

Salutogenese

AV LIV TVEIT WALSETH



Salutogenese betyr opphav til helse. Det salutogene perspektivet er ikke lenger noe nytt. Det er allerede 20–25 år siden sosiologen Antonovsky kom med sine anerkjente studier om salutogenese (1). I sitt arbeid påviste han faktorer på individ- og samfunnsnivå som skaper en helsefremmende holdning. Likevel ser det ut til at medisinen fortsatt har en hang til å konsentrere seg mest om patogenesen, med oppmerksomhet på sykdommen og dens medisinske forklarlige årsaker, virkninger og behandlingsmetoder. Patogenesen er selvsagt viktig og nødvendig, men må ikke utelukke salutogenesen. De to perspektivene er tilnærminger en kan ha klart for seg *samtidig*. Vektleggingen av det ene eller det andre perspektivet vil variere mellom ulike tilstander og ulike pasienter. Ved en tonsilitt vil det for eksempel være mest behov for det patogene perspektivet, mens det ved fibromyalgi kanskje er mest behov for det salutogene perspektivet. En slik mer helhetlig tilnærming til pasienten er en måte å drive allmennmedisin på som er både utfordrende og spennende.

Salutogenese

Opphavet til god helse har med vår holdning til livet å gjøre, vår holdning til å takle det som skjer av uventede og stressende forhold (1). Grunnlaget for vår holdning skapes av de livsbetingelsene vi har. Dette gjelder både psykiske, fysiske og sosiale forhold på individnivå og samfunnsnivå. Livsbetingelsene vil skape ulike motstandsressurser i møte med stress og sykdom. Et sosialt nettverk der en kjenner en stor grad av tilhørighet synes å være spesielt viktig. Det samme gjelder at en er i en sammenheng der det er mulig å forstå det som skjer og der hendelser til en viss grad kan forutses. Det er også vesentlig at en tidlig møter oppgaver som tilsvarer ens eget mestringsnivå. Andre eksempler på forhold som skaper sterke motstandsressurser er god økonomi, høy grad av egostyrke og religionstilhørighet. I tillegg er det salutogene faktorer som kan sammenfattes i gode opplevelser. Dette kan være opplevelse av givende kunst, kulturopplevelser, opplevelsen av noe vakkert, gode samtaler eller et velsmakende måltid og samvær med gode venner (2). Alt dette gjør noe med mennesker, det tilføres oss som ressurser og gjør oss mer motstandsdyktige.



Liv Tveit Walseth

Spesialist i allmennmedisin med lang erfaring fra allmennpraksis. Hun er for tiden stipendiat ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen med Edvin Schei som hovedveileder. Forskningsinteressen omhandler kommunikasjonens potensial til ressursmobilisering hos pasienten. Medlem av referansegruppen for medisinsk uforklarte sykdommer og plager.

Det vil alltid være en del patogene forhold rundt oss. Disse må søkes å oppveies av de helsefremmende ressursene (2). Denne summen av salutogene og patogene faktorer er med på å forme den generelle holdningen som vi møter livet med (1). Antonovsky kaller denne holdningen Sense of coherence (SOC). SOC oversettes ofte med opplevelse av sammenheng som skal brukes her, selv om uttrykket er lite dekkende for innholdet. Opplevelse av sammenheng sier noe om hvordan vi plasserer oss selv inn i den sammenhengen vi lever i. Det har med forståelse av situasjonen å gjøre. Ut i fra ulik forståelse vil vi ha ulik forventning til disse tre aspektene:

- Om vi tror situasjonen er påvirkelig
- Om vi tror situasjonen lar seg forklare
- Om vi tror situasjonen byr på overkommelige utfordringer

Dette vil danne grunnlag for om vi møter situasjonen med en aktiv handling eller med passivitet. Lav opplevelse av sammenheng vil kunne gi en følelse av å være overmannet av håpløshet og oppgitthet. Motsatt vil høy opplevelse av sammenheng gi en holdning der en tror at det må være en logisk forklaring på det som skjer, det er sikkert mulig å gjøre noe med og en kan selv sannsynligvis påvirke utfallet. Altså en grunnholdning der sentrale begreper som håp og mestring er selvsagte elementer.

