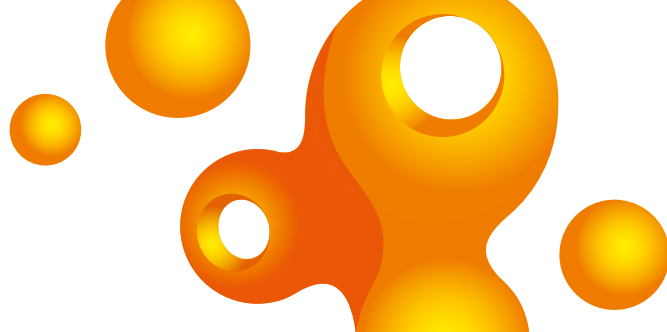


# NAPHA

NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR  
PSYKISK HELSEARBEID



# Salutogenese og psykiske helseproblemer

– en kunnskapsoppsummering

FORFATTER: Eva Langeland, Høgskolen i Bergen

Rapport nr 1/2014

**Utgitt:** 2014

**Utgiver:** Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

**Forfatter:** Eva Langeland

**Bidragstere:** Arve Almvik, Turid Møller Olsø, Trond Hatling, Roald Lund Fleiner og Anne Kristiansen Rønning

**Forside illustrasjonsfoto:** Colourbox

**Foto:** Colourbox

ISBN 978-82-7570-364-2 (web)

ISBN 978-82-7570-363-5 (trykk)

**Design:** Melkeveien Designkontor **Trykk:** Rolf Ottesen Grafisk AS

Kunnskapen om salutogenese kaster lys over hvordan en kan tilrettelegge for deltakelse, meningsfylte aktiviteter, mestring og bedre helse.

## FORORD

Høgskolen i Bergen (HiB) fikk i desember 2012 en forespørsel fra NAPHA om å gjennomføre en kunnskapssammenstilling om salutogenese (av saluto – helse og genesis – opprinnelse eller tilblivelse) og psykiske helseproblemer. En slik kunnskapssammenstilling er aktuell av mange årsaker. Mestring, deltakelse, brukermedvirkning og livskvalitet var sentrale føringer i opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2008 (St.prp. nr. 63 (1998)). En evaluering av denne (Norges Forskningsråd, 2009) konkluderer imidlertid med at det gjenstår betydelige utfordringer med å utvikle reell brukermedvirkning og en behandlingskultur som vektlegger dette. Videre er målet med samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. I denne konteksten er det naturlig nok oppstått økt etterspørsel etter kunnskap som kan bidra til å realisere de ulike føringene. En kan hevde at psykisk helsearbeids fremtid er avhengig av evnen til å tilpasse seg de endrede forventningene og rammevilkårene (Aarre, 2010). Kunnskapen om salutogenese kaster lys over hvordan en kan tilrettelegge for deltakelse, meningsfylte aktiviteter, mestring og bedre helse. Denne rapporten vil utdype denne kunnskapen og dermed kunne bidra til at psykisk helsearbeid får en bedre kunnskapsbase for å realisere de overfor nevnte føringene.

Systematisk kunnskapssøk ble igangsatt med litteratursøk i forskningsdatabaser på temaet salutogenese og psykiske helseproblemer. Denne rapporten er resultatet av en rekke slike litteratursøk og besvarer spørsmål om hva salutogen tilnærming kan være, hvilke effekter slike tilnærminger viser, og faktorer som kan hemme og fremme implementering av en salutogen tilnærming.

Prosessen med kunnskapsoppsummeringen har vært interessant og lærerik.

Først en stor takk til bibliotekar Gunhild Austrheim ved HiB for kyndig hjelp til systematisk litteratursøk. En takk rettes også til førsteamanuensis Lene Juvet ved Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten og Høgskolen i Buskerud for å ha bidradd med oppfølgings- og kontrolløk og for vurdering av empiriske artikler.

Til slutt, men ikke minst rettes en takk til NAPHA for det gode samarbeidet i arbeidet med kunnskapsoversikten.

*Bergen, 30. januar 2014*

*Eva Langeland*

# Innhold

<b>Forord</b> . . . . .	<b>3</b>
<b>1. Innledning</b> . . . . .	<b>6</b>
1.1 Hensikt, hovedområder og avgrensninger . . . . .	6
1.2 Rapportens oppbygging . . . . .	7
<b>2. Metode</b> . . . . .	<b>8</b>
2.1 Litteratursøk . . . . .	8
2.2 Kontakt med fagmiljø . . . . .	8
2.3 Databaser, søkeord og modell for litteratursøk . . . . .	8
2.4 Treff og søkeprosess . . . . .	9
2.5 Vurdering av artikler med MMAT . . . . .	10
<b>3. Resultater</b> . . . . .	<b>11</b>
3.1 Salutogenese . . . . .	11
3.1.1 Sense of Coherence (SOC) . . . . .	12
3.1.2 Generelle motstandsressurser . . . . .	12
3.2 Salutogen tilnærming . . . . .	13
3.2.1 Grunnleggende antagelser . . . . .	14
3.2.2 Sentrale begreper: Opplevelse av sammenheng og motstandsressurser . . . . .	19
3.2.3 Ulike modeller for salutogen tilnærming . . . . .	22
3.3 Effekter av salutogene tilnærminger med opplevelse av sammenheng som utfallsmål . . . . .	24
3.4 Faktorer som fremmer og hemmer implementering av salutogene tilnærminger . . . . .	26
3.4.1 Forståelse for betydningen av kunnskap som fremmer implementering av en salutogen orientering . . . . .	26
3.4.2 Betydningen av språk . . . . .	27
3.4.3 Betydningen av omgivelsene . . . . .	27
<b>4. Oppsummerende konklusjon</b> . . . . .	<b>28</b>
4.1 Salutogene tilnærminger med mål å styrke psykisk helse . . . . .	28
4.2 Effekter av salutogene tilnærminger med SOC som utfallsmål . . . . .	29
4.3 Faktorer som kan hemme og fremme implementering av salutogene tilnærminger . . . . .	30
4.4 Implikasjoner for praksis og forskning . . . . .	30
<b>5. Referanser</b> . . . . .	<b>32</b>
<b>6. Vedlegg 1: Vurdering med Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)</b> . . . . .	<b>34</b>
<b>7. Vedlegg 2: Litteratur om Salutogenese funnet i databasesøk</b> . . . . .	<b>37</b>







# 1 Innledning

Fagfeltet psykisk helsearbeid har behov for økt kunnskap om hvordan helse kan bli tatt på alvor i møte med enkeltpersoner, grupper, institusjoner og ellers ulike helsesystemer. Dette er blitt spesielt tydelig med den økte vektleggingen på å integrere personer med psykiske helseproblemer (PHP) i kommunene og styrkingen av det kommunale psykiske helsearbeidet (Langeland, 2007, Jormfeldt, 2011). Kunnskapen om salutogenese kan kaste lys over hvordan helse kan forstås og anvendes i psykisk helsearbeid. Å gi en forståelse av hva salutogenese kan være i psykisk helsearbeid og å gi en forklaring på hvordan salutogenese kan anvendes i behandling av psykiske helseproblemer, er derfor viktig sett i lys av ovennevnte kontekst. I tillegg er det sentralt å ha kunnskap om hvordan salutogene tilnærminger virker, og faktorer som kan fremme og hemme implementering av en slik tilnærming. WHO (1948) definerer helse som «en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og svakhet». Denne definisjonen sier altså at helse ikke bare blir oppnådd ved å forebygge, unngå eller behandle problemer. Helse skapes også ved helsefremmende holdninger og handlinger og styrker fysisk, psykisk og sosialt velvære (Langeland, 2011, Becker og Rhynders, 2012)

Denne rapporten er en kunnskapssammenstilling om salutogenese og psykiske helseproblemer. Begrepet salutogenese ble skapt av sosiologen Aron Antonovsky (Antonovsky, 1979). Ordet salutogenese kommer dels fra latinsk *salus*, som betyr helse, og dels fra det greske ordet *genesis*, som står for opprinnelse eller tilblivelse. Selve fenomenet har sin opprinnelse i greske skrifter, men ble aktualisert igjen av humanistiske psykologer som Carl Rogers, Abraham Maslow og sosiologen Aron Antonovsky (1923–1994). Det er viktig å presisere at salutogenese fokuserer på ressurser hos mennesker og omgivelser som bidrar til helse. Man kan dermed si at det er mange retninger som har en salutogen orientering. I tillegg til salutogenese (Antonovsky, 1987) kan dette for eksempel være positiv psykologi (Snyder og Lopez 2007), psykisk helse som «flourishing» eller blomstring, trivsel (Keyes 2005, 2007), resilience (Friedli, 2009), empowerment (Wallerstein, 2006) «flow» eller flyt som optimal erfaring (Csikszentmihalyi 1997, Lutz 2009), bedringsprosesser (Slade, 2010) og mestringsforventning – self-efficacy (Bandura, 1991). Denne rapporten vil imidlertid avgrense seg til salutogenese slik Antonovsky beskriver den.

## 1.1 Hensikt, hovedområder og avgrensninger

Hensikten med denne rapporten er å gi en oversikt over eksisterende kunnskap om følgende tre hovedområder som omhandler salutogenese og psykiske helseproblemer:

1. En oversikt over hvordan salutogenese kan anvendes i praksis (hvordan en salutogen tilnærming blir forstått og hva den innebærer) for personer med psykiske helseproblemer. Dette inkluderer også personer med andre helseproblemer/diagnoser enn psykiske, men hvor psykisk helse og psykologiske prosesser vektlegges.
2. En oversikt over effekt av intervensjonsstudier med salutogen tilnærming for personer med psykiske helseproblemer hvor Sense of Coherence (SOC), hovedbegrepet i salutogenese, er utfallsmål.
3. En oversikt over faktorer som fremmer og hemmer implementering av behandlingstiltak basert på en salutogen tilnærming.

Relevante inklusjonskriterier har vært artikler med norsk, svensk, dansk eller engelsk språk og temaet voksne med psykiske helseproblemer. Et eksklusjonskriterium har vært temaet barn og ungdom. Artikler som omhandler salutogen familierapi, er inkludert. Artikler som omhandler salutogent lederskap uten at det er relatert til settinger hvor psykologiske prosesser er sentralt, er blitt ekskludert fra resultatene.

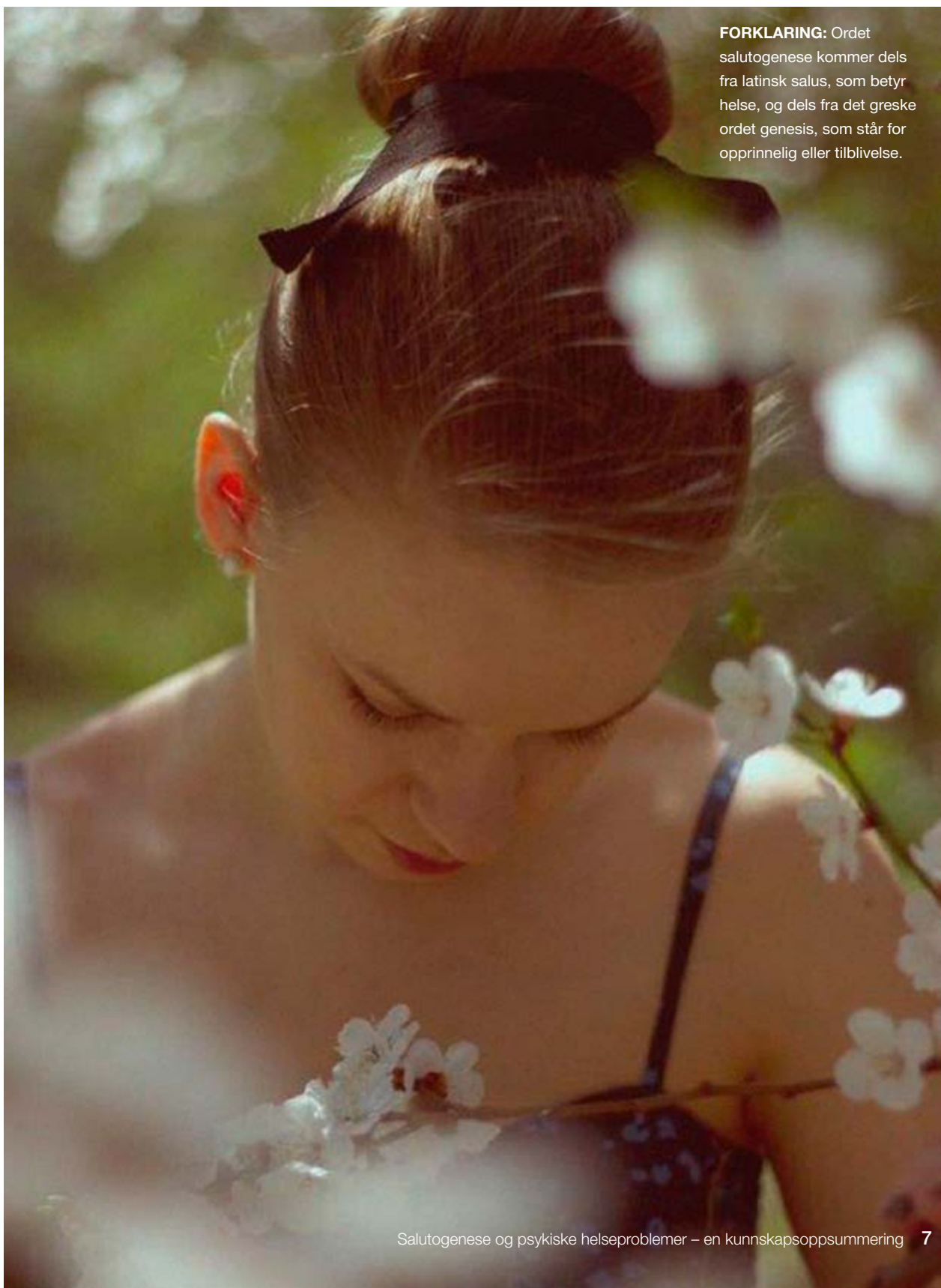
Kunnskapen om salutogenese kan kaste lys over hvordan helse kan forstås og anvendes i psykisk helsearbeid.



## 1.2 Rapportens oppbygging

Rapporten består av fire deler. Første del er en innledning som beskriver bakgrunnen for denne undersøkelsen og hensikten. Andre del er en beskrivelse av metodene som er benyttet for å gjennomføre litteraturstudien. Tredje del av rapporten er resultatdelen som innledes med en redegjørelse for hva teorien om salutogenese er og besvarer de tre hovedområdene i rapporten. Siste og fjerde del av rapporten inneholder en kort diskusjon og konklusjon rundt hovedområdene.

Vedlegg 1 består av fire tabeller hvor de empiriske forskningsartiklene som ble funnet gjennom litteratursøkene, blir gjennomgått med Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). MMAT er et verktøy for å vurdere kvaliteten på forskning. Vedlegg 2 gir en oversikt over alle relevante artikler som er funnet om temaet.



