

# «Empowerment» og pasientstyrking – et undervisningsopplegg



Kommentar  
og debatt

«Empowerment» handler om å mobilisere og styrke folks egne krefter, samt å nøytralisere krefter som bevirker avmakt. Dette er nødvendig for at pasienter skal bli friske og beholde helsen, og ofte for å motvirke effekten av samfunnsbetinget undertrykkning, som fra tid til annen videreføres i medisinsk praksis. Undertrykkningsteori kan hjelpe leger å forstå hvordan marginalisering og diskriminering foregår, og hvordan dette kan ha betydning for helse og helsevesenet.

Vi ønsket å sette dette på dagsordenen for legestudentene i Bergen og utviklet et undervisningsopplegg om empowerment og helsetjenester til marginaliserte grupper. Vi valgte lesbiske kvinner som eksempel.

Teoretisk rammeverk, utforming, implementering og erfaringer fra åtte undervisningssesjoner presenteres og drøftes. Undervisningsopplegget kan tilpasses andre marginaliserte grupper – X – forutsatt at mennesker fra gruppen X selv deltar i planlegging og undervisning. Slik kan det sørafrikanske slagordet «Nothing about me without me» introduseres også i medisinsk undervisning om sosiale og medisinske maktstrukturer. Kunnskap om makt, en styrkende holdning samt ferdigheter i å hjelpe pasienten til å motvirke avmaktsfremmende krefter er viktig for at folk skal bli friske og beholde helsen.

Pasientens egne krefter og opplevelse av mestring er en sentral bestanddel i alle helbredelsesprosesser. Legens viktigste virkemidler er å understøtte og styrke det syke menneskets kroppslige og sjelelige ressurser (1, 2). Men legen kan også bidra til å svekke individet, kanskje uten å forstå det selv (3). I denne artikkelen vil vi utdype og konkretisere dette gjennom et undervisningsopplegg som inviterer legestudenter til å reflektere over spørsmål om makt i medisinsk teori og praksis. Vi beskriver og drøfter teorigrunnlag, utforming, implementering og erfaringer fra vår undervisning om helsetjenester til marginaliserte grupper, eksemplifisert med kvinner som lever lesbisk.

---

Janecke Thesen

janecke.thesen@isf.uib.no

Kirsti Malterud

Seksjon for allmennmedisin

Universitetet i Bergen

Ulriksdal 8C

5009 Bergen

---

## Empowerment – styrke egne krefter og nøytralisere motkrefter

Et sentralt begrep i vår forståelse av balansen mellom pasientens egne krefter og medisinsens makt er «empowerment». Vi har ikke lyktes i å finne en dekkende norsk oversettelse og velger derfor foreløpig å bruke den engelskspråklige betegnelsen. Begrepet er mangetydig og debatteres hyppig, bl.a. innlegg her i Tidsskriftet siste år (4, 5). Selv om begrepene empowerment og styrking i stor grad overlapper hverandre, er de ikke synonyme. For å kunne snakke om empowerment er det ikke nok å styrke pasienten, det er også nødvendig å forholde seg til motkrefter som bevirker avmakt. Et kjent eksempel er mobbing: Styrking av mobbeofferet uten å iverksette tiltak beregnet på selve mobbekulturen er utilstrekkelig hjelp.

Empowerment-begrepet oppstod i USA i 1960-årene i «the new social movements» (6, 7): Stigmatiserte grupper (etniske minoriteter, fargede, homofile og lesbiske, kvinner, funksjonshemmede) begynte å kjempe for menneskerettigheter og respekt. Her betyr empowerment det omvendte av undertrykkning, og handler om mobilisering og styrking av egne krefter parallelt med nøytralisering av motkrefter (8). Denne betydningen av empowerment fastholder vi i det følgende, vel vitende om at det finnes alternative fortolkninger. En vanlig norsk oversettelse er f. eks. «å bemyndige, gi makt til, sette en i stand til» (9). Her settes søkelyset på det en mektig aktør kan gjøre med en mindre mektig, nemlig bemyndige. Man overser imidlertid at individet selv kan mobilisere og ta i bruk krefter som ikke nødvendigvis skjenkes ham av andre.

