

Känslan av sammanhang (KASAM) och Motiverande Samtal (MI)

Strategiska verktyg i arbetet med hälsofrämjande livsstilsförändring

Författare: Galina Skagerberg, VisVires Coaching AB och GlobenHälsan AB

Handledare: Bert Skagerberg, Fil. Dr. och Docent, VisVires Coaching AB

Projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2008/09

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Inledande reflektioner över begreppet hälsa	4
3	Känslan av sammanhang, KASAM	8
3.1	Begriplighet	8
3.2	Hanterbarhet	8
3.3	Meningsfullhet	8
3.4	Generella motståndsresurser (GMR)	9
3.5	KASAM som helhet	9
3.6	Mätning av KASAM	9
3.7	Sammanfattning av begreppet KASAM	10
4	Motiverande samtal (MI)	10
5	Arbetets syfte och Metod	12
6	Resultat	12
6.1	Visualisering av KASAM data	12
6.2	KASAM i det kliniska arbetet	15
6.2.1	Första patienten, extremt högt KASAM	16
6.2.2	Andra patienten, extremt låg KASAM	18
6.2.3	Tredje patienten, förbättrad KASAM	19
7	Diskussion	22
8	Slutsatser	23
9	Rekommendationer	23
10	Litteraturförteckning	25

1 Sammanfattning

Arbetets titel: Känslan av sammanhang (KASAM) och Motiverande Samtal (MI).
Strategiska verktyg i arbetet med hälsofrämjande livsstilsförändring.

Författare: Galina Skagerberg, VisVires Coaching AB och GlobenHälsan AB

Handledare: Bert Skagerberg, Fil. Dr. och Docent, VisVires Coaching AB

Projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2008/09

I detta arbete har känslan av sammanhang (KASAM) använts som ett strategiskt verktyg för att mäta individens upplevda hälsa. Syftet med KASAM mätningarna är att testa det salutogenetiska perspektivet som komplement till det mer traditionella medicinska patogenetiska synsättet i företagshälsovård. Arbetet har integrerats i författarens dagliga verksamhet vid Globenhälsan AB.

KASAM har testas i två steg:

1. Det första steget är att komplettera traditionella patogenetiska undersökningar med att införa KASAM mätning för att skatta patientens egna upplevda hälsa.
2. I de fall då patienter uppvisar låg KASAM, testas även möjligheten att i rehabiliteringsarbetet påverka KASAM i positiv riktning genom användandet av Motiverande Samtal, MI. Efter insats med MI följs patienten upp med nya KASAM mätningar.

Under arbetet har 118 KASAM mätningar samlats in. Mätningarna följer i stort sett Antonovskys normativa data. I gruppen ingår både "friska frivilliga" och patienter som sökt hjälp för stressrelaterade symtom hos FHV via sin arbetsgivare. Tre exempel på KASAM mätningar redovisas.

Arbetet visar att KASAM är ett bra verktyg:

- för att skapa tillit till patient
- identifiera resurser utan att väcka defensiva mönster och motstånd
- som utgångspunkt för bedömning av patientens arbetsförmåga, funktionsnedsättning och planering av rehabiliteringen
- för kommunikation med olika aktörer i rehabiliteringsarbetet

Kombinationen av KASAM med aktiv coaching, här via motiverande samtal (MI) är effektivt för hälsofrämjande livsstilsförändring. Graden av framgång i förändringsarbetet avspeglas via upprepade KASAM mätningar.

2 Inledande reflektioner över begreppet hälsa

Olof Von Dalin, en berömd Svensk skald, skrev på 1700-talet följande betraktelse över begreppet hälsa i sin egen tidskrift "Then Swänska Argus":

*Nöjd levnad
Äta lagom, dricka vatten.
Roligt sällskap, sömn om natten.
Käckt arbeta, lägligt bo.
Stillheten någon stund om dagen.
Det är lagen för min hälsa och min ro.*

Men vad betyder då egentligen begreppet hälsa? Enligt Winroth och Rydqvist har hälsobegreppet sina historiska rötter i religiösa, filosofiska och etiska tankesätt medan dagens västerländska hälsobegrepp har en mycket stark knytning till den medicinska vetenskapen. I den medicinska traditionen har den kroppsliga hälsan en mycket framträdande roll.

Vårt synsätt i västvärlden på hälsa och dess betydelse för arbetslivet är under stark förändring mot en mer holistisk syn som egentligen liknar mer historiska definitioner. För att förstå varför kan en liten historisk odysseé vara på sin plats.