**FORKLARING:** Ordet salutogenese kommer dels fra latinsk *salus*, som betyr helse, og dels fra det greske ordet *genesis*, som står for opprinnelig eller tilblivelse.

# 2 Metode

Denne kunnskapsstatusen baserer seg på en gjennomgang av forskningslitteratur om salutogenese og psykiske helseproblemer, avgrenset til områdene som er beskrevet i punkt 1.1.

## 2.1 Litteratursøk

Det ble gjennomført søk i forskningsdatabaser. Utvalget av databaser ble definert av oppdragsgiver og forsker i samarbeid. Valg av søkeord ble gjort ut fra problemstillingen, funn i bakgrunns litteratur samt kontakt med fagpersoner og forskere på feltet. Beskrivelse av kontakt med fagpersoner finnes i tabell 1. Søkene ble gjennomført i perioden februar–mars 2013. Det ble også utført et kontroll- og oppfølgingsøk (Lene Juvet, Høgskolen i Buskerud) i oktober 2013. Dette ga samme resultat. Ved mer enn 200 treff i et søk ble det gjort et avgrensende søk. Avgrensning ble gjort ved å kombinere flere av søkeordene og ved å velge kun artikler som hadde treff på søkeordene i artikkelens tittel eller sammendrag. Ved færre enn 200 treff ble alle titler gjennomgått og sammendrag lest. Artikler som omhandlet salutogen tilnærming og psykiske helse og ev. Sense of Coherence (SOC) i tillegg, ble deretter plukket ut for gjennomgang og analyse. Gjennomgangen av 38 artikler resulterte i inklusjon av totalt 22 artikler eller bokkapitler som har dannet grunnlag for å besvare hovedområdene som er skissert under 1.1. (For en oversikt over disse artiklene, se vedlegg 2). Referanselister ble gjennomgått for artikler som var identifisert som relevante for problemstillingen. Mulig relevant litteratur som ble identifisert i disse referanselistene, ble gjennomgått for analyse slik det er beskrevet over (sporing av referanser).

## 2.2 Kontakt med fagmiljø

Kontakt med personer i fagmiljøer ble oppnådd gjennom e-post. Forespørselen omhandlet kjennskap til resultater av studier og forskning på faktorer som hemmer og fremmer implementering av en salutogen tilnærming.

**Tabell 1. Kontakt med fagpersoner**

Fagperson	Type kontakt
Nina Mjøsund, Vestre Viken helseforetak	Mailkontakt
Anne Grete Claudi Jensen, Bispebjerg Hospital, København	Mailkontakt

## 2.3 Databaser, søkeord og modell for litteratursøk

Det ble gjort søk med norske og svenske søkeord i databasene DIVA, Google Scholar, Nordart og Svemed+. Det ble gjort søk med engelske søkeord i databasene CINAHL, Pubmed, PsykInfo, SocINDEX, Cochrane, og Google Scholar.

Søkeord som ble benyttet, var salutogenic, mental health, sense of coherence. I skandinaviske databaser ble det også søkt på salutogen\*, som inkluderer alle ord som begynner med salutogen, slik at det da inkluderer salutogenese eller «salutogenesis» og «salutogen» eller «salutogenic». For å avgrense funnene ble disse søkeordene koblet sammen med «mental health problems» eller «psychiatry».

Søkene har vært «vide» fordi det har vært få aktuelle treff. Unntaket er Google Scholar, hvor vi for å avgrense søkte på «alt i tittel».

Figur 1 viser hvordan søkeprosessen ble gjennomført, og gir en oversikt over seleksjonsprosessen. For en nærmere gjennomgang av enkeltsøk og antall treff, se tabell 2.



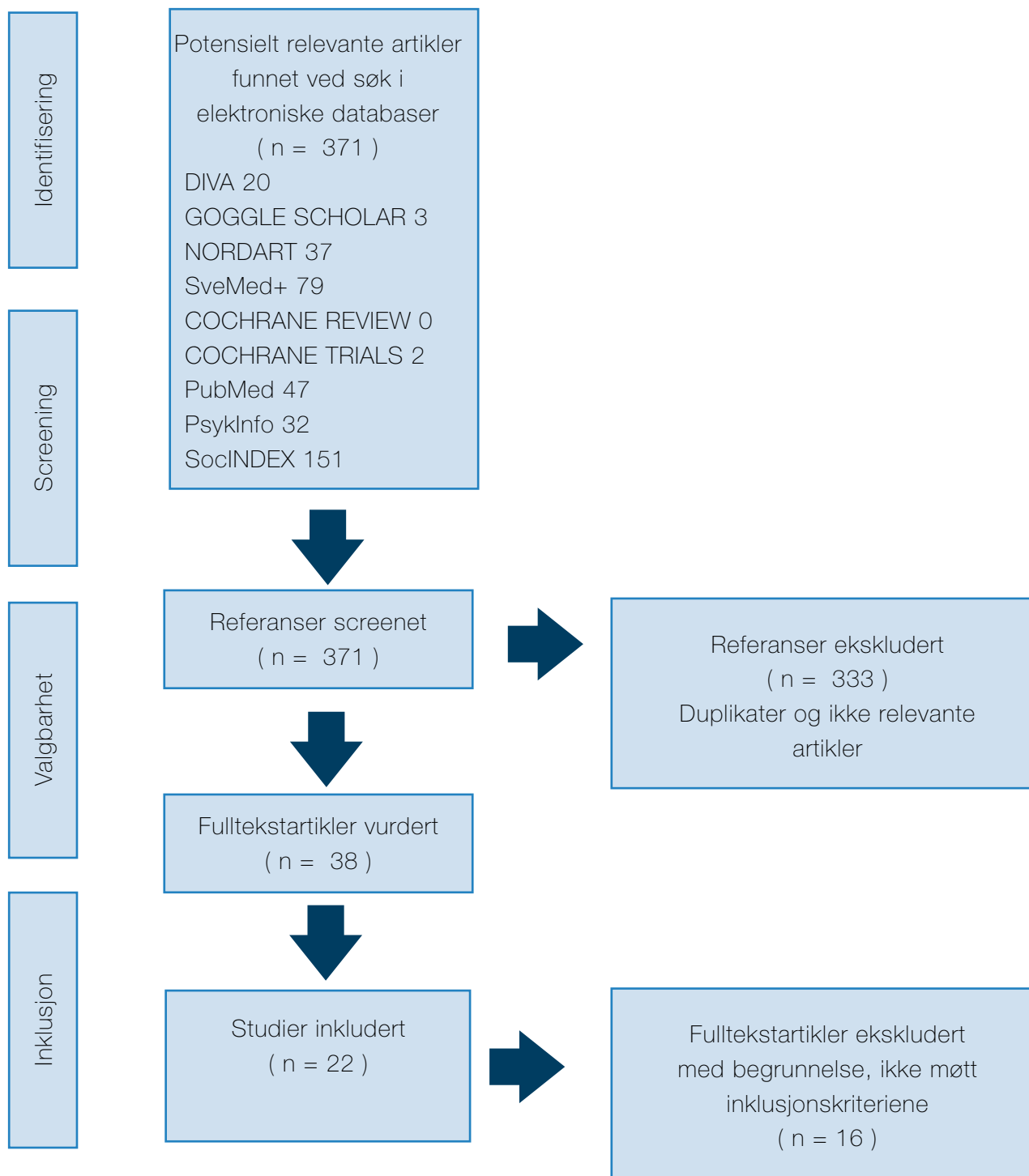
## 2.4 Treff og søkeprosess

Tabell 2 viser en oversikt over antall treff på søkeord hver for seg og i kombinasjon. Relevante artikler ble valgt ut på bakgrunn av inklusjonskriteriene, altså at det handlet om salutogen tilnærming, psykisk helse, SOC og intervensjon.

Tabell 2. Oversikt over søkedatabaser, antall treff og antall relevante treff

Søkeord	Søkemotor	Treff	Relevante*
Salutogen and mental health or psychiatry	DIVA	5	2
Sense of coherence and psychiatry		15	1
Sense of coherence and mental health		11	Ingen nye
Salutogenic or salutogenesis and mental health	Google Scholar		
Salutogenic or salutogenesis sense of coherence and mental health (Åpent)		2010	
Salutogenic or salutogenesis sense of coherence and mental health (Alt i tittel)		3	Ingen nye
Intervention and salutogenic		1	1
Salutogen	Nordart	21	6
Sense of coherence		16	1
Salutogen	Svemed+	23	13
Sense of coherence		56	–
Salutogen*	Cochrane review	0	–
	Cochrane trials	2	Ingen nye
«Sense of coherence»	Cochrane review	0	
	Cochrane trials	6	Ingen nye
Salutogenic	CINAHL(Ebsco)		
Sense of coherence	Pubmed	1100	
Sense of coherence and salutogenic		355	
Salutogen* and psychiatry or mental health and treatment* or therapy* or intervention* or approach*		47	6
Salutogenic or salutogenesis, Sense of coherence	PsykInfo	180	
Salutogenic or salutogenesis, Sense of coherence and mental health		32	4
Sense of coherence	SocINDEX (Ebsco)	250	
Salutogen		61	
Sense of coherence and mental health or psychiatry		71	–
Salutogen and mental health or psychiatry		19	4

\*Relevante etter første sortering



Figur 1: Oversikt over søkeprosessen inkludert inklusjon og eksklusjon.

## 2.5 Vurdering av artikler med MMAT

MMAT er et verktøy for å vurdere kvalitet ved forskningsarbeider (Pluye, 2011; Pace mfl., 2011). Verktøyet består av et skjema som besvarer spørsmål rundt problemstilling, validitet, utvalg og metodebruk.

I denne gjennomgangen ble fire identifiserte artikler vurdert for gjennomgang med MMAT. Kriteriet for vurdering gjennom MMAT var at artikkelen inneholdt en forskningsstudie med empirisk materiale. De fire artiklene er også blitt vurdert av førsteamanuensis Lene Juvet (uavhengig granskning).

# 3 Resultater

Resultatdelen starter med å gi en forklaring på hva modellen og teorien om salutogenese er. Deretter gis en oppsummering av funn fra litteratursøkene basert på de tre hovedområdene presentert i kapittel 1.2.

## 3.1 Salutogenese

Teorien om salutogenese gir oss en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring via dens hovedbegrep «sense of coherence», kan skapes (Antonovsky, 1987). Teorien representerer et nytt perspektiv på velvære ved å fokusere på å fremme menneskets aktive evne til tilpasning til stressfulle indre og ytre omgivelser (Antonovsky, 1979). Den ble utviklet som en motvekt til patogenese (av pato – sykdom og genesis – opprinnelse eller tilblivelse) som vektlegger risikofaktorer og årsaker til sykdom. Den vanlige måten å forske på var å se nærmere

Teorien representerer et nytt perspektiv på velvære ved å fokusere på å fremme menneskets aktive evne til tilpasning til stressfulle indre og ytre omgivelser.

på den store andelen av mennesker som rapporterte dårlig helse, og finne faktorer som kunne forklare deres dårlige helse. Antonovsky fokuserte derimot mer på hvilke ressurser som bidrar til at noen mennesker opprettholder og utvikler bedre helse til tross for ulike belastninger. For å illustrere det felles menneskelige i helsetenkning bruker Antonovsky «helse i livets elv» som metafor: Alle mennesker er i elven som er livets elv. Ingen kan stå trygt på elvebredden. Vannet i elven er alltid i bevegelse, det kan være alt fra rolige strømninger til virvelstrømmer og fossestryk. Det viktige, avgjørende salutogene spørsmålet er: «Uansett hvor en er i livets elv, hva former ens evne til å svømme bra?» (Antonovsky, 1987).

Antonovsky (1987) skisserer gjennom grunnleggende antagelser om helse forskjellen på salutogenese og patogenese. Innenfor salutogenese defineres helse som et kontinuum (grader av helse), som står for en kreativ utforskning av faktorer som kan skape en høyere grad av helse. I patogenese, derimot, klassifiseres mennesker som syke eller friske. Videre er personens historie og opplevelse viktigere i salutogenese enn diagnosefokuset, noe som er sentralt i patogenesen. Når det gjelder synet på stress, så forstås spenning og stress i en salutogen tilnærming som potensielt helsefremmende, mens en i patogen tilnærming ser på stress som sykdomsskappende. I tillegg vektlegger en i salutogenese bruken av eksisterende og/eller potensielle



**LIVETS ELV:** Er alltid i bevegelse, det kan være alt fra rolige strømninger til virvelstrømmer og fossestryk. Hva er det som former vår evne til å svømme bra?





**MOTSTANDSRESSURSER:** Forholdet vi har til andre, egoidentitet, kunnskap, intelligens, kultur, religion og verdier er noen av faktorene som påvirker måten vi takler krevende situasjoner på.

motstandsressurser, mens en i patogenesen fokuserer utelukkende på å minisere risikofaktorene. Til slutt, men ikke minst vektlegger en i salutogenese aktiv tilpasning som idealet i behandlingen. I patogenese, derimot, søker en etter den rette kuren basert på rett diagnose (Antonovsky, 1987, Langeland, 2012a).

### 3.1.1 Sense of Coherence (SOC)

Teorien om salutogenese er mest kjent for sitt sentrale begrep «Sense of Coherence» (SOC), som på norsk kan oversettes til opplevelse av sammenheng. SOC er en grunnleggende holdning som uttrykker i hvilken utstrekning man har en gjennomgående, stabil, men dynamisk følelse eller tillit til at:

Stimuli som stammer fra ens indre eller ytre omgivelser i livet er 1. strukturerte, forutsigbare og forklarlige (forståelighet), 2. ressurser er tilgjengelige slik at en kan møte kravene disse stimuli setter (håndterbarhet) og 3. kravene oppleves utfordrende, verdt investering og engasjement (mening) (Antonovsky, 1987).

Bakgrunnen for dannelsen av begrepet Sense of Coherence var at han intervjuet kvinner som hadde gjennomgått store endringer i livet og bl.a. overlevd opphold i konsentrasjonsleir. Tross dette rapporterte en tredjedel at de hadde god mental helse. Han fant at disse kvinnene var kjennetegnet av en høyere grad av opplevelse av sammenheng. Han stilte spørsmålet «What explains movement towards the health pole of the ease/dis-ease continuum?» Dette er det motsatte av å søke etter faktorer som skaper sykdom. Antonovskys svar på det salutogene spørsmålet var at SOC bestemmer hvordan vi mestrer hverdagens stress på en måte som ikke bare opprettholder helsen, men også fremmer den. Antonovskys store forskningsfunn var altså at hvordan man opplever virkeligheten i form av begripelighet, håndterbarhet og mening (som til sammen utgjør SOC), bidrar til ulike grader av mestring, helse og velvære (Langeland, 2011, Langeland, 2012a).

Teorien om salutogenese er mest kjent for sitt sentrale begrep «Sense of Coherence» (SOC), som på norsk kan oversettes til opplevelse av sammenheng.