I medisin og helsefag brukes ofte empowerment-begrepet synonymt med det engelske «patient education». Påvirkning av livsstil skal bidra til å styrke pasientene i å nå mål som andre har satt for dem – kanskje på bekostning av det de selv synes er viktig.

Slike strategier handler mer om etterlevelse (compliance) enn om frigjøring på egne premisser (10). Empowerment-begrepet har også vært brukt som et kostnadsreducerende grep via egenomsorg: Ved å «empower» pasienter blir de mindre avhengige av helsevesenet og dermed billigere for samfunnet.

Forskning viser at empowerment kan gi bedre helse (11). For oss er imidlertid etiske dimensjoner vel så sterke argumenter for empowerment i medisinsk praksis.

### Undertrykkingsprosesser

Undertrykking kan oppstå når noen skiller ut fra de «normale». De identifiseres som medlemmer av en gruppe, som en av «de andre». Det er virkeligheten for de «normale» som tas for gitt, mens «de andre» er særtilfeller som vi kan sette spørsmålstegn ved og kreve begrunnelser for. Grunnlaget for undertrykking er lagt når egenskapene som gjør noen til «de andre» har negativ valør hos de såkalte normale – et stigma (12). Resultatet av slik stigmatisering kan være diskriminering, slik vi for eksempel ser det ved psykiske lidelser (13). Et oversiktskart over slike prosesser gis i figur 1 (14–16).

### Medisinere som grensevakter

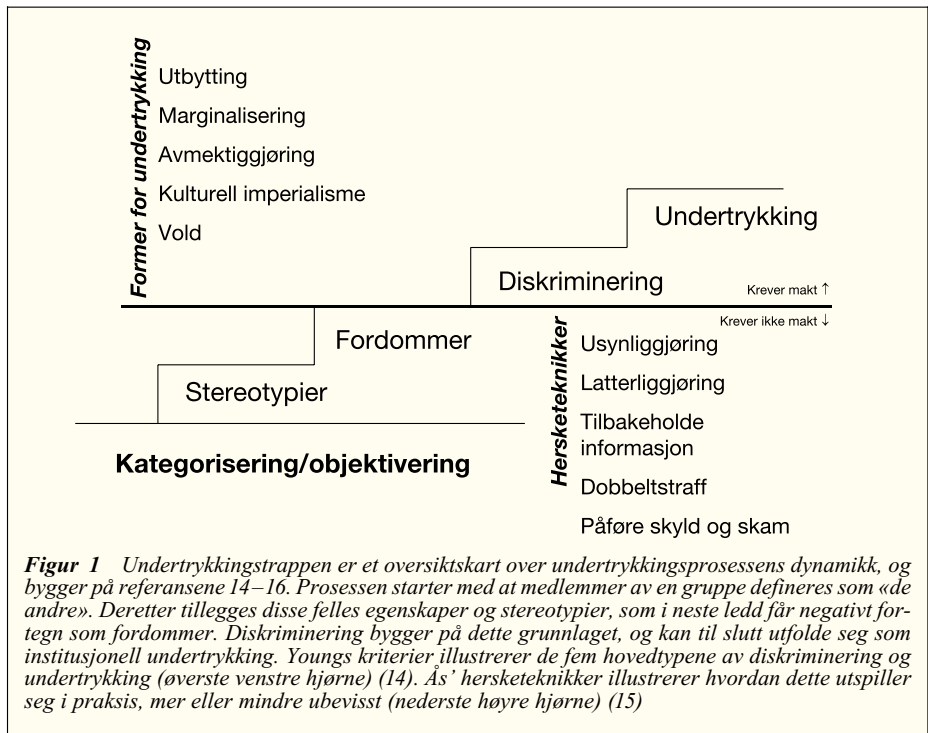
I figur 2 skisseres grensene mellom «de normale» og «de andre» i vårt samfunn. Medisinere har ofte vært premissleverandører for å definere sosiale og kulturelle avvik, via begrepsformulering, behandlingsutforming eller diskriminerende praksis knyttet til etnisitet, kjønn, seksualitet og politiske stigma. Her følger noen eksempler.

