

Salutogenese og empowerment i allmenntmedisinsk perspektiv

Salutogenese er læren om hva som gir god helse. Ut fra livsvilkår vil vi ha ulik holdning til om nye situasjoner synes påvirkelige, forutsigbare og overkommelige. Dette gir ulikt pågangsmot i møte med sykdom. Kunnskap om pasientens ståsted vil hjelpe legen til å se hvem som trenger ekstra støtte for å sette inn tiltak.

Empowerment innebærer støtte og styrking i forhold til å påvirke sin livssituasjon. Legen opptrer da som veileder slik at pasienten kan opparbeide deltakende kompetanse. Kunnskap om salutogenese og empowerment kan gi et strukturert grunnlag for konsultasjonen og motvirke en oppgitt holdning hos lege og pasient.

Liv Tveit Walseth

liv@walseth.no
Songdalen legesenter
4645 Nodeland

Kirsti Malterud

Seksjon for allmenntmedisin
Universitetet i Bergen

Som allmennpraktikere møter vi pasienter med kroniske sykdommer og langvarige sykmeldinger. Møtet mellom lege og pasient preges lett av begrensninger i stedet for muligheter. Dette kan bidra til dårligere livskvalitet enn sykdommen skulle tilsi, og i noen tilfeller unødvendig lang sykmelding. Vi ønsket å lete etter strategier der legen bidrar til at pasienten i større grad bruker egne ressurser. Vi vil drøfte ressursperspektiv og pasientstyrking med relevans for klinisk allmennpraksis og presenterer nøkkelbegrepene salutogenese og empowerment.

Hva er salutogenese?

Antonovsky lanserer begrepet salutogenese (1), som sier noe om hva som holder oss friske. Vanligvis forholder leger seg til patogenese, hva som gjør oss syke. Antonovsky var en israelsk sosiolog som arbeidet med

helse spørsmål. Han sammenholdt studier om individuelle forskjeller i stresstoleranse og sannsynliggjorde at de samme elementene – motstandsressursene – har betydning for hvordan vi takler sykdom og for sykdomsutvikling. Gode motstandsressurser er for eksempel god økonomi, sosialt nettverk med sterk grad av tilhørighet, høy egostyrke og religion. Den enkeltes ressurser vil gi ulik grunnholdning i møte med hendelser i livet. Antonovsky kaller denne grunnholdningen sense of coherence (SOC) som igjen består av tre hovedelementer:

- forventning til om vi tror nye situasjoner er påvirkelige
- forventning til om vi tror situasjonen er logisk og forutsigbar
- forventning til om vi tror det som kreves i nye situasjoner er overkommelig

Sense of coherence kan oversettes med forutsigbarhet eller opplevd sammenheng, som blir brukt her, men det går frem av definisjonen at det ikke er helt dekkende.

Det er noen livsbetingelser som synes viktigere enn andre i utviklingen av denne holdningen.

I oppveksten vil autoritære foreldre og bruk av straff og trusler gi oss den holdningen at egne tanker og ferdigheter ikke har betydning. Dersom omsorgspersoner opptrer uforståelig og uforutsigbart, vil vi lære at det er nytteløst å prøve å forstå og påvirke det som skjer. Dette kommer tydelig frem i hjem der foreldre er rusmisbrukere. Det er også viktig at krav fra omgivelsene står i samsvar med egne ferdigheter. For store krav vil lære oss å gi opp i utgangspunktet, mens for små krav fratar oss erfaring i å bruke egne ressurser.

Den enkeltes status i samfunnet gir ulik mulighet for effektiv deltakelse og påvirkningsmulighet. Arbeidsplassen har stor betydning. Selvstendige og komplekse arbeidsoppgaver innenfor det vi kan mestre setter oss bedre i stand til et aktivt forhold til vår livssituasjon. Lavtlønnsyrker med lite innflytelse på jobbsituasjon vil ofte gjøre at vi inntar samme passive holdning overfor nye situasjoner i privatlivet. Politiske, historiske og kulturelle forhold vil også påvirke våre holdninger. Et styre basert på makt og terror eller normløse samfunn vil ikke kunne gi individet en tro på påvirkningsmulighet.