Hippokrates (460-370 f.Kr.), en av antikens stora filosofer som brukar ses som läkekonstens fader förkunnade för sina elever att:

"Hälsa är ett tecken på att den enskilda människan har uppnått ett tillstånd av harmoni såväl inom sig själv som i förhållande till sin omgivning och att allt det som påverkar sinnet, också påverkar kroppen"

Det här integrerade och holistiska synsättet var ganska typiskt för dåtidens naturfilosofer som integrerade egna observationer med den för tiden etablerade tron och religionen för att förklara naturens olika fenomen och skeenden.

Aristoteles (384-322 f.Kr.), grekernas sista stora filosof, var den första som försökte sig på att systematisera och katalogisera allt vi har och allt vi ser omkring oss. Detta ledde till att vi idag ser Aristoteles som "grundaren" av de flesta moderna vetenskaper. Han skrev avhandlingar inom många ämnen, och katalogiserade dem som logik, biologi, fysik, etik, metafysik, politik och poetik med mera, så att all dåtidens kunskap kunde placeras in i sina egna fack. Aristoteles modeller, som kan ses som en slags vetenskapens generalplan, ifrågasattes inte i någon större omfattning under nästan 2000 år.

Kristendomens utveckling gjorde att kyrkans grepp om filosofi och religion blev allt starkare. Även om Aristoteles modeller var nydanande så kunde kyrkan stödja Aristoteles modeller eftersom han uttryckt Guds fullkomlighet som mycket värdefullare än allt utforskande av materiella samband. Under renässansen började vetenskapen visa nytt intresse för naturen. Nu börjar en stark dualism mellan materia och anden framträda. Dualismen mellan materia och ande gjorde att många av de främsta utövarna av vetenskap blev förföljda av kyrkan med mycket hårda straff som konsekvens.

René Descartes (1590-1650) grundlade ett synsätt där man delar upp naturen i två skilda och oberoende rum, dels sinnets rum (*res cogitans*) och dels materiens rum (*res existensia*). Denna uppdelning ger vetenskapens företrädare fritt fram att studera "döda ting" dvs en syn på materian som en slags väldig maskin. Descartes flyttade för övrigt till Stockholm 1649, inbjuden till det svenska hovet av Drottning Kristina. Där tjänstgjorde han som Kristinas lärare och rådgivare. Livet i Stockholm var påfrestande för Descartes. Slottet var kallt och dragigt, klimatet kallare än han var van vid, och Kristina krävde att lektionerna skulle hållas mycket tidigt på morgonen. Redan efter några månader i Stockholm dog Descartes av lunginflammation. Efter Descartes död inträffar något ironiskt; Kistan som tillverkas för den store filosofen var för liten. Huvudet kapades därför av och försvann (stals), under mystiska omständigheter, under transporten till Paris. Huvudet återlämnades först 150 år senare. Det ironiska blir att Descartes teori om själslig (tanke-)substans och kroppslig substans och dess åtskiljda verkan blev uppfyllda på ett något makabert sätt. Teorin är fortfarande uppfylld i och med att hans kropp och huvud fortfarande är åtskilda.

Descartes arbete blev starten till en mekanistisk världsuppfattning som senare byggdes på, framförallt av Sir Isaac Newton (1642 – 1727). Newton fortsatte att beskriva naturen som den väldiga och fantastiska maskinen och grundlade därmed den fundamentala klassiska mekaniken som publicerades i det berömda verket "*Philosophiae Naturalis, Principia Mathematica*" som fortfarande är standard inom den klassiska mekaniken.

Den västerländska skolmedicinen följde det dualistiska synsättet där den mänskliga kroppen ansågs vara ett utmärkt vetenskapligt objekt för studier och forskning emedan psyket och själen ansågs svårare och även direkt olämplig att bedriva forskning på. Medicinska vetenskapen har därför fokuserat på att studera sjukdomstillstånd och vilka faktorer som orsakar sjukdomen, dvs vilka faktorer och omständigheter som är **patogena**. Den traditionella medicinska vetenskapen innehåller således mycket omfattande kunskap om processen i förändringen från frisk till sjuk som brukar kallas **patogenes**. Om man nu begränsar begreppet hälsa till den dualistiska principen och patogenes blir god hälsa definierat som frånvaro av sjukdom.

