

Hva tilfører artikkelen?

Forskningen som er presentert her dokumenterer betydningen av en salutogen tilnærming med fokus på styrking av mestring i rehabili-

teringsprosessen for hjemmeboende personer med ulike psykiske helseproblemer.

Mer om forfatter

Eva Langeland er psykiatrisk sykepleier, Dr.polit og førsteamanuensis ved Høgskolen i Bergen. Kontakt: eva.langeland@hib.no.



Foto: Colourbox

Bakgrunn: Selv om teorien om salutogenese gir enn grunnleggende forståelse for hvordan mestring, definert som «sense of coherence» (SOC), kan skapes, er ikke dette blitt tilstrekkelig utforsket i forhold til behandling av psykiske helseproblemer (PHP).

Hensikt: Utforske hvilke kvaliteter i sosial støtte som bidrar mest til en positiv utvikling av SOC og SOC's evne til å predikere forandring i livskvalitet i løpet av ett år. I tillegg utvikles salutogene terapiprinsipper og effekten av disse testes ut i samtalegrupper.

Metode: Prospektiv og randomisert kontrollert studie. Instrumenter er Sense of Coherence Questionnaire, Quality of Life Scale, Social Provisions Scale og Symptom Checklist-90. Utvalget består av 107 hjemmeboende personer med psykiske helseproblemer.

Statistiske analyser er Univariat kovarians analyse og multipel lineær regresjons analyse.

Resultater: Sosial støtte og spesielt relasjoner hvor en har mulighet til å gi omsorg identifiseres som en prediktor for positiv forandring av

SOC. SOC identifiseres som prediktor for forandring i livskvalitet i løpet av ett år. I tillegg viser denne studien et eksempel på salutogene terapiprinsipper og at anvendelsen av disse i samtalegrupper resulterer i styrket SOC sammenlignet med kontrollgruppen.

Konklusjon: Resultatene synliggjør at det er viktig å inkludere en salutogen tilnærming med fokus på å styrke salutogen tenkning og SOC i behandling av PHP.

» Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse

Forfatter: **Eva Langeland**

NØKKELORD

- Psykisk helse
- Livskvalitet
- Terapi

INTRODUKSJON

Forskning dokumenter betydningen av en salutogen tilnærming i behandling av ulike helseproblemer (1-3) inkludert ulike psykiske helseproblemer (PHP) (4-6), schizofreni (7-9) og depresjon (10,11). Målet med en slik tilnærming er ikke bare å behandle symptomer, men også å gjøre folk i stand til å leve optimalt med sine PHP. Forebygging og behandling ved helsefremming er sentralt (12).

Teori er en referanseramme som er av stor betydning i forsknings- og evalueringsprogrammer. En god praksis er avhengig av en grundig teoretisk forståelse fordi en skjønnsom anvendelse av teoretisk referanseramme kan kaste lys over områder som ellers ikke kunne blitt synliggjort (13) og kan dermed bidra til en kreativ nyskaping ved å begrepsfeste virkeligheten på en ny måte (1, 14). Teorien om salutogenese

(15) er et eksempel på en slik teori. Nye spørsmål skaper ny kunnskap ved å synliggjøre at hvordan man opplever virkeligheten i form av begripelighet, håndterbarhet og mening (sense of coherence, forkortet SOC) bidrar til grad av helse og velvære.

Etterspørsel og behovet for mer kunnskap om salutogenese i forhold til behandling av PHP er imidlertid stort (16,17). Kvaliteten på sosial støtte er for eksempel definert som en avgjørende mestringsressurs for en positiv utvikling av SOC (10,15). Imidlertid vet en lite om hvilke komponenter av sosial støtte som er viktigst for en styrking av SOC hos personer med PHP (18). I tillegg viser oversikter at SOC har en relativt høy evne til å predikere helse og livskvalitet både i et kort- og langtidsperspektiv (16,17). I forhold til personer med PHP vet vi imidlertid lite om dette (5). Videre er salutogene terapiprinsipper ikke tidligere blitt beskrevet i litteraturen (19) og følgelig er ikke effekten av en slik tilnærming blitt testet ut. I doktorgradsarbeidet (5) og forskning i etterkant av denne (18) var søkelyset på å øke kunnskapen på disse foran skisserte kunnskapshull.

TEORETISK RAMMEVERK FOR DEN SALUTOGENE TILNÆRMING

Hovedteorien for denne studien er den tverrfaglige, positive helseteorien om salutogenese. Teorien har fokus på grunnleggende antakelser om helse og sentrale begreper som SOC og motstandsressurser med vekt på sosial støtte og livskvalitet.