Grunnlaget for våre strategier i møte med motgang legges i oppveksten, men formes også i voksen alder. Dramatiske hendelser som at en av våre nærmeste dør, kan gi en

oppgitt holdning det tar tid å arbeide seg ut av. Kriser kan også bidra til vekst og utvikling.

Antonovsky utarbeidet en skala for å gjøre opplevd sammenheng (SOC) målbar (2). Denne er brukt i en undersøkelse av Mendel og medarbeidere (3). En gruppe pasienter med vestibularisnevritt besvarte et spørreskjema om opplevd sammenheng og livskvalitet. Pasientene med sterk opplevd sammenheng så på seg selv som mindre syke, oppfattet sykdommen som en mindre belastning, det gikk mindre utover arbeidskapasitet og psykososial funksjon. Undersøkelsen underbygger at skalaen kan brukes som et verktøy for å identifisere pasienter som står i fare for å få mer nedsatt livskvalitet enn nødvendig og derfor trenger ekstra tiltak.

Salutogenese i klinisk arbeid

Reaksjonen på motgang og sykdom er altså individuell og avhengig av tidligere erfaringer. Dette ser vi i allmennpraksis på pasienters ulike reaksjoner ved samme sykdomstilstand, for eksempel ryggsmarter. Noen blir passive og trekker seg fra aktiviteter, mens andre setter i gang med trening og opprettholder flest mulig av dagliglivets funksjoner. Med kjennskap til lokalsamfunn, arbeidsplass, status og familie kan allmennpraktikeren vite en del om pasientens ressurser og belastninger og dermed hvordan han sannsynligvis vil møte den nye situasjonen. Hos pasienter med en svakt passiv grunnholdning kan legen sette inn ekstra tiltak på et tidlig tidspunkt. Legen kan gjøre situasjonen mer forståelig for pasienten, rette oppmerksomheten mot ressurser og bidra til at målene tilpasses pasientens kapasitet.

Teorien kan også anvendes overfor legens opptreden. Pasienten styrkes når legens væremåte og handlemåte over tid er forutsigbar, konsistent og innbyr til medvirkning dersom dette er mulig.

! Hovedbudskap

- Kunnskap om salutogenese kan hjelpe legen med å se sterke sider hos pasienter som trenger ekstra støtte
- Empowerment-prosessen kan gi pasienten større styrke til å mestre sykdom
- Empowerment forutsetter en arena fri for bruk av makt, der pasientens egne verdier og ressurser står i fokus

Hva er empowerment?

Empowerment har vært forsøkt oversatt til norsk med ord som myndiggjøring, bemyndigelse (4) eller styrking. Ingen av disse ordene er dekkende oversettelser. Da ordet empowerment er såpass innarbeidet i flere fagmiljøer beholdes dette videre i teksten.

Empowerment har sitt utspring i politiske og sosiologiske miljøer i USA i 1960-årene. Rapaport (5) studerte hjelpesystemer som utvikles naturlig i familier, nabolag og sosiale nettverk. Han ønsket å utvikle metoder for å gi befolkningen bedre kompetanse til å endre på forhold i lokalsamfunn. Han beskriver empowerment som «å oppnå kontroll over eget liv i en sammenheng hvor en deltar sammen med andre for å endre de sosiale og politiske realiteter en lever under» (5). Motsetningene til empowerment blir kraftløshet, lært hjelpeløshet, fremmedgjøring, manglende kontroll over livet. Kieffer (6) skriver at begrepet har en todelt betydning og utgjør både målet og veien. Målet er kompetanse til å delta og påvirke. Veien er utviklingen av ferdigheter som skal til for å nå dette målet. Kieffer deler empowerment-prosessen opp i fem faser:

- Det må først inntre en *mobiliserende episode* som utgjør en trussel mot det som oppleves som viktig og bra i livet. Gjennom dette vekkes bevissthet og engasjement.
- Man går så over i en fase preget av *usikkerhet og begynnende analyse* av situasjonen.
- Tredje fase utgjør en prosess som skal ende i en forståelse av situasjonen og av vilke *ressurser og muligheter* man har til rådighet. Veilederens oppgave er å gi faktisk informasjon, være støttende og bidra til å kartlegge situasjonen og tilgjengelige ressurser.
- I fjerde fase veksles det mellom å *prøve ut kunnskapene* og sammen med veileder *reflektere* over nye erfaringer. Det er ofte nødvendig å gå mange runder over tid.
- I siste fase innehar man nye ferdigheter med evne til *deltakende kompetanse*.

Pasientstyrking

Hvas & Thesen diskuterer empowerment i et medisinsk perspektiv (7). Empowerment benyttes ofte på gruppenivå, men kan også være individrettet slik det vil være i en konsultasjon. Ved hjelp av psykologisk empowerment kan selvbildet endres. Pasientens egne krefter styrkes og kan motvirke undertrykking på ulike plan. Legens støtte kan bidra til at pasienten får økt kontroll. Hvas & Thesen understreker at legen i kraft av sin medisinske autoritet er en del av problemet. Legen må avgi makt og styring, slik at pasienten selv kan påvirke situasjonen.

Det er gjort flere undersøkelser om hva som skjer når pasientene styrkes til deltakende kompetanse. Piso og medarbeidere (8) studerte en gruppe pasienter som brukte warfarin. Pasientene ble opplært i å dosere

warfarin selv og hadde ansvaret for dette i ett år. Antikoagulasjonen var signifikant bedre når pasienten selv hadde ansvaret i forhold til før intervensjonen. Etter intervensjonsperioden var antikoagulasjonen også bedre enn før, men ikke så bra som når pasientene hadde styringen selv.

Empowerment-prinsippet har også vært anvendt i behandlingen av menn med nydiagnostisert prostatacancer. Davison & Degner (9) gav intervensjonsgruppen skriftlig informasjon, en liste med spørsmål pasienten skulle ta opp med legen og en video av konsultasjonen. Den andre gruppen mottok bare den skriftlige informasjonen. Resultatene viste at intervensjonsgruppen hadde en signifikant mer aktiv rolle i beslutningsprosessen i behandlingen og signifikant mindre angst etter seks uker. Nivået av depresjon i de to gruppene var imidlertid likt.

Howorka og medarbeidere undersøkte effekten av et strukturert utdanningsprogram på diabetikere der pasientene ble opplært til selv å ta ansvar for fleksibelt matinntak og insulin dosering (10). Ved vurdering etter tre år hadde pasientene en signifikant bedre glykemisk kontroll enn de hadde før gjennomgått opplæring. De følte at de hadde mindre restriksjoner, at de var mindre under kontroll, og de opplevde seg som mer kompetente i forhold til sin sykdom.

MacKay finner at bruk av empowerment i allmennpraksis kan være med på å hindre stress, frustrasjoner og utbredthet hos legen (11). Leger har ofte en forventning til seg selv om å kunne hjelpe med «alt» og påta seg et totalansvar det ikke er mulig å leve opp til. Vi kjenner hele tiden på det å ikke strekke til. Omsorg basert på empowerment kan styrke lege-pasient-forholdet, slik at dette preges av samarbeid og gjensidig respekt. Legen kan påta seg å veilede, bidra med kunnskap, være støttende og hjelpe pasienten med å sortere egne tanker. Pasienten opparbeider en deltakende kompetanse innenfor sine gitte grenser. Legen kan ha mer realistiske forventninger til seg selv og få en følelse av å mestre i stedet for å bli overveldet av utilstrekkelighet.