#### Etnisitet

Rase er ingen entydig eller biologisk logisk kategori (17). På tross av dette var medisinere sentrale i å utforme rasebegrepet og andre kategorier som har dannet grunnlaget for rasisme og etnisk diskriminering. Diagnosen draepotomani betegner f.eks. en slave som har en sykkelig tendens til å forsøke å rømme fra sin herre (18).

Samene har vært utsatt for overgrep fra den øvrige norske befolkningen. Nylig returnerte Universitetet i Oslo skjelettdeler fra avdøde samer. De hadde vært arkivert som medisinsk forskningsmateriale, i stedet for å bli begravet (19).

Innvandrere i Norge utsettes for gruppebasert forskjellsbehandling av helsevesenet. Så sent som i 1997 skrev en overlege i et brev til en primærlege følgende: «Du har søkt om innleggelse for NN. Som vedlegg foreligger en fylldig redegjørelse. Behandlingstilbudet på XX sykehus er erfaringsmessig av svært begrenset verdi for fremmedkulturelle med kronisk smerteproblematikk. Som regel blir det bare frustrerende både for pasienten, og dessverre også for personalet. Man har lignende erfaringer fra YY institusjon, og vi har derfor valgt å gi avslag ved denne typen henvendelser.»



**Figur 1** Undertrykkingstrappen er et oversiktskart over undertrykkingsprosessens dynamikk, og bygger på referansene 14–16. Prosessen starter med at medlemmer av en gruppe defineres som «de andre». Deretter tillegges disse felles egenskaper og stereotypier, som i neste ledd får negativt fortegn som fordommer. Diskriminering bygger på dette grunnlaget, og kan til slutt utfolde seg som institusjonell undertrykking. Youngs kriterier illustrerer de fem hovedtypene av diskriminering og undertrykking (øverste venstre hjørne) (14). As' hersketeknikker illustrerer hvordan dette utspiller seg i praksis, mer eller mindre ubevisst (nederste høyre hjørne) (15)

#### Politisk stigma

Krigsbarn, født av «tyskertøser», ble gjenstand for medisinsk interesse etter krigen. Ørnulf Ødegaard, professor i psykiatri, offentlig utnevnt i 1945 til å utrede forhold om krigsbarn, uttalte bl.a.: «Antar man rent skjønnsmessig at halvparten av de pikene (mødrene) det gjelder er arvemessig mindreverdige, skulle man måtte regne med at om lag 2500 av de 9000 barn har arvet sjelelige defekter (særlig åndssvakhet) som selv ikke den omhyggeligste oppdragelse eller det beste miljø vil kunne rette på i særlig grad. En må regne med at en større del enn normalt av krigsbarna er åndssvake og psykopater; eller på annen måte arvelig belastet...» (20).

#### Kjønn

Til tross for idealer om kjønnsnøytralitet og likestilling behandler medisinen menn og kvinner forskjellig. Ved koronarsykdom gjennomgår menn flere undersøkelser og terapeutiske inngrep enn kvinner (21). Symptombeskrivelser fra kvinner tillegges oftere en psykososial betydning enn tilsvarende beskrivelser fra menn (22). Samtidig gjøres kjønn usynlig – mannen regnes som det medisinske normalmennesket (23). Nyere forskning viser at kvinner får hjerteinfarkt på en annen måte enn menn. Symptomene passer dårligere overens med læreboken, og den diagnostiske teknologi er bedre egnet til å identifisere endringer hos menn enn hos kvinner (24). Resultatet blir at kvinner får dårligere behandling.

#### Seksualitet

De gamle grekere så på seksuelt samvær mellom menn som en del av normal seksua-

litet (25). Det var medisinere som først lanserte begrepet homoseksualitet på slutten av det 19. århundre. I 1886 skrev Richard von Krafft-Ebing, professor i psykiatri i Wien, boken *Psychopathia Sexualis* (26). Her forklarer han homoseksualitet som en sykdom, med referanse til B.A. Morels medisinske teorier om degenerasjon. I 1940 uttalte professor i psykiatri Gabriel Langfeldt: «Ved homoseksualitet stilles den sakkynndige overfor den oppgave å avgjøre om homoseksualiteten kan antas å være betinget av et patologisk anlegg eller om den kan tenkes å være ervervet. (...) Bragt på det rene at det dreier seg om en anleggsmessig homoseksuell, er recidivfaren stor og det blir neppe tale om annet enn internering eller kastrasjon» (27).