GRUNNLEGGENDE ANTAKELSER OM HELSE

Teorien om salutogenese definerer helse som et kontinuum (grader av helse) og søker etter faktorer som skaper en høyere grad av helse (et positivt helsebegrep). Det motsatte er å klassifisere mennesker som syke eller friske hvor man defineres som frisk og ved god helse ved fravær av sykdom (et negativt helsebegrep). Videre fokuserer salutogenese heller på personens historie enn på diagnosen og vektlegger mestringsevnen i historien. Person er definert som et åpent system i aktivt samspill med omgivelsene (både indre og ytre forhold). Den forstår spenning og belastning som potensielt helsefremmende. Teorien understreker bruken av potensielle og/eller eksisterende motstandsressurser og fokuserer dermed ikke

bare på å minimalisere risiko-faktorer. Sist, men ikke minst vektlegger den aktiv adaptasjon (skreddersyng) som idealet i behandling (15).

SENTRALE BEGREPER

Sense of Coherence

En god SOC er kjennetegnet av at personen forstår livssituasjonen (forståelighet), har tro på at hun/han har de nødvendige ressurser tilgjengelig til å finne løsninger (håndterbarhet) og opplever utfordringer som motiverende (mening). Menning er følelses- og motivasjonskomponenten og er identifisert som den viktigste (15).

Generelle motstandsressurser: Sosial støtte – en avgjørende motstandsressurs

Teorien om salutogenese identifiserer ulike individuelle og kollektive generelle motstandsressurser (GMR) som kan fremme effektiv mestring av spenning i krevende situasjoner. Jo høyere grad av motstandsressurser en person og omgivelsene opplever å ha potensielt tilgjengelig og kan anvende, jo bedre SOC og høyere grad av helse vil personen oppleve (15). Kvaliteten på sosial støtte som nære emosjonelle bånd er definert som særs viktig (15). Antonovsky definerte ikke dette mer eksplisitt. Senere er begrepet

«emotional closeness» foreslått tilknyttet SOC-begrepet. Dette refererer til i hvilken grad personen opplever emosjonelle bånd og erfarer sosial integrasjon i ulike grupper (20).

Weiss' sosiale støteteorier (21) identifiserer og beskriver seks kategorier, hver forbundet med en unik kvalitet i gode sosiale relasjoner, hvor flere kvaliteter kan oppleves i relasjon til samme person (jamfør beskrivelse av instrumenter).

Livskvalitet

Livskvalitet defineres i denne studien som: «a broad range of human experiences related to one's overall subjective well-being» (22, s. 888, 23). Definisjonen inkluderer domener (Jamfør beskrivelse under instrumenter) som er viktige i en persons liv og er holistisk fundert (24). Antonovsky brukte også begrepet «subjective well-being», han definerte det ikke nærmere, men knytter velvære til evnen til å fungere optimalt ved bruk av ulike motstandsressurser (17).

HENSIKT

Hensikten med denne artikkelen er å kaste lys over og drøfte følgende aspekter i sammenheng med hverandre: 1) Å beskrive hvilke kvaliteter i sosial støtte som bidrar mest til en positiv

utvikling av SOC. 2) Å se på SOC's evne til å predikere forandring i livskvalitet i løpet av ett år. 3) Å vise grunnlaget for utvikling av salutogene terapiprinsipper. 4) Å belyse effekten av salutogene terapiprinsipper i samtalegrupper.

DESIGN

Metode

Studien består av følgende metoder:

- To prospektive ett års oppfølgingsstudier hvor baseline data og data fra tredje måling anvendes. (Studie I og II)
- En randomisert kontrollert studie med tre målinger i løpet av ett år (Studie III)

En oversikt over studiens målinger er vist i tabell 1.

Utvalg

Utvalget består av 107 hjemmeboende personer med PHP. De ble inkludert hvis de i tillegg oppfylte følgende kriterier: Alder: 18–80 år, har tilknytning til psykiatritjenesten, pleie og omsorg og/eller dagsenter, er klar og orientert, behersker det norske språk, kan føre en samtale, har ikke rusproblemer og kan klare å delta i en gruppe over et halvt år. 107 personer (svarprosent 92) svarte på spørreskjema på baseline, 98 (84 prosent) på

TABELL 1: Studie design

	Måneder	0	3			6	12
R ³	Intervensjonsgruppe	Pretest I ¹	Intervensjon; 8 gruppe samlinger; ordinær oppfølging	Evaluering-form	Intervensjon; 8 gruppe samlinger; ordinær oppfølging	Posttest I ²	Posttest II ²
	Kontrollgruppe	Pretest I ¹	Ordinær oppfølging			Posttest I ²	Posttest II ²

R = Randomisering. ¹Pretest I: Spørreskjema om SOC, mental symptomer, sosial støtte og livskvalitet.

