar en avgjørelse, jeg vet hva som er den beste løsningen. (-5, -5)

39. Det personlige hører ikke hjemme i min arbeidssituasjon. Jeg utleverer aldri noe om meg selv til pasienter. (-5, **-4**)
47. Jeg må utlevere litt av meg selv i møte med pasienter, ingen får tillit kun til den profesjonelle fasaden. (+4, **+4**)

Imidlertid ser vi at faktor 2- rådgivere vektlegger det å være personlig i sin profesjonalitet enda litt mer enn faktor 1. Rangering av følgende utsagn påpeker dette, det er stor forskjell i faktorenes sortering av utsagn 48. Faktor 2 opplever god profesjonalitet og det å være personlig som ensbetydende:

48. God profesjonalitet er å være i stand til å være personlig i møte med pasienter. (0, **+5**)

Faktor 2- rådgivere ser også ut til å ville fremheve viktigheten av det gjensidige mer enn hos faktor 1- rådgivere. De søker etter å forstå begge sider i relasjonen (Kvalsund & Meyer, 2005):

17. Gjensidighet hører til de sjeldne øyeblikk, noen kontrollerer alltid det andre har behov for. (-1, **-3**)
25. Idealet i en relasjon er at man skal være gjensidige, men det er man ikke her. Pasienter må være her, og de må forholde seg til meg på en eller annen måte. Det beste jeg kan gjøre er å oppnå et tillitsforhold. (+1, **-3**)
24. Pasienter står i et avhengighetsforhold til oss (yrkesutøvere) som gjør at vi aldri kan bli likestilte. (+2, **-2**)

Utvikling til det gjensidige ligger i ethvert møte (Kvalsund & Meyer, 2005), og faktor 2- rådgivere forsterker dette synspunktet ved å avvise påstanden om at pasienter står i et avhengighetsforhold til dem (utsagn 24).

Selv om gjensidighetsbegrepet blir tillagt ulik rangering, og dermed også ulik viktighet, samsvarer faktor 1 og 2 i flere andre av sine utsagn. I tillegg til å fremheve behovet for å være personlig i relasjon til pasienter, viser begge faktorene en uvilje til å anse seg selv som en autoritativ kraft:

38. Hvis jeg forteller pasienter hva de skal gjøre og hva som er til det beste for dem, retter de seg etter dette. (-3, **-4**)
20. I møte med pasienter fremstår jeg som den erfarne som viser den uerfarne til rette. (-2, **-3**)
37. Min yrkesrolle setter meg i en dominerende stilling med høyere status og mer autoritet enn hos pasienter. Denne ulikheten er nødvendig og legger grunnlaget for vår samhandling. (-3, **-3**)

Rådgivere som vektet faktor 2 ser også ut til å vise en sterkere motstand til å overvåke pasienter som en forutsetning for å hjelpe:

41. Vi må overvåke pasienter, som en forutsetning for å hjelpe. (-1, -4)

Flere av de foregående utsagnene bekrefter det gjennomgående inntrykket om at rådgiverne som vektet denne faktoren har flere likheter med rådgiverne i faktor 1. Samtidig avviker de to faktorene i sitt syn på det strukturelle aspektet. Det er en klar forskjell i rangering av utsagn 41, som viser at faktor 2 tar sterkere avstand til overvåkning enn faktor 1. Rådgiverne i faktor 2 ser heller ikke ut til å anerkjenne behovet for rammer, regler og rutiner like sterkt som faktor 1 (utsagn 34). De rangerer flere av utsagnene, både utsagn 29 og 2, mot midten av sorteringsskjemaet og tillegger dem dermed mindre psykologisk signifikans:

34. Det er helt nødvendig med rammer og rutiner som legger føringer for dagens agenda. Vi hadde ikke klart oss uten. (+2, -2)

29. Mye av den kontrollen vi besitter på avdelingen kan forstås som nødvendige strukturelle rammer. (+2, 0)

2. Krav, i form av regler og rutiner, kommer i veien for en tillitsfull relasjon til pasienter. (-4, -1)

Det er innenfor de institusjonelle rammer vi foretar mange av våre valg, og påvirker våre samhandlingspartnere (Martinussen, 2001). Slik jeg tolker det blir likevel ikke denne faktoren preget så mye av de rammer som institusjonen setter for mange av deres handlinger. Gjennom rangering av utsagn 36 og særlig utsagn 15, erkjenner og understreker faktor 2-rådgivere sin frihet i møte med det strukturelle. Som et paradoks til dette opplever de å må se at pasienter har det vondt uten at de kan gjøre noe med det (utsagn 28):

15. Jeg får i stor grad bruke min faglige og sosiale kompetanse fritt, i samhandling med pasienter. (+3, +5)

36. Vi har alle mulighet til å påvirke, de regler og rutiner som finnes er ikke absolutte. (+2, +2)

28. Jeg opplever å må se at pasienter har det vondt, uten at jeg har mulighet til å gjøre noe med det. (-4, +3)

Sorteringer som denne faktoren har plassert i skjemaets nøytrale område, omhandler blant annet begrepene avhengighet, posisjon og innflytelse. Det kan se ut til at rådgiverne opplever en aversjon mot å stå i en overordnet posisjon overfor pasienter:

5. Som yrkesutøver og profesjonell har vi en overordnet posisjon enten vi liker det eller ikke. (+3, 0)

35. Det at jeg har innflytelse og mulighet til å pålegge ved å være ansatt i denne jobben, ser jeg på som nødvendig. (0, 0)

26. Pasienter er avhengige av de ressurser som jeg besitter og kontrollerer. De drar nytte av dem. (0, 0)

44. Jeg ønsker ikke å fremtre som en ekspert overfor pasienter. (+2, 0)

Utsagn som ligger i sorteringsskjemaets nullområde kan også bety noe på grunn av sin mangel på fremtreden (Brown, 1991). Dette betyr imidlertid ikke at faktor 2- rådgivere ikke er bevisst sin rolle eller at de nekter for at de har en overordnet posisjon. Det kan bety at de ikke er fokusert mot dette temaet, eller at setningene ikke er meningsfulle for dem. De ser ikke ut til verken å fornekte eller bekrefte sin overordnede posisjon.

Faktor 2 har gjennom denne beskrivelsen vist seg å vektlegge det personlige og gjensidige mer enn sin foregående faktor, tatt i betraktning at de også har flere fellestrekk. Med sitt fokus på nettopp dette, i tillegg til det gjensidige, ser vi at faktor 2 peker i retning av å falle under et gjensidig avhengighetsparadigme. Rådgiverne viser sider av seg selv og sin personlige kunnskap i møte med andre (Allgood & Kvalsund, 2003; Buber, 2003; Macmurray 1961/1999).

4.3 Faktor 3: Maktens ubehag

Det er to personer som har signifikant ladning på faktor 3, disse er henholdsvis Hedvig (0,5987) og Vilhelm (0,8437). Rådgiverne i faktor 3 fremhever blant annet nødvendige strukturelle rammer og påvirkning gjennom dialog: (faktor 1s rangering, faktor 2s rangering, faktor3s rangering i uthevet skrift).

29. Mye av den kontrollen vi besitter på avdelingen kan forstås som nødvendige strukturelle rammer. (+2, 0, +5)

43. Gjennom dialog og kommunikasjon påvirker jeg pasienter, skaper handlings- og atferdsendringer. (+5, +3, +5)

Sett i forhold til faktor 1 og faktor 2, ser vi at faktor 3 fremhever kontroll gjennom strukturelle rammer markant høyere. De som vektet denne faktoren mener at mye av den kontrollen de besitter kan sees i sammenheng med de institusjonelle rammene de jobber med og innenfor. Samtidig ser det ikke ut til at faktor 3- rådgiverne ser på det strukturelle som gjennomgående viktig i sin sortering, slik som hos faktor 1- rådgiverne. Flere utsagn som omhandler det strukturelle har blitt sortert mot det nøytrale i sorteringsskjemaet. Imidlertid er de tre faktorene relativt enige og like i sin plassering av utsagn 43, som tyder på at dialog og

kommunikasjon er viktige verktøy for påvirkning og endring hos alle faktorene, og dermed også hos de fleste forskningsdeltakere.

Det å være personlig i møte med pasienter har blitt trukket frem og plassert mot ytterpunktene (+5/-5) i sorteringsskjemaet hos både faktor 1 og faktor 2. Personlig kompetanse er en viktig del av ens profesjonalitet og yrkesutøvelse (Skau 2008). Hos faktor 3- rådgiverne ser det personlige ut til å ha betydning, men ikke en så fremtredende betydning som hos de to foregående faktorene. Utsagn som trekker frem tillit og å møte pasienter på et personlig nivå har fått ganske ulik sortering hos denne faktoren:

- 39. Det personlige hører ikke hjemme i min arbeidssituasjon. Jeg utleverer aldri noe om meg selv til pasienter. (-5, -4, -1)
- 47. Jeg må utlevere litt av meg selv i møte med pasienter, ingen får tillit kun til den profesjonelle fasaden. (+4, +4, +1)
- 32. Jeg strever ikke etter å skape et tillitsforhold til pasienter, enten så er det der eller så er det der ikke. (-3, -5, +2)

Utsagn 6 bekrefter denne antakelsen, det er et såkalt discriminating utsagn og skiller faktor 3 fra begge de andre faktorene. Sorteringen av dette utsagnet danner grunnlag for å se faktor 3- rådgiverne innenfor uavhengighetsparadigmet. Konsekvensen blir at personer handler på egne vilkår (Kvalsund & Meyer, 2005):

- 6. Utfordringen min er å møte pasienten på hans/hennes ståsted, men pasienten må også lære meg å kjenne. Vi må inkludere hverandre og skape et tillitsfullt forhold. (+4, +2, -4)

Faktor 3 skiller seg også fra de to andre faktorene, og særlig faktor 1, i rangering av utsagn som er mer direkte knyttet til maktaspektet og ubehag som kan oppstå i dette møtet. Maktbegrepet kan ha variert betydning og innvirkning i ulike situasjoner og relasjoner, makt kan oppleves både som noe positivt og negativt (Allgood & Kvalsund, 2003). Faktor 3- rådgivere er de som klarest trekker frem og påpeker et ubehag i møte med maktaspektet:

- 21. Det er ubehagelig å kunne definere hva som er virkelighet for pasienter og ikke. (-2, +1, +4)
- 31. Jeg har i noen situasjoner tenkt at ”dette er jeg ikke med på, dette vil jeg ikke være med på”...og så er jeg med på det likevel til syvende og sist. (-3, -1, +4)
- 28. Jeg opplever å må se at pasienter har det vondt, uten at jeg har mulighet til å gjøre noe med det. (-4, +3, +3)

Makt er til stede i enhver relasjon mellom mennesker (Allgood & Kvalsund, 2003), og ut fra foregående rangering antar jeg at der finnes en bevissthet blant rådgiverne om at makten er til stede i relasjonen mellom dem og pasienter. Likevel ser det ut til at faktor 3- rådgiverne, til likhet med faktor 1 og 2, unngår å anerkjenne eller si seg enig i at ens yrkesrolle innebærer høyere status og mer autoritet enn hos pasienter (utsagn 37). Det er en felles forståelse blant de fleste forskningsdeltakerne om at de ikke fremstår som eksperter i møte med pasienter:

- 37. Min yrkesrolle setter meg i en dominerende stilling med høyere status og mer autoritet enn hos pasienter. Denne ulikheten er nødvendig og legger grunnlaget for vår samhandling. (-3, -3, -4)
- 20. I møte med pasienter fremstår jeg som den erfarne som viser den uerfarne til rette. (-2, -3, -3)

Faktor 3-rådgivere skiller seg noe fra de to andre faktorene i det at de ikke anser autoriteten som et gode i jobben de gjør, men plasserer det relativt høyt på minussiden i sorteringsskjemaet, og sier seg dermed uenig i denne påstanden:

- 40. Autoritet kan skape negative assosiasjoner, men den autoriteten jeg har i denne jobben er et gode. (0, +1, -3)

Det faktum at alle tre faktorer ser ut til å vise motstand til å se på egen yrkesrolle som autoritativ kan henge sammen med neste utsagn:

- 4. Jeg liker ikke å definere min egen yrkesutøvelse som makt. (+1,+2,+1)

Mot sorteringsskjemaets nøytrale område plasserer faktor 3- rådgiverne utsagn som omhandler gjensidighet. Til likhet med faktor 1, ser ikke disse utsagnene ut til å ha noen sterk psykologisk signifikans:

- 17. Gjensidighet hører til de sjeldne øyeblikk, noen kontrollerer alltid det andre har behov for. (-1, -3, 0)
- 25. Idealet i en relasjon er at man skal være gjensidige, men det er man ikke her. Pasienter må være her, og de må forholde seg til meg på en eller annen måte. Det beste jeg kan gjøre er å oppnå et tillitsforhold. (+1, -3, 0)
- 46. Gjensidighet forventes eller tilstrebes ikke i møte med pasienter. (-2, -1, 0)

Faktor 3 er på mange måter den faktoren som skiller seg mest fra både faktor 1 og faktor 2, dette bekreftes også av den matematiske korrelasjonen mellom de tre faktorene (se tabell 3). Faktor 3- rådgiverne er ikke så opptatt av å fremheve det gjensidige eller ønske om å skape tillit i relasjonen til pasienter. Et gjennomgående trekk for denne faktoren er fremheving av utsagn som berører maktaspektet mer direkte. Makt er et viktig trekk som oppstår i all mellommenneskelig interaksjon, men dens betydning og innvirkning kan være veldig ulik (Allgood & Kvalsund, 2003). For faktor 3- rådgiverne får utsagn som fremhever maktens ubehag et klarere fokus enn hos både faktor 1 og 2.