### 3.1.2 Generelle motstandsressurser

Teorien om salutogenese identifiserer personlige og kollektive motstandsressurser som kan fremme mestring av spenning i krevende situasjoner. Jo høyere grad av personlige og

kollektive motstandsressurser en har tilgjengelig og kan anvende, jo bedre SOC og høyere grad av helse vil en oppleve. Fordi samspillet mellom person og omgivelser alltid vil være i forandring, er det ikke mulig å gi en fullstendig liste over alle mulige motstandsressurser.

Kvaliteten på sosial støtte som intime, emosjonelle bånd er særs viktig.

Antonovsky (1979, s. 99) formulerte derfor følgende definisjon som gir et kriterium for å identifisere motstandsressurser: «enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning». I tillegg identifiserte han følgende eksempler på hovedområder for motstandsressurser: Kvaliteten på sosial støtte som intime, emosjonelle bånd er særs viktig (Antonovsky, 1987). Personer som har nære bånd til andre, løser lettere opp spenning enn dem som mangler en slik kvalitet i sine relasjoner. Vissheten om tilgjengeligheten av sosial støtte er ofte tilstrekkelig for å kunne være en effektiv motstandsressurs. *Egoidentitet* er en ressurs på det emosjonelle nivået og omhandler opplevelsen personen har av seg selv. *Kunnskap og intelligens* kan forstås som kognitive ressurser. Kunnskap gir innsikt, og bevisste valg kommer mer i fokus. Bevisste valg, handling og øvelse fremmer opplevelse av mestring og styrker identitet. *Kulturen* gir hver av oss en plass i verden. SOC kan bli styrket i en kultur som setter folk i stand til sosial deltagelse som for eksempel deltagelse i sosial beslutningstaking, kunst, håndverk/håndarbeid, sang, musikk, friluftsliv, hagearbeid og ulike typer idrett. *Kontinuitet, oversikt og kontroll* er makrososiokulturelle motstandsressurser som bestemmes av kulturen og samfunnet som personen er en del av. *Religion og verdier* er områder for motstandsressurser som gir retning og mening i livet. *Fysiske og biokjemiske* motstandsressurser kan for eksempel være god fysikk, gode gener og et sterkt immunsystem. Åpenbare motstandsressurser som hører inn under hovedområdet *materielle verdier*, er for eksempel ernæring, klær, penger og bolig. Til slutt er gode *mestringsstrategier* som er kjennetegnet av rasjonalitet, fleksibilitet, vidsyn og forutsigbarhet inkludert evne til regulering av følelser, et viktig hovedområde for motstandsressurser.

### 3.2 Salutogen tilnærming

Denne delen gir en oversikt over hvordan en salutogen tilnærming for personer med psykiske helseproblemer blir forstått, og hva det innebærer i praksis. Dette inkluderer også personer med andre helseproblemer/diagnoser enn psykiske, men hvor psykisk helse og psykologiske prosesser er vektlagt. Den første salutogene tilnærmingen som er blitt beskrevet med SOC som hovedutfallsmål, var Langelands studier (Langeland, 2006, 2007, Yamazaki, Togari, Sakano, 2011). Den salutogene tilnærmingen Langeland redegjør for, baserer seg på hele teorien, inkludert grunnleggende antagelser og de sentrale begreper SOC og Generelle Motstands Ressurser (GMR). Hele denne teorien vil bli brukt som ramme når oversikten over de ulike studiene om salutogene tilnærminger blir beskrevet.

En metaanalyse av empiriske studier sammenlignet eller drøftet ulike måter å gjennomføre en salutogen tilnærming på (Griffiths, 2009). Den konkluderer med at en salutogen tilnærming kan være nyttig i rehabilitering av personer med ulike psykiske helseproblemer. En av Langelands artikler er også en type oversikt der hun presenterer ulike teoretiske artikler som viser hva en salutogen tilnærming kan være (Langeland, 2012b). Hun anvender Katie Erikssons (1986) fire kunnskapsnivåer (metanivå, teoretisk nivå, teknologisk nivå og praktisk nivå) for å kaste lys over relevansen som den salutogene modellen har for klinisk sykepleie. I tillegg til de nevnte arbeidene baserer den følgende presentasjonen seg på enkeltstudier som presenterer eller reflekterer rundt teorien om salutogenese og hva en salutogen tilnærming kan være i ulike settinger. Siden salutogenese er en generell teori, vil det å arbeide innenfor en salutogen referanseramme kunne innebære at en må bruke andre, mer spesifikke teorier eller teknikker som kan belyse og utdype teorien (Cederblad og Hansson, 2004). Hansson og Cederblad (2004, 1995) viser til at salutogenese kan sees på som en metateori hvor en kan integrere ulike innretninger for å få en mer effektiv behandling. Dette støttes av Johansson (1996), som påpeker at salutogen tenkning kan være en overgripende og sammenholdende teori som skaper helhet. Dette hevder også



**HELSE:** I overført betydning handler det om å «svømme på best mulig måte».



Langeland (2007), Magrin mfl. (2006) og Jensen (2013), som har anvendt støtteteorier for å utdype ulike aspekter av teorien. Langeland (2007) skriver f.eks. at Antonovskys modell sier at kvaliteten på sosial støtte er en avgjørende motstandsressurs, uten å utdype begrepet sosial støtte nærmere. Weiss (1973), derimot, identifiserer ulike behov mennesket kan få dekket i kvalitativt gode relasjoner. Langeland (2007) bruker derfor Weiss som støtteteori for å utdype den salutogene modellen.

### 3.2.1 Grunnleggende antagelser

De grunnleggende antagelsene i salutogenese innebærer at en må vektlegge helse som kontinuum, personens historie, helsefremmende faktorer, stress som potensielt helsefremmende og aktiv tilpasning som idealet i behandling. Disse faktorene vil nå bli utdypet ved at vi ser nærmere på hvordan de kan anvendes som holdning og handling i praksis

#### *Helse som kontinuum*

Det salutogene perspektivet bygger på kunnskap om helse og hvordan helse kan økes. Hovedmålet er å styrke og fremme helse (Jormfeldt, 2011). Det gis oppmerksomhet til hvordan en opplever sin egen helse og sykdom (illness) (Jormfeldt, 2011). Dette inkluderer å definere helse som et kontinuum mellom helse som det ene ytterpunktet og helsesammenbrudd på det andre, altså et rent helsekontinuum (Langeland og Vinje, 2013). Fra et holistisk perspektiv er helse og sykdom forstått som ulike prosesser som er avhengige av hverandre og dermed gjensidig påvirker hverandre (Jormfeldt, 2011). Langeland mfl. (2007) redegjør for hvordan en retter søkelyset mot den dynamiske interaksjonen mellom motstandsressurser og stressfaktorer. Om personen har tilgjengelig motstandsressursene i seg og rundt seg og har evne til bruke dem og dermed overvinne stressfaktorene, vil personen bevege seg mot helsepolen på kontinuumet. Ved å bruke metaforen om livets elv vises hvordan

Ved å bruke metaforen om livets elv vises hvordan helse handler om å «svømme på best mulig måte».

helse handler om å «svømme på best mulig måte». Denne metaforen kan bidra til at folk aksepterer sine egne opp- og nedturer i livet, og at en dermed kan fokusere på hvordan en på best mulig måte aktivt



kan tilpasse seg de ulike påkjenninger og utfordringer. Ved at alle mennesker er på samme kontinuum med ulike grader av helse og i den samme elven, kan dette bidra til å alminneliggjøre psykiske helseproblemer.

### *Personens historie*

I denne andre grunnleggende antagelsen sier Antonovsky at en må fokusere på personens historie heller enn på diagnosen. Psykisk helsearbeid kan tilrettelegge for at personer kan strukturere sine livserfaringer på en måte som styrker deres SOC. En persons egen historie er viktig. Ved å vektlegge livssituasjonen kan en finne og bruke ressurser som kan bidra til bedringsprosessen. Oppmerksomheten bør derfor være på personens hele livssituasjon og erfaringer. Da får en frem det erfaringsnære (Langeland, 2007 mfl). Men vi må ha en bevisst forståelse av hva en diagnose er, og være bevisst på hva en diagnose kan gjøre med en persons selvforståelse. Langeland mfl., (2007) foreslår å forholde seg til diagnose som en tynn, generell beskrivelse av personen. En slik forståelse bidrar til at personen ser på seg selv først og fremst som en person og ikke en diagnose. Å se på personen med hennes historie og livssituasjon fremfor diagnosen kan bidra til alminneliggjøring av personer med psykiske helseproblemer og unngå stigmatisering, ev. også bidra til å avstigmatisere (Langeland, 2007). Dette støttes av Jormfeldt (2011), som påpeker at å bli sett på som «hvem som helst», dvs. å føle seg like viktig som andre, kan redusere skam, redusere stigma og fremme helse. En slik forståelse betyr at en må vektlegge å møte personen på en åpen, aksepterende måte og lytte til personens egne beskrivelser. Da kommer de mer «tykke», erfaringsnære beskrivelser frem. I de «tykke» beskrivelsene vektlegger en å få frem personens egne mestringshistorier. Mennesket skaper mening og sammenheng om seg selv ved å fortelle historier, og det er viktig å vektlegge mestringen i historiene slik at en kan tilrettelegge for en konstruktiv narrativ identitet (Langeland mfl., 2007). Hansson og Cederblad (2004, 1994) påpeker at høyrisiko historie (historisk determinisme) forklarer ca. en tredjedel av helsetilstanden her og nå, og at det er tid for å forlate den historiske determinismen som eneste forklaring på problemer i nåsituasjonen. Hansson og Cederblad (1994) hevder at det ikke er sammenheng mellom antall risikofaktorer i barndommen og helse som voksen. Det betyr selvsagt ikke at historien er betydningsløs, men at det finnes alternative forklaringer (Hansson og Cederblad, 1994). De konstaterer at det finnes en omvendt historisk determinisme: Nåsituasjonen påvirker hvordan historien oppleves og beskrives. Det finnes derfor mange andre muligheter enn fortiden som kan forklare helsesituasjonen her og nå. Jo mer salutogene faktorer en person som har vokst opp i en barndom med mye risikofaktorer, har hatt, jo bedre liv 40 år etter. Dette indikerer at en må inkludere salutogene faktorer i behandling og løfte frem de salutogene kreftene i behandlingen (Langeland, 2007, Hansson og Cederblad, 1994, Johansson, 1996). I et salutogent perspektiv retter en oppmerksomheten mot hele personen i samspill med personens omgivelser (Jormfeldt, 2011, Langeland, 2007, Langeland, 2011, Langeland og Vinje, 2013). Det er den salutogene holdningen i hele den terapeutiske situasjonen som er viktig (Hansson og Cederblad, 1994). Jormfeldt (2011) belyser gjennom et eksempel hvordan et diagnosefokus kontra et personfokus kan utarte seg i klinisk psykisk helsearbeid. Når en ser på diagnosen schizofreni fra et biomedisinsk ståsted, er medisinerings og pasientens etterlevelse (compliance) vektlagt. Det er lett å forstå at personens motivasjon for å opprettholde håp blir redusert i en slik kontekst. I et salutogent perspektiv retter en oppmerksomheten mot personens egen opplevelse inkludert egen historie, egne ønsker og erfaringer her og nå. Hvis medisinerings blir brukt, er det for å støtte personen i hennes/hans prosess i å nå sine mål.

Det kan være hensiktsmessig å forholde seg til diagnose som en tynn, generell beskrivelse av personen.

Å dele historier om hvordan en for eksempel har mestret lidelsen schizofreni, kan ha stor betydning for den enkelte. Å dele mestringshistorier skaper optimisme og tillit til egen styrke (Landsverk og Kane, 1998). En arena

Å dele mestringshistorier skaper optimisme og tillit til egen styrke.

**STRESS** kan ikke ubetinget betraktes som negativt. Under visse forutsetninger kan det være helsebringende.



som kan legge godt til rette for dette er salutogene samtalegrupper (Langeland, mfl., 2007). Å vektlegge hele personen fremheves også som viktig i behandling av personer med tvangslidelser. En skal gi oppmerksomhet til hele personen som har en lidelse, og en må fremme utviklingen av verktøy for selvorganisering (self-management). Dette fremheves som viktige aspekter av sykepleie. Å arbeide med personer slik at de kan ta større ansvar for egen helse ved å vektlegge selvorganisering heller enn «cure», er en viktig faktor i avansert psykiatrisk sykepleie (Joachim mfl., 2003).

Når personer forteller om egne opplevelser eller når en observerer personer i ulike aktiviteter, er det av stor betydning å bevisstgjøre personer på salutogene episoder hvor personen og familiens handlinger var helsefremmende (Hansson og Cederblad, 2004). Hansson og Cederblad (2004) bruker et eksempel for å kaste lys over hva dette kan bety i praksis: Når personalet spiller hockey med ungdommer som har problemer med å regulere aggresjon, stopper de spillet og diskuterer hva som skjer i situasjoner hvor de ikke mister kontrollen over sin aggressivitet og dermed ikke skaper trøbbel. En gir da oppmerksomhet til situasjoner hvor de gjenvinner selvkontroll heller enn til problemsituasjoner. Systematisk analyseres individuell kompetanse, intelligens, temperament, kontroll osv. Dette støttes av Langelands tilnærming (2007), som anvender løsningsfokusede spørsmål om hvordan en har klart å mestre ulike situasjoner, nettopp for å bevisstgjøre på egne ressurser og muligheter.

Vår historie og erfaring utvikler vår identitet. Det er derfor av betydning å ta utgangspunkt i personens egen opplevelse og historie for å få klarhet i hva som gir livet mening og hvem personen er (Magrin mfl., 2006). En bevisstgjøring av mestringshistorier både fra fortiden og her og nå er sentralt for å bygge opp under en mer konstruktiv identitet og ikke bare en identitet som psykisk syk. Dette kan bidra til å unngå stigmatisering av personen (Langeland, mfl., 2007).

### *Helsefremmende faktorer*

For å illustrere skillet mellom en salutogen og en patogen tilnærming kan en bruke matematikk som metafor (Becker og Rhynders, 2012). Mens patogenese handler om subtraksjon og hvordan en skal ta vekk dårlige betingelser, risikofaktorer og trusler, handler salutogenese om addisjon (tillegg) og hvordan tilføre positive handlinger, muligheter, betingelser og utfall. Selv om en person for eksempel kommer seg av en depresjon, skaper

**GODE HJELPERE.** Med holdninger som ubetinget, positiv aksept, ekthet og empati for å etablere et klima som stimulerer til vekst og utvikling, er man godt rustet.