²Posttest I, II: Spørreskjema om SOC, sosial støtte og livskvalitet. ³ studie III and IV: Hele utvalget

andre måling og 92 (78 prosent) etter ett år. For mer informasjon om rekrutteringsprosedyre og flytdiagram henvises til Lange-land m.fl. (25).

Instrumenter

Spørreskjemaet SOC-29 måler SOC med subkomponentene: 1) begripelighet, 2) håndterbarhet og 3) mening (15). Livskvalitet kartlegges ved bruk av Quality of Life Scale (24) og inkluderer de tre subdomenene 1) relasjoner og materielt velvære, 2) helse og funksjon og 3) personlig, sosial og samfunnsengasjement. Social Provisions Scale (21) måler kvaliteten på sosial støtte og inkluderer de seks provisjonene: 1) tilknytning, 2) sosial integrasjon, 3) å ha noen å få råd og veiledning hos, 4) bekreftelse på egenverdi, 5) mulighet til å gi omsorg, og 6) å ha noen å stole på. Symptom Checklist-90 (SCL-90) (26) kartlegger deltakernes mentale symptomer og er delt inn i de ni dimensjonene 1) somatisering, 2) tvangssymptomer/atferd, 3) interpersonlig sensitivitet, 4) depresjon, 5) angst, 6) fiendlighet, 7) fobisk angst, 8) paranoide ideer, 9) psykotisme. For en utfyllende beskrivelse av instrumentene henvises til Langeland (5, s. 38, 28, s. 833). Alle instrumentene er testet for validitet og reliabilitet og viser tilfredsstillende resultater (5, 18).

I tillegg fylte deltakerne i samtalegruppen ut et semistrukturert evalueringsskjema (5).

Statistiske analyser

Data ble analysert ved anvendelse av SPSS versjon 14 (SPSS Inc., Chicago IL). Multiplere lineære regresjonsanalyse ble anvendt for å undersøke sosial støttes påvirkning på SOC og for å teste SOC's evne til å predikere endring i livskvalitet i løpet av ett år. Stegvis regresjonsanalyse ble anvendt for å undersøke hvilke av de sosiale støttdimensjonene som bidro mest til endring av SOC og univariat kovariansanalyse var brukt for å teste effekten av intervensjonen.

Etikk

Studien er godkjent av regional komité for medisinsk forskningsetikk i helseregion Sør-Norge og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (REK. Sør nr. S 01187).

HOVEDRESULTATER

Psykiske helseproblemer

Over 80 prosent av utvalget rapporterte symptomer i antall og intensitet som virket belastende, slik at de kunne bli hindret i eller vanskeliggjorde hverdagslige aktiviteter. Mellom 66 og 79 prosent rapporterte problemer innen hver av de ni subdimensjo-

nene (se beskrivelse av SCL-90). De fleste av deltakerne hadde slitt med psykiske helseproblemer i over fem år (25).

Innvirkningen av sosial støtte på SOC

På baseline viser resultatene at personer som opplevde høyere grad av sosial støtte også hadde en tendens til å skåre høyere på SOC ($r = 0,59$, $p < 0,001$) og lavere på symptombelastning ($r = -0,59$, $p < 0,001$). I den multiple lineære regresjonsanalysen, hvor en sammenlignet den prediktive evne mellom sosial støtte og symptombelastning på forandring av SOC, var standardisert beta koeffisient 0,32, $p=0,016$ for sosial støtte og for symptomer $-0,07$, $p=0,621$. I denne modellen ble 12 prosent av variansen forkåret. I den stegvise regresjonsanalysen, hvor den prediktive evnen til de ulike sosiale provisjonene (se beskrivelse av instrumentet) ble undersøkt, viser resultatene fra modell 1 at spesielt relasjoner hvor en har mulighet til å gi omsorg (standardisert beta koeffisient 0,24, $p=.019$) og oppleve sosial integrasjon (standardisert beta koeffisient 0,26, $p=.024$) potensielt predikerer endring i SOC. I modell 2, etter inkludering av den mest signifikante provisjonen som

TABELL 2: Multiplere regresjonsanalyse med forandring i sense of coherence fra baseline til follow-up som avhengig variabel og sense of coherence, sosial støtte, mentale symptomer og gruppe på baseline som uavhengige variabler.