Som eksempel på bakgrunn som kan gi svake motstandsressurser kan en tenke seg en oppvekst preget av rusmisbruk, vold og psykisk syke foreldre. Dette skaper ustabile forhold. Barnet vil ha vanskeligheter med å skape mening og sammenheng i det som skjer, det vil ikke være mulig med en logisk forståelse av situasjonen. Hverdagen blir



uforutsigbar, og det vil ofte ikke være mulig eller overkommelig å påvirke det som skjer. Hvis ikke en slik oppvekst oppveies av salutogene faktorer vil dette sannsynligvis skape svake motstandsressurser og lav opplevelse av sammenheng også i voksen alder, med tafatthet og sykkelighet som resultat.

Mestring

Begrepet mestring er sentralt. Det er lett å tenke seg at et stadig møte med overveldende situasjoner der en ikke har muligheter til å påvirke, skaper lite pågangsmot og liten evne til å se muligheter i møte med nye utfordringer. Mestringsevnen blir lav. Utfordringene må altså ikke være for store. Utfordringene må imidlertid heller ikke være for små i forhold til egen kapasitet. Dersom forventningene i barndommen stadig er for lave kan dette føre til at barnet ikke blir vant til å forholde seg til at en selv skal mobilisere og gjøre noe. Utfordringene kan også være så små at det ikke er interessant å gjennomføre dem. Resultatet er at barnet ikke får nok mestringserfaring og da heller ikke pågangsmot til å påta seg større oppgaver. Mestringserfaring er også en viktig del av voksenlivet. En ideell arbeidsplass i et salutogent perspektiv vil være der oppgavene er tilpasset ens eget mestringsnivå, der en ikke alltid umiddelbart ser en

løsning, men der en vet med seg selv at med litt innsats så er oppgaven både forståelig, overkommelig og påvirkelig. Dette gir en utviklende og stimulerende arbeidssituasjon som gir positive ringvirkninger og kan danne et viktig grunnlag for god helse.

Mye av basisen for grunnholdningen til livet skapes i barneårene, der særlig de seks første årene ansees for å være viktige. Opplevelse av sammenheng ser imidlertid også ut til å generelt bli styrket med alderen og er påvirkelig gjennom hele livet. Som allmennleger har vi mulighet til å bidra til at pasientens motstandsressurser øker. For det første kan allmennlegen oppføre seg på en måte som er helsefremmende ved å innby til medvirkning og ha en handlemåte som er preget av forutsigbarhet og konsistens. For det andre kan legen forklare situasjonen slik at den blir forståelig, peke på ressurser og tilpasse målene til pasientens kapasitet (3). Dialogen er her, som vi skal komme tilbake til, et viktig redskap.

Hvilke pasienter har behov for salutogene tiltak?

Hvordan kan vi som leger finne ut hvem det er som trenger ekstra hjelp og støtte for å komme videre? Vi kan få mistanke om dette ved å ha kjennskap til pasientens bakgrunn og livsbetingelser. En arbeidsløs pasient med dårlig økonomi

vil sannsynligvis ha større tendens til å bli overveldet og passiv i møte med sykdom enn en med en utfordrende god jobb. Dårlig sosialt nettverk ser som nevnt ut til slå sterkt ut i negativ retning. Disse forholdene bør gjøre oss som allmennleger ekstra på vakt for om det er behov for støttetiltak.

I andre tilfeller er det ikke mulig å forutse at pasienten har lite motstandsressurser. For å fange opp dette kan det være viktig å bry oss om hverdagslivet til pasientene. I sykdomsforløp kan det være vesentlig å fortløpende følge med på hvordan hverdagen er, hvordan det fungerer, hva pasienten mister gjennom sykdommen. Det kan vise seg at en sykemeldt pasient har hele sitt sosiale liv på jobben. Eller jobben er kanskje den eneste arenaen han eller hun hadde en mestringsfølelse. Når jobben faller bort kan livet da lettere forton seg tomt og meningsløst. Ved å tidlig fange opp slike situasjoner kan det kanskje settes inn tiltak før depresjon og håpløshet blir dominerende.