Det er mange år siden kategoriene homofil og lesbisk ble tatt ut av internasjonale og norske diagnoselister. Vi ser likevel fortsatt at leger uttaler seg med faglig tyngde om emnet.

### Fra teori til pedagogisk praksis

#### Motiver og bakgrunn

Vi ønsket å omsette våre tanker om medisinsk makt til pedagogisk praksis. Vi tok utgangspunkt i ettertanker omkring egen legerolle i møte med pasienter gjennom mange års allmennpraksis, livserfaring fra både overordnede og underordnede posisjoner og i funn fra egen forskning om psykiatriske langtidspasienter og om kvinners helse.

Fra våre lesbiske liv hadde vi selv erfart mange aspekter ved majoritetssamfunnet som den heterofile ikke behøver å skjenke en tanke, for eksempel når vi selv søkte helsehjelp. Fra vår egen forskning hadde vi sett hvordan medisinsens maktstrukturer kan forsterke samfunnsbetinget undertrykking og

avmakt (28, 29). Vi ønsket å skape et refleksjonsrom der kommende leger kunne få anledning til å tenke igjen om sin egen rolle overfor pasienter fra marginaliserte grupper.

Førsteforfatteren hadde arbeidet spesielt med brukermedvirkning med psykiatriske pasienter, og sett med egne øyne hvordan samtalen endres når man slutter å snakke om personer med store psykiske lidelser i et forum der de ikke er til stede, og begynner å snakke med dem i fora der de er til stede og har innflytelse (29, 30).

Annenforfatteren hadde omfattende erfaring med formidling av helsefaglig stoff om homofile og lesbiske (31, 32). 25 foredrag, kurs og dagsseminar for leger, helsesøstre og sosionomer ble gjennomført på vegne av Oslo helseråds rådgivningstjeneste for homofile i slutten av 1970-årene. Senere erfaringer fra forskning og undervisning om kronisk sykdom hos kvinner var også nyttig.

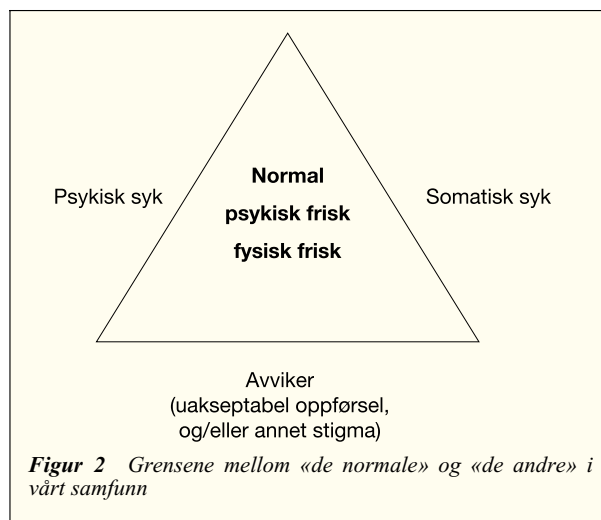
## Undervisningsopplegget

### Utforming og implementering

Vi utformet et to timers undervisningsopplegg om pasientstyrking og helsetjenester til marginaliserte grupper i allmennmedisinsk hovedtermin for siste års legestudenter i Bergen. Undervisningen har vært gjennomført åtte ganger i perioden 1998–2000. Vi ønsket ikke å snakke om grupper som ikke selv var representert i rommet, og valgte derfor som vårt eksempel en marginalisert gruppe vi selv tilhører, nemlig lesbiske. Opplaget består av en generell innføring i undertrykkings teori, et avsnitt om medisinske behov hos lesbiske og en samtale om lesbisk liv og mangfold.