Uavhengige variabler på baseline	Standardiserte beta koeffisienter	P-verdi
Sense of coherence ^a	-0,57	< 0,001
Sosial støtte ^a	0,32	0,016
Mentale symptomer ^b	-0,07	0,621
Gruppe ^c	-0,05	0,640

a Høy = god b Høy = mer symptomer c 1 = eksperiment, 2 = kontroll

var mulighet til å gi omsorg, ble effekten av sosial integrasjon redusert fra 0,26 til 0,21 og var ikke lenger signifikant, $p=0,067$. Se tabell 3. I denne modellen ble 13 prosent av variansen forklart.

SOC predikerer endring i livskvalitet

Resultatene indikerer at de som oppga en høyere SOC også opplevde en høyere livskvalitet ($r = 0,70$, $p < 0,001$) og mindre symptombelastning ($r = -0,65$, $p < 0,001$) på baseline. Funnene viser videre at SOC predikerer forandring i livskvalitet (standardisert beta koeffisient $-0,61$, $p < 0,001$) etter ett år, mens symptombelastning ikke var en signifikant prediktor (standardisert beta koeffisient $0,00$, $p = 0,99$) Meningsdimensjonen i SOC bidro mest til prediksjonen (standardisert beta koeffisient $0,34$, $p = 0,01$). Personlig, sosial og samfunnsengasjement subdimensjonen i livskvalitet var mest sensitiv for SOC (standardisert beta koeffisient $= 0,53$, $p < 0,001$) (27).

Å fremme mestring: Salutogenese blant personer med psykiske helseproblemer

Denne studien illustrerer hvordan teorien om salutogenese er blitt operasjonalisert. Hovedmålet for intervensjonen var å øke deltakernes bevissthet om deres potensial, deres indre og ytre ressurser (for eksempel personlige kvaliteter, mestringsevne og sosial støtte) og muligheten til å bruke dem, og således styrke deres SOC. Et sentralt fokus i intervensjonen er således personsens samspill med omgivelsene med bevisstgjøring av selvregulering og passende utfordringer og dermed best mulig tilrettelegging for gode mestringsopplevelser. Det investeres i avgjørende livssfærer i menneskers liv som indre følelser, sosiale relasjoner, hovedaktiviteter og eksistensielle spørsmål for å skape mening og ressurser over tid (15).

Langeland m.fl. (28) gir en detaljert beskrivelse av innholdet i intervensjonen ved å vise hvordan teorien om salutogenese (se teoretisk referanseramme) og støtteteorier er operasjonalisert til salutogene terapiprinsipper

og et intervensjonsprogram på 16 møter for å styrke SOC.

Effekten av salutogene terapiprinsipper på mestring av psykiske helseproblemer

Samtalegrupper basert på salutogene terapiprinsipper resulterte i en signifikant forbedring av SOC med åtte poengs forskjell mellom eksperiment og kontrollgruppe ($p = 0,03$). Se tabell 4. 69 prosent av dem som deltok i samtalegruppene bedret sin SOC. I tillegg viser deltakerens egen evaluering av intervensjonen at mellom 70 og 95 prosent opplevde samtalegruppen som svært nyttig eller nyttig for deres psykiske helse i hverdagen (25).

DISKUSJON

Selv om denne studien har relativt strikte inklusjonskriterier og andre populasjoner og settinger kan være annerledes enn foreliggende studies utvalg, anses det som sannsynlig at funnene kan generaliseres til hjemmeboende personer med ulike, stabile PHP.

Forskningen som er presentert her dokumenterer betydningen av en salutogen tilnærming med

TABELL 3: Stegvis regresjonsanalyse med forandring i sense of coherence fra baseline til follow-up som avhengig variabel og skårene på de signifikante sosial støtte subskalaer og sense of coherence på baseline som uavhengige variabler

Modell	Uavhengige variabler på baseline	Standardiserte beta koeffisienter	P verdi
1	Sense of coherence ^a	-0,310	0,003
2	Sense of coherence ^a	-0,358	0,001
	Mulighet til å gi omsorg ^a	0,241	0,019
Ekskluderte variabler			
Modell	Uavhengige variabler på baseline	Beta ln	P verdi
1	Sosial intergrasjon ^a	0,263	0,024
	Mulighet til å gi omsorg ^a	0,241	0,019
2	Sosial intergrasjon ^a	0,214 ^b	0,067 ^b

a Høy = god b Marginalt signifikant

fokus på styrking av SOC i rehabiliteringsprosessen for hjemmeboende personer med ulike PHP. Betydningen underbygges for det første ved at kvaliteten på sosial støtte, og spesielt muligheten til å gi omsorg og oppleve sosial integrasjon, styrker SOC. For det andre ved at SOC predikerer endring i livskvalitet. For det

inkludere mål som fokuserer på en styrking av en persons SOC (6, 8).