Pasienter med medisinsk uforklarte plager og sykdommer (MUPS) er kanskje en pasientgruppe der en salutogen tilnærming kan være av avgjørende betydning. De typiske MUPS'ene er kronisk utmattelsessyndrom, irriterbar tarm og fibromyalgi. I møte med helsevesenet møter disse pasientene ofte hverken gode forklaringsmodeller eller gode behandlingsopplegg. Samtidig er sykdommen ofte invaliderende og går i stor grad ut over hverdagslivet. Situasjonen oppfattes hverken som forståelig eller påvirkelig, og hverdagens utfordringer kan være uoverkommelige. Dette er et utgangspunkt som lett kan bli destruktivt og sykeliggjørende i seg selv. I stedet for å gå inn på håpløshetens tankegang kan allmennlegen bidra med helsefremmende perspektiver. En viktig del vil være å formidle det som finnes av forklaringsmodeller for de ulike sykdommene. Senere tids forskning som viser en neuropsykoendokrinal «link» mellom psyke og kropp utløst av vedvarende akti-

verte stressreaksjoner som forklaring på kronisk tretthetsyndrom (4) kan være vel verdt å forklare for pasienten. Samme «linken» er også en sannsynlig forklaring på andre MUPS. En forståelse av situasjonen, og helst en felles forståelse med legen, kan danne et viktig helsefremmende grunnlag for å kunne gjøre det beste ut av situasjonen.

Dialogen som salutogent hjelpemiddel

I møte med sykdom kan det være vesentlig at legen identifiserer og spiller på lag med pasientenes selvopplevde ressurser. Malterud og Hollnagel har utviklet følgende nøkkelspørsmål:

Vi kan ikke bare snakke om problemer. Jeg ønsker også å høre om dine sterke sider. Hvilke av dine sterke sider bruker du vanligvis for å ha (eller få) det bra? (5).

Dette bidrar til å endre fokus fra sykdom til ressurser og styrker, og kan avdekke muligheter for hvordan pasienten kan tilpasse seg den nye situasjonen. Med pasientens ressurser som utgangspunkt kan lege og pasient sammen utforske mulighetene for mestring av hverdagens utfordringer og hvordan behandlingen kan gjennomføres. Legen kan videre stimulere til gode helsefremmende opplevelser, enten det gjelder bruk av naturen, kulturopplevelser eller godt sosialt samvær. Også i denne sammenhengen kan de selvopplevde ressursene skape et viktig grunnlag.

For en del pasienter vil selv det minste tiltak synes overveldende og uoverkommelig. Hvordan kan legen gå fram for å bidra til at det tas beslutninger som oppleves gode og overkommelige for pasienten? I dialogen ligger det muligheter for gode beslutningsprosesser. I følge Habermas må gode beslutninger ha røtter i tre dimensjoner som til sammen utgjør menneskets livsverden (6). Livsverden består av objektive, subjektive og sosiale forhold. For at beslutningen som tas skal være god og realistisk må bestemmelsen tilpasses disse dimensjonene:

- Den må tilpasses den objektive verden ved å være praktisk gjennomførbart.
- Den må tilpasses den subjektive verden slik at den er i overensstemmelse med ønsker og følelser.
- Den må passe i den sosiale verden slik at den er i overensstemmelse med hvordan en oppfatter at det er riktig å oppføre seg.

Legen må ta seg tid til å finne ut hvordan pasientens hverdagsliv er og hva som er viktig og betyr noe i pasientens liv. Sammen kan så lege og pasient prøve å finne målsettinger som er tilpasset de tre verdenene. I korte trekk vil de tre dimensjonene avdekkes ved å bruke følgende spørsmål som ledetråder:

- Hva er godt for pasienten?
- Hva er riktig for pasienten?
- Hva er praktisk gjennomførbart?





En forutsetning er at dialogen er likeverdig og utføres med respekt. Det er også en forutsetning at legen har en interesse i å forstå pasienten og pasientens liv, samt at legen har en åpenhet for det pasienten har å si uten å holde fast ved egne forutinntatte synspunkt. Gjennom at lege og pasient på denne måten reflekterer over det gode og det rette kan det åpne seg nye muligheter som en tidligere var blind for. Habermas mener at en slik dialog kan sette en bedre i stand til å gjennomføre sine mål ved at en ser nye muligheter for praktisk gjennomførbare løsninger. Lege og pasient kan på denne måten sammen søke å gjøre situasjonen forståelig, finne hva som er påvirkelig og så sette overkommelige mål.