Sett i forhold til relasjonsparadigmene oppleves denne faktoren mer uavhengig enn de to foregående. Jeg tolker dette i lys av påstandene som omhandler gjensidighet, tillit og det å være personlig i relasjonen til pasienter. Rådgiverne som vektet faktor 3 er de som sterkest uttrykker sin uavhengighet overfor disse aspektene, og dermed også i relasjon til pasienter.

4.4 Oppsummering av likheter og ulikheter mellom faktorene

De tre faktorene er på mange måter ulike og det er mye som skiller dem fra hverandre, samtidig har de også klare fellestrekk, og noen av faktorene ligner mer på hverandre når vi ser på spesifikke forhold.

Faktor 1 fokuserer på myndiggjøring og å være personlige i sin profesjonalitet for å møte pasienter på best mulig måte. Faktor 2 har flere av de samme fellestrekkene som faktor 1, men vektlegger det personlige og særlig gjensidighet sterkere enn det som kommer frem av sorteringsskjemaet til faktor 1. Mange grunnleggende elementer ser ut til å gå igjen hos begge faktorene, men med noe ulik rangering.

De utsagn som omhandler institusjonelle rammer, regler og rutiner, som påvirker forskningsdeltakernes arbeidshverdag og samhandling med pasienter, får noe ulik vektlegging hos de forskjellige faktorene. Faktor 1 ser ut til å erkjenne og vektlegge behovet for strukturelle rammer mer enn både faktor 2 og 3, da regler og rutiner blir sett på som nødvendige og ikke hemmende for samarbeid og samhandling med pasienter av faktor 1.

Faktor 3 skiller seg mer ut, og har mindre til felles med de to andre faktorene. Rådgiverne som vektet denne faktoren strever ikke like mye etter å skape tillit eller et personlig bånd i møte med pasienter. Utsagn som omhandler gjensidighet sorterer de nærmere nullområdet i sorteringsskjemaet, som viser til liten eller ingen psykologisk signifikans. På dette området har faktor 1 og faktor 3 flere likhetstrekk enn med faktor 2, som vektet disse utsagnene relativt mye høyere. Faktor 2 rådgiverne jobber mer for å oppnå gjensidighet i sine relasjoner, mer enn både faktor 1 og faktor 3.

En fellesnevner for alle tre faktorene er at de vektlegger myndiggjøring av pasienter, og denne antakelsen bekreftes i det alle faktorene understreker at de involverer pasienter i beslutninger som omhandler dem. Majoriteten av alle forskningsdeltakerne ser også på dialog og kommunikasjon som viktig påvirkningsverktøy, de sorterer utsagn 43 høyt. Alle faktorsynene viser motstand til å definere egen yrkesutøvelse som makt. Kanskje det er dette som bidrar til at utsagn som går direkte på kontroll og makt havner nærmere midten av sorteringsskjemaet, med liten eller ingen psykologisk signifikans, særlig blant faktor 1 og 2.

5 DRØFTING

Jeg gikk inn i denne forskningsprosessen med et ønske om å se på rådgivers opplevelse av makt i møte med egen yrkesrolle og arbeidserfaring. Jeg møtte forskningsfeltet med problemstillingen: *Hvordan opplever rådgiver sin egen anvendelse av makt?* Gjennom faktoranalyse av seksten rådgiveres Q-sorteringer fant jeg tre kategorier som til sammen skaper et bilde rundt avhandlingens tematikk. Rådgivernes subjektive opplevelser har stått i fokus og fremstilles gjennom disse tre kategoriene: *Med fokus på bemyndigelse og de strukturelle rammers nødvendighet, Å være profesjonell er å være personlig* og *Maktens ubehag*. Det er dessverre ikke mulig å skape et fullstendig bilde av hele datamaterialet. Noe vil alltid komme i forgrunnen og noe i bakgrunnen, noen tråder vil ligge løse. Gjennom dette drøftingskapittelet vil jeg ta tak i de trådene jeg anser som viktigst for å skape en mest mulig helhetlig skildring av datamaterialet.

Jeg tar utgangspunkt i problemstillingen slik den er presentert ovenfor. Den valgte teorien som jeg presenterte i kapittel 2 -teoretisk forankring - skaper grunnlag for drøfting av funnene som ble presentert i kapittel 4 – dataanalyse og faktortolkning -. Jeg har vurdert det som hensiktsmessig og ønskelig å trekke inn noen nye teoretiske referanser i drøftingen. Disse hadde jeg ikke med meg i skapelsen av det teoretiske rammeverket, de er funnet i ettertid og plasseres derfor direkte inn i denne drøftingen. Jeg har også valgt å drøfte faktorene i henhold til fokusområder fremfor å drøfte dem enkeltvis underveis. Dette valget har jeg tatt på bakgrunn av at jeg mener dette skaper en større helhet i drøftingen, å knytte faktorene sammen under forskjellige fokusområder skaper grunnlag for sammenligning og en mer dialektisk tilnærming til drøftingen. Fokusområdene er valgt ut i fra et ønske om å fremstille rådgivernes subjektive opplevelser på best tenkelig måte. De er: *Å dele makten, Personlig kompetanse i arbeid med mennesker, En institusjon i institusjonen -ulike intervensjonsmuligheter?, Jeg liker ikke å definere min egen yrkesutøvelse som makt, Uavhengighet, avhengighet og gjensidig avhengighet* og *Rådgivers vanskelige jobb – praktiske implikasjoner*. Noen av disse fokusområdene inneholder også underkapitler.

5.1 Tre ulike opplevelser

For å kunne besvare problemstillingen min på best mulig måte, ønsker jeg å inkludere og se den i tilknytning til fokusområdene og de tre ulike faktorenes perspektiv. De ulike synene er viktige for å skape et helhetlig produkt, og jeg innleder denne drøftningen med en kort oppfriskning og gjennomgang av hovedtrekkene hos faktorene:

Faktor 1 kjennetegnes av behovet for det strukturelle, rådgiverne fremhever viktigheten av å ha regler og rutiner i arbeidsdagen og å være villig til å jobbe "under" disse. For rådgiverne som vektet denne faktoren er bemyndigelse av pasienter, tillit og personlig profesjonalitet også sentrale aspekter. Imidlertid velger jeg å se dem i henhold til Kvalsunds (1998) avhengighetsparadigme, fordi de også understreker pasienters avhengighet i relasjonen mellom dem.

Faktor 2 ser ut til å være den faktoren som vektlegger den relasjonelle utviklingen mest. Fokus ligger på gjensidighet og tillit, heller enn på behovet for å fremheve seg selv og den posisjonen man har i kraft av å jobbe ved en slik institusjon. Dette indikerer at rådgiverne befinner seg innenfor gjensidig avhengighetsparadigmet. Å være personlig i relasjon til pasienter preger denne faktoren.

Faktor 3 særpreges av dens fokus på maktaspektet fremfor det relasjonelle, og kan på grunnlag av dette sies å befinne seg innenfor uavhengighetsparadigmet (Kvalsund, 1998). Rådgivere som vektet denne faktoren har et sterkere fokus på egne opplevelser i tilknytning til maktaspektet innenfor de institusjonelle rammene, fremfor å fremheve det relasjonelle forholdet til pasienter slik de to foregående faktorene har gjort. Fokuset ligger mye på ubehaget den enkelte møter i ulike arbeidssituasjoner.

5.2 Å dele makten

Rådgivere er nødt til å samhandle med pasienter som en del av sin arbeidshverdag, evnen til å skape gode relasjoner er viktig (Eide & Eide, 2007). Å samhandle innebærer at man er i stand til å se hverandre, møte hverandre og anerkjenne behov - hjelpe hverandre frem. I avhandlingen min la de fleste rådgiverne stor vekt på utsagn som fremhevet bemyndigelse av pasienter:

14. Det er ikke viktig for meg å vite pasienters synspunkt før jeg tar en avgjørelse, jeg vet hva som er den beste løsningen. (-5,-5,-3)

Deling av makt er en måte å imøtekomme og bestyrke pasienter på, men hvor enkelt er det å myndiggjøre pasienter? I det følgende vil jeg se på faktorenes utfordringer i ønske om å dele makten.

5.2.1 Bemyndigelse som maktutøvelse

Bemyndigelse er et nært anliggende for alle tre faktorene, særlig for faktor 1- rådgiverne. De har det sterkeste ønsket om å skape medbestemmelse hos pasienter, og det er viktig for dem å være i dialog med pasienter om avgjørelser som vedrører dem. Til likhet med faktor 1, vekter også faktor 2 og 3 utsagn som omhandler bemyndigelse høyt. Rådgiverne i de ulike faktorene er opptatt av pasienters medbestemmelse. De tar pasient- og brukervedvirkning på alvor.

Proessen med å hjelpe pasienter innebærer likestilling av makt innenfor det relasjonelle forholdet (Stevenson et. al, 2004). Pasienter som søker rådgivning eller som i dette tilfellet er pasienter ved en psykiatrisk institusjon, vil ha et svekket forhold til egen makt. Slik jeg anser det, er det viktig at rådgiver forsøker å bruke egen kompetanse til å hjelpe pasienten med å gjenvinne makt over seg selv. I følge Askheim og Starrin (2007) dreier bemyndigelse seg om å overføre makt, og i denne sammenhengen vil det bety at en overfører makt fra fagfolk og hjelpeinstanser til brukere av tjenestene. Kjernen er å styrke pasienters innflytelse i utforming av eget hjelpetilbud gjennom maktoverføring. Myndiggjøring av pasienter innebærer at rådgiverne er villig til å oppgi noe av *sin* egen kontroll for å gi *pasienter* mer. Rådgiverne må bli bevisst hvilket maktpotensial som ligger i deres kompetanse og bruke den som et middel til å fremheve pasienters posisjon fremfor sin egen.

En utfordring for faktorene, og dermed også for rådgiverne, er erkjennelse rundt bruk av makt. Rådgiverne i faktor 1 og faktor 2 viser en motvilje til å ta stilling til utsagn som omhandler maktbegrepet direkte. Disse to faktorene vekter 11 av 13 sorteringer, og dermed tilhører dette synet majoriteten av forskningsdeltakerne mine. Hos faktor 3 kommer maktbegrepet tydeligere frem gjennom sorteringen, men heller ikke disse rådgiverne liker å konstantere bruk av makt innenfor sine yrkesroller. Hvordan er det mulig å oppnå likestilling eller deling av makt når det finnes en felles uvilje blant de som representerer perspektivene i faktorene til å vedkjenne bruk av makt i sine yrkesroller? Slik jeg anser det, må rådgiverne legitimere bruk av makt og akseptere at den kan brukes på konstruktive og endringsfremmende måter. Dette kan bidra til positiv utvikling ikke bare i form av bemyndigelse, men også for det relasjonelle forholdet mellom rådgiver og pasient. Maktaspektet og forholdet rådgiverne har til det vil bli drøftet mer inngående i drøftingens delkapittel 5.5.

Selv om faktorene synes å være reservert mot å bevitne maktbruk, er det viktig å fremheve deres fokus på bemyndigelse som noe positivt. Pasienter får medvirke i valg, som igjen vil innebære større autonomi, myndighet og kontroll over egne liv. Bemyndigelse er et

virkemiddel på flere nivå, og i det kommende vil jeg se på hvordan det kan komme til uttrykk gjennom praktisk kommunikasjon.

5.2.2 Bemyndigelse som praktisk kommunikasjon

Bemyndigelse kan komme til uttrykk gjennom praktisk kommunikasjon eller ved å involvere pasienter i beslutninger (Eide & Eide, 2007). Alle faktorene, og særlig faktor 1 og 3, vektlegger påvirkningsferdigheter gjennom dialog. Utsagn 43 har blitt tildelt høy psykologisk signifikans som innebærer at de tillegger utsagnet mye mening og viktighet.

43. Gjennom dialog og kommunikasjon påvirker jeg pasienter, skaper handlings- og atferdsendringer. (+5,+3,+5)

I relasjonen mellom rådgiver og pasient blir begge påvirket av den andres nærvær, språk og holdninger blir hele tiden kommunisert dem imellom. Som menneske kan vi ikke utvikle oss uten andre mennesker, deres oppfatning av oss påvirker måten vi tenker om oss selv. Det finnes ikke et 'jeg' uten et 'du' (Buber, 2003). Påvirkningsferdigheter er viktige verktøy som inngår i rådgivers kompetanse. Gjennom dialog og kommunikasjon skaper rådgiver handlings- og atferdsendringer hos pasienter (Kvalsund, 2006).