Intressant nog genomgår den vetenskapliga världen i stort en förändring där den dualistiska principen alltmer överges till förmån för ett holistiskt synsätt. Fysiken,

särskilt kvantfysiken är här en föregångare. Relativitetsteorin behövdes för att förklara elementarpartiklarnas fenomen där Newtons Klassiska mekanik inte längre fungerade. Kvantfysiska begrepp, som t.ex. Einsteins berömda ekvation $E = m \cdot c^2$, är mycket svåra att förstå med vanlig logik och intuition. Att massa och energi är olika aspekter av samma sak har man däremot känt till i tusentals år i den österländska mystiken. Berömda kvantfysiker som Nils Bohr upptäckte att österländska principer fungerar utmärkt för att beskriva kvantfysik. Heisenbergs berömda osäkerhetsprincip kan tex direkt översättas i Yin och Yang filosofi. För mer information rekommenderas Fritjof Capras utmärkta bok, Fysikens Tao (Capra, 1975).

Synen på hälsa överger, även den, alltmer det dualistiska perspektivet till förmån för en mer integrerad syn likt den som Hippokrates devis beskriver enligt ovan. Susanna Ehdin beskriver människans fenomenala förmåga till självläkande kraft och hur den kan stärkas med näringsriktig mat, motion, glädje och avkoppling. Hon menar att vi kan ta makten över vår hälsa och att allt som fyller oss med sann glädje stimulerar självläkande processer (Ehdin, 1999). På liknande sätt visar Caroline Myss sambandet mellan andlig och fysisk hälsa och behovet av att integrera dessa för att nå verklig hälsa (Myss, 1996).

Skall vi då förkasta skolmedicinen och patogenes som källa till hälsa? **Absolut inte!** Modern medicinsk kunskap ger oss förmågan att behandla många svårartade sjukdomstillstånd som tidigare varit dödliga. Christina Doctare visar att man med framgång kan kombinera västerländsk och österländsk medicin i vad hon kallar integrativ medicin (Doctare, 2007). Vi behöver emellertid något mer än patogenes för att beskriva begreppet hälsa. Victor Frankl visade att förmågan att överleva de mest gräsliga förhållanden i 2:a världskrigets koncentrationsläger till stor del berodde på förmågan att hitta en mening med livet, trots alla ohyggligheter som fångarna utsattes för. Frankl var själv fånge i koncentrationsläger och använde sina erfarenheter för att utveckla logoterapin som bygger på att terapeuten skall fokusera på att hjälpa patienten att finna meningen med sitt liv (Frankl, 1996). På ungefär samma sätt visar Sören Ventegodt att livskvalitet till stor del handlar om att känna till sitt livs mening och att leva i överensstämmelse med den.

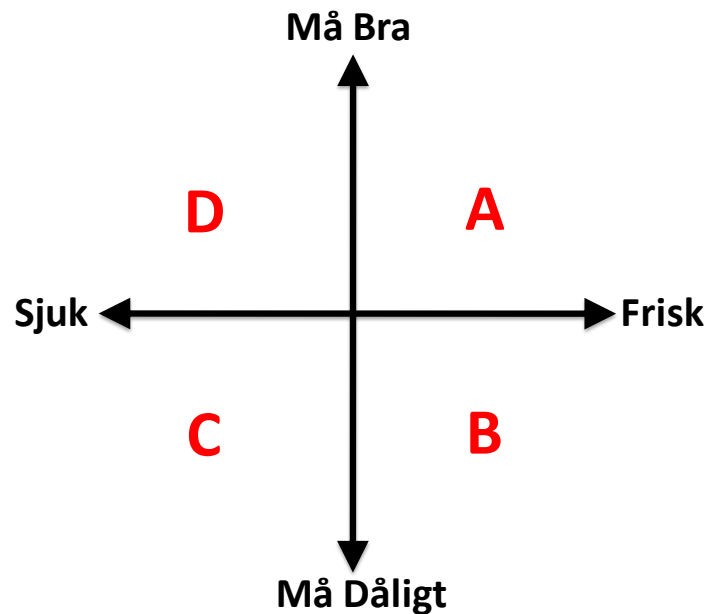
Aaron Antonovsky introducerade en ny dimension för den egenupplevda hälsan som han kallar **Salutogenes** (Antonovsky, Hälsans mysterium, 1992). Vi har nu två dimensioner som beskriver den totala hälsan:

- Patogenes - dimensionen som beskriver skillnaden mellan att vara fysiskt frisk respektive sjuk.
- Salutogenes – dimensionen som beskriver skillnaden mellan upplevd ohälsa och upplevd hälsa

Salutogenes dimensionen är helt annorlunda i sin natur än den patogenetiska dimensionen. Salutogenes handlar mycket om hur vi mår och upplever hälsa snarare än att vara frisk eller sjuk som i det patogenetiska perspektivet. I det patogenetiska

perspektivet är man antingen sjuk eller frisk. Läkaren ställer diagnos och avgör om patienten passerat gränsen för att vara sjuk, detta brukar kallas **Dikotomi**. I Salutogenes definieras istället möjligheten att röra sig mellan ytterligheterna hälsa och ohälsa, ett **kontinuum** med andra ord.