Dette kan brukes som utgangspunkt for å styrke pasienten gjennom en empowermentprosess. Empowermentperspektivet passer godt i en allmennt medisinsk klinisk hverdag (3). I tråd med dette kan pasienten prøve ut det som er bestemt og så komme tilbake og reflektere over sine erfaringer sammen med legen, for deretter å søke neste overkommelige steg. Dette kan skape gode opplevelser av mestring og fokus på muligheter og håp. Pasientens motstandsressurser bygges opp og det skapes en god sirkel. Gjennom gjentatte konsultasjoner har allmennpraktikeren gode muligheter til å bidra til en slik helsefremmende prosess, der pasienten på tross av sykdom og funksjonsnedsettelse har pågangsmot til å gjøre det beste ut av situasjonen.

Legens perspektiv

Et annet aspekt ved slike samtaler er at det kan bidra til å hindre utbrenthet hos legen (7). Leger kjenner ofte på det å ikke strekke til, og har en forventning til seg selv om å kunne bidra med «alt». I en prosess der lege og pasient *sammen* i en likeverdig respektfull dialog skal finne gode beslutninger påtar ikke legen seg annet enn å veilede, bidra med sin

kunnskap, være en støtte og en refleksjonspartner. Også for legen kan prosessen gi en følelse av å mestre i stedet for å bli overveldet og passivisert av egen utilstrekkelighet.

Forebyggende medisin

Det er også behov for det salutogene perspektivet på samfunnsnivå. Det vil være god forebyggende medisin å skape møteplasser i nærmiljøet for alle aldersgrupper med aktiviteter som skaper mestringfølelse og gode salutogene opplevelser. Dette vil innebære et bredt tilbud av for eksempel kulturskoler, teater, kunst, idrett, bruk av naturen. Organisasjonen NaKuHel (NaturKulturHelse) har over flere år arbeidet med nettopp denne målsettingen ut i fra et salutogenetisk perspektiv. Fokuset er å skape mestrings- og helsefremmende miljøer. Målsettingen er å lage arenaer der en kan bruke seg selv i samspill med andre gjennom natur- og kulturaktiviteter. NaKuHel ble startet på 90-tallet og har skaffet seg bred erfaring, og evalueringen av prosjektet viser positive helsefremmende virkninger (2).

Konklusjon

Salutogeneteorien kan altså vise oss veier mot en bedre helse, på individ- og samfunnsnivå. Pasientsentrert medisin med en helhetlig tilnærming er anerkjent i medisinen, om enn ikke alltid så godt innarbeidet. I følge denne helhetlige tankegangen bør salutogenesen høre uløselig sammen med patogenesen. Som leger har vi ut i fra dette i oppdrag å utrede, diagnostisere og behandle sykdom og sammen med pasienten fokusere på muligheter for å mestre hverdagen, gjennomføre behandlingsopplegg og søke gode salutogene opplevelser. Ved hjelp av nøkkelspørsmål og en likeverdig reflekterende dialog kan vi fokusere på pasientens ressurser og hva som er godt, rett og praktisk mulig for pasienten. Dette kan åpne muligheter for å se overkommelige steg videre og snu situasjoner fra å være overveldende og passiviserende til å gi mestringfølelse og håp.

Referanser

1. Antonovsky A. Health, stress og coping. San Fransisco: Jossey Boss, 1979
2. Telnes G. Salutogenese- hva er det? Michael 2009; 4:144-9
3. Walseth LT, Malterud K. Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:65-6
4. Wyller VB, Eriksen HR, Malterud K. Can sustained arousal explain CFS? Behav Brain Funct 2009 Feb 23;5-10
5. Malterud, K. and H. Hollnagel, Talking with women about personal health resources in general practice. Key questions about salutogenese. Scand J Prim Health Care, 1998. 16(2): p. 66-71.
6. Habermas J. Teorien om den kommunikative handlen. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag 1997.
7. McKay B, Forbes JA, Bourner K. Empowerment in general practice. The trilogies of caring. Aust Fam Physician 1990;19:513, 516-20

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: liv@walseth.no