Fordeler ved slike påvirkningsferdigheter er at rådgiverne kan bidra til genuin endring hos pasienter gjennom språk, men i utøvelsen av slike ferdigheter må rådgiverne være oppmerksom på at de også innebærer bruk av makt (Kvalsund, 2006). Faktor 1 og 2 vektlegger viktigheten av "å snakke samme språk" som pasientene. De er oppmerksomme på at bruken av fagspråk og diagnoser kan føre til at pasienter føler seg forvirret og ydmyket i relasjonen (Skau, 2003). Det relasjonelle forholdet til pasienter står i fokus, og jeg tolker det slik at dette henger nært sammen med faktorenes fokus på tillit i relasjonen. Å møte pasienter på deres premisser er med på å skape gode relasjoner, og dermed også gode muligheter for utvikling. Faktor 1- og 2- rådgiverne fremhever språket som et viktig utgangspunkt for deres samarbeid med pasienter (Skau, 2003).

Faktor 3 betrakter ikke dette like sterkt som sine to foregående faktorer. Rådgiverne som vekter denne faktoren er rett og slett ikke like opptatt av språkbruk overfor pasienter. Selv om dette kan skape forutsetninger for makt og mistillit, kan det også skape en fordelaktig utvikling for pasienter. Ved å anvende ukjente språklige termer, kan faktor 3- rådgiverne hjelpe pasienter å sette problemer og utfordringer inn i nye kontekster med nye innfallsvinkler (Skau, 2003). Kanskje kan de bidra til større forståelse rundt pasienters situasjoner ved å se dem gjennom nye begreper? Pasienter kan få ny innsikt og forståelse til situasjoner som kan

bidra til frigjøring (Skau, 2003).

Det jeg ønsker å poengtere er at påvirkningsferdigheter er viktige, rådgivere må på den ene siden være bevisst at de legger grunnlag for makt i relasjonen. På den andre siden kan makten også fremstå som et gode rådgiver kan bruke for å skape større bevissthet og genuin endringsvilje hos pasienter. Gjennom språk kan rådgiverne, bevisst som ubevisst, påvirke fenomener som blant annet tillit, mistillit, kontakt og isolasjon (Eide & Eide, 2007). Å jobbe innenfor psykisk helsevern generelt, og med bemyndigelse spesielt, krever mye av rådgiverne. En viktig del av deres profesjonalitet er den personlige kompetansen de besitter.

5.3 Personlig kompetanse i arbeid med mennesker

Skau (2003, s. 16) hevder at ”det ikke er mulig å utvikle en etisk forsvarlig profesjonalitet uten at den også inkluderer det personlige”. Personlig kunnskap legger på mange måter grunnlaget for samarbeidet mellom rådgiver og pasient. Det er viktig å skape trygghet og tillit i relasjon til pasienter, kun ved å gå inn i en personlig relasjon kan genuin endring og utvikling skje (Allgood & Kvalsund, 2003; Macmurray, 1961/1999). Å inngå i personlig relasjon til pasienter skaper også behov for etiske betraktninger. Hvor går grensene mellom det personlige, det private og det profesjonelle? Rådgiverne i avhandlingen min opplever viktigheten av det personlige forskjellig.

For faktor 2- rådgivere ser det personlige ut til å være styrende for det relasjonelle møtet og dets utvikling. De fremhever at god profesjonalitet henger nøye sammen med det å være personlig. Rådgiverne bruker av seg selv og sin personlige kunnskap i møte med pasienter (Allgood & Kvalsund, 2003; Buber, 2003; Macmurray, 1961/1999). Relasjoner mellom faktor 2- rådgiverne og pasienter synes, til forskjell fra de to andre faktorene, å være sterkere basert på en viss grad av gjensidighet – rådgiverne er opptatt av både å gi og ta (Kvalsund & Meyer, 2005). Med et slikt fokus legger de et godt samhandlingsgrunnlag med pasienter, samtidig må faktor 2- rådgiverne være oppmerksom på utfordringer i behovet for å skille mellom det profesjonelle og det private. Det er viktig at rådgiverne er i stand til å skille mellom seg selv og den andre, egne og andres behov, egne og andres løsninger (Skau, 2003).

Faktor 3- rådgivere ser ut til å ha noe å lære av faktor 2- rådgivere i dette henseende. Rådgiverne som vekter faktor 3 har et mer uavhengig forhold til sine pasienter, de gir inntrykk av å være mer selvstendige (Kvalsund & Meyer, 2005). Faktor 3 strever ikke etter å skape tillit i relasjonen til sine pasienter, enten så er det der eller så er det der ikke. Ønske om å skape en personlig relasjon er heller ikke fremtredene. Slik jeg tolker det, anser de seg selv mer som et instrument for utvikling enn å være tilstede som person. Et interessant spørsmål

som dukker opp hos meg da er; hvordan oppleves disse kontrastene av pasienten? Å møte en rådgiver som vektlegger det personlige høyt og en som ikke ser viktigheten av det, kan skape veldig forskjellige samhandlingsgrunnlag.

Faktor 1- rådgiverne fremstår for meg som en gyllen middelvei. Personlig kompetanse er en viktig del av deres profesjonalitet og yrkesutøvelse (Skau, 2008), men de er imidlertid ikke så fokusert på det gjensidige i sin relasjon. Faktor 1 erkjenner pasienters avhengighet til dem og kan dermed ha en større forutsetning for å skille mellom det som er personlig, profesjonelt og privat enn faktor 2- rådgiverne, samtidig som de skaper mer nærhet i sin relasjon enn faktor 3- rådgiverne.

Ulike syn på egen profesjonell kompetanse legger føringer for hvordan rådgiverne møter og samhandler med pasienter. Noen vektlegger den personlige kompetansen høyt, slik som faktor 2 og faktor 1 gjør, andre vektlegger mer yrkesspesifikke og teoretiske kunnskaper, slik som faktor 3- rådgiverne ser ut til å gjøre. Hvilke kvalifikasjoner man trenger for å utøve ens yrke på en kompetent måte avhenger i stor grad av ens eget skjønn. I dag stilles det store krav til rådgivere innenfor psykisk helsevern, men med bakgrunn i rådgivernes ulike utdanninger, må vi også godta at de har varierte sider. En likeverdig og helhetlig utdanningsprofil har snarere vært unntak enn regel (Skau, 2008).

5.3.1 Å vise tillit betyr å utlevere seg selv

Gibbs (1978) hevder at tillit er nødvendig hvis rådsøker skal ha mot til å være personlig i relasjonen. Synet de ulike faktorene og rådgiverne har på tillit henger nøye sammen med deres opplevelse rundt det å være personlig i relasjonen. Rådgiverne som vektet faktor 1 og 2 er mer opptatt av å skape tillit i relasjon til sine pasienter enn faktor 3- rådgiverne. Dette bekrefter det Løgstrup sier (1991, s. 18): ”at vise tillid betyr at utlevere seg selv”.

Tillit og makt er begreper som står i spenning til hverandre (Sørhaug, 1996). Det kan være vanskelig å anerkjenne bruken av tillit for å erverve makt eller omvendt, å bruke makt for å skape tillit. Rådgiverne som vektet faktor 1 og 2 synes å bruke makt i ervervelsen av tillit. De anvender både sin personlige og profesjonelle (faglige) kompetanse for å skape tillit i relasjon til pasienter. Tilliten som skapes avhenger i stor grad av denne kompetansen, det vil si pasienter bygger tillit i troen på at rådgiver kan gjøre ting han/hun trenger. Pasienter stoler på rådgiverne fordi de tror at de har en instrumentell effekt, og makt skapes fordi man tror den andre har evne til å gjøre ting en selv ikke kan (Grimen, 2001). Det er imidlertid viktig for rådgiverne å være bevisst på at relasjonsfenomenet tillit opparbeides over tid, de må reflektere

rundt hvordan tillit både kan skape omtanke og anerkjennelse, så vel som krenkelse og avvisning (Martinsen, 1996).

5.4 En institusjon i institusjonen – ulike intervensjonsmuligheter?

Sosiale institusjoner setter rammer for mange av våre handlinger og relasjoner vi inngår i (Martinussen, 2001). Rådgiverne er, som vi har sett tidligere, avhengige av å samarbeide både med hverandre og med pasienter. Felles for dem alle er at de har et forhold til det institusjonelle – institusjonen psykisk helsevern representerer både et hjem og en arbeidsplass. Siden jeg søker etter å forstå rådgivers opplevelser vil jeg ikke gå videre inn på institusjonen som hjem, men fokusere på den som arbeidsplass.

Rådgiverne i studien min er unike og forskjellige, de er i besittelse av ulik utdanning som skaper varierte møter med det institusjonelle. Felles for dem er at de beveger seg i spenningsfeltet mellom det som skjer på person- og systemnivå. Hvordan uttrykker rådgiverne sitt møte med strukturelementer på arbeidsplassen? Opplever de ulike intervensjonsmuligheter?

5.4.1 De strukturelle rammers nødvendighet

I følge Krogstad (1998) vil strukturelle forhold alltid være tilstede og påvirke relasjonsbyggingen i større eller mindre grad. Opplevelsen rundt de strukturelle rammene synes å være noe forskjellig hos rådgiverne, og jeg ønsker å se nærmere på hvordan de ulike faktorene forholder seg til påstander som omhandler denne tematikken.

Faktor 1- rådgiverne ser ut til å være mest avhengig av de strukturelle rammene i sin arbeidshverdag. Gjennom sortering av utsagn som omhandler strukturelementer gir denne faktoren meg et inntrykk av forpliktelser overfor institusjonens verdier og interesser (Martinussen, 2001). Likevel sitter jeg igjen med et positivt møte med systemnivået gjennom faktor 1- rådgivernes sorteringer. Mye fordi de opplever rammer og rutiner som nødvendige, men også fordi de ikke ser ut til å komme i veien for å skape tillitsfulle relasjoner til pasienter. Rådgiverne som definerer faktor 1 opplever struktur, rammer og rutiner som ønskelige og nødvendige, men ikke endelige - alle har mulighet til å påvirke. Rådgiverne mener selv at de har intervensjonsmuligheter, og strukturering synes å oppleves som et gode (Stang, 1998).

I likhet med faktor 1 erkjenner faktor 3- rådgiverne viktigheten av det strukturelle, de påpeker at mye av kontrollen de besitter må forstås som nødvendige strukturelle rammer. Slik lokaliserer de makten til mer overordnede og varige systemer (Engelstad, 2004). De opplever

sjeldent at systemer og strukturer blir for rigide, men hevder imidlertid at de ofte inngår kompromiss og ikke får utøvd jobben sin på best tenkelig måte. Slik jeg tolker dette opplever rådgiverne at normer og regler danner grunnlaget for samhandlingen som skjer på individnivå, mellom rådgiver og pasient (Skau, 2003). Selv om de inngår kompromiss ser faktor 3- rådgiverne tilsynelatende ut til å godta de strukturelle betingelsene, men påpeker til forskjell fra faktor 1 at dette kan gå på bekostning av egne intervensjonsmuligheter.

Faktor 2- rådgiverne hevder at de bruker sin faglige og sosiale kompetanse fritt i samhandling med pasienter. Dette kan være et avgjørende trekk for at de sorterer utsagn som omhandler det strukturelle mot sorteringsskjemaets nullområde, og tillegger dem liten eller ingen betydning. De opplever sin frihet i møte med strukturelementer, og handler i tråd med de forventninger som ligger i dette systemet.

5.4.2 Finnes det en strukturbestemt ulikhet mellom rådgiver og pasient?

Rådgiverne opptrer i roller som yrkesutøvere, og dermed skiller deres møter med pasienter seg fra private mellommenneskelige samhandlinger. I møte mellom rådgiver og pasient er den strukturbestemte ulikheten et iøynefallende kjennetegn (Skau, 2008).

37. Min yrkesrolle setter meg i en dominerende stilling med høyere status og mer autoritet enn hos pasienter. Denne ulikheten er nødvendig og legger grunnlagt for vår samhandling. (-3,-3,-4)

Den samlede uenigheten blant alle faktorene i henhold til utsagn 37 sier noe om deres forhold til makten de opplever i sine yrkesroller. I følge Skau (2008) disponerer profesjonelle yrkesutøvere et sett med yrkesspesifikke kunnskaper og ferdigheter som gir dem mer autoritet enn pasienter. Dette er en viktig og grunnleggende strukturell ulikhet som legger grunnlaget for samhandlingen. Hvorfor er rådgiverne så redde for å bekrefte sin dominerende rolle og stilling overfor pasienter? Slik jeg bedømmer det er dette den største utfordringen for majoriteten av rådgiverne i avhandlingen min; å erkjenne bruk av makt overfor pasienter i egen arbeidshverdag og yrkesrolle. Å anerkjenne at makten finnes, og at den bærer i seg elementer av både godt og vondt (Allgood & Kvalsund, 2003).

5.5 Jeg liker ikke å definere min egen yrkesutøvelse som makt

Makt er en kraft som kan gi energi og mulighet for handling, men hvordan makten oppleves avhenger i stor grad av den enkeltes persepsjon rundt den (Allgood & Kvalsund, 2003). Makt synliggjøres i mange former, men mye av den er også vanskelig å få øye på og dermed også

vanskelig å reflektere over. Det er derfor i min interesse å se nærmere på hvordan maktens energi oppleves av forskningsdeltakerne, hvordan det påvirker faktorene som danner empirien. Hvordan oppleves maktens energi av de enkelte faktorene og rådgiverne?