Foreliggende studie viser at sosial støtte, og spesielt evne til å gi omsorg og oppleve sosial integrasjon, bidrar til en gunstig utvikling av SOC. Muligheten til å gi omsorg er kjennetegnet av at personen er giveren heller enn mottakeren av støtte og omsorg. Denne dimensjon er forskjellig fra de andre sosial støttedimensjonene fordi personen mottar sosial støtte ved å gi. Kvaliteten man oppnår og opplever ved på denne måten å investere i sosiale relasjoner kan være viktig for selvbildet, mening i livet og velvære (30,34). Denne kvaliteten har også betydning i terapi-relasjoner. Forskning viser at avgjørende vendepunkt i bedringsprosesser er når det utvikles en mer gjensidig hjelpende relasjon og at fagpersoner går ut over sin rolle av det som tradisjonelt forventes av dem (35). Gjensidighet synes viktig. Dette inkluderer å sikre at personen har mulighet for å gi omsorg, men også å anerkjenne felles styrke, svakheter og muligheter og begrensninger hos begge parter (35,36). I tillegg indikerer denne studien også at det kan være viktig å øke kvaliteten på sosial integrasjon for å fremme en sterkere SOC. Ifølge Weiss' teori (21) består

sosial integrasjon av et nettverk av relasjoner hvor personer deler felles interesser og forbindelser. Det kan derfor være viktig å øke aktiviteter eller involvering i lokalsamfunnet for å fremme sosial integrasjon og inkludering av personer med MHP. Således styrkes SOC og velvære (20,30).

Videre støtter studien forskning som konkluderer med at SOC har en relativt høy evne til å predikere livskvalitet (17). Symptombelastning derimot, viser ingen evne til prediksjon. SOC kan være en sterkere prediktor for livskvalitet og helse enn symptombelastning. Dette på grunn av dets brede salutogene konstitusjon og dets spesielle kombinasjon av kognitive, handlings- og motivasjonskomponenter, som er unik. Fravær av symptomer behøver ikke å bety et tilfredsstillende liv, mens tilstedeværelse av symptomer betyr ikke nødvendigvis et ulykkelig liv (30, 37). Det er kanskje derfor symptombelastning ikke er en signifikant prediktor. Det er nødvendig å oppleve tilstedeværelsen av salutogene faktorer for å oppnå trivsel og livskvalitet. Symptomer forårsaker ikke alltid problemer fordi relasjonen mellom disse to variabler er moderert av andre psykologiske faktorer. Disse faktorene kan være mestringsstrategier (33) og «flourishing» som emosjonelt,

Salutogenesen fokuserer på å søke etter positive mønstre for helsefremming.

trejde ved å vise rationale for hvordan teorien om salutogenesen kan operasjonaliseres til salutogene terapiprinsipper. Og for det fjerde at en implementering av disse prinsipper i samtalegrupper resulterer i en økning av SOC til forskjell fra kontrollgruppen.

Disse resultater støttes, utfyller og underbygges av teorier og modeller som for eksempel positiv psykologi (29), psykisk helse som «flourishing» (30), bedringsprosesser (31), empowerment (32) og mestringsforventning (33). I tillegg dokumenterer forskning at rehabiliteringstjenester bør

TABELL 4: SOC: Gjennomsnittsskår på SOC skalaen før og en uke etter intervensjon

		Baseline			En uke etter intervensjon		Endring fra baseline *			
Instrument og variasjonsbredde	Grupper	n	Gj.snittsskår	SA	Gj.snittsskår	SA	Gj.snittsendring	95 % CI	P	Effekt størrelse
Sense of Coherence skala 48-194	Eksperiment	56	120	26	125	26	6	(1,10)	0,03	0,29
	Kontroll	42	111	31	110	28	-2	(-8,3)		