Ved å utforske hva som er helsefremmende faktorer for den enkelte, skapes muligheter for bevisstgjøring og utvikling av en sterkere identitet.

ikke dette nødvendigvis positive grunner for å leve; det som gjør livet verdt å leve må utforskes. Helse er altså mer enn fravær av eller å ha få risikofaktorer. Tilstedeværelse av helsefremmende faktorer bidrar direkte til helse (Langeland mfl., 2007). Ceder-

blad og Hansson (1994) påpeker at studier av risikofaktorer bare forklarer en mindre del av årsaker til psykisk uhelse. Hovedvekten bør derfor legges på studier av helsefremmende faktorer. For å ha helse må du ha og bruke helsefremmende faktorer. Det er derfor grunnleggende å bevisstgjøre hver enkelt person på hva som er helsefremmende faktorer for henne/ham. Risikofaktorer er allestedsnærværende (jf. metaforen om livets elv), men ved å investere i helsefremmende faktorer kan en bedre egen helse. Dette inkluderer bevisstgjøring av egne ressurser og å støtte opp under det som fungerer fint i personens liv. Kvaliteten på sosial støtte og identitet er ifølge Antonovsky (1987) avgjørende motstandsressurser, og i salutogene samtalegrupper fokuseres det derfor spesielt på dette (Langeland mfl., 2007). Ved å utforske hva som er helsefremmende faktorer for den enkelte, skapes muligheter for bevisstgjøring og utvikling av en sterkere identitet (Magrin mfl., 2006).

### *Synet på stress*

Salutogenese bygger bl.a. på at spenning og anstrengelse er potensielt helsefremmende. Stress kan ikke ubetinget betraktes som negativt fordi stress under visse forutsetninger kan være helsebringende (Cederblad og Hansson, 1994). Stressfaktorer er allestedsnærværende, men noe vi søker å overvinne (Langeland, mfl., 2007). Heterostase, dvs. mangel på balanse og tilstedeværelse av lidelse, er en del av dagliglivet. Dette står i motsetning til patogenese, hvor idealet er homeostase (balanse), og hvor det derfor er viktig å unngå stressfaktorer. I salutogenese, derimot, er stressfaktorer forstått som naturlige stimuli og potensielt helsefremmende. Ifølge Antonovsky er ikke velvære det samme som fravær av patogene faktorer. Stress skaper derimot behov for en endring, først i det kognitive systemet ved for eksempel måten personen forstår virkeligheten på, og senere også på det atferdsmessige og sosiale plan. Selvregulering av ulike stimuli er derfor en kontinuerlig prosess hvor en



Spenning er alminnelig og vanlig, mens stress oppstår når spenningen ikke blir løst på en tilfredsstillende måte.

betydningen av å forstå stress som potensielt helsefremmende og fremhever betydningen av å oppleve passende utfordringer (balanse mellom over- og underbelastning). De vektlegger å skille mellom spenning og stress. Spenning er alminnelig og vanlig, mens stress oppstår når spenningen ikke blir løst på en tilfredsstillende måte. Videre bruker de metaforen om helse i livets elv for å illustrere at spenning og stress er en del av dagliglivet. I salutogene samtalegrupper er fokuset på å diskutere hva som er passende utfordringer for den enkelte sentralt. Magrin mfl. (2006) vektlegger at et viktig steg i identitetsutvikling er å akseptere spenning og stress som et naturlig element i personlig vekst og utvikling. Personen opplever og erfarer da gapet mellom hva hun/han er og kan være, mellom hva hun/han kunne ha vært og burde ha vært. Ved å fronte dette gapet heller enn å unngå det kan folk utvikle seg og øke egne ressurser.

#### *Aktiv tilpasning som idealet i behandling.*

Det hevdes at mennesket utsettes for en økt mengde stress i dagens samfunn, men at vi biologisk sett er hulepersonen som sitter foran PC-en. Dette gir oss mennesker en mengde problemer, men samtidig sier det noe om menneskets evne til aktiv tilpasning. Det er vesentlig å vektlegge og poengtere kapasiteten som mennesket har til aktiv tilpasning (Cederblad og Hansson, 2004). Dette støttes av Griffiths (2009), som fremhever at salutogenese henvender seg til alle dem som er opptatt av å forstå og fremme menneskets evner til aktiv tilpasning.

søker å oppnå velvære. Dette er igjen med på å forme vår identitet, som begynner med meningskomponenten (Magrin mfl., 2006). Langeland mfl. (2007) vektlegger også

**KREATIVITET** er et viktig ressursområde i salutogen familierapi.



Han refererer til Antonovsky, som definerte recovery som en konstruktiv prosess hvor personen fokuserer på sin egen situasjon på en fleksibel, tilpasningsdyktig og fremtidsrettet måte. Aktiv mestring heller enn passiv tilpasning er i fokus. I tillegg må behandling skreddersys basert på personens helhetlige behov og personlige mål.

Aktiv tilpasning er sentralt når en skal styrke menneskets evne til å håndtere daglige detaljer i sin egen helsesituasjon.

Langeland mfl. (2007) understreker betydningen av å etablere et godt behandlingsklima. De bruker Rogers' personsentrettede terapi; en kombinasjon av holdningene ubetinget positiv akseptasjon, ekthet og empati for å etablere et klima som stimulerer til vekst og utvikling. Videre vektlegges unike kapasiteter som mennesket kan lære gjennom: selvregulering, symbolisering, modelløring, planlegging og selvrefleksjon. Videre må det investeres i områdene indre følelser, sosiale relasjoner, aktiviteter og eksistensielle tema for å fremme opplevelse av mening. Aktiv tilpasning er sentralt når en skal styrke menneskets evne til å håndtere daglige detaljer i sin egen helsesituasjon (Langeland, 2012a).

Aktiv tilpasning inkluderer hvordan en skal regulere seg selv i forhold til livets ulike stressfaktorer. Stress tvinger personen til å velge både på det kognitive og på det affektive nivået, og dette inkluderer tilpasning og rekonstruksjon (Magrin mfl., 2006). Spenningen som oppstår mellom personen og omgivelsene, gjør at personen prøver å justere forventningene og kriteriene for å tolke virkeligheten, dvs. at hun/han lager et kompromiss. Dermed styrkes tilpasningen. Rekonstruksjon, derimot, krever at personen aksepterer spenningen som et naturlig fenomen slik at hun/han er klar til å forholde seg til ulike stimuli som kommer fra omgivelsene. Ved å

Ved å akseptere spenning vil personen som et hele gå gjennom opplevelser som gir vekst, og personen vil gradvis modne og erverve en mer bestemt og tydelig identitet.

akseptere spenning vil personen som et hele gå gjennom opplevelser som gir vekst, og personen vil gradvis modne og erverve en mer bestemt og tydelig identitet. Hos personer som har tilegnet seg en rekonstruktiv strategi, kan stress fremme det som positive

psykologer kaller for optimal erfaring, som er en opplevelse av flyt (Csikszentmihalyi, 1997) dvs. en situasjon hvor personen møter utfordringer med en holistisk holdning, som igjen vil si at tanker, følelser og motivasjon interagerer og er integrert (Magrin mfl., 2006). Personen erfarer da sitt potensial i form av selvbestemmelse og kompetanse, ikke en følelse av omnipotens, men heller en følelse av avhengighet av en positiv virkelighet som gir mulighet for selvrealisering. Ved denne forståelsen kan dis-ease (å ha en lavere grad av helse) bli tolket som en overgangsperiode hvor personen utforsker sine reaksjoner og revurderer sine relasjonelle mønstre i forhold til omgivelsene. Fra et psykologisk ståsted blir dis-ease drivkraften som utforsker relasjonen mellom individ og omgivelser, og som paradoksalt nok blir en kilde til vekst og utvikling på identitetsnivå (Magrin mfl., 2006). Langeland (2011, 2012a) viser også til opplevelsen av flyt og at personer kan få flytopplevelser når de opplever passende utfordringer. Hun henviser også til Lutz (2009), som foreslår at flyt er en opplevelse av sammenheng her og nå, mens opplevelse av sammenheng også er et resultat av flyt over tid. Langeland (2011) foreslår også at bevisstgjøring på gode mestringsopplevelser og erfaringer kan stimulere til mer flytopplevelser.

### 3.2.2 Sentrale begreper: Opplevelse av sammenheng og motstandsressurser

Flere studier vektlegger samspillet mellom personens bruk av interne eller eksterne ressurser og SOC for å styrke mestring og velvære (Griffiths, 2009, Langeland, 2007, 2011, 2012a, 2012b). Landsverk og Kane (1998) beskriver relasjonen mellom SOC og GMR som en type «feedback loop». Selv om GMR gir erfaringer som fremmer SOC, er det en sterk SOC som gjør personen i stand til å mobilisere og gjøre nytte av de best tilgjengelige GMR. Den kumulative effekten kan derfor bli større over tid.

Griffiths (2009) hevder at SOC-teorien er relevant i rehabiliteringsarbeid. SOC kan være fordelaktig å





**RELASJONEN** er en viktig motstandsressurs i en salutogen tilnærming.

forsterke i rehabilitering og bedringsprosesser. Dette inkluderer personer med ulike diagnoser som schizofreni, psykose, avhengighet og depresjon. Dette støttes også av Langelands studie, som viser at personer med ulike psykiske lidelser og symptomer oppnådde en sterkere og bedre SOC ved deltagelse i salutogene samtalegrupper (Langeland, 2006). I en salutogen tilnærming retter en oppmerksomheten mot personens ressurser og evnen til å bruke disse i samspillet mellom personen og omgivelsene. Sosial støtte fremheves som en spesielt viktig faktor for å kunne styrke SOC. Sosial støtte blir av mange fremhevet som særs viktig i en salutogen tilnærming. I samtalegrupper kommer dette spesielt frem der deltagerne får støtte fra hverandre, og det oppleves spesielt helsefremmende å kunne gi sosial støtte (Langeland, 2007). Betydningen av å kunne gi sosial støtte fremheves også av Johansson (1996). Selvtilliten blir styrket ved å få positiv tilbakemelding fra andre (Langeland, 2007, Johansson, 1996). Kvaliteten på relasjonen til behandler er viktig (Hansson og Cederblad, 2004, 1994, Johansson, 1996). Tydelig og støttende kommunikasjon er grunnleggende hvor det å fremme håp og positive forventninger for fremtiden er en viktig motstandsressurs (Cederblad og Hansson, 2004). Jormfeldt (2011) påpeker at vi ved å fokusere på autonomi, sosial involvering og forståelse tar et helsefokus på alvor. Autonomi inkluderer evnen til å fungere i dagliglivet, et positivt selvilde inkludert positive følelser. Sosial involvering inkluderer å være både en mottaker og en giver av sosial støtte. Gjensidighet er sentralt. En mer bevisst forståelse for egen livssituasjon og hva som oppleves som meningsfylt, ha fred, å se frem til noe positivt, personlig utvikling og lidelse oppfattes som en motiverende faktor for å skape endring. Dette støttes av Hansson og Cederblad (2004, 1994). De fremhever i tillegg god mestring, intelligens og kreativitet og indre kontroll og høy aktivitet og energi som viktige ressursområder i salutogen familierapi.

Som nevnt tidligere er identitet en avgjørende motstandsressurs. Langeland (2007) beskriver hvordan evnen til å handle bekrefter ens identitet. Ved å øke handlingskompetansen kan en dermed komme inn i en kon-

Autonomi inkluderer evnen til å fungere i dagliglivet, et positivt selvilde inkludert positive følelser.

struktiv identitetsutvikling ved at en opplever økt mestring, og en kan dermed fortelle nye mestringshistorier. En er altså kommet inn i en god identitetssirkel. Magrin mfl.



(2006) knytter motstandsressursen identitet til mestring av spenning og dermed identitetsutvikling. Spenning kan ikke bli eliminert, det er en naturlig del av livet. Å akseptere denne livsbetingelsen er en forutsetning for god mental helse, derfor blir heterostase det naturlige idealet. Om en ikke aksepterer denne betingelsen, kan en utvikle en nevrotisk personlighet. Prinsippet om homeostase er derfor ikke et normalt fenomen, snarere et nevrotisk fenomen (jf. synet på spenning og stress).

Joachim mfl. (2003) bruker SOC-begrepet som et rammeverk for å forbedre behandling av personer med tvangslidelser. Ved å vektlegge forståelse, håndterbarhet og mening er det sannsynlig at en kan forbedre følelsen av mestringstro (self-efficacy), mestring og kontroll og redusere sårbarhet for stress og gjentatte tvangshandlinger. De fremhever den spesielle vurderingsprosessen som SOC opererer gjennom, og henviser til at Antonovsky (1987) refererte til Lazarus' (1984) teori om vurderingsprosesser. Gjennom den første vurderingen blir stimuli definert som stress eller ikke-stress. En person med en sterkere SOC vil lettere vurdere stimuli som ikke-stress og vil derfor ikke erfare spenning eller dens potensial til å bli transformert til stress. Videre vil en i denne første fasen vurdere stimuli i forhold til om det kan true ens velvære, ha en positiv effekt eller er godartet. En person med en sterkere SOC vil lettere vurdere stimuli som godartet eller positiv. I andre stadium av vurderingen inkluderes å velge passende mestringsressurser. Den tredje vurderingen går på å vurdere valgene en har gjort. Den første vurderingsprosessen er spesielt relevant for personer med tvangslidelser fordi det er i denne delen av prosessen det kan skapes gjentatte tanker som er en kilde til kontinuerlig stress. Denne feilevalueringen interagerer med andre sårbare faktorer og utgjør drivkraften bak tvangshandlinger. Den mest effektive terapien for

Den mest effektive terapien for personer med tvangslidelser vil bestå i å arbeide med forståelse, håndterbarhet og mening.

**TILBAKE PÅ JOBB:** En aktiv mestringsstil, høy mestringsforventning og Sense of Coherence (SOC) øker sjansen for dette.

personer med tvangslidelser vil bestå i å arbeide med forståelse, håndterbarhet og mening. Siden forståelse handler om hvordan en opplever stimuli fra indre og ytre omgivelser, er det å øke forståelse et tidlig mål i terapien. Håndterbarhet kan økes ved å identifisere spesifikke strategier som f.eks. å takle bivirkninger av medisiner, tvangssymptomer og endring av tanker og handlinger og derav mestringserfaringer. Alliansen mellom terapeut og klient vektlegges, og en atmosfære preget av tillit og aksept er en grunnleggende ramme. Mening kan utforskes ved at klienten får hjelp til å mestre å lindre angst, og dermed tilrettelegges det for at klienten kan utforske områder i livet som tidligere er unngått. Dermed kan en øke hensikt og mening i livet. Fokus går ikke på å finne årsaker til lidelsen, men heller på å utvikle strategier for å endre tanker og handlinger. Å strukturere behandling av tvangslidelser innenfor SOC som rammeverk



tilrettelegger for å utforske emosjonelle reaksjoner og uheldige mønstre, oppmuntre til aksept og stimulere til nye strategier for å takle negative følelser. Således kan personen bli styrket til å ta mer ansvar for egen helse ved nyoppdagede ressurser og relasjoner som fremmer vekst.

### 3.2.3 Ulike modeller for salutogen tilnærming

Denne delen vil ta for seg spesifikke intervensjoner som bygger på den salutogene modellen. Intervensjonenes mål er å styrke SOC. Samspillet mellom motstandsressurser og SOC står altså sentralt. De ulike modellene vil hovedsakelig presenteres hver for seg, men felles elementer i modellene vil også bli belyst.