Juritzen og Heggen (2009) har (som beskrevet i delkapittel 2.3) gjennomført en studie vedrørende omsorgsmakt på sykehjem, hvor det empiriske resultatet viste en markant uvilje blant fokusgruppene til å se på egen omsorgsutøvelse som makt. Studien formidlet i hovedsak en forståelse av makt som noe negativt. Analysen og empirien i avhandlingen min støtter seg på mange måter til Juritzen og Heggens forskning. Sortering og rangering av utsagn 4 bekrefter denne antakelsen:

4. Jeg liker ikke å definere min egen yrkesutøvelse som makt. (+1,+2,+1)

Et gjennomgående trekk ved alle faktorene er deres motstand til å se på seg selv som en autoritet i møte med pasienter. Makt er noe rådgiverne helst vil klare seg uten (Engelstad, 2004). Faktor 1 og faktor 2 sorterer flere av utsagnene som omhandler makt direkte, mot midten av sorteringsskjemaet. Ingen av faktorene liker å se på seg selv som den erfarne i møte med pasienter, ingen vil innta ekspertrollen. Jeg stiller meg undrende til denne vektleggingen, viser den til praksis eller ideal? Hvorfor er det slik at majoriteten av rådgiverne unnlater seg å ta stilling til makt som et gode? Slik jeg tolker avhandlingens empiri ligger mye av svaret i faktor 3: *Maktens ubehag*.

5.5.1 Maktens ubehag

Faktor 3- rådgiverne opplever det ubehagelig å kunne definere hva som er virkelighet for pasienter og ikke (utsagn 21), i denne påstanden ligger det en bevissthet rundt bruk av makt i relasjon til pasienter. Rådgiverne som vektet denne faktoren konstaterer dermed bruk av makt i møte med pasienter, men ønsker på ingen måte å innta en ekspertrolle eller en autoritativ stilling. Faktor 1 og 2 påpeker ikke ubehaget i møte med maktaspektet så tydelig som faktor 3, men slik jeg tolker det er det nettopp dette ubehaget som skaper motstand mot å vekte disse utsagnene. Et spørsmål som dukker opp hos meg da er; hvorfor oppleves ubehaget?

De fleste av oss har vært vitne til utallige debatter rundt bruk av makt og tvang innenfor psykisk helsevern, og sitatet under kunne vært hentet fra en hvilken som helst avis eller nyhetsartikkel:

”Ein stor del av menneskja som er lagde inn i psykiatriske sjukehus, er det mot eigen vilje. Mange vert medisinerde med tvang, og nokon møter omsorga i form av mekaniske tvangsmiddel. Dette er

fakta, dette skjer no, og dette veit alle. Mest sannsynlig er det heilt naudsynt. Som oftast skjer dette til pasientens eige beste” (Krogstad, 1998, s. 116).

Psykisk helsevern har opp gjennom årene blitt anklaget for bruk av makt og tvang ved sine institusjoner. I utgivelsen av SINTEF helse sin rapport i 2008, blusset debatten rundt bruken av tvang og makt nok en gang opp både i media, men også på et politisk plan. Rapportens resultater viste en økning i samlet tvangsmiddelbruk innenfor psykisk helsevern fra 2001-2007 (SINTEF helse, 2008). Med slike oppslag i nyheter og debatter på tv, kan synet på bruk av makt og tvang låses i negative definisjoner. Rådgiverne vil ikke bli sammenlignet med begrepsbruken og heller ikke stadfeste at makten finnes.

Rollen som maktutøver skremmer mange, og det er særlig den relasjonelle makten som utøves direkte fra rådgiver til pasient som sees på som negativ av rådgiverne i denne avhandlingen. Makt i henhold til de strukturelle rammene ser, som tidligere beskrevet, ut til å bli legitimert og oppfattes som nødvendig. Hva er grunnen til dette? Hvorfor kan for eksempel faktor 1- rådgiverne vedkjenne behovet for regler og rutiner i møte med det strukturelle, men ikke befestet at det finnes strukturbestemte ulikheter som danner samhandlingsgrunnlag på personnivå?

En mulighet for hvorfor rådgiverne opplever makten som ubehaglig kan være deres avhengighet til den. I følge Kvalsund (Allgood & Kvalsund, 2003) er rådgivere i en institusjonalisert posisjon gjennom sin kunnskap, det finnes en forventning til kunnskapen og utøvelse av makt i forhold til den. Å være avhengig av makt kan oppleves som et dilemma i utdanninger som ellers vektlegger likeverd og det relasjonelle. Kanskje finnes det også kunnskap om hvordan makten bør og skal holdes skjult innenfor kulturen i psykisk helsevern? Ut i fra min empiri kan det tenkes at det finnes en felles støtte i denne påstanden blant faktorene og rådgiverne. Det ser ut til at de uttrykker en motstand mot å erkjenne den relasjonelle, personbestemte makten de besitter. Med personbestemt, mener jeg den makten de besitter i kraft av å være ansatt innenfor psykisk helsevern. Den makten de har fått gjennom sin utdanning, fagbakgrunn og kompetanse. De vil ikke snakke om makten selv om de vet at den er der, de finner det mest behagelig å forbli tause som om den ikke var der. Hvorfor? Min tanke er at det på bakgrunn av medieoppslag og forskningsbaserte rapporter, som SINTEF helse (2008), har blitt skapt et grunnleggende behov for å dekke over makten, unngå den og holde den skjult. Hvis statlige og forskningsbaserte dokument ikke legitimerer makten og anser den som et alternativt gode, hvordan skal rådgiverne klare det? Slik jeg anser

det må vi til med et felles løft hvis endring skal skje, særlig i henhold til bruken av maktbegrepet innenfor dette fagfeltet.

5.6 Uavhengighet, avhengighet og gjensidig avhengighet

Å være person er å være i relasjon til andre mennesker – ideen om en isolert person er en selvmotsigelse (Macmurray, 1961/1999). Rådgiverne som danner datagrunnlaget og empirien for avhandlingen min opplever det å være i relasjon til andre gjennom sin arbeidshverdag. Det er ikke bare viktig med gode relasjoner overfor pasienter, men også overfor kollegaer og institusjonen som helhet. Relasjonsparadigmene har dannet en rød tråd gjennom hele avhandlingen, og jeg ønsker nå å sammenfatte mitt syn på dem. Dette underkapittelet skaper dermed en oppsummering av drøftingen.

I henhold til de tre relasjonsparadigmene som ble introdusert med utgangspunkt i Kvalsund (1998) og Macmurray (1961/1999) skiller Q-sorteringene seg noe fra hverandre, og i det følgende vil jeg gå nærmere inn på dette.

5.6.1 Relasjonsdimensjonen mellom rådgiver og pasient – tre ulike opplevelser

Alle individ er avhengig av relasjonell kontakt med andre mennesker i en eller annen grad. I dag er den institusjonsbaserte omsorgen en viktig side av omsorgens vilkår i samfunnet (Garsjø, 2008). Alle tre faktorer representerer relasjonelle syn, men på ulike måter.

Rådgiverne i faktor 1 er på mange måter opptatt av det relasjonelle, og fremhever viktigheten av å ivareta pasienters selvbestemmelse. Som tidligere nevnt rangerer de myndiggjøring og medbestemmelse høyt, det definerer på mange måter denne kategorien (utsagn 1 og 14). Rådgiverne anerkjenner pasienters behov og rolle i relasjonen, og med utgangspunkt i dette kunne jeg valgt å se de i tilknytning til det gjensidige avhengighetsparadigmet. I sortering av utsagn som omhandler gjensidighet i relasjonen, rangerer imidlertid faktor 1-rådgivere disse mot det nøytrale området av sorteringsskjemaet, det vil si at de tillegger dem liten eller ingen psykologisk signifikans, og dermed ingen spesiell mening. Sorteringen av utsagn 24 (under) viser til hvorfor jeg har valgt å se dem i samhörighet med avhengighetsparadigmet:

24. Pasienter står i et avhengighetsforhold til oss (yrkesutøvere) som gjør at vi aldri kan bli likestilte. (+2, -2, -1)

En avhengighetsrelasjon innebærer at man er avhengig av andre for å handle og foreta valg (Kvalsund, 1998). Faktor 1- rådgiverne konstaterer at de er profesjonelle hjelpere som besitter ressurser og kunnskap i relasjonen, mens pasienter er i relasjonen for å motta hjelp. Hjelperelasjoner generelt og relasjoner som rådgivere opplever i møte med psykisk helsevern spesielt, er former for avhengighetsrelasjoner. Selve hjelperelasjonen er asymmetrisk fordi rådgiver er i besittelse av kunnskap som pasient ikke har, men som han/hun har behov for. Relasjonen er avhengig i henhold til hjelpeoppgaven (Kvalsund & Allgood, 2009).

Selv om ordet avhengighetsrelasjon kan høres negativt og stagnerende ut, betyr det ikke at det oppleves slik for den enkelte pasient. Kanskje er det passende i relasjonen der og da? Jeg velger å se faktor 1 i tilknytning til avhengighetsparadigmet, men ikke uten å anerkjenne at faktoren også bærer i seg mange karakteristikk som viser til en relasjon som er basert på tillit og personlige møter med pasienter. Selv om jeg beskriver relasjonen som avhengig betyr det ikke at dette er endelig, relasjonell utvikling er mulig i ethvert møte (Kvalsund, 1998).

Faktor 2 har flere fellestrekk med faktor 1, og verdsetter blant annet pasienters rett til medbestemmelse høyt. Rådgiverne beskriver det personlige som en viktig del av deres yrkesutøvelse, det er en forutsetning for å skape gode og tillitsfulle relasjoner til pasienter. Å gi av seg selv, være personlig i relasjon til pasienter, er avgjørende for at læring og utvikling kan skje (Allgood & Kvalsund, 2003; Macmurray, 1961/1999). Faktor 2- rådgivere mener at gjensidighet er viktig ikke bare som ideal, men at man gjennom samarbeid med pasienter må jobbe for å oppnå en gjensidig avhengighetsrelasjon. Sett ut fra de relasjonelle paradigmene tillater jeg meg å si at det er faktor 2- rådgiverne som er kommet lengst i sin relasjonelle utvikling - de vektlegger det mest i sin sortering.

I kontrast til de to foregående faktorene, har faktor 3 en litt annen vinkling i henhold til Q-sorteringen. Rådgiverne som vektet faktor 3 trekker også frem det relasjonelle, men synes å tillegge det mindre viktighet. Faktor 3- rådgiverne er mer uavhengige i sin relasjon til pasienter. De handler oftere ut fra egne vilkår, intensjoner og følelser (Kvalsund & Meyer, 2005). I møte med pasienter er det viktig for dem å fremstå som selvstendige og sterke, slik at pasienter kan stole på jobben de gjør. Samtidig viser sortering av utsagnene at rådgiverne ikke strever etter å skape et tillitsforhold til pasienter, enten så er det der eller så er det der ikke. Er det imidlertid mulig å ha en slik yrkesrolle uten å erkjenne behovet for tilknytning til andre? Hvem er 'jeg' uten et 'du'? Uavhengigheten kan oppleves både positivt og negativt, men uten tillit til uavhengigheten kan relasjonen preges av uenighet og konflikt (Kvalsund & Meyer, 2005). Slik jeg ser det er utfordringen til faktor 3 å skape denne tilliten, selv om de fremstår

som selvstendige og sterke er det også viktig å skape tillit i møte med pasienter. Uavhengighetsrelasjonen kan skape grunnlag til å møte hverandre som gjensidig avhengig fordi man alltid vil være i relasjon til andre mennesker, til tross for ens uavhengighet (Kvalsund & Allgood, 2009).

5.7 Rådgivers vanskelige jobb- praktiske implikasjoner

I møte med mange ulike og unike pasienter står rådgiver og skal forholde seg til dem på best tenkelig og ønskelig måte. Men hva er best tenkelig måte? Å skape en god relasjon til pasient innenfor de ulike paradigmene er en utfordring. Bør rådgiver prøve å skape en avhengighetsrelasjon til sine pasienter, eller jobbe for å opprette en gjensidighetsrelasjon med det samme? Rådgiver må ta i betraktning at den enkelte pasient er forskjellig, utviklingen mellom de tre paradigmene avhenger i stor grad av pasientene og den relasjonen som oppstår i møtet mellom dem og rådgiver.

Utviklingsmuligheten til å oppnå det gjensidige ligger i ethvert møte (Kvalsund & Meyer, 2005), men hvor gjensidig kan slike møter bli? Er gjensidighet en utopi? Buber og Rogers dialog i 1957 har vist oss hvordan vi kan være i dialog og møtes som ulike mennesker. De diskuterer og teoretiserer hvordan gjensidighet og ekte dialog er mulig innenfor gitte tidsrom, også i relasjoner hvor rollene er ”ubalanserte”. Denne gjensidigheten må ikke forveksles med det å være likestilt, det vil alltid være maktfaktorer som påvirker relasjoner (Cissna & Anderson, 1998).