*Signifikansen av endring ble testet ved å bruke en variansanalyse med SOC skåren på baseline som kovariat

psykologisk og sosialt velvære (30). Studien avdekker altså at deltakerne, til tross for høy symptombelastning, er i stand til å finne mening i å mestre symptomer og dagliglivets utfordringer. Dermed kan de stimulere en gunstig utvikling av livskvalitet. Personlig, sosial og samfunnsengasjementdimensjonen i livskvalitet var mest sensitiv for SOC's

” Et ensidig fokus på det negative helsebegrep kan skape mismot og sykeliggjøring.

evne til prediksjon. Dette indikerer at en høyere SOC stimulerer til økt sosial deltakelse. Studien indikerer og støtter således at relasjonen mellom GMR og SOC er en type feedback loop. GMR, som for eksempel sosial støtte, leder til en styrket SOC. Men det er SOC som gjør en person i stand til å mobilisere og gjøre bruk av tilgjengelige ressurser og som for eksempel kan lede til økt deltakelse på ulike arenaer og dermed økt livskvalitet. En slik kumulativ effekt kan derfor bli større over tid (9). Salutogenesen fokuserer på å søke etter positive mønstre for helsefremming (1) og denne type feedback loop kaster lys over et slikt mønster.

Samtalegrupper representerer en arena hvor sosial integrasjon, og muligheten til å gi omsorg ved for eksempel ekte positiv tilbakemelding til andre, er sentralt. Denne studien viser at samtalegrupper basert på en salutogen tilnærming, gir en signifikant effekt på SOC til

forskjell fra kontrollgruppen. Dette resultat ble støttet av samtalegruppedeltakerens egen evaluering (25). Andre intervensjonsstudier viser også at SOC kan endres (38,39). I tillegg viser empiriske studier at SOC også kan endres ved store endringer i livserfaringer (40-42).

Basert på teoretisk resonnement hevdet Antonovsky (43) at SOC er en indre erfaring som gradvis utvikler seg gjennom ungdommen til en relativt varig og stabil kvalitet etter 30 år. Et annet synspunkt er at SOC's styrke kontinuerlig blir påvirket av ytre hendelser og interne reaksjoner til disse. Dette støttes av nyere forskning som viser at SOC utvikles gjennom hele livssyklusen (17). Ettersom vi beveger oss videre, vekk fra barndommen gjennom livssyklusen, blir tidlige erfaringer mindre viktige for innvirkningen på SOC (44-46). Et slikt teoretisk resonnement, resultatene fra foreliggende studie og andre studier, underbygger at potensialet for å endre SOC er mer optimistisk enn det Antonovsky hypotetisk hevdet.

Salutogenese inkludert SOC-begrepet er basert på et mer positivt velvære og helsebegrep. Tilgjengeligheten av salutogene faktorer inkludert sosial støtte (10) fremmer en sterk SOC (15) og inkluderer utfordring og engasjement som en naturlig del av livet. Målingen av symptomer er basert på en negativ begrepsfestelse av velvære og helse. Fravær av symptomer indikerer god psykisk helse. Således representerer disse mål ulike aspekter og måter å definere velvære og helse på. Et ensidig fokus på det negative helsebegrep kan skape mismot og sykeliggjøring. Keyes (30) studier viser empirisk belegg for en todelt kontinu-

modell. Modellen bygger både på det negative og det positive helsebegrepet. Her kartlegger man symptomer og ressurser som emosjonelt, psykologisk og sosialt velvære. Antonovsky (15) hevder at salutogenese og patogenese skal være et komplementært forhold. Men man kan forstå mye av det han skriver som at salutogenese overgår og overskrider patogenesen. Salutogenesen inkluderer på en måte patogenesen, slik at vi får en bevegelse fra patogenese (reduksjonisme) til salutogenese (holisme) (4,47). Foreliggende studier viser at selv om SOC og sosial støtte korrelerer sterkt med symptomer på baseline, så er det sosial støtte og SOC (spesielt meningskomponenten) som predikerer endring i henholdsvis SOC og livskvalitet. Symptomer viser ikke evne til prediksjon. Resultatene viser altså at det er sosial støtte og SOC som er avgjørende for utviklingen og gir således støtte til en todelt kontinuamodell samtidig som salutogenesen overskrider patogenesen ved at det er nivået på sosial støtte og SOC som er avgjørende for utvikling av tilfredshet med livet.