I en salutogen tilnærming er relasjonen en viktig motstandsressurs. Dette gjelder alle salutogene tilnærminger. Langeland (2007) anvender Carl Rogers' (1957) teori om nødvendige og tilstrekkelige betingelser for kunne skape et salutogent klima som inspirerer til vekst og utvikling. Betydningen av et godt klima poengteres også av Johanson (1996). Ved å ta utgangspunkt i personen og familiens egen opplevelse vektlegger de å styrke ressurser og positive formuleringer i håp om å skape et så godt behandlingsklima som mulig. Videre fremhever de betydningen av at terapeuten har en fleksibel holdning ved at hun/han f.eks. kan bevege seg mellom direkte forslag og instruksjoner om å innta en reflekterende posisjon. Dette påpeker også Langeland (2007) betydningen av og poengterer at terapeut må ha en åpen, «ikke-vitende» holdning. Dette representerer en grunnholdning om at personen selv har løsningen på egne problemer (Langeland mfl., 2000). En slik holdning krever en høy grad av fantasi og kreativitet hos behandler og en tiltro til at det i møtet med personen eller familien vokser frem fruktbare ideer (Langeland, 2007, Johansson, 1996).

Hansson og Cederblad (2004) belyser SOC som en metateori for salutogen familierapi. De fremhever Antonovskys syn på SOC som en viktig motstandsfaktor (resiliens). Cederblad og Hansson (2004, 1994) illustrerer ved hjelp av støtteteorier hvordan forståelse, håndterbarhet og mening med fokus på salutogene muligheter, kan styrkes.

Ved å ta utgangspunkt i personen og familiens egen opplevelse vektlegger de å styrke ressurser og positive formuleringer i håp om å skape et så godt behandlingsklima som mulig.

Morrison og Clift (2007) har utviklet en modell basert på kvalitative data fra studenter med langvarige psykiske helsebehov som deltok i et utdanningsprogram. Studien indikerer at støtte fra likesinnede (peer support) er en viktig suksessfaktor, og at ulike læringsaktiviteter reduserer symptomer og øker positive følelser. Programmet bygger på SOC og dens subkomponenter: mening (hensikt og motivasjon), begripelighet (struktur og forståelse) og håndterbarhet (ressurser er tilgjengelig eller kan bli innhentet). For å øke begripelighet, håndterbarhet og mening har styrking av bl.a. følgende ferdigheter vært vektlagt i intervensjonen: problemløsning, å arbeide sammen med andre, ansvar for egen læring, å planlegge aktiviteter og å jobbe målbevisst.

Landsverk og Kane (1998) viser hvordan SOC kan bli anvendt som et teoretisk grunnlag for «psychoeducation». SOC-teorien illustrerer hvordan en kan fremme mestring og tilpasning og med dette redusere spenning som er forårsaket av stress. Dette er viktig kunnskap i forhold til schizofreni sett i lys av kunnskapen om stress som årsak til utvikling av schizofreni. «Psychoeducation» kan fremme mestring ved styrking av stressreducerende ferdigheter, selvhevdelsestrening og gjenkjenning og mestring av symptomer. Å bevisstgjøre på sosial støtte og støttende omgivelser og tilrettelegge for at en kan identifisere, vurdere og bruke ressurser som er tilgjengelige, er også sentralt i denne strategien.

Hillert mfl. (2002) har utviklet et tverrfaglig intervensjonsprogram med en salutogen tilnærming i grupper for personer med symptomer på hypersensitivitet på elektrisitet. Den salutogene tilnærmingen er pedagogisk med et kognitivt terapeutisk rammeverk med fokus på personenes følelser, tanker og atferd. Den inkluderer faktorer som fremmer helse og velvære og forståelse, håndterbarhet og mening. Programmet besto av en tre timers gruppemøte (90 minutter i samtalegruppe og 90 minutter med fysioterapi) én dag i uken i åtte uker. Tema for de åtte samtalemøtene var bl.a. kunnskap om hypersensitivitet på elektrisitet og deltakernes

erfaringer, vanskeligheter i livet som påvirker ens velvære, stress, eget stress og behovet for andre, å mestre stress, nettverk og arbeidsmiljø. Fysioterapien fokuserte bl.a. på kroppsbevissthet og hvordan regulere kroppslig spenning.

Magrin mfl. (2006) har utviklet en intervensjonsmodell som tilrettelegger for at folk kan utvikle en salutogen mestringsstil. Den psykologiske intervensjonen består av syv møter som hver varer 90 minutter. En viktig erkjennelse i denne modellen er at velvære er en kontinuerlig prosess som personen selv kan påvirke. Intervensjonen består av to faser, og hver fase består av ulike steg. Målet for *første fase* er å oppdage mening i livet gjennom å arbeide med identitet. Denne fasen består av tre steg som går fra å utforske hvem en er til forståelse av stress. Målet er å se på stress som en salutogen faktor. *Fase 2* fokuserer på å ha mot til å leve som en ønsker. Denne fasen består av to steg hvor en går fra å få kontakt med eget potensial til å kjenne på egen evne til handling og realisere denne evnen. På dette siste steget erfarer en det positive med stress og dermed positiv tenkning. Å fokusere på hva en ønsker som en del av en salutogen tilnærming, er også sentralt i Langelands (2007) og Becker og Rhynders' forståelse av salutogenese. Langeland bruker bl.a. hjemmeoppgaver som tilrettelegging for at personen kan bevisstgjøres på ønsker i livet. Becker og Rhynders (2012) fremhever at utgangspunktet for salutogenese er det ønskede positive utfallet og den følgende bestemmelsen om hva som kan gjøres for å bevege seg mot den ønskede situasjonen. Både Magrin mfl. (2006) og Becker og Rhynders (2012) bruker uttrykket «proactive approach» når de skal beskrive hvilken holdning personer må ha for å kunne skape bedre helse. Johanson (1996) vektlegger også betydningen av å være bevisst på personens og familiens ønsker.

Jensen (2013) bruker salutogen tilnærming for å få folk med muskel- og/eller psykiske lidelser tilbake i arbeid. I tillegg til SOC-teori bruker hun også teori om planlagt adferd og mestringsforventning. I sin modell foreslår hun at en persons SOC i samspill med omgivelsene former forståelse, håndterbarhet og mening, noe som igjen påvirker opplevelse av arbeidsevne og dermed intensjon til å arbeide. En aktiv mestringsstil, høy mestringsforventning og SOC øker sjansen til å komme tilbake til arbeid.

Når mestring oppleves, vil en høste erfaringer som gjør at en opplever mening, modning og utvikling og beveger seg mot en høyere grad av helse.

For å styrke meningskomponenten bruker Langeland (2007) hjemmeoppgaver med utgangspunkt i områdene indre følelser, sosiale relasjoner, hovedaktivitet og eksistensielle tema. Dette er områder Antonovsky (1987) fremhever som viktige å investere i for å øke mening og/eller unngå å tape mening over tid. Johansson (1996) anvender også hjemmetreningsprogram og formulerer programmet sammen med familien. Hjemmeoppgavene ble i Langelands (2007) salutogene samtalegrupper laget av gruppelederne, men i en samtalegruppe som har fortsatt etter en vanlig 16 ukers periode, har deltagerne laget hjemmeoppgavene selv (med utgangspunkt i de fire områdene). Dette er blitt vurdert som en positiv utvikling med mer selvbestemmelse (Langeland og Vinje, 2013).

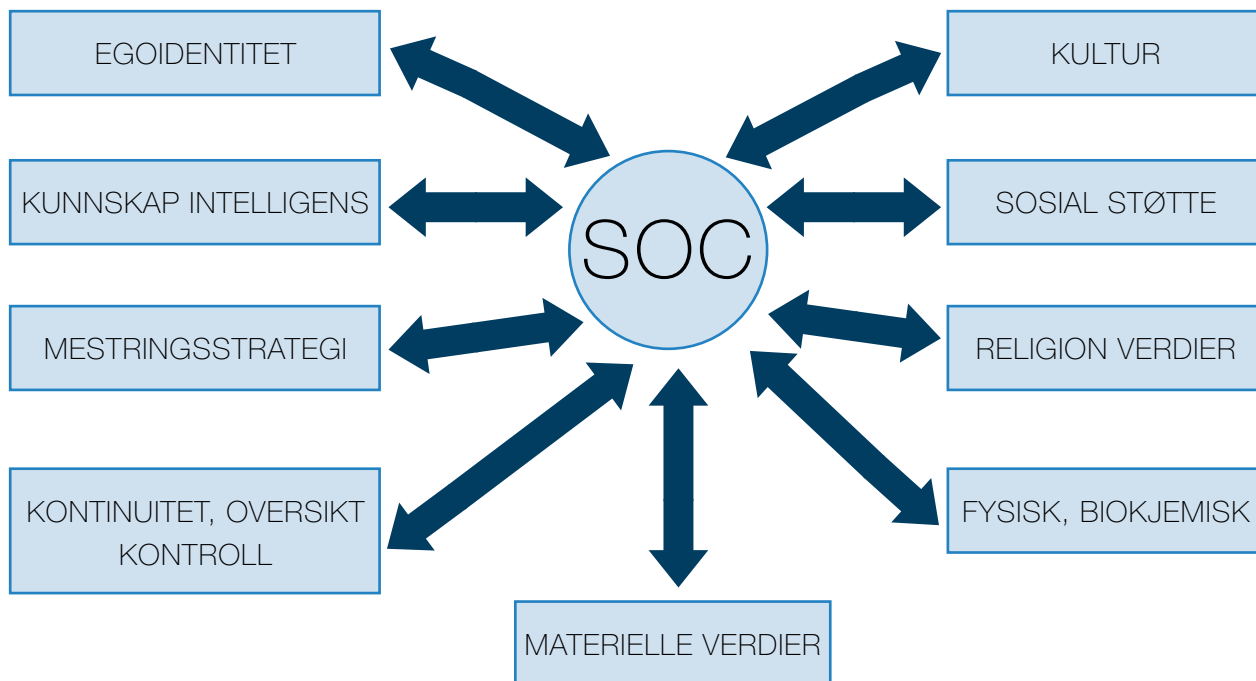
I Langelands salutogene modell er hovedmålet at personen skal komme inn i et positivt samspill mellom SOC og GMR. Når en person med helseproblemer f.eks. tar imot god sosial støtte, kan SOC og dermed mestringsevnen styrkes. Dette vil igjen føre til at personen får større evne til å nyttiggjøre seg sine ressurser. Landsverk og Kane (1998) bruker uttrykket «feedback loop» for å beskrive dette samspillet. Et slikt positivt samspill er bl.a. kjennetegnet av passende utfordringer. Rett nivå på utfordringer er altså av stor betydning for å kunne skape livserfaringer som styrker SOC. Antonovsky brukte ikke selv begrepet passende utfordringer, men det uttrykker et konstruktivt samspill mellom GMR og SOC som også Antonovsky la vekt på (Langeland, 2012a). I tillegg kan flaks eller uflaks påvirke SOC om dette er av en karakter som medfører endringer i livserfaringene.

Jo større stressbelastning, jo viktigere blir tilgjengeligheten, bevisstheten og bruken av GMR. Når mestring oppleves, vil en høste erfaringer som gjør at en opplever mening, modning og utvikling og beveger seg mot en høyere grad av helse.



## MOTSTANDSRESSURSER OG SOC.

Eva Langeland, (2011).



Figur 2: Det gjensidige samspillet mellom Generelle Motstands Ressurser (GMR) og Sense of Coherence (SOC) (Langeland, 2011).

Langelands konsept om salutogene samtalegrupper går over en periode på 16 uker med en samling én gang i uken på 2 timer og et kvarters pause (Langeland 2011).

### *Struktur for en gruppesamling ser ut som følger:*

- 1. time: her-og-nå-runde:* Hver deltager får mulighet til å si noe om hvordan han/hun har det, og hva vedkommende er opptatt av. På bakgrunn av denne runden bestemmer gruppen sammen om det er noe en ønsker å utdype eller reflektere rundt ut fra det som deltagerne har tatt opp.
- 2. time: hjemmeoppgave:* Samtale omkring utvalgt tema/situasjon/opplevelse, som deltagerne har fått med seg hjem og er blitt oppfordret til å skrive et refleksjonsnotat rundt. Presentasjon av hjemmeoppgave til neste gang. Gruppen avsluttes med en runde der hver deltager får anledning til å si noe om hvordan de har opplevd å være i gruppen.

Et eksempel på hvordan en samtalegruppe kan forløpe, vises i Langeland og Vårdal (2014).

Eksempler på ulike tema som er aktuelle å ta opp og hjemmeoppgaver i salutogene samtalegrupper illustreres i Langeland (2011). Bruk av salutogenese i individualsamtaler vektlegges spesielt i Langeland (2012a).

### **3.3 Effekter av salutogene tilnærminger med opplevelse av sammenheng som utfallsmål**

Denne delen gir en oversikt over ulike salutogene tilnærmingers effekter på SOC. Fire arbeider ble vurdert som empirisk forskning. Alle disse artiklene omhandler effekten av en salutogen tilnærming, altså hovedområde 2. Disse ble vurdert med MMAT. En av artiklene var en randomisert kontrollert studie (Langeland, 2006). De tre andre var oppfølgingsstudier uten kontrollgrupper (Jensen mfl., 2013, Hillert mfl., 2002, Morrison mfl., 2007). Med hensyn til det å kunne si noe sikkert om effekt ble en artikkel vurdert til å ha høy kvalitet (Langeland mfl., 2006), to ble vurdert til å ha moderat kvalitet (Jensen mfl., 2013, Hillert mfl., 2002) og en til å ha lav kvalitet (Morrison mfl., 2007). En tabell som oppsummerer funnene av MMAT-gjennomgangen av arbeider rundt salutogen tilnærming, finnes som vedlegg 1.

**VIKTIG:** Å samle kunnskap om fysisk aktivitet og friluftsliv, ernæring, sosial støtte og et terapeutisk klima.



18 artikler ble ekskludert fra MMAT-gjennomgangen fordi de ikke var empiriske forskningsarbeider. Disse artiklene besto av erfaringsbaserte beskrivelser av praksis, samt teoretiske artikler rundt hva salutogen tilnærming er i psykisk helsearbeid.

Langelands forskning (2007) på salutogene samtalegrupper (jf. avsnittet over) viser at deltakerne i samtalegruppen økte sin SOC (på en skala fra 29 til 203) med 6 poeng, mens deltagerne i kontrollgruppen i gjennomsnitt minsket sin SOC med 2 poeng fra før til etter samtalegruppen. I tillegg evaluerte deltagerne i samtalegruppen selve gruppeprosessen. Bortimot samtlige svarte at samtalegruppen hadde vært nyttig eller svært nyttig for mestring og psykisk helse i hverdagen. Senere studier av samtalegrupper støtter opp om disse resultatene (Langeland, 2011, 2012a, Langeland og Vinje, 2013).