Relasjonsparadigmene er ikke stadier i en stadiemodell, de står i et dynamisk forhold til hverandre og utviklingspotensialet til det gjensidige er tilstede i enhver relasjon (Kvalsund, 1998; Macmurray, 1961/1999). Med dette ønsker jeg å påpeke at jeg ikke er ute etter å plassere noen av faktorene, rådgiverne eller forskningsdeltakerne i bås. Forskingen og datamaterialet som avhandlingen min baseres på er knyttet til et sett med spesifikke utsagn som er gjennomført innenfor en bestemt tids- og stedsramme. Å være i relasjon til pasienter er en kontinuerlig prosess som ikke stopper eller stagnerer på et bestemt tidspunkt eller innenfor et bestemt paradigme.

5.8 Avsluttende kommentar til avhandlingen

Med denne avhandlingen har jeg ønsket å bidra til diskusjon rundt temaet makt. Hvordan den reflekteres i relasjonen mellom rådgiver og pasient, og hvordan rådgiver opplever sin egen anvendelse av makt innenfor psykisk helsevern. I problemstillingen min har jeg ikke spurt om

fenomenet finnes, men *hvordan* det oppleves, og jeg baserer dermed avhandlingen på en forforståelse om at makt er tilstede i den aktuelle relasjonen - og i alle relasjoner mellom mennesker. Forskningsprosessen og arbeidet har gitt meg innblikk og innsikt i flere perspektiver på makt, både på systemnivå og personnivå. Fokusområdene og de tre faktorene som jeg har belyst gjennom analyse og drøfting har bidratt til kunnskap om hvordan denne erfaringen oppleves. Fellestrekkene og forskjellene mellom faktorene har bidratt til at det ble mulig for meg å diskutere hva som ligger i disse subjektive opplevelsene. Det er imidlertid viktig å huske at resultat og synspunkter som kommer frem ikke er endelige svar, men mulige.

I det jeg har drøftet og poengtert faktorenes og rådgivernes møte med maktaspektet sitter jeg igjen med en følelse av maktens tvetydige karakter. Hvordan den oppleves både som nødvendig gjennom strukturelle rammer, og som ubehagelig i det relasjonelle møtet. Ved å studere makt kan jeg si at jeg har lært noe om relasjoners natur (Allgood & Kvalsund, 2003). Det aller viktigste som avhandlingen min viser, er at det er mulig å finne svar på problemstillingen, men ikke ett enkelt svar. Det finnes mange ulike og unike subjektive opplevelser i møte med maktaspektet, ingen er mer rette eller gale, de eksisterer side om side, like viktige og like verdsatte.

5.9 Videre forskning

Forskningen min viser hvor sentralt maktaspektet er i relasjoner mellom mennesker, og jeg ser viktigheten og behovet for videre forskning på flere felt. Det hadde blant annet vært veldig interessant og samfunnsaktuelt å skiftet ut kun et ord i problemstillingen min, fra rådgiver til pasient. Selv om dette hadde satt i gang mange og flere etiske betraktninger, hadde det vært spennende å undersøke pasienters opplevelser i møte med maktaspektet. Særlig nå, i en tid hvor brukermedvirkning står sterkt i samfunnsdebatten rundt psykisk helsevern. Opplever pasienter økt brukermedvirkning?

I tillegg vil jeg hevde at det på mange måter kanskje er på tide med et paradigmeskifte innenfor bruken og synet på maktbegrepet. Ideologi og politiske implikasjoner ser ut til å påpeke at dette begrepet går på bekostning av den svakeste rett, og ikke ivaretar enkeltmenneskets autonomi. Det kunne med bakgrunn i disse tankene vært interessant å gjennomføre en studie hvor maktaspektet ble fremhevet som et gode. Støttende makt, bekreftende makt og problemløsende makt er alle tilstede innenfor menneskelig samhandling, også mellom rådgiver og pasient. Dette kunne bidratt til nyttig kunnskap, og ikke minst en bevisstgjøringsprosess rundt maktens positive karakter. Dette kunne blitt utgangspunktet for et mer nøytralt syn på makt som verktøy og redskap.

6 FORSKERROLLEN

Q-metodens filosofi er basert på en forestilling om at det ikke finnes noe slikt som en objektiv virkelighet. Forskning blir aldri helt objektiv, den vil alltid være farget av forskers subjektivitet (Brown, 1980; Brown, 1996). Som forsker kan jeg derfor ikke late som at denne prosessen har vært utført på en objektiv måte. I stedet er det viktig at jeg erkjenner de subjektive innflytelsene jeg har hatt, og inkluderer disse som viktige aspekter ved min forskningsprosess. Basert på denne begrunnelsen, vil jeg i dette kapittelet ta for meg min rolle som forsker med et kritisk blikk på egen forskning.

6.1 Min rolle som forsker - noen refleksjoner

Q-metoden er en metode som krever mye av forsker. Analyse og faktortolkning baseres i stor grad på forskers egne vurderinger og subjektivitet. Hvem jeg er som person er betydningsfullt, og legger grunnlaget for møtet jeg får med forskningsdeltakerne og datamaterialet (Allgood & Kvalsund, 2005; Postholm, 2005). Som forsker kan man aldri få et helt fullstendig og helhetlig bilde av dataene eller forskningsprosessen, man klarer ikke å samle alle tråder. Likevel er det viktig at jeg er bevisst mine egne forventninger, min subjektivitet, slik at jeg kan reflektere over den, som jeg nå gjør.

Da jeg startet arbeidet med denne avhandlingen var Q-metoden relativt ukjent for meg. Prosessen med å sette meg inn i metodens filosofi og funksjon har vært både lærerik, spennende og krevende. Jeg føler i ettertid at jeg har oppnådd en god forståelse av metoden, og er tilfreds med valget av metodisk tilnærming. I Q-metode er det vanlig at forsker selv deltar i undersøkelsen (Brown, 1980), noe jeg ikke hadde mulighet til da et av kriteriene for sorteringen var at man arbeidet innenfor psykisk helsevern. Jeg sorterte imidlertid utsagnene selv, som en pilotsortering for å kvalitetssikre dem. At jeg ikke ble en del av empirien kan betraktes som et minus, men jeg mener likevel at jeg har vært en stor del av forskningen. Jeg har involvert meg og engasjert mye av meg selv i arbeidet med denne avhandlingen.

Arbeidsprosessen både før, under og etter datainnsamlingen har vært en berikende prosess. Jeg har arbeidet ut fra et ønske om å forstå 'den andre' og fenomenet makt. Gjennom tolkning av sorteringene har jeg forsøkt å belyse rådgivernes opplevelser på best mulig måte. Det at jeg gikk inn i denne prosessen med en forforståelse om at makt finnes i de respektive relasjoner, må også nevnes. Jeg føler imidlertid ikke at denne forforståelsen har lagt føringer for forskningen min, men heller skapt en bevisstgjøringsprosess om å møte forskningsdeltakerne og datamaterialet med et mest mulig åpent sinn.

I arbeidet med mastergradsavhandlingen har jeg også lært mye om meg selv, om fenomenet jeg studerer og om teorien jeg har anvendt. Gjennom å skrive denne avhandlingen har jeg satt gammel kunnskap inn i ny sammenheng og fått et nytt lys på den. Under hele prosessen har jeg opplevd både frustrasjon og stor glede. Frustrasjon i de dager hvor arbeidet har stått fast og jeg ikke kommer meg noen vei, og glede i de øyeblikk hvor løsninger og inspirasjon har kommet frem på de merkeligste tidspunkt.

6.2 Evaluering og kritikk - kunne jeg gjort noe annerledes?

I arbeidet med denne avhandlingen har jeg ved flere anledninger blitt stilt overfor etiske dilemmaer knyttet til min rolle som forsker. Oppgavens tema er makt, og makten belyses innenfor psykisk helsevern. Noe av det første jeg tenkte på i møte med forskningsdeltakerne mine, var makten jeg selv var i besittelse av overfor dem. At jeg gjennom mitt forskningsdesign, mine utsagn og min dataanalyse skulle mene noe om deres makt fra en posisjon bak forskningsinstrumentene. Dette har hjulpet meg til å bli bevisst makten som ligger i forskerrollen og hvordan den kan brukes på konstruktive, men også begrensede måter. Jeg mener selv at jeg har lært mye, og blitt bevisst denne makten gjennom arbeidet med avhandlingen min.

I utformingen av forskningsdesignet avgrenset jeg studien til å inkludere visse effekter og nivåer, og dermed dekker denne forskningen bare noen aspekter og erfaringer rundt rådgivers opplevelse av makt. Avhandlingen kunne trolig hatt et annet fokus i sin analyse og i sine resultater, og hvis det, for eksempel, hadde blitt utført intervju som datainnsamlingsprosess, kunne deltakerne i større grad valgt fokus og retning selv. Dette betyr imidlertid ikke at funnene som er innhentet i min avhandling er feil, bare en bevisstgjøring om at fokuset kunne ha vært noe annerledes. Det finnes ikke noen fasit.

Da datainnsamlingen var gjennomført og arbeidet med analysen var i gang oppdaget jeg at jeg kunne ha vinklet og formulert noen av utsagnene mine litt annerledes. Utsagnene som omhandler makt kunne vært litt mer direkte knyttet til tematikken, og i ettertid ser jeg at jeg har pakket begrepet litt for godt inn og latt blant annet bemyndigelse og personlig profesjonalitet komme i forgrunnen. Jeg gjennomførte to pilotsortringer for å teste utsagnene, men jeg ser nå at jeg kunne ha gått mer i dialog med disse medstudentene i utvelgelsen av de endelige utsagnene. Jeg gjorde til en viss grad det, men kanskje ikke inngående nok. Dette kunne ha bidratt til en mer kritisk refleksjon rundt utvelgelse av utsagn.

En annen betraktning som også må belyses, er fraværet av bruken av oppfølgingsintervju. Gjennom Q-sorteringen gav forskningsdeltakerne sin mening til

utsagnene og skapte dermed et behov for tolkning av resultatene fra faktoranalysen. Intervju kan bli anvendt i Q-metoden for å hjelpe forsker med tolkningsprosessen (Brown, 1980). Jeg anvendte ikke intervju med forskningsdeltakerne i denne avhandlingen, og dette kan sees på som en begrensning. Det er mulig at det ville ha foreligget større klarhet i resultatene og kanskje kunne nye tema ha blitt fremhevet.

6.3 Ingen fasit

Det finnes ingen fasit på hvordan man skal ta tak på forskningsprosessen, verken overfor utvelgelse av teori, forskningsdeltakere, metodetilnærming, analyse eller tolkning. Som forsker står vi overfor mange og vanskelige valg som danner veien mot det ferdige produktet. Jeg har tatt utallige valg, noen lette og mange vanskelige. Avslutningsvis er det viktig for meg å poengtere, for aller siste gang, at funnene som er blitt synlige gjennom studien min ikke er en fasit. De avhenger av mitt design, mine utsagn, mine forskningsdeltakere, tid- og stedsrammen for avhandlingen og ikke minst meg som forsker.

Det er med skrekkblandet fryd jeg nå har bestemt meg for at det ikke er mer å skrive. Det setter ikke bare et punktum for avhandlingen min, men også for studentlivet mitt. Det eneste voksenlivet jeg kjenner, er over. Samtidig er jeg nysgjerrig på hva som venter meg, og veldig stolt av det jeg har lagt bak meg.

7 REFERANSELISTE

- Allgood, E. (1994/1995). Persons-in-relation and Q-methodology. *Operant Subjectivity*, 18, (1,2), 17-35.
- Allgood, E. (1999). Catching transitive thought through Q-methodology: Implications for counseling education. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 43 (2). 206-226.
- Allgood, E. & Kvalsund, R. (2003). *Personhood, professionalism and the helping relation: Dialogues and reflections*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Allgood, E. & Kvalsund, R. (2005). *Learning and discovery for professional educators: Guides, counselors, teachers*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Andersen, A. J. W. & Karlsson, B. (1998). *Psykiatrici i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Askheim, O. P. & Starrin, B. (2007). *Empowerment. I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barker, P. J., Stevenson, C. & Leamy, M. (2000). *The philosophy of empowerment*. *Mental Health Nursing*, 20 (9), 812. Hentet den 18.02.10 fra: <http://proquest.umi.com/pqdlink?vinst=PROD&fmt=6&startpage=-1&ver=1&vname=PQD&RQT=309&did=67386583&exp=02-17-2015&scaling=FULL&vtype=PQD&rqt=309&cfc=1&TS=1266504701&clientId=52314>
- Blakar, R. M. (2006). *Språk er makt*. Oslo: Pax Forlag.
- Brown, S. R. (1980). *Political subjectivity: Applications of Q methodology in political science*. New Haven: Yale University Press
- Brown, S. R. (1991). *A Q Methodological Tutorial*. Hentet den 15.01.10 fra: <http://facstaff.uww.edu/cottlec/QArchive/Primer1.html>
- Brown, S. R. (1993). A primer on Q methodology. *Operant Subjectivity*, 16, 91-138.