Innføringen i undertrykkings teori starter med presentasjon av historiske eksempler der leger har fungert som samfunnets grensevakter (fig 2). Deretter får studentene et oversiktskart over undertrykkingsprosessen dynamikk (fig 1). Prosessen starter med at medlemmer av en gruppe defineres som «de andre», deretter tillegges disse felles egenskaper og stereotypier, som i neste ledd får negativt fortegn som fordommer og diskriminering, og til slutt kan utfolde seg som institusjonell undertrykkning (fig 1). Youngs kriterier illustrerer de fem hovedtypene av diskriminering og undertrykkning (fig 1, øverste venstre hjørne) (14). For å vise hvordan dette utspiller seg i praksis, mer eller mindre ubevisst, presenterer vi Ås' hersketeknikker (fig 1, nederste høyre hjørne) (15).

Vi beskriver lesbisk liv i et innenfraperspektiv, og forklarer vanlige begreper som eksempelvis «å komme ut». Vi beskriver ulike aspekter av lesbisk seksualitet, konkretisert ved omtale av sikker sex og svangerskapskontroller. Vi gjennomgår hva som er sikker kunnskap om spesielle medisinske



behov hos lesbiske, og synliggjør de spesielle forskningsmetodologiske utfordringene i feltet. Vi viser hvordan misforståelser med viktige medisinske konsekvenser kan oppstå når legen bruker et språk som ikke gir pasienten rom eller trygghet nok til å fortelle om sin kvinnelige partner. Eksempler kan f.eks. være den lesbiske «enke» som ikke får fortalt om bakgrunnen for sin depresjon eller økonomiske ruin, den seksuelt aktive lesbiske som får p-pilleresept i stedet for tilpassede råd angående risikoatferd, den gravide lesbiske som oppfattes som alenemor uten å få sin livsledsager og medforelder anerkjent. Vi gir eksempler fra medisinsk hverdagspraksis på hvordan slik ubetenksomhet kan fungere som hersketeknikker, og hva som kan være alternative samhandlingsmåter i møte med forskjellige pasienter.

Vårt mål er å vise studentene at pasientstyrking og empowerment forutsetter at legen blir bedre kjent med sine egne fordommer og hersketeknikker. Kunnskap om ulike marginaliserte grupper kan skjerpe blikket for spesifikke undertrykkingsmønstre som pasientene møter ellers i hverdagen og stor-samfunnet. Dette er forutsetningen for at leger kan motarbeide en underliggende risiko for reproduksjon av disse undertrykkingsmønstrene, og for å utvikle solidaritet med pasienter og pasientgrupper i deres kamp for å bekjempe fordommer og diskriminering.

Undervisningen skjer i grupper på 10–30 studenter med samtale og diskusjon i plenum. Vi er to forelesere, skifter roller fra lesbisk til lege oss imellom, bruker rollespill, videoeksempler, erfaringsbaserte øvelser og summing. Diskusjonen med studentene kan ta helt forskjellig retning, alt fra Kirkens holdning til homofile eller om allmennmedisinske samtaleteknikker som kan gi pasienten et trygt rom til å fortelle hvem hun er. Vi forsøker å være åpne og personlige, men ikke private, når vi deler både vår livserfaring og vår kliniske erfaring med studentene. Vi presser ingen til å røpe ev. egen tilhørighet til en marginalisert gruppe. Ingen av de ca. 140 studentene som har møtt på under-

visningen, har identifisert seg i plenum som homofile, lesbiske eller tilhørende andre grupper med usynlig stigma. Eksamensoppgaver fra dette feltet dukker fra tid til annen opp som en integrert del av seksjonens oppgavesett.

### Erfaringer

Å undervise på denne måten er spennende og krevende. Etter forelesningene merker vi at det å bruke personlig innhold fra eget liv som råstoff i undervisningen krever innsats og ressurser.

Studentene har evaluert opplegget muntlig og skriftlig på slutten av semesteret sammen med resten av undervisningen. Flere har bemerket

at overskriften ikke dekker innholdet i undervisningen (undervisning om lesbiske er noe annet enn hvordan styrke pasienten, som er tittelen som oppgis i timeplanen), og at emnet ikke er særlig relevant. Vi vet imidlertid ikke om de kritiske røstene tilhører de som har vært til stede på undervisningen.