Morrison og Clift (2007) viser til at et videreutdanningsprogram basert på den salutogene modellen signifikant bedrer SOC for de personer som ved starten av programmet hadde en SOC som lå lavere enn gjennomsnittet for gruppen (SOC skår på 52 på en skala fra 13 fra 91). De som hadde en høyere SOC enn 52, hadde ikke signifikant bedring av SOC. Utvalget besto av 148 studenter (gjennomsnittsalder 39,5 år) med ulike langvarige psykiske helseproblemer. Resultatene gir støtte til at Antonovskys salutogene modell kan være nyttig for å styrke personers SOC, spesielt for dem som i utgangspunktet har en lavere SOC. Det er grunnleggende å se på læring som en helsefremmende prosess med fokus på utvikling av forståelse, håndterbarhet og meningsfull læring. Dermed kan SOC bli styrket.

Hillert mfl., (2002) fant at et tverrfaglig intervensjonsprogram med en salutogen tilnærming i grupper kan være en nyttig tilnærming for personer med medisinsk uforklarlige symptomer. Programmet fokuserte på somatiske og psykologiske reaksjoner ved symptomer på hypersensitivitet på elektrisitet. Programmet kunne imidlertid ikke vise til noen signifikant endring av SOC på gruppenivå.

Jensen (2013) viser også til at hennes intervensjon hadde effekt på arbeidsevne og opplevd helse. Hun brukte ikke SOC som utfallsmål, men argumenterer for at intervensjon skal fremme forståelse, håndterbarhet og mening. Begrunnelsen for ikke å bruke SOC som utfallsmål var at hun mente at SOC var stabil (personlig kommunikasjon).

En kan konkludere med at det er utført få effektstudier av salutogenese og psykiske helseproblemer.

En kan konkludere med at det er utført få effektstudier av salutogenese og psykiske helseproblemer. Langelands studie viser at en salutogen tilnærming i samtalegrupper

(Langeland, 2007) for personer med PHP øker SOC (Langeland, 2006). De tre andre oppfølgingsstudiene indikerer at intervensjonen har positive effekter, men disse er små og designene for å vurdere effekter er svake.

### 3.4 Faktorer som kan fremme og hemme implementering av salutogene tilnærminger

Dette underkapitlet vil belyse kunnskap om faktorer som kan fremme og hemme implementering av en salutogen tilnærming i settinger hvor styrking av psykisk helse er sentralt. Det ble ikke identifisert artikler som hadde faktorer som hemmer eller fremmer en salutogen tilnærming som hovedtema. Artikkelen som er inkludert i dette hovedområdet, omtaler faktorer som kan hemme eller fremme en slik tilnærming når de omhandler hva en salutogen tilnærming er og hvilke forutsetninger som da implisitt er nødvendig (f.eks. kunnskap og ramme-faktorer). Det vil si at hovedtyngden her legges på faktorer som kan fremme en salutogen tilnærming, og at fravær av disse faktorer kan fungere som hemmende.

#### 3.4.1 Forståelse for betydningen av kunnskap som fremmer implementering av en salutogen orientering

Det er viktig å forstå at salutogenese og patogenese har to forskjellige forståelsesrammer for henholdsvis helse og sykdom. Becker og Rhynders (2012) bruker metaforen om hva som bestemmer hvor fort et skip kan gå, for å illustrere poenget med et salutogent paradigme. Svarene på hva som bestemmer hvor fort et skip kan gå, kan være strømninger, å seile, besetningen og været. Alle disse faktorer har innvirkning på hastigheten, men bare skipets design kan bestemme kapasiteten for hvor fort skipet kan gå, uavhengig av betingelsene. Overført til psykisk helsearbeid er altså designet den viktigste og avgjørende fremmende faktoren for en salutogen tilnærming. For helse har designet vært patogenese, men dette er egentlig et design for å forstå sykdom. Salutogenese gir et design om helse. Å jobbe innenfor en slik forståelse og teoretisk forankring vil veilede oss og bidra til holdninger og handlinger som gjenspeiler kunnskap om helse, muligheter og ressurser. Kunnskap om og innsikt i salutogenese er altså viktige faktorer for å kunne fremme en salutogen tilnærming (Langeland mfl., 2007, Langeland mfl., 2000, Becker og Rhynders, 2012). Det påpekes at denne kunnskapen må være integrert, og at en dermed forstår hva det vil si å ha et helsefokus. Å arbeide mer salutogent handler om at fagpersonene må være i en kontinuerlig utviklingsprosess (i tillegg til personen selv) og være kreative i samspill med den det gjelder med hensyn til å identifisere helseskapende faktorer.

Det er viktig med kontinuerlig oppdatering og å la seg inspirere av faglitteratur som vedlikeholder og oppdaterer en salutogen tilnærming. Det er mange kunnskapsområder en kan la seg inspirere av. Dette kan i tillegg til salutogenese (slik den er beskrevet her), være positiv psykologi (Snyder og Lopez, 2007), empowerment (Wallerstein, 2006), resiliens (Friedli, 2009, Borge, 2010), narrativ terapi (Lundby, 2009) og bedringsprosesser (Slade, 2010, Borg 2007). Disse kunnskapsområdene utfyller, støtter og supplerer en salutogen tilnærming. I tillegg er det jo essensielt å oppdatere seg på kunnskap som går på motstandsressurser. Dette er f.eks. fysisk aktivitet og friluftsliv, ernæring, sosial støtte og et terapeutisk klima. Kunnskap om grunnleggende behov er for eksempel sentralt i sykepleierutdanningen (jf. motstandsressurser). Det er viktig at denne kunnskapen holdes ved like, oppvurderes og oppdateres da dette er viktige områder i en salutogen tilnærming (Langeland, 2012a).

Langeland mfl. (2000) anvendte et opplæringsprogram for helsepersonell som gikk over tre uker for å kunne lede salutogene samtalegrupper. Dette opplæringsprogrammet inkluderte interaktiv undervisning i hva salutogenese er, og praktisk øvelse i å være gruppeleder. For å implementere salutogene samtalegrupper er det sentralt at ledelsen støtter opp om og tilrettelegger for et slikt tiltak (Langeland, 2007). I Langelands (2007) doktorgradsavhandling (s. 40–43) beskrives stegene i intervensjonsutviklingen inkludert implementering.



### 3.4.2 Betydningen av språk

Vanligvis i behandling blir diagnoser og diskusjon om sykdom dominerende, og et språk som styrker vektlegging av sykdom blir sentralt. Dette tilrettelegger ikke for bruk av et språk som gjenspeiler og styrker alternativ tenkning som salutogenese. I tråd med sosial konstruktivisme er språket i salutogen behandling et viktig aspekt og en bestemmende faktor i behandling. Dette betyr at om vi kan erverve nye begreper fra salutogen teori, vil vi også erverve ny kunnskap (Hansson og Cederblad, 2004). Et salutogent språk er sett på som en viktig faktor for å kunne ha en salutogen tilnærming (Cederblad og Hansson, 2004). Det betyr at om vi kan tillegge oss nye begreper fra salutogen teori, bygger vi også ny kunnskap (Cederblad og Hansson, 1994). Et eksempel er konsekvent å bruke ordet person og ikke pasient for å fremme at det er hele personen vi har i fokus, og ikke bare diagnosen (Langeland, 2007). Becker og Rhynders (2012) påpeker at som følge av et patogenese rammeverk bruker vi et Orwellian-lignende språk. For eksempel bruker vi begrepet helsesystem, men fokuset er på å behandle sykdom og unngå sykdom. Da kommer sykdom i fokus, og ikke helse.

### 3.4.3 Betydningen av omgivelsene

Landsverk og Kane (1998) foreslår at i settinger hvor helsepersonell har lang og sammenhengende kontakt med personer, kan betydelige endringer i SOC være mulig. For å styrke helse er helsefremmende aktiviteter og handlinger nødvendige. Omgivelsene spiller her en viktig rolle med at de er tilrettelagt slik at det blir lettere å velge aktiviteter som skaper helse fremfor aktiviteter som er helsenedbrytende. Her har både profesjonelle helsearbeidere og samfunnet for øvrig viktige roller (Becker og Rhynders, 2012). Forutsetningen er da at helsepersonell har integrert kunnskap om salutogenese (Langeland 2007).

Et sykehus er en plass som kan tilrettelegge for helbredelse og bedringsprosesser hvor en går fra å være dårlig til å føle seg bedre. Men sykehusomgivelsene er ofte preget av at en skal behandle sykdom med alt det moderne utstyr som det innebærer. Det vi må stille spørsmål ved, er om bygningen tilrettelegger for å fremme helse (Dilani og Armstrong 2008). Dilani og Armstrong (2008) påpeker at de fysiske omgivelsene kan fremme en salutogen tilnærming – en salutogen design. De fokuserer på å skape en opplevelse av sammenheng i de fysiske omgivelsene med fokus på farger, møteplasser, vinduer, dagslys, lyd, musikk, kunst osv. I en bygning som vektlegger helse, må det tilrettelegges for at en kan gjenvinne helse, velvære og energi. Det inkluderer bl.a. å skape formelle og uformelle møteplasser som kan fremme spontane møter, sosial støtte og personlig kontroll. Videre er det sentralt å ha rolige rom, muligheter for avslapping, tilgang til naturen, bevisst bruk av «varme» og «kalde» farger og musikk (Dilani og Armstrong 2008). Dilani og Armstrong (2008) siterer Frank Lloyd Wright: «Hospital patients should never be imbued with any idea that they are sick... health should be constantly before their eyes.»

I tråd med sosial konstruktivisme er språket i salutogen behandling et viktig aspekt og en bestemmende faktor i behandling.

**FYSISKE OMGIVELSER:** Kan ha mye å si for salutogenese. Er du omgitt av lys, rom og gode farger, gjør det noe med deg.



I tråd med sosial konstruktivisme er språket i salutogen behandling et viktig aspekt og en bestemmende faktor i behandling.

# 4 Oppsummerende konklusjon

Teorien om salutogenese vektlegger menneskets evne til aktiv tilpasning og faktorer som skaper helse. Den kan utgjøre et viktig bidrag til forståelse av helsefremming i praksis. Denne rapporten viser at selv om det er etterspørsel etter kunnskap om salutogenese i psykisk helsearbeid, er det lite kunnskap om hvordan denne kan implementeres i praksis, hvordan den virker, og hva som hemmer og fremmer implementering.

Denne rapporten har skaffet en oversikt over hvordan en salutogen tilnærming blir forstått, og hva det innebærer av behandling for personer med psykiske helseproblemer. Dette inkluderer også personer med

Oversikten viser at det er en rekke studier som omhandler hvordan salutogenese kan forstås og anvendes i behandling av psykiske helseproblemer eller med fokus på psykisk helse.

andre helseproblemer/diagnoser enn psykiske, men hvor psykisk helse og psykologiske prosesser er i fokus. I tillegg er det laget en oversikt over effekt av intervensjonsstudier med salutogen tilnærming for personer med psykiske helseproblemer hvor Sense of Coherence (SOC), hovedbegrepet i salutogenese, er utfallsmål. Til slutt kommer en oppsummering over

faktorer som hemmer og fremmer implementering av behandlingstiltak basert på en salutogen tilnærming.

Kunnskapssammenstillingen baserer seg på søk rundt begrepene salutogenese og psykisk helse i skandinaviske og engelskspråklige forskningsdatabaser. Oversikten viser at det er en rekke studier som omhandler hvordan salutogenese kan forstås og anvendes i behandling av psykiske helseproblemer eller med fokus på psykisk helse. Det er imidlertid identifisert få studier av effekter av salutogene tilnærminger på SOC og av faktorer som kan hemme og fremme implementering av salutogene tilnærminger.

Det er utført mye forskning på selve hovedbegrepet i salutogenese ved bruk av SOC-skjemaet. (Se oversiktsartikler av Eriksson og Lindström, 2005, 2006, 2007.) SOC-skjemaet er blitt brukt i mange intervensjonsstudier av psykisk helse, men innholdet i intervensjonen har ikke nødvendigvis vært definert som en salutogen tilnærming (Langeland, 2007), følgelig er det gjort færre studier om hva en salutogen tilnærming kan være.

## 4.1 En salutogen tilnærming med mål om å styrke psykisk helse

Denne oversikten viser den sentrale betydning de grunnleggende antagelsene og de sentrale begrepene i salutogenese har for forståelse av psykiske helseproblemer. Av presentasjonen ser vi at antagelsene og begrepene til sammen utgjør et hele, og at de utfyller hverandre. Antagelsene er presentert hver for seg for å tydeliggjøre hva hver antagelse har å si for forståelsen av helse. Videre er samspillet mellom hovedbegrepene SOC og GMR illustrert.

Å skape kvalitativt gode relasjoner er et vesentlig fundament i alle salutogene tilnærminger enten det er i individuelle samtaler grupper eller familie- eller miljøterapi. Hovedoppmerksomheten rettes mot å skape tillit til at vekst og utvikling er mulig. Dette skapes ved å vektlegge muligheter, mestring og ressurser. I grupper får en også samspillet med andre gruppedeltagere som ofte oppfattes som likesinnede. Om gruppeklimaet oppleves tillitsfullt, kan en få konstruktive tilbakemeldinger fra andre deltagere, utvikle en deltagende kompetanse, få gode relasjoner, oppleve seg mer alminnelig, få nyttige råd og tips, få gode rollemodeller, se ting på andre måter og få styrket identitet på bakgrunn av andres tilbakemeldinger. Dette gjør at bedringsprosessen kan gå fortere og lettere i samtalegrupper (Langeland, 2012a). I tillegg er betydningen av å fokusere på de sentrale GMR identitet og sosial støtte fremhevet som viktig for velvære.

I en salutogen tilnærming er det viktig å

Å skape kvalitativt gode relasjoner er et vesentlig fundament i alle salutogene tilnærminger enten det er i individuelle samtaler grupper eller familie- eller miljøterapi.

vektlegge helsefremmende faktorer og erfaringer. Kort oppsummert kan dette gjøres ved å spørre etter forklaringer og årsaker til velvære eller evnen til å ha mestret en vanskelig situasjon og ikke bare ved å utforske problemene.


En salutogen tilnærming er aktuell å anvende på tvers av diagnoser. Hovedvekten legges på personens helse og mestring ved å gi oppmerksomhet til motstandsressurser og SOC inkludert de grunnleggende antagelsene.

Rehabiliteringsprogrammer bør inkludere mål som fokuserer på å forbedre SOC. Rehabiliteringen må fokusere på både å redusere hindre for høyest mulig personlig og sosial funksjon og å bygge på og styrke eksterne og interne ressurser. Vi trenger også mer forskning på teorien om SOC som grunnlag i rehabilitering (Griffiths, 2009).