- Brown, S. R. (1996). Q methodology and qualitative research. *Qualitative Health Research*, 6(4), 561-567. Hentet den 25.01.10 fra:
<http://www.lrz-muenchen.de/~schmolck/qmethod/srbqhc.htm>.
- Buber, M. (2003). *Jeg og du*. Oslo: De norske bokklubbene.
- Cissna, K. N. & Anderson, R. (1998). Theorizing about dialogic moments: The Buber-Rogers position on postmodern times. *Communication Theory*, 8 (1), 63-104.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Engelstad, F. (2004) (red). *Om makt. Teori og kritikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 1.utgave.
- Engelstad, F. (2005a). *Hva er makt?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Engelstad, F. (2005b). Makt i det norske samfunnet. I Frønes, I. & Kjølsvrød, L (red). *Det norske samfunn*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag (2005).
- Garsjø, O. (2008). *Institusjonssosiologi- perspektiver på helse- og omsorgsinstitusjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gibbs, J. R. (1978). *Trust. A New View of Personal and Organizational Development*. Los Angeles : Guild of Tutors Press.
- Grimen, H. (2001). Tillit og makt- tre sammenhengar. *Tidsskrift Norsk Legeforening* nr. 30, 2001;121: 3617-9. Hentet den 16.02.10 fra: <http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php>
- Ivey, A. E., D`Andrea, M., Ivey, M. B., & Simek- Morgan, L (2007). *Theories of counseling and psychotherapy*. 6 th, ed. Boston: Allyn & Bacon.
- Juritzen, T. & Heggen K. (2006). Omsorgsmakt. Relasjonsnære sondringer mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag*, 36 ((3), 61–80. Hentet den 02.02.10 fra:
<http://www.uio.no/studier/emner/medisin/helsefag/HELSEF4403/h07/Juritzen-Heggen-2006.pdf>
- Juritzen, T. & Heggen. K. (2009). Produktive maktpraksiser i sykehjem. En Foucault-inspirert analyse av pleiefaglig handlekraft. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, Vol. 12, No. 2, 2009, side 94-104. Fagbokforlaget.

- Karlsson, B. (2008). Essay: Psykisk helse i spennet mellom krav til produksjon og levd liv – et vitenskapelig essay. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2008, Nr 02. Hentet den 15.03.10 fra:
http://www.idunn.no/ts/tph/2008/02/essay_psykisk_helse_i_spennet_mellom_krav_til_produksjon_og_levd_liv_-_et_v?removeHighLight=true
- Krogstad, J.G. (1998). Psykiatri og makt: noko å mase om? I Andersen, A.J.W. & Karlsson, B. (1998). *Psykiatri i endring. Forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. (red) Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Kvalsund, R. & Allgood, E. (2009). Subjektivitet rundt hjelpeforholdet - en Q-metodologisk studie av erfaringer med hjelpeforholdet. I Karlsdottir, R & Kvalsund, R. (red). *Mentoring og coaching i et læringsperspektiv*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Kvalsund, R. & Allgood, E. (2010). Kommunikasjon som subjektivitet i en skoleorganisasjon, kapittel 4. I Allgood, E. & Thorsen, A. Red. (2010). *Q-metodologi - en velegnet måte å utforske subjektivitet*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag. In Press/Under publisering.
- Kvalsund, R. & Meyer, K. (2005). *Gruppeveiledning, læring og ressursutvikling*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Kvalsund, R. (1998). *A theory of the person*. Trondheim: NTNU.
- Kvalsund, R. (2005). *Coaching: Metode: Prosess: Relasjon*. Finland: Synergy Publishing.
- Kvalsund, R. (2006). *Oppmerksomhet og påvirkningsferdigheter i hjelperelasjoner. Viktige ferdigheter for coacher, rådgivere, veiledere og terapeuter*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Lov 1999-07-02 nr 62. Hentet den 12.03.10 fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-062.html>
- Lysne, V. I. (2003). *Likeverd i praksis- når etikken halter*. *Sykepleien*, 2003. 91 (11): 39-42. Hentet den 11.03.10 fra:

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskriftsvennlig?p_documento_id= 118741

- Løgstrup, K. E. (1991). *Den etiske fordring*. Gyldendalske Boghandel. Copenhagen: Nordisk Forlag AS.
- Macmurray, J. (1961/1999). *Pearsons in relation*. New York: Humanity Books.
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger med etterord av Katie Eriksson*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Martinussen, W. (2001). *Samfunnsliv. Innføring i sosiologisk tenkemåte*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McKeown, B. & Thomas, D (1988). *Q-methodology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Moen, F. (2009). Coaching- metode for å fremme utvikling og vekst. I Karlsdottir, R & Kvalsund, R. (red). *Mentoring og coaching i et læringsperspektiv*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Pedersen, B. (1990). Om ledelse, magt, tillid og kompetence i sygeplejen. I Jensen, T. B., Jensen, L.U. & Kim, W.C. (1990). *Sykepleiens grunnlagsproblemer. Etikk, vitenskapsteori, ledelse og samfunn*. (red). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Postholm, M. B. (2005) *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskaplig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlag.
- Schmolck, P. (2002). PQmethod (version 2.11. adapted from mainframe-program Qmethod written by John Atkinson, 1992) [Computer software]. Neubiberg, University of the Bundeswher Munich. Tilgjengelig som frivare på (10.03.10): <http://www.lrz-muenchen.de/~schmolck/qmethod/>.
- SINTEF helse (2008). *Bruken av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007*. Hentet den 15.04.10 fra: http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/SINTEF_Rapport_A8231_Bruk_av_tvangsmidler_i_psykisk_HV_2001-2003-2005-2007.pdf

- Skau, G. M. (2003). *Mellom makt og hjelp. Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skau G. M. (2008). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Smith, N. W. (2001). *Current systems in psychology: History, Theory, Research, and Applications* (319-343). Australia Belmont, Calif.: Wadsworth/ Thomson Learning.
- Sosial- & helsedepartementet (1997). St.meld. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet den 15.03.10 fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/stmeld-nr-25_1996-97.html?id=191086
- Stainton Rogers, R. (1995). Q- methodology. In J.A. Smith, R. Harré & L.V. Langenhove (Eds.). *Rethinking methods in psychology*. London: Sage Publications.
- Stang, I. (1998). *Makt og bemyndigelse. Om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stenner, P., Watts, S. & Worrell, M. (2008). Q- Methodology. I Willig, C. & Stainton-Rogers, W. (ed.). *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: SAGE Publications Ltd.
- Stephenson, W. (1953). *The Study of Behavior*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Stevenson, C., Grieves, M. & Stein- Parbury, J. (2004). *Patient and person. Empowering interpersonal relationships in nursing*. Elsevier Churchill Livingstone.
- Store norske leksikon (2010). Hentet den 21.02.10 fra: http://snl.no/.sml_artikkel/pilotstudie
- Sørhaug, T. (1996). *Om ledelse. Makt og tillit i moderne organisering*. Oslo: Universitetsforlag.
- van Exel, J. & de Graaf, G. (2005). *Q methodology: A sneak preview*. Hentet den 24.01.10 fra: <http://www.qmethod.org/articles/vanExel.pdf>
- Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2008, Nr 02. Hente den 15.03.10 fra:

[http://www.idunn.no/ts/tph/2008/02/tid_for_endring_i_kunnskap_makt_og_kultur?re
moveHighLight=true](http://www.idunn.no/ts/tph/2008/02/tid_for_endring_i_kunnskap_makt_og_kultur?re
moveHighLight=true)

8 VEDLEGG

Vedlegg 1: Design og utsagn

Effekt	Nivå			Celler
Relasjon	Avhengig (a)	Uavhengig (b)	Gjensidig avhengig (c)	3
Makt	Kunnskapsmakt (d)		Strukturermakt (e)	2
Energi	Positiv (f)		Negativ (g)	2

ADF: avhengig, kunnskapsmakt, positiv

- 12. Min fagbakgrunn gjør meg i stand til å rettlede pasienter til å ta de riktige valgene og se fremover.
- 20. I møte med pasienter fremstår jeg som den erfarne som viser den uerfarne til rette.
- 45. Jeg liker ikke å være i en posisjon hvor pasienter trenger hjelp fra meg til å komme seg gjennom hverdagen.
- 24. Pasienter står i et avhengighetsforhold til oss (yrkesutøvere) som gjør at vi aldri kan bli likestilte

ADG: avhengig, kunnskapsmakt, negativ

- 21. Det er ubehagelig å kunne definere hva som er virkelighet for pasienter og ikke.
- 16. Jeg liker ikke ansvaret som ligger på meg i det å ha innflytelse på en så konkret måte som jeg har i denne jobben.
- 40. Autoritet kan skape negative assosiasjoner, men den autoriteten jeg har i denne jobben er et gode.
- 26. Pasienter er avhengig av de ressurser som jeg besitter og kontrollerer. De drar nytte av dem.

AEF: avhengig, systemmakt, positiv

- 29. Mye av den kontrollen vi besitter på avdelingen kan forstås som nødvendige strukturelle rammer.

34. Det er helt nødvendig med rammer og rutiner som legger føringer for dagens agenda. Vi hadde ikke klart oss uten.
42. Jeg liker ikke tanken på at regler og rutiner skal legge føringer for min arbeidshverdag.
18. Jeg opplever at systemer og strukturer er for rigide og lite fleksible. De virker mot sin hensikt, og hemmer meg i mitt arbeid.

AEG: avhengig, systemmakt, negativ

31. Jeg har i noen situasjoner tenkt at ”dette er jeg ikke med på, dette vil jeg ikke være med på”... og så er jeg med på det likevel til syvende og sist.
2. Krav, i form av regler og rutiner, kommer i veien for en tillitsfull relasjon til pasienter.
11. Jeg tror det ligger mange muligheter i det at de menneskene som kommer hit er ganske presset.
37. Min yrkesrolle setter meg i en dominerende stilling med høyere status og mer autoritet enn hos pasienter. Denne ulikheten er nødvendig og legger grunnlaget for vår samhandling.

BDF: uavhengig, kunnskapsmakt, positiv

10. I møte med pasienter er det viktig for meg å framstå som selvstendig og sterk slik at de kan føle seg trygge, og stole på at jeg gjør en god jobb.
3. Det er viktig at de meningene og inntrykkene jeg har dannet meg kommer godt til syne, slik at pasienter vet hva jeg forventer av dem. Hva jeg er fornøyd med og hva jeg mener at vi må jobbe ekstra med.
14. Det er ikke viktig for meg å vite pasienters synspunkt før jeg tar en avgjørelse, jeg vet hva som er den beste løsningen.
38. Hvis jeg forteller pasienter hva de skal gjøre og hva som er til det beste for dem, retter de seg etter dette.

BDG: uavhengig, kunnskapsmakt, negativ

4. Jeg liker ikke å definere min egen yrkesutøvelse som makt.
44. Jeg ønsker ikke å fremtre som en ekspert overfor pasienter.
43. Gjennom dialog og kommunikasjon påvirker jeg pasienter, skaper handlings- og atferdsendringer.

27. Det er viktig ” å snakke samme språk” som pasienter. Jeg er hele tiden oppmerksom på bruken av fagspråk og diagnoser.

BEF: uavhengig, systemmakt, positiv

15. Jeg får i stor grad bruke min faglige og sosiale kompetanse fritt, i samhandling med pasienter.
9. Denne jobben handler også om at jeg vet hva som er mulig for pasienter, jeg kjenner systemet og hvilke rettigheter pasienter har. Jeg kan hjelpe.
28. Jeg opplever å må se at pasienter har det vondt, uten at jeg har mulighet til å gjøre noe med det.
33. Denne yrkesrollen innehar noen strukturelle kontrollaspekter som jeg skulle ønske ikke var der.

BEG: uavhengig, systemmakt, negativ

19. Jeg inngår ofte kompromiss, og får ikke utøvd jobben min på det jeg mener er en best tenkelig måte.
13. Hvis noen forteller meg hva jeg skal gjøre, mister jeg motivasjonen min.
35. Det at jeg har innflytelse og mulighet til å pålegge ved å være ansatt i denne jobben, ser jeg på som nødvendig.
8. Jeg er helt avhengig av å ha planer og retningslinjer å jobbe etter.

CDF: gjensidig avhengig, kunnskapsmakt, positiv

47. Jeg må utlevere litt av meg selv i møte med pasienter, ingen får tillit kun til den profesjonelle fasaden.
6. Utfordringen min er å møte pasienten på hans/hennes ståsted, men pasienten må også lære meg å kjenne. Vi må inkludere hverandre og skape et tillitsfullt forhold.
25. Idealet i en relasjon er at man skal være gjensidige, men det er man ikke her. Pasienter må være her, og de må forholde seg til meg på en eller annen måte. Det beste jeg kan gjøre er å oppnå et tillitsforhold.
32. Jeg strever ikke etter å skape et tillitsforhold til pasienter, enten så er det der eller så er det der ikke.

CDG: gjensidig avhengig, kunnskapsmakt, negativ

46. Gjensidighet forventes eller tilstrebes ikke i møte med pasienter.
17. Gjensidighet hører til de sjeldne øyeblikk, noen kontrollerer alltid det andre har behov for.
1. Myndiggjøring av pasienter er en viktig prosess. Vi må la dem beholde mest mulig kontroll og innflytelse på egen situasjon.
30. Jeg involverer pasienter i alle beslutninger som omhandler dem.

CEF: gjensidig avhengig, systemmakt, positiv

23. De øvrige regler og rutiner som finnes overfor både pasienter og personell gjør det enklere for oss å utvikle et tillitsfullt og likeverdig forhold.
48. God profesjonalitet er å være i stand til å være personlig i møte med pasienter.
5. Som yrkesutøvere og profesjonelle har vi en overordnet posisjon enten vi liker det eller ikke.
39. Det personlige hører ikke hjemme i min arbeidssituasjon. Jeg utleverer aldri noe om meg selv til pasienter.