Teori, modeller og forskning om salutogenese har potensial til å revitalisere kunnskapsgrunnlaget i psykisk helsefremming og rehabilitering. Dette kan skje ved at politikere, forskere og klinikere tenker nytt om hvordan vi begrepsfester helse og anvender et utvidet kunnskapsgrunnlag som inkluderer den positive helseteorien. Keyes fremhever revitaliseringen på følgende måte: «Mental health is nothing less than flourishing. Pathogenic approach is the only game in town. Salutogenic healthcare is the new kid on the block» (48).

KONKLUSJON

Studiene understreker betydningen av salutogen tilnærming i bedringsprosesser innen psykisk helse. Terapeutrollen i det salutogene perspektiv går ut på å være en samtalepartner med en kombinasjon av kvaliteter som positiv, ubetinget aksept, empati og ekthet (49). Dette innebærer en balanse mellom å lytte til problemer og oppmerksomhet til styrke

og ressurser (50). Kunnskapsgrunnlaget indikerer at en må skreddersy (tayloring) behandlingsopplegg som både skal fokusere på å redusere hindringer og styrke eksterne og interne ressurser, samt fremme en positiv selvforståelse og SOC, og dermed gi en høyest mulig emosjonell, psykologisk og sosial funksjon og velvære. Vi trenger mer forskning for å øke kunnskapsgrunnlaget

om salutogenese, positiv psykisk helse og beslektede teorier og begreper. Dette inkluderer kvalitative studier, for å kaste lys over salutogene prosesser og dermed videre utvikling av teori og intervensjonsprogrammer. Og det inkluderer kvantitative studier, for å kunne teste ut effekten av intervensjonsprogrammer på SOC, psykisk helse, livskvalitet og velvære.

REFERANSER

1. Morgan E, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promotion & Education*. 2007;14:17-22
2. Aujoulat I, Marcolongo R, Bonadiman L, Deccache A. Reconsidering patient empowerment in chronic illness: A critique of models of self-efficacy and bodily control. *Social Science and Medicine*. 2008; 66:1228-1239.
3. Gregg J, O'Hara L. The Red Lotus Health Promotion Model: a new model for holistic, ecological, salutogenic health promotion practice. *Health Promotion Journal of Australia*. 2007; Apr;18(1):12-9.
4. Langeland E. Fra patogenese til salutogenese. En redegjørelse av kunnskap og refleksjoner som kan begrunne behandling av psykiske helseproblemer innenfor et salutogent paradigme. I: Hole OG, Sudmann T (red). *Vitenskapsteoretiske refleksjoner, skriftserien, HIB; rapport nr. 9*, 173-193.
5. Langeland E. Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems. An intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis. (Dr. gradsavhandling). Universitetet i Bergen. 2007.
6. Griffiths CA. Sense of coherence and mental health rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 2009;23:72-78.
7. Schmolke M. Discovering positive health in the schizophrenic patient. A salutogenic-oriented study. *Verhaltenstherapie*. 2003;13:102-109.
8. Bengtsson-Tops A, Hansson L. The validity of Antonovsky's Sense of Coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33:432-438.
9. Landsverk SS, Kane CF. Antonovsky's sense of coherence: theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*. 1998; 19:419-431.
10. Skärsäter I, Langius A, Ågren H, Hægstrøm L, Dencker K. Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2005;14:258-264.
11. Carstens JA, Sprangenberg JJ. Major depression: a breakdown in sense of coherence? *Psychol Reports*. 1997;80:1211-1220.
12. WHO (2005). *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization*, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. Geneva: World Health Organization.
13. Taylor JS. Salutogenesis as a framework for child protection: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;45:633-643.
14. Kolstad A. Psykisk helsearbeid - fra forskning til praksis, eller omvendt? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2004;1:13-28.
15. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health*. Jossey-Bass, San Francisco. 1987.
16. Erikson M, Lindstrøm B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60:376-381.
17. Erikson M, Lindstrøm B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007; 61:938-944.
18. Langeland E, Wahl AK. The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: a longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46:830-837.
19. Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health. Research and practice of health promotion, Volume 4. Cologne, Federal Centre for Health Education. 1999. <http://www.bzga.de>
20. Sagy S, Antonovsky H. The development of the sense of coherence: a retrospective study of early life experiences in the family. *Journal of Ageing and Human Development*. 2000;51:155-166.
21. Weiss RS. *The provisions of social relationships*. In Z. Rubin (ed). *Doing unto others*. NJ: Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs. 1973;17-26.
22. Revicki DA, Osoba D, Fairclough, D., Barovsky, I., Berzon, R., Leidy, N.K., et al. Recommendations on health-related quality of life research to support labelling and promotional claims in the United States. *Quality of Life Research*. 2000;9, 887-900.
23. Burckhardt CS, Anderson KL. The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003;1:60.
24. Burckhardt CS, Anderson KL, Archenholtz B, Hägg O. The Flanagan Quality of Life Scale: evidence of construct validity. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003;1:59.
25. Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt MW, Kristoffersen K, Wahl AK. The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems-A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*. 2006;62:212-219.
26. Derogatis LR. *SCL-90-R. Administration, scoring & procedures manual-II for the R(vised) Version*. Clinical Psychometric Research, Inc., Towson, MD. 1992.
27. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Nortvedt MW, Hanestad BR. Sense of coherence predicts change in life satisfaction among home-living