#### **4.2 Effekter av salutogene tilnærminger for personer med psykiske helseproblemer med Sense of Coherence (SOC) som utfallsmål**

Gjennomgangen med MMAT viser at det er mangel på studier av salutogenese og psykiske helseproblemer. Av de fire studiene var det kun én RCT-studie og som dermed er egnet til å si noe sikkert om effekt. De andre var oppfølgingsstudier med moderat til dårlig kvalitet. Ut fra denne artikkelgjennomgangen med MMAT kan vi konkludere med at det er behov for flere studier om salutogenese og psykiske helseproblemer. Både randomiserte kontrollerte studier av effekter og kvalitative studier av brukeres og tjenesteyteres erfaringer med

Ut fra denne artikkelgjennomgangen med MMAT kan vi konkludere med at det er behov for flere studier om salutogenese og psykiske helseproblemer.



**STYRKET IDENTITET:** Er noe man kan oppleve å få, dersom man er del av en velfungerende gruppe.



## Det salutogene perspektivet kan bidra til et alternativt språk.

salutogen tilnærming bør gjennomføres før vi kan konkludere ytterligere om effekter av denne tilnærmingen i behandlingen overfor mennesker med psykiske helseproblemer.

Det er altså gjort få effektstudier av salutogenese og psykiske helseproblemer. Langelands studie viser at en salutogen tilnærming i samtalegrupper (Langeland, 2007) for personer med psykiske helseproblemer øker SOC (Langeland, 2006). Dette er den eneste intervensjonsstudien som bygger på hele teorien om salutogenese, hvor hovedutfallsmålet er SOC (Yamazaki mfl., 2011, Langeland, 2007). De tre andre oppfølgingsstudiene indikerer at intervensjonen har positive effekter, men disse er små og designene for å vurdere effekter er svake. Dette indikerer at vi trenger flere effektstudier som kan kaste lys over om SOC kan forbedres ved ulike intervensjoner. Denne rapporten viser at vi spesielt trenger flere empiriske studier for å utforske effekter av salutogene tilnærminger på personer med psykiske helseproblemer og deres SOC. Studiene som er presentert her, indikerte alle at de var gunstig for utvikling av SOC, men vi trenger større og flere RCT-studier som kan si noe mer sikkert om effekt.

### 4.3 Faktorer som kan hemme og fremme implementering av salutogene tilnærminger

En viktig grunnleggende faktor som fremmer implementering av salutogen tilnærming, er at psykisk helsearbeider har integrert kunnskap om salutogenese. Dette betyr at hun eller han må ha integrert teoretisk kompetanse i form av at de har innsikt i hva salutogenese er. I tillegg må klinisk kompetanse oppøves. Dette betyr at psykisk helsearbeider må erkjenne at for å være en kompetent utøver må en være i en kontinuerlig utviklingsprosess med stadig nye erfaringer og oppdatering på ny kunnskap. Langeland har skissert et opplæringsprogram som inkluderte interaktiv undervisning i hva salutogenese er og praktisk øvelse i å være gruppeleder. Dette programmet leder selvsagt også til økt kompetanse i å ha salutogene individualsamtaler. For å implementere en salutogen tilnærming inkludert salutogene samtalegrupper, er det sentralt at ledelsen av aktuell avdeling eller organisasjon støtter opp om og tilrettelegger for et slikt tiltak (Langeland, 2007).

En annen viktig sentral faktor er at psykiske helsearbeidere jobber i settinger hvor det er mulig med lang og sammenhengende kontakt med personer med PHP. Dette er fordi det som regel er en tidkrevende prosess å forsterke SOC og dermed mestring av dagliglivets utfordringer.

Det salutogene perspektivet kan bidra til et alternativt språk. Vi får ord og begreper som er relatert til og gjenspeiler helse og ressurser som vil styrke det salutogene fokuset.

De fysiske omgivelser kan fremme en salutogen tilnærming – en salutogen design. Omgivelser som tilrettelegger for at det er lettere å velge sunne aktiviteter enn mer helsenedbrytende aktiviteter, er vesentlig. Videre er et sentralt fokus å skape en opplevelse av sammenheng i de fysiske omgivelsene med fokus på farger, møteplasser, vinduer, dagslys, lyd, musikk, kunst osv. (Dilani og Armstrong, 2008).

### 4.4 Implikasjoner for praksis og forskning

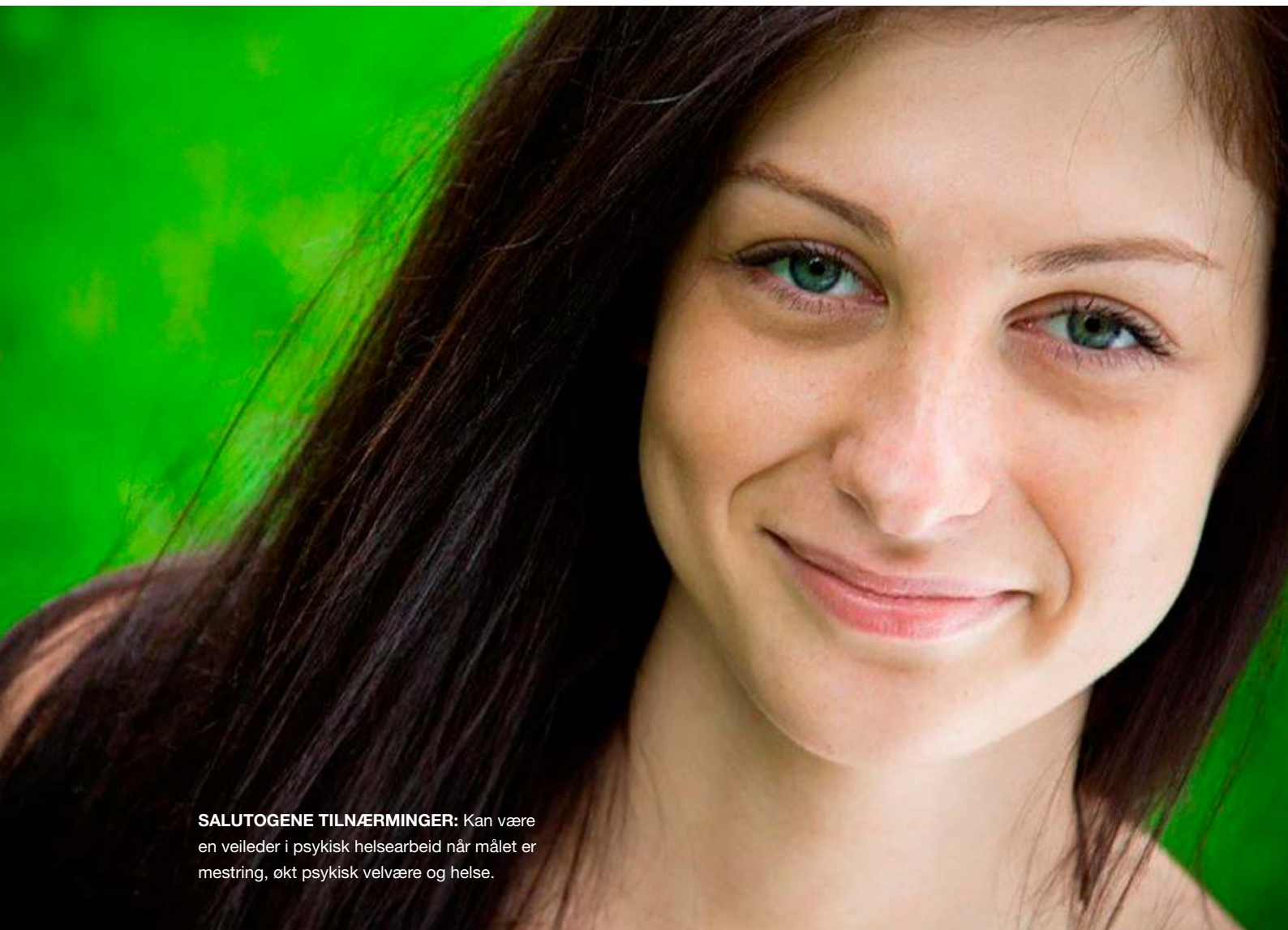
Forskning så langt viser at en salutogen tilnærming synes å ha betydelige verdier som fremmer nye retninger som bør utforskes. Dette inkluderer en bedre forståelse for det komplekse samspillet mellom salutogene faktorer, så vel personlige som kollektive, og psykisk helse, og andre utfordringer i å forbedre mestring via SOC og følgelig helse og velvære. De salutogene tilnærmingene som er presentert her, vektlegger og illustrerer hvordan et helsefokus kan implementeres i behandling og forebygging av psykiske helseproblemer. De salutogene tilnærmingene kan være en veileder i psykisk helsearbeid når målet er mestring, økt psykisk velvære og helse. Kunnskapen som det er kastet lys over, kan også være en referanseramme som kan fungere som en bevisstgjøring på i hvor stor utstrekning en arbeider med ressursorientering med oppmerksomhet på faktorer som direkte bidrar til økt mestring, psykisk helse og velvære. Det handler om i høyere grad å tenke, handle og føle salutogent.

Betydningen og nytten av en salutogen tilnærming trenger å bli videre utforsket. Det trengs videre utdypning av betydningen som salutogenese kan ha for psykisk helsearbeid. Vi trenger flere teoretiske bearbeidelser og empirisk forskning. Ved å operasjonalisere teori og forskning i ulike settinger og empirisk forskning hvor flere studier tester ut salutogene tilnærminger, vil en øke kunnskapen om psykisk helsearbeid. Denne rapporten viser at vi har et stort behov for flere effektstudier for å få mer kunnskap om salutogene tilnærmingers virkning på SOC og dermed på psykisk helse. Vi trenger også kvalitative studier som fremskaffer dybdekunnskap om endringsprosesser som leder til en styrket SOC og helse.

Videre viser denne rapporten at vi trenger mer kunnskap om faktorer som hemmer og fremmer implementering av en salutogen tilnærming og hvordan en må jobbe på ulike nivåer fra ledelse til klinisk utøvelse for å få dette til.

Inspirert av Lindstrøm og Eriksons (2010) EASY modell kan en si: Ved at en psykisk helsearbeider har en *Sense FOR Coherence* og hva et helsefokus betyr i praksis, gjør hun/han det mulig at personer kan utvikle sin *Sense OF Coherence* og helse.

Denne rapporten viser at vi har et stort behov for flere effektstudier for å få mer kunnskap om salutogene tilnærmingers virkning på Sense of Coherence og dermed på psykisk helse.



**SALUTOGENE TILNÆRMINGER:** Kan være en veileder i psykisk helsearbeid når målet er mestrings, økt psykisk velvære og helse.

# 5 Referanser

- Antonovsky, A.** (1979). Health, stress and coping. San Francisco, Jossey-Bass
- Antonovsky, A.** (1985). The life cycle, mental health and the sense of coherence. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 22, s. 273–280
- Antonovsky, A.** (1987) Unravelling the mystery of health. San Francisco, Jossey-Bass
- Antonovsky, A.** (1991) The structural sources of salutogenic strengths. I: Cooper, C.L. & Payne, R. (red.). Personality and stress: Individual differences in the stress process. New York, Wiley, s. 67–104
- Antonovsky, A.** (1992) Can attitudes contribute to health? *ADVANCES, The Journal of Mind-Body Health*, 8, s. 33–49
- Antonovsky, A.** (1996) The sense of coherence. A historical and future perspective. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32, s. 170–178
- Bandura, A.** (1991). Self-efficacy mechanism in psychological activation and health promoting behavior. I: Madden, J. (red.). Neurobiology of learning, emotion, and affect. New York: Raven Press Ltd., s. 229–269
- Becker, C.M, & Rhynders, P.** (2012). It's time to make the profession of health about health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 0, s. 1–3
- Csikszentmihalyi, M.** (1997) Finding flow: *The psychology of engagement with everyday life*. New York, Basic
- Dilani, A. & Armstrong, K.** (2008). The «salutogenic» approach – designing a health- promoting hospital environment. *World Hospital Health Services*, 44(3), s. 32–35
- Eriksson, K.** (1986). Introduktion till vårdvetenskap. Stockholm: Almqvist & Wiksell
- Eriksson, M. & Lindstrøm, B.** (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, s. 460–466
- Eriksson, M. & Lindstrøm, B.** (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, s. 376–381
- Eriksson, M. & Lindstrøm, B.** (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), s. 938–44
- Friedli, L.** (2009). Mental health, resilience and inequalities. WHO. [Internett]. <www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0012/100821/DanaInfo=.awxyCizxvH5rzLv18+E92227.pdf> [Nedlastet 23-08-2010]
- Griffiths, A.** (2009). Sense of coherence and mental health rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 23, s. 72–78
- Hansson, K. & Cederblad, M.** (1995). Salutogen familjeterapi. *Fokus*, 1, s. 3–18
- Hansson, K. & Cederblad, M.** (2004). Sense of coherence as a meta-theory for salutogenic family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 15 (1-2) s. 39–54
- Hillert, L., Savlin, P., Berg, A.L., Heidenberg, A., & Kolmodin-Hedman, B.** (2002). Environmental illness – effectiveness of a salutogenic group-intervention programme. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, s. 166–175
- Hult, S.** (2008). Salutogen ledarskap – en investering. *Chefer & Ledare i vården*, 1, s. 4–10
- Jensen, A.G.C.** (2013). Towards a parsimonious program theory of return to work intervention. *Work*, 44, s. 155–164.
- Joachim, B., Lyon, D.D. & Farrell, S.P.** (2003). Augmenting treatment of obsessive compulsive disorder with Antonovsky's sense of coherence theory. *Perspectives in Psychiatric Care*, 39(4), s. 163–168
- Johansson, P.** (1996). Miljöterapeutiska tekniker i et salutogen perspektiv – ett försök att applicera en teoretisk modell i en praktisk vardag. *Fokus*, 4, s. 212–221
- Jormfeldt, H.** (2011). Supporting positive dimensions of health, challenges in mental health care. *International Journal of Student Health Well-being*, 6, 7126 – DOI: 10.3402/qhv.vi2.7126
- Keys, C.L.M.** (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), s. 539–548
- Keys, C.L.M.** (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), s. 95–108
- Landsverk, S.S. & Kane, CF.** (1998). Antonovksy's sense of coherence: Theoretical basis for psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 19, s. 419–431
- Langeland, E.** (2007). Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems. An intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis. Dissertation for the degree doctor rerum politicarum (dr.polit.). Bergen: University of Bergen