Om vi nu antar ett visst oberoende mellan patogenes och salutogenes, ett antagande vars evidens är tämligen oomtvistat, kan man skapa en två-dimensionell graf som brukar kallas hälsokorset, Figur 1.



Figur 1 Hälsokorset

I hälsokorset kan således (minst) fyra olika tillstånd identifieras som beskriver olika kombinationer av hälsotillstånd:

- A. Idealt hälsotillstånd, där vi har både upplevd och faktisk fysisk dikotomisk hälsa. Ju längre upp till höger vi kommer desto större välbefinnande och desto mindre sjukdom
- B. I denna ruta har vi inga direkta sjukdomar men mår faktiskt inte bra. Ett långvarigt tillstånd i denna ruta riskerar att leda till sjukdomar (ruta C)
- C. Att både må dåligt och att ha sjukdomstillstånd är den sämsta kombinationen. En akut sjukdom eller plötsligt handikapp kan orsaka detta tillstånd. Om man med tiden lär sig hantera sin sjukdom eller handikapp kan känslan av upplevd hälsa öka och tillståndet i situation D nås.
- D. Denna situation är fullt möjlig, det vill säga trots fysisk sjukdom eller handikapp kan man nå en situation med hög upplevd hälsa.

Eftersom livet är dynamiskt kommer man under sin levnad sannolikt att "besöka" flera av kvadranterna i Figur 1. Skillnaderna mellan begreppen salutogenes och patogenes sammanfattas enligt Winroth & Rydqvist i Tabell 1

Tabell 1. Sammanfattning av de två dimensionerna i hälsokorset

Salutogenes	Patogenes
• Kontinuum	• Dikotomi
• Hälsa	• Ohälsa
• Personhistoria	• Sjukdoms/symptom
• Det unika	• Hypotesbekräftelse
• Befrämjande faktorer	• Riskfaktorer

3 Känslan av sammanhang, KASAM

I sitt arbete med den salutogenetiska modellen sökte Antonovsky olika förklaringsmodeller till vad som gör att människor kan röra sig på den kontinuerliga dimensionen av upplevd hälsa (salutogenes). Han fann att känslan av sammanhang (KASAM, eng. sense of coherence, SOC) har en avgörande betydelse för välbefinnandet (Antonovsky, The salutogenetic model as a theory to guide health promotion, 1996). Efter omfattande forskningsarbete fann Antonovsky att KASAM består av tre huvudkomponenter Begriplighet, Hanterbarhet och Meningsfullhet.

3.1 Begriplighet

Begriplighet handlar om i vilken grad man upplever information och intryck som förståliga, strukturerade och förutsägbara. Detta innebär att individen har en stabil förmåga att bedöma och förstå verkligheten. Begriplighet har ett mått av kontroll och är en förutsättning för nästa komponent hanterbarhet

3.2 Hanterbarhet

Hanterbarhet innebär i stort att individen har de resurser som behövs för att agera utgående från de krav som ställs på individen. Resurserna kan både vara egna resurser eller tillgång till resurser hos andra individer. Hanterbarhet handlar således mycket om förmågan att styra över sitt eget liv. Hanterbarhet är starkt kopplat till nivån av upplevd stress.

3.3 Meningsfullhet

Meningsfullhet handlar mycket om motivation och ger svaret på typiska "Varför-frågor". När man ställs inför en uppgift kan den antingen kännas betungande eller lockande, det vill säga mer eller mindre meningsfull. Upplevelsen av meningsfullhet har en starkt känslomässig grund. Meningsfullhet är enligt Antonovsky den mest betydelsefulla KASAM komponenten vilket även stöds av bl.a. Frankls observationer (Frankl, 1996).

3.4 Generella motståndsresurser (GMR)

Påfrestningar som vi utsätts för i olika skeden av livet kan utlösas av olika former av stressorer. Antonovsky (se Antonovsky , 1979) menar att vissa stressor är sjukdomsalstrande, andra är neutrala och en tredje kategori stressorer kan till och med vara hälsofrämjande. Enligt Antoskys teori utgör en hög känsla av sammanhang (KASAM) fundamentet för att klara av påfrestningar i och att man därmed har god tillgång till generella motståndsresurser (GMR).