CEG: gjensidig avhengig, systemmakt, negativ

7. Innenfor alle forhold og relasjoner er det noen som påvirker og noen som blir påvirket.
41. Vi må overvåke pasienter, som en forutsetning for å kunne hjelpe.
36. Vi har alle mulighet til å påvirke, de regler og rutiner som finnes er ikke absolutte.
22. Jeg opplever kontrollaspektet som mindre synlig enn hjelpeaspektet i denne jobben.

Vedlegg 2: Informasjonsbrev

NTNU
Norges teknisk- naturvitenskapelige
universitet.

Fakultet for samfunnsvitenskap
og teknologiledelse.
Pedagogisk institutt.

Stine Aase Myhre
stineam@stud.ntnu.no
Telefon 971 80 923

Forespørsel om deltakelse i en mastergradsundersøkelse gjennom Q-sortering

Jeg er mastergradsstudent i rådgivning ved universitetet i Trondheim, NTNU, og i den forbindelse skal jeg nå avlegge min avsluttende mastergradsoppgave. Tema for oppgaven er makt i rådgivningsrelasjonen, og jeg vil se på hvordan rådgiver opplever sin egen anvendelse av makt. Begrepet rådgiver brukes i denne studien som en fellesnevner til alle som jobber opp mot pasienter i sin arbeidshverdag (sykepleiere, psykologer, miljøterapeuter, leger etc), og fokus rettes derfor ikke mot en av yrkesgruppene. Begrepet rådgivningsrelasjon viser til den relasjonen som yrkesutøvere har i møte med pasienter, altså den hjelperelasjonen man møter pasienter i.

Masteroppgaven bærer i seg en forforståelse om at makt er tilstede i alle relasjoner, og jeg er ikke interessert i å påpeke om det bli utøvet makt. Min interesse er rettet mot den enkelte rådgivers subjektive opplevelse i møte med maktaspektet, både det som sees på som positivt og negativt hos den enkelte. Dette har jeg tenkt å undersøke ved hjelp av Q-metoden, og ønsker dermed omtrent 20 forskningsdeltakere som har erfaring fra arbeid innen psykiatri, ved en norsk psykiatrisk institusjon. Q-metoden er en metode som brukes til å forske på subjektive opplevelser, og kan brukes som et redskap for å bli mer bevisst ens egne holdninger. Du vil få utdelt 48 utsagn som skal sorteres systematisk etter hvem du er mest enig og uenig i. Sorteringen vil ta ca. 45-60 minutter. Utsagnene vil gi meg informasjon om dine subjektive holdninger og synspunkter rundt oppgavens tematikk.

Som forsker er jeg underlagt taushetsplikt, og alle data vil bli behandlet konfidensielt. Studien er meldt inn til personvernforbundet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

AS og har blitt godkjent. Deltakelsen i studien er frivillig, og du kan når som helst velge å trekke deg uten å måtte oppgi noen grunn. Men om du bestemmer deg for å delta ønsker jeg at du signerer samtykkeerklæringen under.

På grunn av metodens struktur og det arbeidet jeg i ettertid skal legge i tolkningen, er det i min interesse å forstå de ulike synspunktene og holdningene som kommer frem på en best mulig måte. Det kan derfor bli behov for en uformell samtale med noen som representerer ulike syn. Hvis dette er aktuelt for deg, ber jeg om at du skriver telefonnummer/mobilnummer på samtykkeerklæringen slik at jeg eventuelt kan kontakte deg senere. Prosjektet vil bli avsluttet i mai/juni 2010, og da vil alle data bli slettet.

Er du villig til å delta, ber jeg deg om at du returnerer (kun) **sorteringsskjemaet** og **samtykkeerklæringen** (under) innen fredag 5.mars i vedlagt frankert konvolutt. Du vil ikke få noen utgifter i forbindelse med dette. Hvis du har noen spørsmål kan du kontakte meg på telefon nr 97180923, eller sende en e-post til: stineam@stud.ntnu.no. Du kan også kontakte min veileder Ragnvald Kvalsund ved pedagogisk institutt på telefonnummer 73591950.

Med vennlig hilsen.

.....

Stine Aase Myhre.

Mastergradsstudent i rådgivning.



.....

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien *opplevelse av egen anvendelse av makt*, og ønsker å være forskningsdeltaker.

Signatur.....

Telefonnummer.....

(kun viss du er interessert i å stille til en eventuell uformell samtale i etterkant).

Vedlegg 3: Sorteringsinstruks

Sorteringsinstruks

Kjære forskningsdeltaker!

Jeg er takknemlig for at du har sagt deg villig til å hjelpe meg i arbeidet med min masteravhandling. Når du nå skal sortere disse utsagnene vil jeg at du hele tiden skal ha et bestemt fokus. **Sorter utsagnene ut fra; hvordan opplever du din egen anvendelse av makt i møte med pasienter?** Det er viktig at du prøver å holde dette fokuset gjennom hele sorteringen/undersøkelsen. Jeg ønsker at du sorterer så ærlig som mulig og etter hva som er praksis, ikke hva som er ideal. Det finnes ikke noen riktige eller gale svar.

Instruks for sorteringen.

1. Les først alle utsagnene, slik at du danner deg en oversikt over hele innholdet.
2. Del deretter utsagnene i tre omtrent like store kategorier:
 - a) De utsagnene som beskriver deg eller du er enig med.
 - b) De utsagnene som ikke beskriver deg eller som du er uenig med.
 - c) De utsagnene som er mer nøytrale, som ikke gir så mye mening, virker tvetydige, tvilsomme, uklare eller motsigende legger du i midten.
3. Nå skal du gjøre en mer detaljert sortering. Først leser du gjennom alle utsagnene du var enig i, og velger ut de to du føler passer aller best for deg. Plassér disse to lengst til høyre på bordet foran deg, slik at de stemmer med mønsteret på sorteringsskjemaet. Disse to utsagnene havner på +5.
4. Deretter gjør du det samme med de utsagnene du var uenig i. De du er aller mest uenig i plasserer du helt til venstre, som tilsvarer -5 på sorteringsskjemaet.
5. Gå deretter tilbake til de utsagnene du var enig i, og velg ut de 3 som du er mest enig i nå. Disse plasserer du på +4 i sorteringsskjemaet.

6. Gjør tilsvarende med den andre kategorien. Velg 3 utsagn som du er mest uenig med og plasser disse på -4 i sorteringsskjemaet.
7. Fortsett på denne måten med fire utsagn på +3 og på -3, så fem utsagn på +2 og på -2 og til slutt seks utsagn på +1 og -1, og åtte utsagn på 0. Vær nøye og bruk god tid til å være så nyansert som mulig, pass på at du plasserer riktig antall utsagn i hver rubrikk (se sorteringsskjemaets mønster).
8. Når du har fullført hele fordelingen, ser du over på nytt for å sjekke om du er enig med deg selv. Gjør forandringer hvis det er noe du er misfornøyd med.
9. Skriv utsagnenes nummer inn i sorteringsskjemaet og lever dette.

Lykke til!

Vedlegg 4: Sorteringskjema

Sorteringskjema

Sorter ut i fra ditt personlige forhold til: *Hvordan opplever du din egen anvendelse av makt i rådgivningsrelasjonen?*

Helt uenig

Helt enig

-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5

Fornavn:.....

Yrkestittel:.....

Vedlegg 5: Faktorladningene og korrelasjonen mellom faktorene

Deltakernes faktorladninger:

Faktormatrise der **X** indikerer hvilken faktor forskningsdeltakerne hører til.

Q-sortering	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1. Hedvig	0,2592	0,2144	0,5987 X
2. Ulrikk	0,6298 X	0,4304	0,1272
3. Martine	0,7335 X	0,3971	0,1892
4. <i>Ruth</i>	<i>0,4973</i>	<i>0,6829</i>	<i>0,1360</i>
5. Lydia	0,3042	0,7742 X	0,0877
6. Ane	0,7390 X	0,2645	0,2537
7. <i>Ylva</i>	<i>0,5082</i>	<i>0,5231</i>	<i>0,3042</i>
8. Håkon	0,6304 X	0,4310	0,1437
9. Saron	0,6756 X	0,1199	0,2656
10. Sverre	0,8146 X	0,0828	-0,0549
11. Selma	0,1332	0,7453 X	0,2924
12. Konrad	0,3439	0,6595 X	0,3508
13. Vilhelm	0,0724	0,0725	0,8437 X
<i>14. Vilde</i>	<i>0,6231</i>	<i>0,5077</i>	<i>0,3937</i>
15. Kornelius	0,1041	0,8152 X	-0,0543
16. Karoline	0,4293	0,6336 X	0,2665

Korrelasjon mellom faktorene:

	1	2	3
1	1,0000	0,6130	0,3529
2	0,6130	1,0000	0,3401
3	0,3529	0,3401	1,0000

Vedlegg 6: Utsagnenes plassering i faktorene

Nr	Utsagn	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1	Myndiggjøring av pasienter er en viktig prosess. Vi må la dem beholde mest mulig kontroll og innflytelse på egen situasjon.	+5	+4	+3
2	Krav, i form av regler og rutiner, kommer i veien for en tillitsfull relasjon til pasienter.	-4	-1	-5
3	Det er viktig at de meningene og inntrykkene jeg har dannet meg kommer godt til syne, slik at pasienter vet hva jeg forventer av dem. Hva jeg er fornøyd med og hva jeg mener at vi må jobbe ekstra med.	0	0	+2
4	Jeg liker ikke å definere min egen yrkesutøvelse som makt.	+1	+2	+1
5	Som yrkesutøvere og profesjonelle har vi en overordnet posisjon enten vi liker det eller ikke.	+3	0	+3
6	Utfordringen min er å møte pasienten på hans/hennes ståsted, men pasienten må også lære meg å kjenne. Vi må inkludere hverandre og skape et tillitsfullt forhold.	+4	+2	-4
7	Innenfor alle forhold og relasjoner er det noen som påvirker og noen som blir påvirket.	+1	+2	-2
8	Jeg er helt avhengig av å ha planer og retningslinjer å jobbe etter.	0	-2	-2
9	Denne jobben handler også om at jeg vet hva som er mulig for pasienter, jeg kjenner systemet og hvilke rettigheter pasienter har. Jeg kan hjelpe.	+3	+4	0
10	I møte med pasienter er det viktig for meg å fremstå som selvstendig og sterk slik at de kan føle seg trygge, og stole på at jeg gjør en god jobb.	+1	+1	+2
11	Jeg tror det ligger mange muligheter i det at de menneskene som kommer hit er ganske presset.	-2	+1	-1
12	Min fagbakgrunn gjør meg i stand til å rettlede pasienter til å ta de riktige valgene og se fremover.	+1	+1	+2
13	Hvis noen forteller meg hva jeg skal gjøre, mister jeg motivasjonen min.	-4	0	-1
14	Det er ikke viktig for meg å vite pasienter synspunkt før jeg tar en avgjørelse, jeg vet hva som er den beste løsningen.	-5	-5	-3
15	Jeg får i stor grad bruke min faglige og sosiale kompetanse fritt, i samhandling med pasienter.	+3	+5	+3
16	Jeg liker ikke ansvaret som ligger på meg i det å ha innflytelse på en så konkret måte som jeg har i denne jobben.	-2	-2	0
17	Gjensidighet hører til de sjeldne øyeblikk, noen kontrollerer alltid det andre har behov for.	-1	-3	0

18	Jeg opplever at systemer og strukturer er for rigide og lite fleksible. De virker mot sin hensikt, og hemmer meg i mitt arbeid.	-1	+1	-2
19	Jeg inngår ofte kompromiss, og får ikke utøvd jobben min på det jeg mener er best tenkelig måte.	-1	-2	+2
20	I møte med pasienter fremstår jeg som den erfarne som viser den uerfarne til rette.	-2	-3	-3
21	Det er ubehagelig å kunne definere hva som er virkelighet for pasienter og ikke.	-2	+1	+4
22	Jeg opplever kontrollaspektet som mindre synlig enn hjelpeaspektet i denne jobben.	0	+2	+1
23	De øvrige regler og rutiner som finnes overfor både pasienter og personell gjør det enklere for oss å utvikle et tillitsfullt og likeverdig forhold.	+1	-1	0
24	Pasienter står i et avhengighetsforhold til oss (yrkesutøvere) som gjør at vi aldri kan bli likestilte.	+2	-2	-1
25	Idealet i en relasjon er at man skal være gjensidige, men det er man ikke her. Pasienter må være her, og de må forholde seg til meg på en eller annen måte. Det beste jeg kan gjøre er å oppnå et tillitsforhold.	+1	-3	0
26	Pasienter er avhengige av de ressurser som jeg besitter og kontrollerer. De drar nytte av dem.	0	0	+1
27	Det er viktig ” å snakke samme språk” som pasienter. Jeg er hele tiden oppmerksom på bruken av fagspråk og diagnoser.	+4	+3	-2
28	Jeg opplever å må se at pasienter har det vondt, uten at jeg har mulighet til å gjøre noe med det.	-4	+3	+3
29	Mye av den kontrollen vi besitter på avdelingen kan forstås som nødvendige strukturelle rammer.	+2	0	+5
30	Jeg involverer pasienter i alle beslutninger som omhandler dem.	+3	+3	+4
31	Jeg har i noen situasjoner tenkt at ” dette er jeg ikke med på, dette vil jeg ikke være med på”... og så er jeg med på det likevel til syvende og sist.	-3	-1	+4
32	Jeg strever ikke etter å skape et tillitsforhold til pasienter, enten så er det der eller så er det der ikke.	-3	-5	+2
33	Denne yrkesrollen innehar noen strukturelle kontrollaspekter som jeg skulle ønske ikke var der.	0	0	0
34	Det er helt nødvendig med rammer og rutiner som legger føringer for dagens agenda. Vi hadde ikke klart oss uten.	+2	-2	0
35	Det at jeg har innflytelse og mulighet til å pålegge ved å være ansatt i denne jobben, ser jeg på dom nødvendig.	0	-1	+1