I tillegg har vi gjennomført anonymisert skriftlig evaluering med spørreskjema umiddelbart etter sju av de åtte undervisningsseksjonene, med svar fra 122 av 130 fremmøtte studenter på evaluerte undervisningsseksjoner (fremmøteprosent 67, som er et høyt tall for ikke-obligatorisk undervisning, av disse svarprosent 94). Av disse 122 svarer 112 (92%) ja på at undervisningen er nyttig i deres fremtidige virke som leger, ingen svarer nei, og ti svarer slik at vi har klassifisert svaret som tja. Vi har fått mye positivt tilbake på måten vi bruker oss selv i undervisningen og positiv respons på det pedagogiske opplegget, selv om flere etterlyser mer tid til diskusjon:

«Tøft av dere å bruke så mye av deres egne personer/erfaringer i undervisningen. Likevel godt balansert slik at det ikke ble ubehagelig personlig.»

«Veldig bra og nyttig med ikke bare fak-takunnskap (som vi er vant med nå for tiden).»

«Jeg synes spesielt overføringsverdien fra lesbiske til andre «de andre-grupper» var stor og kom godt frem.»

Av de negative kommentarene ser vi at flere mener det blir for mye om det lesbiske og for lite om andre pasientgrupper, f.eks. rusmisbrukere, innvandrere eller psykiatriske pasienter. Videre etterlyser flere studenter konkrete «oppskrifter» på hvordan styrke pasienten i praksis.

«Gjerne mer om fordommer i forhold til minoritetsgrupper – hvordan stille åpne spørsmål uten å støte/isolere noen.»

«Jeg skulle ønske meg mer konkrete «råd/verktøy» til å få pasienter til å snakke om sine problemer ved å være lesbisk/homofil. Og råd til hvordan hjelpe dem i deres situasjon.»

«Lesbisk korstog?»

## Diskusjon

### Forutsetninger og overførbarhet

Våre erfaringer, studentenes evalueringer og behovet for slik kunnskap innen medisinen gir oss lyst til å videreutvikle opplegget, og så for leger i videre- og etterutdanning. Med større ressurser kunne vi utvikle liknende opplegg om andre marginaliserte grupper, eksempelvis adoptivbarn fra ikke-vestlige land, rusmisbrukere, homofile menn, samer, mishandlede kvinner, asylsøkere, fargede innvandrere, prostituerte. Hovedstrukturen i undervisningsmodellen kan enkelt tilpasses en hvilken som helst gruppe X:

- Undertrykkingssteori – generelt. Kan ivaretas av spesielt interesserte og oppdaterte medisiner
- Spesielle medisinske behov og helsetjenester til X. Kan ivaretas av spesielt interesserte og oppdaterte medisiner
- Livet som X. Kan bare ivaretas av representanter for X, ev. supplert med litteratur, noveller, film osv.

Skal vår intensjon ivaretas, må imidlertid både utvikling og gjennomføring av undervisningen skje i en gruppe der representanter for X er like innflytelsesrike som legene. I dagens opplegg om lesbiske kan vi selv ivareta både rollen som medisinske eksperter og som lesbiske.

I et opplegg om for eksempel rusmisbrukere måtte vi utviklet undervisningen sammen med to eller flere rusmisbrukere som også var aktivt til stede i selve undervisningsrommet. Vårt inntrykk er at jo mer vi bygger inn eksempler om andre marginaliserte grupper i dagens opplegg, desto mer populær blir undervisningen. Problemet er imidlertid at vi da blir eksperter som omtaler «de andre» uten at de er til stede, og at diskusjon knyttet til det aktuelle eksempel blir overfladisk.

Nussbaum beskriver hvordan hun i arbeidet med å implementere undervisningsopplegg om seksualitet ble antatt selv å være lesbisk. Slik kunne et viktig mål for undervisningen – sosial rettferdighet for marginaliserte grupper – omgjøres til personlig interessekamp og dermed utdefineres som legitimt tema (25). Vi har valgt den omvendte strategien, og understreker vårt lesbiske liv som ett av flere mulige eksempler på sosial urettferdighet og undertrykking, der medisinen kan forsterke undertrykkende krefter i kulturen.