Tillgång till GMR ger god anpassningsförmåga, förmåga att skapa positiva sociala nätverk som i sin tur leder till ett väl fungerande samspel mellan individ och omgivningens resurser. Winrot och Rydqvist kategoriserar GMR i följande rubriker:

- Personella (fysiska, psykiska och kognitiva resurser)
- Sociala (relationer, makt och status)
- Materiella (pengar, bostad, kläder och utrustning)
- Kulturella (normer, värden och traditioner)

3.5 KASAM som helhet

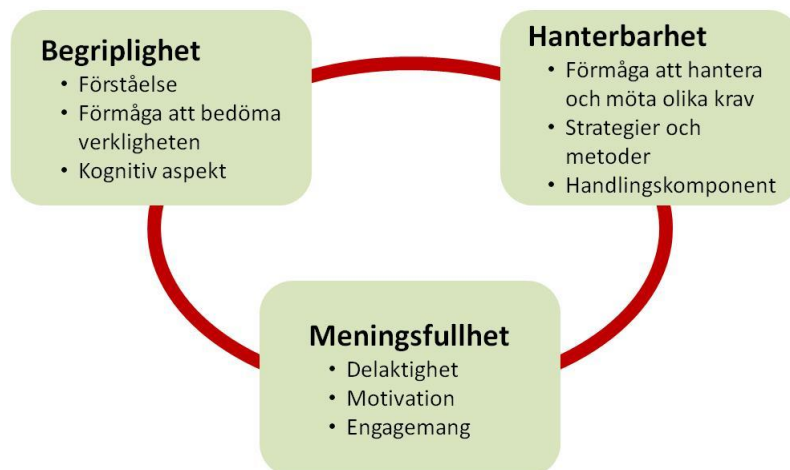
De tre komponenterna tillsammans beskriver den totala känslan av sammanhang (KASAM) och bidrar till individens totala problemhanteringsförmåga (coping) och stresstålighet. Lågt KASAM innebär således att man blir offer för omsändigheterna emedan högt KASAM innebär förmåga att välja strategi vid en given situation och därmed skapa en positiv spiral med ökad kunskap och förmåga med tiden.

3.6 Mätning av KASAM

Antonovskys KASAM modell har testats både induktivt och deduktivt och funnits vara stabil i arbetet med hälsopromotion. Antonovsky formulerade själv ett frågeformulär med 29 frågor med en 7 gradig bedömningsskala för varje fråga. Formuläret blandar riktning på skalan, dvs man inte på förhand veta vad som påverkar KASAM positivt eller negativt. Formuläret har använts i många sammanhang och är väl etablerat. I detta arbete har antagits att KASAM som koncept och mätning är approximativt normalfördelat och att de medelvärden och spridningsmått som Antonovsky själv ger kan användas för att sätta upp gränsvärden. Frågorna har redovisats i Antonovskys bok, tillsammans med instruktioner för utvärdering (Antonovsky, Hälsans mysterium, 1992) och beskrivs därför inte närmare här.

3.7 Sammanfattning av begreppet KASAM

Enligt Winroth & Rydqvist (Winroth & Rydqvist, 2008) är KASAM ett förhållningssätt där det finns någon form av balans mellan KASAM komponenterna, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet som sammanfattas i Figur 2.



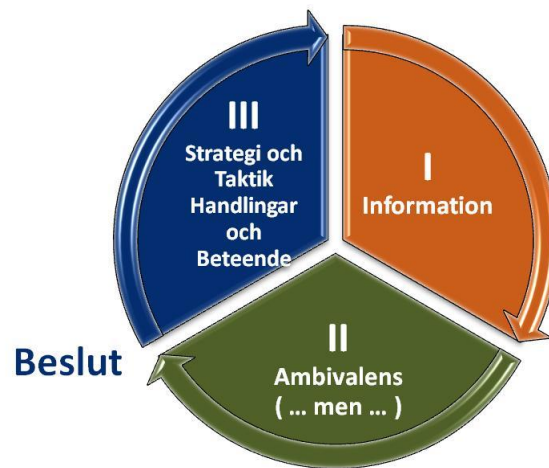
Figur 2 Sammanfattning av begreppet KASAM med dess tre komponenter: Begriplighet, Hanterbarhet och Meningsfullhet.