- Langeland, E.** (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning*, 4, s. 288–296
- Langeland, E.** (2011). Salutogene samtalegrupper – en arena for økt mestring og velvære. I: Lerdal, A og Fagermoen, M.S (red.). *Læring og mestring- et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 208–236
- Langeland, E.** (2012a). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I: Gammerstvik, Å. & Larsen, T. (red.). *Helsefremmende arbeid for sykepleiere i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 195–216
- Langeland, E.** (2012b). Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. *Klinisk Sykepleie*, 26 (2), s. 38–48
- Langeland, E., Bauge G., Grung M.S., Hjelmeland, T. & Litsheim, M.** (2000). Samtale om hverdagen. Erfaringer fra samtalegruppe for personer med psykiske lidelser. FOU-notat, nr.1. Bergen: Høgskolen i Bergen.
- Langeland E., Riise T., Hanestad B.R., Nortvedt, M.W., Kristoffersen, K. & Wahl, A.K.** (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems – a randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 62, s. 212–219
- Langeland, E. & Vinje, H.F.** (2013). The Significance of Salutogenesis and Well-Being in Mental Health Promotion: From Theory to Practice. I: Keyes, C. (red.). *Mental Well-Being. International Contributions to the Study of Positive Mental Health*. Dordrecht: Springer, s. 299–329
- Langeland, E. & Vårdal, J.** (2014). Betydningen av kunnskapen om salutogenese for psykisk helsearbeid. I: Almvik A. og Borge L. (red.) Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid. Bergen: Fagbokforlaget. Under trykking.
- Langeland E., Wahl A.K., Kristoffersen K. & Hanestad B.R.** (2007). Promoting coping: Salutogenesis among people with mental health problems. *Issues in Mental Health Nursing*. 28, 275–295
- Lazarus, R.S.** (1984). Puzzels in the study of daily hassels. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, s. 375–389
- Lindstrøm B. & Eriksson, M.** (2010). The hitchhiker's guide to salutogenesis. Folkhälsan Research centre, Health Promotion Research og IUHPE Global Working Group on Salutogenesis. Helsinki: Tuokinprint Oy
- Lutz, J.** (2009). Flow and Sense of coherence: two aspects of the same dynamic? *Global Health Promotion*, 16, s. 63–67
- Magrin, M.E., Bruno, C., Gheno, S., Scignaro, M. & Viganò, V.** (2006) The power of stress: a salutogenic model of intervention. I: Delle Fave, A. (red.). *Dimensions of well-being. Research and intervention*. Milano: FrancoAngeli, s. 470–488
- Morrison, I. & Clift, S.M.** (2007). Antonovsky revisited – Implications for mental health promotion practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(2), s. 36–46
- Pace, R., Pluye, P., Bartlett, G., Macaulay, A.C., Salsberg, J., Jagosh, J. & Seller, R.** (2011). Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies*, 49, s. 47–53
- Pluye, P.** (2011). The mixed methods appraisal tool. <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/f/MMAT%202011%20criteria%20and%20tutorial%202011-06-29.pdf>
- Slade, M.** (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10, s. 26
- Snyder, C.R. & Lopez, S.J.** (2007). Positive psychology. The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths. *Thousand Oaks, California: Sage Publications Ltd.*
- Wallerstein, N.** (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74656/E88086.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf)
- WHO** (1948). World Health Organisation institution. I: *Basic documents. Genève*
- Yamazaki, Y., Togari, T. & Sakano, J** (2011). Toward development of intervention methods for strengthening the sense of coherence (SOC): suggestions from Japan. I: Muto, T., Nakahara, T. & Woo Nam, E. (red.). *Asian Perspectives and Evidence on Health Promotion and Education*. New York: Springer, s. 118–132

# 6 Vedlegg 1

## Vurdering med Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)

Fire artikler ble vurdert som relevante for gjennomgang med MMAT. Disse artiklene var definert som forskningsartikler og hadde et klart empirisk materiale. Alle artikler som ikke oppfylte disse to kriteriene, ble ekskludert fra vurdering med MMAT. Rapporter som ikke hadde gjennomgått fagfellevurdering, ble heller ikke vurdert gjennom MMAT.

**Tabell 1. Artikler relevante for vurdering med MMAT**

Forfattere	År	Tittel og tidsskrift
Hillert, L., Savlin, P., Berg, A.L., Heidenberg, A. & Kolmodin-Hedman, B.	2002	Environmental illness – effectiveness of a salutogenic group-intervention programme. <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> , 30, s. 166–175
Jensen, A.G.C.	2013	Towards a parsimonious program theory of return to work intervention. <i>Work</i> , 44, s. 155–164
Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B.R., Nortvedt, M.W., Kristoffersen, K. & Wahl A.K.	2006	The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems – a randomised controlled trial. <i>Patient Education and Counseling</i> 62, s. 212–219
Morrison, I. & Clift, S.M.	2007	Antonovsky revisited – Implications for mental health promotion practice. <i>International Journal of mental Health Promotion</i> , 9(2), s. 36–46

Alle de fire artiklene er intervensjonsstudier med SOC som utfallsmål alene eller sammen med andre utfallsmål. Det var kun én RCT-studie (Langeland, 2006). De tre andre artiklene var oppfølgingsstudier uten kontrollgruppe. Alle disse studiene er relevante for problemstilling 2.

**Tabell 2. Resultater av vurdering med MMAT. Artikkel: Hillert mfl. 2002**

Type studie	Metodiske spørsmål	Ja	Nei	Vanskelig å besvare
Alle	Er det et klart kvalitativt eller kvantitativt forskningsspørsmål?	x		
Alle	Svarer de innsamlede dataene på forskningsspørsmålet?	x		
Kvantitativ, ikke randomisert	Er deltakerne rekruttert på en måte som minimerer seleksjonsskjevheter?		x	
	Er måleredskapene hensiktsmessige og kjente?			
	Er deltakerne i de sammenlignede gruppene sammenlignbare, eller tar forskerne høyde for ulikheter mellom gruppene?			
	Er utfallsdata komplette, og er responsraten over 60 prosent?			
Kvantitativ deskriptiv	Er utvalgsstrategien relevant for å besvare forskningsspørsmålet?		x	
	Er utvalget representativt for populasjonen?	x		
	Er måleredskapene hensiktsmessige og kjente?	x		
	Har studien en akseptabel svarprosent (over 60 prosent)?	x		

Vurdering: Moderat eventuelt lav kvalitet

**Tabell 3. Resultater av vurdering med MMAT. Artikkel: Jensen mfl. 2013**

Type studie	Metodiske spørsmål	Ja	Nei	Vanskelig å besvare
Alle	Er det et klart kvalitativt eller kvantitativt forskningsspørsmål?	x		
Alle	Svarer de innsamlede dataene på forskningsspørsmålet?	x		
<b>Kvantitativ, ikke randomisert</b>	3.1 Er deltakerne rekruttert på en måte som minimerer seleksjonsskjevheter?			x
	3.2 Er måleredskapene hensiktsmessige og kjente?	x		
	3.3 Er deltakerne i de sammenlignede gruppene sammenlignbare, eller tar forskerne høyde for ulikheter mellom gruppene?			x
	3.4 Er utfallsdata komplette, og er responsraten over 60 prosent?	x		
<b>Kvantitativ deskriptiv</b>	4.1 Er utvalgsstrategien relevant for å besvare forskningsspørsmålet?			
	4.2 Er utvalget representativt for populasjonen?			
	4.3 Er måleredskapene hensiktsmessige og kjente?			
	4.4 Har studien en akseptabel svarprosent (over 60 prosent)?			

Vurdering: Moderat kvalitet

**Tabell 4. Resultater av vurdering med MMAT. Artikkel: Langeland mfl. 2006**

Type studie	Metodiske spørsmål	Ja	Nei	Vanskelig å besvare
Alle	Er det et klart kvalitativt eller kvantitativt forskningsspørsmål?	x		
Alle	Svarer de innsamlede dataene på forskningsspørsmålet?	x		
<b>Kvantitativ, randomisert</b>	Er deltakerne rekruttert på en måte som minimerer seleksjonsskjevheter?	x		
	Er måleredskapene hensiktsmessige og kjente?	x		
	Er deltakerne i de sammenlignede gruppene sammenlignbare, eller tar forskerne høyde for ulikheter mellom gruppene?	x		
	Er utfallsdata komplette, og er responsraten over 60 prosent?	x		
<b>Kvantitativ deskriptiv</b>	Er utvalgsstrategien relevant for å besvare forskningsspørsmålet?			
	Er utvalget representativt for populasjonen?			
	Er måleredskapene hensiktsmessige og kjente?			
	Har studien en akseptabel svarprosent (over 60 prosent)?			

Vurdering: Høy kvalitet



**Tabell 5. Resultater av vurdering med MMAT. Artikkel: Morrison mfl. 2007**

Type studie	Metodiske spørsmål	Ja	Nei	Vanskelig å besvare
Alle	Er det et klart kvalitativt eller kvantitativt forskningsspørsmål?			x
Alle	Svarer de innsamlede dataene på forskningsspørsmålet?			x
<b>Kvantitativ, ikke randomisert</b>	Er deltakerne rekruttert på en måte som minimerer seleksjonsskjevheter?		x	
	Er måleredskapene hensiktsmessige og kjente?			
	Er deltakerne i de sammenlignede gruppene sammenlignbare, eller tar forskerne høyde for ulikheter mellom gruppene?			
	Er utfallsdata komplette, og er responsraten over 60 prosent?			
<b>Kvantitativ deskriptiv</b>	Er utvalgsstrategien relevant for å besvare forskningsspørsmålet?		x	
	Er utvalget representativt for populasjonen?	x		
	Er måleredskapene hensiktsmessige og kjente?	x		
	Har studien en akseptabel svarprosent (over 60 prosent)?			x

Vurdering: Lav kvalitet

# 7 Vedlegg 2

Artikler og bokkapitler om salutogenese og psykiske helseproblemer funnet i databasesøk

Tabell 6. Artikler om salutogenese og psykiske helseproblemer. N = 22

Forfatter	Tittel /referanse
Becker, C.M. & Rhynders, P.	It's time to make the profession of health about health. <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> , 0, s. 1–3, 2012
Dilani, A. & Armstrong, K.	The «salutogenic» approach – designing a health-promoting hospital environment. <i>World Hospital Health Services</i> , 44(3), s. 32–35, 2008
Griffiths, A.	Sense of coherence and mental health rehabilitation. <i>Clinical Rehabilitation</i> , 23, s. 72–78, 2009
Hillert, L., Savlin, P., Berg, A.L., Heidenberg, A. & Kolmodin-Hedman, B.	Environmental illness – effectiveness of a salutogenic group-intervention programme. <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> , 30, s. 166–175, 2002
Jensen, A.G.C.	Towards a parsimonious program theory of return to work intervention. <i>Work</i> , 44, s. 155–164, 2013
Hansson, K. & Cederblad, M.	Sense of coherence as a meta-theory for salutogenic family therapy. <i>Journal of Family Psychotherapy</i> , s. 39–54, 2004
Hansson, K. & Cederblad, M.	Salutogen familjeterapi. <i>Fokus</i> , 1, s. 3–18, 1995
Joachim, B., Lyon, D.D. & Farrell, S.P.	Augmenting treatment of obsessive –compulsive disorder with Antonovsky's sense of coherence theory. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i> , 39(4), s. 163–168, 2003
Johansson, P.	Miljöterapeutiska tekniker i et salutogent perspektiv – ett försök att applicera en teoretisk modell i en praktisk vardag. <i>Fokus</i> , 212–221, 1996
Jormfeldt, H.	Supporting positive dimensions of health, challenges in mental health care. <i>International Journal of Student Health Well-being</i> , 6, 7126 – DOI: 10.3402/qhv.vi2.7126, 2011
Landsverk, S.S. & Kane, C.F.	Antonovksy's sense of coherence: Theoretical basis for psychoeducation in schizophrenia. <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 19, s. 419–431, 1998
Langeland E., Wahl A.K., Kristoffersen K. & Hanestad B.R.	Promoting coping: Salutogenesis among people with mental health problems. <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 28, s. 275–295, 2007
Langeland E., Riise T., Hanestad B.R., Nortvedt, M.W., Kristoffersen K. & Wahl A.K.	The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems – a randomised controlled trial. <i>Patient Education and Counseling</i> 62, s. 212–219, 2006.
Langeland, E.	Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I: Gammersvik, Å. & Larsen, T. (red.). <i>Helsefremmende arbeid for sykepleiere i teori og praksis</i> . Bergen: Fagbokforlaget . s. 195–216, 2012a.
Langeland, E.	<i>Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems. An intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis</i> . Dissertation for the degree doctor rerum politicarum (dr.polit.). Bergen: University of Bergen. 2007
Langeland, E.	Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. <i>Sykepleien Forskning</i> , 4, s. 288–296, 2009
Langeland, E.	Salutogene samtalegrupper – en arena for økt mestring og velvære. I: Lerdal, A. & Fagermoen, M.S. (red.). <i>Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning</i> . Gyldendal Akademisk. s. 208–236, 2011

<b>Forfatter</b>	<b>Tittel /referanse</b>
<b>Langeland, E.</b>	Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. <i>Klinisk Sygepleje</i> , 26 (2), s. 38–48, 2012b
<b>Langeland E. &amp; Vinje, H.F.</b>	The Significance of Salutogenesis and Well-Being in Mental Health Promotion: From Theory to Practice. I: Keyes, C. (red.). <i>Mental Well-Being. International Contributions to the Study of Positive Mental Health</i> , s. 299–329. Dordrecht: Springer. 2013
<b>Langeland, E., Bauge G., Grung M.S., Hjelmeland, T. &amp; Litsheim, M.</b>	Samtale om hverdagen. <i>Erfaringer fra samtalegruppe for personer med psykiske lidelser</i> . FOU-notat, nr.1. Bergen: Høgskolen i Bergen, 2000
<b>Magrin, M.E., Bruno, C., Gheno, S., Scignaro, M. &amp; Viganò, V.</b>	The power of stress: a salutogenic model of intervention. I: Delle Fave, A. (red.). <i>Dimensions of well-being. Research and intervention</i> . Milano: FrancoAngeli, 2006, s. 470–488
<b>Morrison, I. &amp; Clift, S.M.</b>	Antonovsky revisited – Implications for mental health promotion practice. <i>International Journal of Mental Health Promotion</i> , 9(2), s. 36–46, 2007





## Ny film om salutogenese

En ny film om salutogenese er laget av Sprettert media v/Ingvil Snøfugl, på oppdrag fra NAPHA. Det er dokumentert at både fysisk aktivitet og kunst- og kulturaktiviteter fremmer helse. Men hva er det som virker, og hvorfor? Dette er bakgrunnen for at NAPHA har laget en film om salutogenese, det vil si det som fremmer og opprettholder helse.

Formålet med filmen er å vise hvordan aktiviteter kan bidra til å mestre utfordringer og ha et godt liv tross psykiske helseplager. I filmen bidrar mange brukere, i tillegg til fagfolk med ekspertise på salutogenese.

Filmen kan lastes ned på NAPHAs kunnskapsbase [www.psykiskhelsearbeid.no](http://www.psykiskhelsearbeid.no), under temaet «Salutogenese» eller kategorien «Multimedia».

NAPHA samarbeider med sentrale FoU-miljøer om å oppsummere forskningsbasert kunnskap om aktuelle temaer med relevans for det psykiske helsearbeidet. Denne rapporten er en oppsummering av forskning på anvendelse av salutogenese i forhold til psykiske helseproblemer. Utgivelsen er en del av NAPHAs satsing på å styrke den forskningsbaserte kunnskapen, og å gjøre den mer tilgjengelig og brukt i det kommunale psykiske helsearbeidet.