Vi vil også peke på noen andre forhold som vi oppfatter som forutsetninger for gjennomførbarhet:

- En positiv holdning i det lokale fagmiljøet. Ved Seksjon for allmennmedisin ble opplegget ønsket velkommen fra første dag. Dersom man må slåss for å få gjennom et slikt opplegg, kan det bli for tungt.
- Eksamensoppgaver fra dette undervisningsfeltet må komme med uforutsigbare intervaller, slik at studentene ikke anser undervisningen som uaktuell.

– Minst to undervisere. Alene kan opplegget oppleves som personlig belastende, og det er nyttig med en refleksjonspartner som kan gi korrektiv i et såpass personlig engasjerende felt. Det er også viktig å være to for å kunne styre gruppeprosessene.

– Pedagogisk kompetanse og erfaring i varierte undervisningsmetoder som ivaretar både kunnskapsformidling og opplevelsesbasert læring.

– Tilstrekkelig faglig og personlig trygghet til å bruke følsomt innhold fra eget liv i undervisningen. Skeptiske studenter og kolleger kan ellers få lett spill med argumenter om at undervisningen er ledd i egen interessekamp eller eksponeringsbehov.

– «Nothing about me without me.» Et slagord fra sørafrikansk frigjøringskamp minner oss om at vi vil tilby et alternativ til tradisjonelle undervisningsopplegg fra legetutdanningen, hvor eksperter forteller eksperter-innspe om håndtering av en gruppe stereotyperte mennesker uten at de er til stede og kan representere seg selv.

– Kontinuerlig evaluering for å fange opp tilbakemeldinger, korrektiv og ideer.

### Kritisk refleksjon – motforestillinger

Er empowerment-tenkning tilstrekkelig relevant til at studentene skal bruke to undervisningstimer på dette, på bekostning av annen klinisk kunnskap? Er studentenes læringsutbytte tilstrekkelig til at det oppveier den personlige belastningen vi opplever som undervisere – og som mennesker fra andre marginaliserte grupper vil oppleve når vi inviterer dem? Vi tror det. Kunnskap om tilfriskningsprosesser og overlevelse (1, 33, 34) styrker viktigheten av å formidle kunnskap om makt og empowerment. Nyere empiri om hvordan diskriminering kan bli helseskadelig aktualiserer behovet for å få dette inn i legetutdanningen (27, 35). Vi mener den personlige belastningen er nødvendig og til å bære dersom den er nøye overveid og selvvalgt.

### Veier videre

Endringsarbeid krever påvirkning av holdninger, ferdigheter og kunnskap. I vårt undervisningsopplegg har vi erfart betydningen av å kombinere refleksjonsfremmende stoff med faktakunnskap og personlig identifikasjon. Ennå vet vi ikke i hvilken grad dette fremmer våre endemål – å bidra til styrking og mobilisering av pasientens krefter samt nøytralisering av de medisinske og samfunnsbetingede motkrefter. Bevisstgjøring er et nødvendig, men neppe tilstrekkelig tiltak. I tillegg kreves praktiske ferdigheter, kliniske strategier og spesifikk kunnskap. Allmennmedisin er et klinisk fagområde som ligger godt til rette for dette i praksis og forskning, særlig innenfor kommunikasjon og konsultasjon (36). Medisinsk makt er imidlertid et fenomen som fortjener utfordring innen alle spesialiteter.