4 Motiverande samtal (MI)

Arbetet med hälsopromotion är lönsamt då sjukfrånvaro otvivelaktigt är förknippat med höga kostnader för både företaget, samhälle och individen. Hälsoarbetet är i huvudsak inriktat på tre strategier:

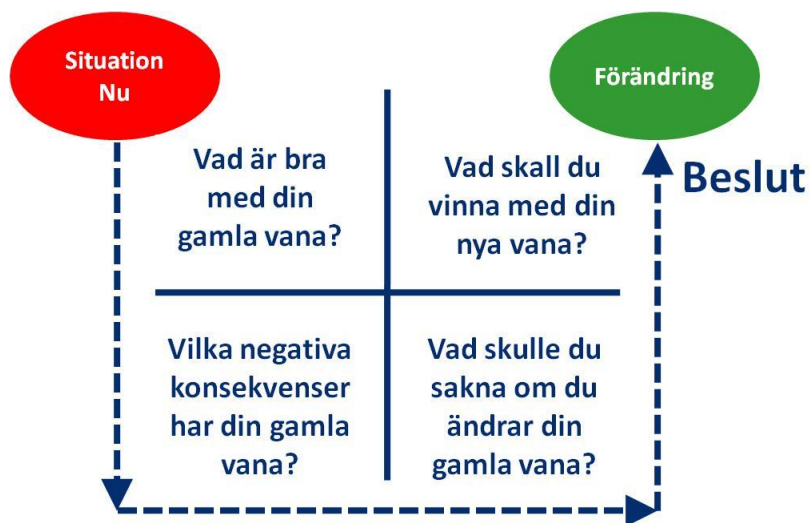
- Behandla sjukdom
- Förebygga sjukdom
- Främja hälsa

De två första punkterna utgår framförallt från det patogenetiska perspektivet. Här har skolmedicinen, omfattande regelverk och guider direkta modeller och processer att erbjuda. Främjande av hälsa handlar snarast om det salutogenetiska perspektivet och är inte en lika tydlig strategi ännu. Eftersom det här till stor del handlar om hur man upplever sin situation bör en effektiv strategi även innehålla moment som kan förändra en persons egna trossatser om sin hälsa. I det här arbetet har motiverande samtal, MI (Barth & Näsholm, 2006) använts som coaching strategi för det hälsofrämjande arbetet. I MI fokuserar man på att arbeta med förändring i en process med väl definierade faser, se Figur 3.



Figur 3 Förändringscirkeln i motiverande samtal (MI)

Det mest kritiska, utmanande och resurskrävande steget att gå igenom ambivalenssteget. Här behöver man mobilisera alla krafter som behövs för att komma över alla former av tveksamheter inför ett beslut. Man brukar säga att man skall gå igenom alla kvadranter i ambivalenskorset, Figur 4.



Figur 4 Ambivalenskorset motiverande samtal (MI)

5 Arbetets syfte och Metod

Syftet med detta arbete var att testa det salutogenetiska perspektivet i företagshälsovård i författarens dagliga verksamhet vid Globenhälsan AB. Patienterna kom till Globenhälsan AB på uppdrag av arbetsgivare för bedömning av arbetsförmåga och planering av rehabiliteringsåtgärder för återgång till arbete.

Hypotesen testades i två steg:

1. Det första steget var att komplettera traditionella patogenetiska undersökningar med att tidigt införa KASAM formuläret för att skatta patientens egen-uppfattade hälsoliv. På detta sätt erhöles en bild av hela hälsokorset i Figur 1 i kontrast till enbart den traditionella patogenetiska dimensionen - frisk eller sjuk.
2. I de fall då patienter uppvisade låg KASAM, dvs kvadraterna B och C testades i andra steget hypotesen om möjligheten att påverka KASAM i positiv riktning genom användandet av Motiverande Samtal, MI (Barth & Näsholm, 2006). Efter insats med MI följdes således patienten upp med ny KASAM mätning.

Data samlades in i steg 1, via Antonovskys självskattningsformulär med 29 livsstilsfrågor (se Antonovsky, Hälsans mysterium, 1992, sidorna 227-234) och KASAM-värde med dess komponenter beräknades med den metod som Antonovsky redovisar i samma bok. Beräkningarna tar hänsyn till att vissa frågor har omvänd skala och vissa frågor har koppling till de enskilda KASAM komponenterna (Begrifflighet, Hanterbarhet och Meningsfullhet). Fullständig beskrivning av beräkningsmetod redovisas i Antonovskys bok.