Empowerment i allmennpraksis

I allmennpraksis vil den mobiliserende episoden være at pasienten er syk eller lever under betingelser som virker undertrykkende. Noen pasienter vil straks oppleve slike situasjoner mobiliserende. Andre vil trenge tid og styrking for å se hva situasjonen virkelig innebærer og bli klar over at dette lar seg påvirke før de kjenner at de kan mobilisere mottiltak. Som veileder kan legen gi faglig informasjon, hjelpe pasienten til å få kartlagt sitt ståsted og sine ressurser, rette oppmerksomheten mot løsninger og tilpasse tiltakene etter tilgjengelige ressurser. Dette kan skje over tid og ved gjentatte konsultasjoner. Legen kan gjennom dette redusere faren for at pasienten gir opp. Målet er at pasienten oppnår kompetanse til medvirkning i den grad dette er mulig.

Empowerment-prosessen kan ifølge Stang (12) misbrukes hvis veilederens mål er å gjennomføre egne ideer og planer på pasientens vegne (skjult paternalisme). Forutsetninger for at legen kan bidra til empowerment er å ta rollen som anerkjennende støttespiller og informant og dessuten beherske ferdigheter i kommunikasjon preget av gjensidig respekt og tillit. Legen må ha kjennskap til seg selv for å unngå å projisere egne følelser og behov over på pasienten. Empowerment forutsetter en arena fri for bruk av makt og en relasjon basert på likeverd. Det er pasientens egne verdier og ressurser som må stå i fokus. Legen må også passe på at ikke pasienten sitter igjen med skyldfølelse, følelse av å mislykkes og å ikke være «flink nok» til å ta kontroll over eget liv og helse.

Det er viktig å bruke tid, tålmodighet og langvarig engasjement. Dette passer bra med allmennpraktikerens arbeidsmåte, der gjentatte konsultasjoner over tid er en viktig del av utredning og behandling.

Fra avmakt til muligheter

Mange leger innehar mye av den kunnskapen og kompetansen som ligger i begrepene salutogenese, opplevd sammenheng og empowerment. Vi tror at kunnskapen om disse teoriene kan gi et mer bevisstgjort og strukturert grunnlag for konsultasjonen og motvirke en oppgitt holdning hos pasient og lege.

Takk til Den norske lægeforening for allmennpraktikerstipend på to måneder.

Litteratur

1. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey Boss, 1979.
2. Antonovsky A. The sense of coherence. A historical and future perspective. *Isr J Med Sci* 1996; 32: 170–8.
3. Mendel B, Bergensis J, Langius A. The sense of coherence: a tool for evaluating patients with peripheral vestibular disorders. *Clin Otolaryngol* 2001; 26: 19–24.
4. Sørensen M, Graff-Iversen S. Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 720–4.
5. Rapaport J. In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *Am J Community Psychol* 1981; 9: 1–25.
6. Kieffer CH. Citizen empowerment: a developmental perspective. I: Rapaport J, Hess R, red. *Studies in empowerment: steps toward understanding and action*. New York: Howarth Press, 1984.
7. Hvas AC, Thesen J. At styrke pasientens egne krefter og at modvirke undertrykkende krefter: «Empowerment i et medisinsk perspektiv». *Ugeskr Læger* 2002; 164: 5361–5.
8. Piso B, Jinenz-Boj E, Kriminger B, Watzke HH. The quality of oral anticoagulation before, during and after a period of patient self-management. *Thromb Res* 2002; 106: 101–4.
9. Davison BJ, Degner LF. Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. *Cancer Nurs* 1997; 20: 187–96.
10. Howorka K, Pumpřla J, Wagner-Nosiska D, Grillmayer H, Schlusche C, Schabmann A. Empowering diabetes out-patients with structural education: short term and long term effects of functional insulin treatment on perceived control over diabetes. *J Psychosom Res* 2000; 48: 37–44.
11. McKay B, Forbes JA, Bourner K. Empowerment in general practice. The trilogies of caring. *Aust Fam Physician* 1990; 19: 513, 516–20.
12. Stang I. Makt og bemyndigelse. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.