## Litteratur

1. Antonovsky A. Health, stress and coping. New perspective on mental and physical well-being. Washington: Jossey-Bass, 1979.
2. Hollnagel H, Malterud K. Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources. A clinical model for general practice. *Fam Pract* 1995; 12: 423–9.
3. Deegan PE. Spirit breaking: when the helping professions hurt. *The humanistic psychologist* 1990; 18: 301–13.
4. Gulbrandsen P. Styrking – det rette norske begrep for empowerment? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2330.
5. Sørensen M, Graff-Iversen S. Hvordan stimulere til helsefremmende atferd. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 720–4.
6. Shakespeare T. Disabled people's self-organisation: a new social movement? *Disability, handicap and society* 1993; 8: 249–64.
7. Forsberg E, Starrin B, Frigörande kraft. Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetliv. Stockholm: Gothia, 1997.
8. Prilleltensky I, Gonick, L. Politics change, oppression remains: on the psychology and politics of oppression. *Polit Psychol* 1996; 17: 27–148.
9. Clue for Windows, ver 2.8.
10. Anderson JM. Empowering patients: issues and strategies. *Soc Sci Med* 1996; 43: 697–705.
11. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27 (suppl): 110–27.
12. Goffman E. Stigma; notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963.
13. Lyngstad G. Stigma og stigmatisering i psykiatrien – et område som krever innsats? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2178–81.
14. Young IM. Justice and the politics of difference. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990.
15. Ås B. De fem hersketeknikkene – om ufarliggjøring av de undertrykte våpen. I: Ås B. Kvinner i alle land... Håndbok i frigjøring. Oslo: Aschehoug, 1981: 42–69.
16. Women's Institute for leadership development (WILD). Leadership development level B. Boston: WILD, 1997.
17. Westin C. Mångfald, intergration, rasism och andra ord. Stockholm: Socialstyrelsen/CEIFO, 1999: 79.
18. Cartwright S. Diseases and peculiarities of the negro race. De Bow's Review, Southern and Western States, Volume XI, New Orleans, 1851. New York: AMS Press, 1967.
19. Angående «Innstilling fra utvalg for vurdering av retningslinjer for bruk og forvaltning av skjelettmateriale ved Anatomisk institutt». NEM-uttalelse 1998. <http://www.etikkom.no/NEM/98/skjelett.htm> (1.9.2000).
20. Odeen PJ. Oppgjør med en generasjon. *Bergens Tidende* 29.1.1999.
21. Steingart RM, Packer M, Hamm P, Coglianesi ME, Gersh B, Geltman EM et al. Sex differences in the management of coronary artery disease. Survival and Ventricular Enlargement Investigators. *N Engl J Med* 1991; 325: 226–30.
22. Colameco S, Becker LA, Simpson M. Sex bias in the assessment of patient complaints. *J Fam Pract* 1983; 16: 1117–21.
23. Schei B, Nesheim BI. Økt satsing på forskning om kvinners helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1634–6.
24. Storstein L, Bjørnstad H, Hals O, Meen HD. Electrocardiographic findings according to sex in athletes and controls. *Cardiology* 1991; 79: 227–36.
25. Nussbaum M. The study of human sexuality. I: Nussbaum M. Cultivating humanity. A classical defense of reform in liberal education. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997: 222–56.
26. Krafft-Ebing R von. *Psychopathia sexualis*; →

→

with especial reference to the antipathic sexual instinct: a medico-forensic study. (Translated from the twelfth German edition and with an introduction by Franklin S. Klaf; introduction to the Arcade edition by Joseph LoPiccolo; foreword by Daniel Blain.) New York: Little Brown, 1998.

27. Hegna K, Kristiansen HW, Moseng BU. Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn. NOVA-rapport 1/1999. Oslo: NOVA, 1999; 27.

28. Malterud K. Strategies for empowering women's voices in the medical culture. *Health Care for Women International* 1993; 14: 365-73.

29. Thesen J, Kuzel A. Participatory inquiry. I: Crabtree BF, Miller WL, red. *Doing qualitative research*. 2. utg. Thousand Oaks, CA: Sage; 1999.

30. Thesen J. På jakt etter brukerperspektivet i amerikansk psykiatri. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 3156-7.

31. Malterud K, Petersen G. Helseproblemer hos homofile. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1984; 104: 1736-9.

32. Malterud K. Helt alminnelig – og ganske spesielt. Om å leve som lesbisk. *Utposten* 1992; 21: 122-5.

33. Møller LF, Kristensen TS, Hollnagel H. Self-rated health as a predictor of coronary heart disease. 5 years follow-up of 40-year-old Danish men and women. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 423-8.

34. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of 27 community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.

35. Bagley C, D'Augelli AR. Suicidal behaviour in gay, lesbian, and bisexual youth. It's an international problem that is associated with homophobic legislation. *BMJ* 2000; 320: 1617-8.

36. Malterud K, Hollnagel H. Encouraging the strengths of women patients. *Scand J Public Health* 1999; 27: 254-9.

○