Vid första läkarbesöket erbjöds patienterna möjligheten att besvara formuläret. och KASAM resultaten redovisades för patienten vid andra besöket. I steg 2 användes även KASAM resultaten som utgångspunkt i det hälsofrämjande arbetet.

6 Resultat

6.1 Visualisering av KASAM data

Antonovsky redovisade KASAM (total KASAM) data för flera olika kategorier av människor (Antonovsky, Hälsans mysterium, 1992, s. 108). Kategorin Skandinavisk vårdpersonal valdes som referens för dessa studier. Antagandet användes att KASAM data för denna kategori utgör en bra representation för den miljö som vi bor och arbetar i. Vidare antogs att KASAM data är approximativt normalfördelade och data anpassades därför till normalfördelningen för hypotestester och grafisk framställning.

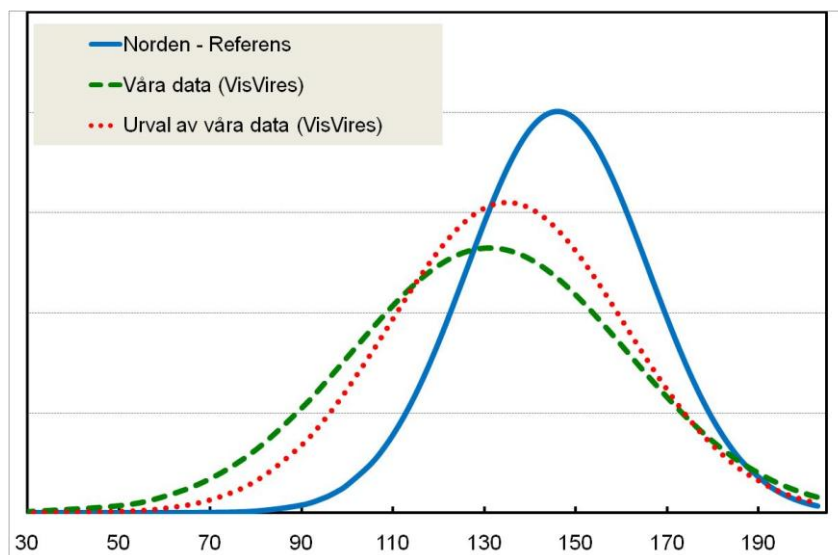
Under arbetets gång samlades KASAM data in från 118 mätningar, varav knappt hälften är data från patienter som sökt företagshälsovård och resten av data kommer från vänner och bekanta som visat intresse för KASAM mätningar. Deskriptiv statistik för insamlade data jämfördes med vad Antonovskys rapporterade som normativa data (Antonovsky, 1992) för skandinavisk vårdpersonal. Dessa data rapporteras i Tabell 2. Den första kolumnen, Norden referens, är Antonovskys normativa data för Nordisk specialutbildad personal i sjukvård.

Tabell 2. Deskriptiv statistik för Antonovskys normativa data för total KASAM (den första vänstra kolumnen) samt för data insamlade i denna studie (de två högra kolumnerna)

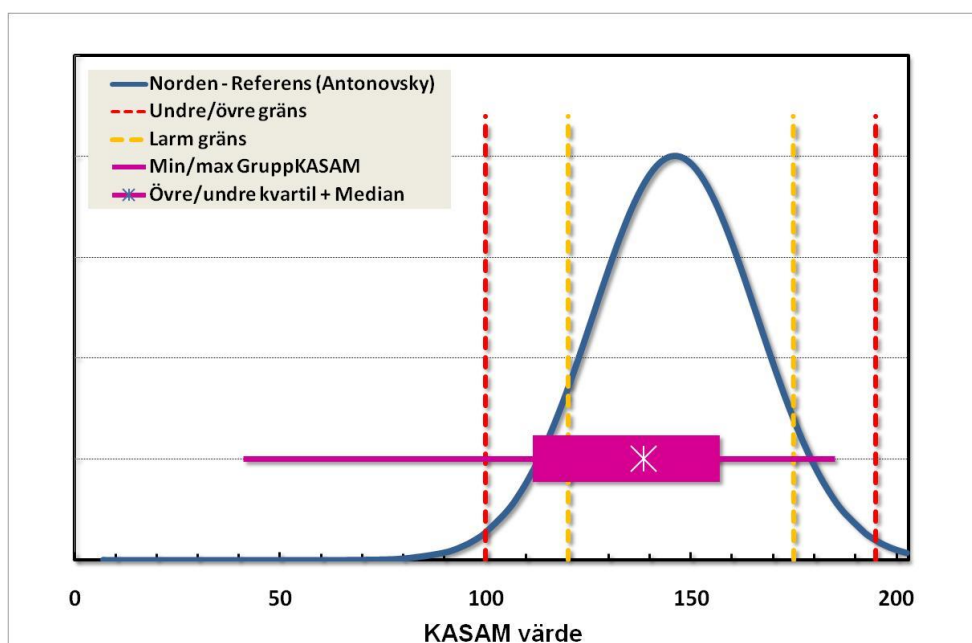
	Norden referens	VisVires, hela data	VisVires Urval (outliers borta)
Medelvärde (Total KASAM)	146,1	131,21	135,04
Standardavvikelse	19,9	30,19	25,76
Min	95	41	76
Max	187	185	185
N	30	118	111