36	Vi har alle mulighet til å påvirke, de regler og rutiner som finnes er ikke absolutt.	+2	+2	+1
37	Min yrkesrolle setter meg i en dominerende stilling med høyere status og mer autoritet enn hos pasienter. Denne ulikheten er nødvendig og legger grunnlaget for vår samhandling.	-3	-3	-4
38	Hvis jeg forteller pasienter hva de skal gjøre og hva som er til det beste for dem, retter de seg etter dette.	-3	-4	-3
39	Det personlige hører ikke hjemme i min arbeidssituasjon. Jeg utleverer aldri noe om meg selv til pasienter.	-5	-4	-1
40	Autoritet kan skape negative assosiasjoner, men den autoriteten jeg har i denne jobben er et gode.	0	+1	-3
41	Vi må overvåke pasienter, som en forutsetning for å hjelpe.	-1	-4	-5
42	Jeg liker ikke tanken på at regler og rutiner skal legge føringer for min arbeidshverdag.	-1	0	-2
43	Gjennom dialog og kommunikasjon påvirker jeg pasienter, skaper handlings- og atferdsendringer.	+5	+3	+5
44	Jeg ønsker ikke å fremtre som en ekspert overfor pasienter.	+2	0	0
45	Jeg liker ikke å være i en posisjon hvor pasienter trenger hjelp fra meg til å komme seg gjennom hverdagen.	-1	-1	-4
46	Gjensidighet forventes eller tilstrebes ikke i møte med pasienter.	-2	-1	-1
47	Jeg må utlevere litt av meg selv i møte med pasienter, ingen får tillit kun til den profesjonelle fasaden.	+4	+4	+1
48	God profesjonalitet er å være i stand til å være personlig i møte med pasienter.	0	+5	-1

Vedlegg 7: Q-sorteringsmønster for de tre faktorene

Faktor 1:

Helt uenig

Helt enig

-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5

14	2	31	11	17	3	4	24	5	6	1
39	13	32	16	18	8	7	29	9	27	43
	28	37	20	19	22	10	34	15	47	
		38	21	41	26	12	36	30		
			46	42	33	23	44			
				45	35	25				
					40					
					48					

Faktor 2:

Helt uenig

Helt enig

-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5

14	38	17	8	2	3	10	4	27	1	15
32	39	20	16	23	5	11	6	28	9	48
	41	25	19	31	13	12	7	30	47	
		37	24	35	26	18	22	43		
			34	45	29	21	36			
				46	33	40				
					42					
					44					

Faktor 3:

Helt uenig

Helt enig

-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5

2	6	14	7	11	9	4	3	1	21	29
41	37	20	8	13	16	22	10	5	30	43
	45	38	18	24	17	26	12	15	31	
		40	27	39	23	35	19	28		
			42	46	25	36	32			
				48	33	47				
					34					
					44					

Vedlegg 8: Distinguishing statements

Distinguishing statements er utsagn som er sortert signifikant forskjellig i de ulike faktorene, og som dermed er med på å skape forskjeller mellom faktorene.

Alle utsagnene er signifikante på 0,05- nivå ($p < .05$), og de som er merket med * er også signifikante på 0,01- nivå ($p < .01$).

Distinguishing statements Faktor 1:				
Nr	Utsagn	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1*	Myndiggjøring av pasienter er en viktig prosess. Vi må la dem beholde mest mulig kontroll og innflytelse på egen situasjon.	+5	+4	+3
29*	Mye av den kontrollen vi besitter på avdelingen kan forstås som nødvendige strukturelle rammer.	+2	0	+5
34	Det er helt nødvendig med rammer og rutiner som legger føringer for dagens agenda. Vi hadde ikke klart oss uten.	+2	-2	0
44	Jeg ønsker ikke å fremtre som en ekspert overfor pasienter.	+2	0	0
24*	Pasienter står i et avhengighetsforhold til oss (yrkesutøvere) som gjør at vi aldri kan blir likestilte.	+2	-2	-1
8	Jeg er helt avhengig av å ha planer og retningslinjer å jobbe etter.	0	-2	-2
41*	Vi må overvåke pasienter, som en forutsetning for å kunne hjelpe.	-1	-4	-5
21*	Det er ubehagelig å kunne definere hva som er virkelighet for pasienter og ikke.	-2	+1	+4
31	Jeg har i noen situasjoner tenkt at ” dette er jeg ikke med på, dette vil jeg ikke være med på”... og så er jeg med på det likevel til syvende og sist.	-3	-1	+4
32	Jeg strever ikke etter å skape et tillitsforhold til pasienter, enten så er det der eller så er det der ikke.	-3	-5	+2
28*	Jeg opplever å må se at pasienter har det vondt, uten at jeg har mulighet til å gjøre noe med det.	-4	+3	+3
13*	Hvis noen forteller meg hva jeg skal gjøre, mister jeg motivasjonen min.	-4	0	-1
Distinguishing statements Faktor 2:				
Nr	Utsagn	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
15	Jeg får i stor grad bruke min faglige og sosiale kompetanse fritt, i samhandling med pasienter.	+3	+5	+3
48*	God profesjonalitet er å være i stand til å være personlig i møte med pasienter.	0	+5	-1
21	Det er ubehagelig å kunne definere hva som er	-2	+1	+4

	virkelighet for pasienter og ikke.			
11	Jeg tror det ligger mange muligheter i det at de menneskene som kommer hit er ganske presset.	-2	+1	-1
18*	Jeg opplever at systemer og strukturer er for rigide og lite fleksible. De virker mot sin hensikt, og hemmer meg i mitt arbeid.	-1	+1	-2
42	Jeg liker ikke tanken på at regler og rutiner skal legge føringer for min arbeidshverdag.	-1	0	-2
29*	Mye av den kontrollen vi besitter på avdelingen kan forstås som nødvendige strukturelle rammer.	+2	0	+5
5*	Som yrkesutøver og profesjonell har vi en overordnet posisjon enten vi liker det eller ikke.	+3	0	+3
2*	Krav, i form av regler og rutiner, kommer i veien for en tillitsfull relasjon til pasienter.	-4	-1	-5
31	Jeg har i noen situasjoner tenkt at ” dette er jeg ikke med på, dette vil jeg ikke være med på”... og så er jeg med på det likevel til syvende og sist.	-3	-1	+4
25	Idealet i en relasjon er at man skal være gjensidige, men det er man ikke her. Pasienter må være her, og de må forholde seg til meg på en eller annen måte. Det beste jeg kan gjøre er å oppnå et tillitsforhold.	+1	-3	0
32	Jeg strever ikke etter å skape et tillitsforhold til pasienter, enten så er det der eller så er det der ikke.	-3	-5	+2
14	Det er ikke viktig for meg å vite pasienters synspunkt før jeg tar en avgjørelse, jeg vet hva som er den beste løsningen.	-5	-5	-3
Distinguishing statements Faktor 3:				
Nr	Utsagn	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
29*	Mye av den kontrollen vi besitter på avdelingen kan forstås som nødvendige strukturelle rammer.	+2	0	+5
31*	Jeg har i noen situasjoner tenkt at ”dette er jeg ikke med på, dette vil jeg ikke være med på”... og så er jeg med på det likevel til syvende og sist.	-3	-1	+4
21	Det er ubehagelig å kunne definere hva som er virkelighet for pasienter og ikke.	-2	+1	+4
32*	Jeg strever ikke etter å skape et tillitsforhold til pasienter, enten så er det der eller så er det der ikke.	-3	-5	+2
19*	Jeg inngår ofte kompromiss, og får ikke utøvd jobben min på det jeg mener er en best tenkelig måte.	-1	-2	+2
47*	Jeg må utlevere litt av meg selv i møte med pasienter, ingen får tillit kun til den profesjonelle fasaden.	+4	+4	+1
9	Denne jobben handler også om at jeg vet hva som er mulig for pasienter, jeg kjenner systemet og hvilke rettigheter pasienter har. Jeg kan hjelpe.	+3	+4	0
39*	Det personlige hører ikke hjemme i min arbeidssituasjon. Jeg utleverer aldri noe om meg selv til pasienter.	-5	-4	-1

7*	Innenfor alle forhold og relasjoner er det noen som påvirker og noen som blir påvirket.	+1	+2	-2
27*	Det er viktig ”å snakke samme språk” som pasienter. Jeg er hele tiden oppmerksom på bruken av fagspråk og diagnoser.	+4	+3	-2
40	Autoritet kan skape negative assosiasjoner, men den autoriteten jeg har i denne jobben er et gode.	0	+1	-3
6*	Utfordringen min er å møte pasienten på hans/hennes ståsted, men pasienten må også lære meg å kjenne. Vi må inkludere hverandre og skape et tillitsfullt forhold.	+4	+2	-4

Vedlegg 9: Consensus statements

Utsagn som ikke er sortert signifikant ulikt av de ulike faktorene, og dermed ikke er med på å skape forskjell mellom faktorene.

Alle utsagnene er ikke-signifikante på 0,01- nivå ($p < .01$), og de som er merket med * er også ikke- signifikante på 0,05- nivå ($p < .05$).

Nr	Utsagn	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
3	Det er viktig for meg at de meningene og inntrykkene jeg har dannet meg kommer godt til syne, slik at pasienter vet hva jeg forventer av dem. Hva jeg er fornøyd med og hva jeg mener at vi må jobbe ekstra med.	0	0	+2
4*	Jeg liker ikke å definere min egen yrkesutøvelse som makt.	+1	+2	+1
10*	I møte med pasienter er det viktig for meg å framstå som selvstendig og sterk slik at de kan føle seg trygge, og stole på at jeg gjør en god jobb.	+1	+1	+2
12*	Min fagbakgrunn gjør meg i stand til å rettlede pasienter til å ta de riktige valgene og se fremover.	+1	+1	+2
16	Jeg liker ikke ansvaret som ligger på meg i det å ha innflytelse på en så konkret måte som jeg har i denne jobben.	-2	-2	0
17	Gjensidighet hører til de sjeldne øyeblikk, noen kontrollerer alltid det andre her behov for.	-1	-3	0
20*	I møte med pasienter fremstår jeg som den erfarne som viser den uerfarne til rette.	-2	-3	-3
26*	Pasienter er avhengige av de ressurser som jeg besitter og kontrollerer. De drar nytte av dem.	0	0	+1
30	Jeg involverer pasienter i alle beslutninger som omhandler dem.	+3	+3	+4
33*	Denne yrkesrollen innehar noen strukturelle kontrollaspekter som jeg skulle ønske ikke var der.	0	0	0
35	Det at jeg har innflytelse og mulighet til å pålegge ved å være ansatt i denne jobben, ser jeg på som nødvendig.	0	-1	+1
36*	Vi har alle mulighet til å påvirke, de regler og rutiner som finnes er ikke absolutte.	+2	+2	+1
37*	Min yrkesrolle setter meg i en dominerende stilling med høyere status og mer autoritet enn hos pasienter. Denne ulikheten er nødvendig og legger grunnlaget for vår samhandling.	-3	-3	-4
38*	Hvis jeg forteller pasienter hva de skal gjøre og hva som er det beste for dem, retter de seg etter dette.	-3	-4	-3

42	Jeg liker ikke tanken på at regler og rutiner skal legge føringer for min arbeidshverdag.	-1	0	-2
43*	Gjennom dialog og kommunikasjon påvirker jeg pasienter, skaper handlings- og atferdsendring.	+5	+3	+5
44	Jeg ønsker ikke å fremtre som en ekspert overfor pasienter.	+2	0	0
45*	Jeg liker ikke å være i en posisjon hvor pasienter trenger hjelp fra meg til å komme seg gjennom hverdagen.	-1	-1	-4
46*	Gjensidighet forventes eller tilstrebes ikke i møte med pasienter.	-2	-1	-1

Vedlegg 10: Reliabilitet

Faktorkarakteristikker:

	Faktorer		
	1	2	3
Antall definerende variabler	6	5	2
Gjennomsnittlig reliabilitetskoeffisient	0,800	0,800	0,800
Kompositt- reliabilitet	0,960	0,952	0,889
Faktorskårenes standardfeil	0,200	0,218	0,333

Standardfeilen til forskjellene i normaliserte faktorskårer:

(Diagonalen markerer standardfeilen innad i faktorene)

Faktor	1	2	3
1	0,283	0,296	0,389
2	0,296	0,309	0,398
3	0,389	0,398	0,471