residents in the community with mental health problems: a one-year follow-up study. *Quality of Life Research*. 2007;16: 939–946.

28. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen, K, Hanestad BR. Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems. *Issues in Mental Health Nursing*. 2007;28:275–295.

29. Snyder CR, Lopez SJ. Positive psychology. *The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. Sage Publications Ltd, United States of America 2007.

30. Keyes CLM. Promoting and protecting mental health as flourishing. A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*. 2007;62:95–108.

31. Borg M. The Nature of Recovery as lived in Everyday Life. [Doktoravhandling] NTNU, Trondheim. 2007.

32. Askheim OP, Starrin B. Empowerment i teori og praksis. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo. 2007.

33. Bandura A. Self-efficacy mechanism in psychological activation and health promoting behavior. I: J. Madden (ed.) *Neurobiology of learning, emotion, and affect* Raven Press Ltd, New York. 1991:229–269.

34. Zachariae B. Fællesskap og sundhet: Sosiale relationers betydning for helbredet. I: Myszak A, Nørby S.(red): *Positiv psykologi- E introduksjon til vitenskapen om velvære og optimale prosesser*. København: Hans Reitzels Forlag. 2009;180–211.

35. Borg M, Kristiansen K. Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*. 2004;13: 493–505.

36. Hem MH, Heggen KM. Being profes-

sional and being human: One nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;43: 101–108.

37. Hyland, ME. A reformulation of quality of life for medical science. *Quality of Life Research*. 1992;1:267–272.

38. Sack M, Kunsebeck HW, Lamprecht F. Sense of coherence and psychosomatic treatment outcome. An empirical study of salutogenesis. *Psychotherapie Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 1997;47:149–155.

39. Weissbecker I, Salmon P, Studts JL, Floyd AR, Dedert EA, Sephton SE. Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2002;9:297–307.

40. Nilsson B, Holmgren L, Stegmayr B, Westman G. Sense of Coherence – stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003;31:297–304.

41. Smith PM, Breslin FC, Beaton DE. Questioning the stability of sense of coherence. The impact of socio-economic status and working conditions in the Canadian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2003; 38:475–484.

42. Volanen S-M, Suominen S, Lahelma E, Koskenvuo M, Silventoinen K. Negative life events and stability of sense of coherence: A five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2007;48:433–441.

43. Antonovsky A. The sense of coherence. A historical and future perspective. *Israel Journal of Medical Sciences*. 1996;32:170–178.

44. Antonovsky A. The life cycle, mental health and the sense of coherence. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 1985;22:273–280.

45. Krantz G, Østergren P-O. Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in Swedish women 40 to 50 years of age. *International Journal of Behavioural Medicine*. 2004;11:18–26.

46. Suominen S. Perceived health and life control. A theoretical review and empirical study about the connections between health and life control determined according to the strength of the sense of coherence. *Research Reports 26*. Åbo Academy University, University of Turku, National Research and Development Centre for Welfare and Health. Åbo. 1993.

47. Kumlin T. Korruptionen av den existentiella innsikten: en när (synt) läsning av den salutogenetiske modellen. I: Röstert om KASAM. 15 forskare granskar begreppet Känsla om sammanhang. *Forskningsrådsnämnden*, Stockholm. 1998:5–45.

48. Keyes CLM. Positive mental health: Why is it different from mental disorders? Plenumsforedrag på konferansen: *Joining Forces across Europe for Prevention and Promotion in Mental Health*. European Network for Mental health promotion and mental disorder prevention (IMHPA), Barcelona. 2007. http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/pdf/conference_book_9-10-07_final2.pdf s.131.

49. Rogers CR The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*. 1957;21:95–103.

50. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. The heart & soul of change: what works in therapy. *American Psychological Association*, Washington, DC. 1999.