Det syns tydligt att Antonovskys referensdata har både högre medelvärde och lägre spridning än insamlade data, VisVires hela data. Det kan man emellertid förvänta sig eftersom insamlade data innehåller ett flertal patienter som sökt hjälp för stressrelaterade patogena tillstånd såsom utbrändhet, kronisk utmattning etc. Dessa patienter hade genomgående mycket låga KASAM värden. I den sista kolumnen har data exkluderats för några individer med extremt låga KASAM värden som tillhörde just denna kategori. Data för 7 patienter exkluderades som dels visade extremt låg total KASAM (< 76) och dels led av svåra depressionstillstånd. Dessa patienter kan inte anses tillhöra en normativ grupp. Medelvärdet ökar och standardavvikelsen minskar när dessa extremvärden exkluderats, men data förefaller ändå vara aningen lågt fördelade med en viss breddning.

I Figur 5 visas de anpassade normalfördelningskurvorna för Norden-referens och VisVires data i Tabell 2. Effekterna enligt ovan syns tydligt, men grafen visar samtidigt att de olika fördelningarna inte är väsentligen skilda åt, det senare konfirmerades även med statistisk hypotestestning och det anses därför visat att Antonovskys normativa data för Norden kan användas som referens för våra data.



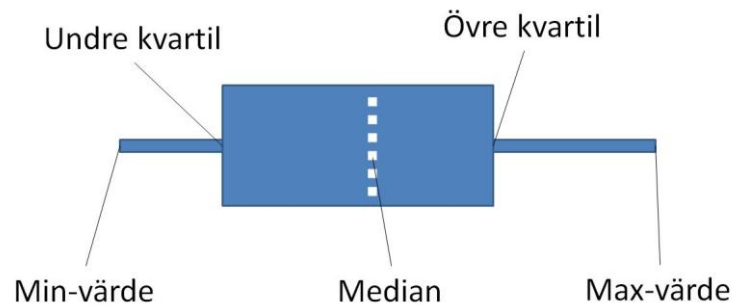
Figur 5. Fördelning av data anpassat till normalfördelningen avseende insamlade data (VisVires) och Antonovskys referens-data för Norden. Insamlade data är bredare och lägre fördelade, då dessa data innehåller patienter med patogena tillstånd som svår depression och ångest.



Figur 6. Insamlade data representerade som en s.k. box-whisker plot. Antonovskys Norden data är använda som referens. Larmvärden och gräns-värden enligt 6-sigma metoden är införda.

I Figur 6 användes ett alternativt sätt att åskådliggöra en viss "skevhet" i insamlade data med en s.k. box-whisker plot. "Boxen" representerar avståndet mellan övre och undre kvartil, dvs den täcker 50% av data. Symbolen inuti (oftast på

insidan) är medianen och "morrhåren" anger min- respektive max-värden i data. Denna grafiska framställning är mycket effektiv för att visualisera osymmetri i data.



Figur 7. Schematisk bild av strukturen i en Box-whisker graf.

Man ser tydligt i Figur 6 att insamlade data är aningen lägre fördelade än referens-Norden samt att insamlade data har ett oproportionerligt långt "morrhår" på den låga sidan. Man ser med andra ord tydligt den effekt som nämndes ovan, dvs att data innehåller en hel del extrema fall av låga KASAM-värden.

I Figur 6 har även gränser och larmgränser införts. Samma princip som vid statistisk process kontroll (SPC), det som idag brukar kallas för six-sigma filosofi har använts (Se Davies & Goldsmith eller Oakland). Man utgår här ifrån normalfördelningens medelvärde och säger att inom spannet ± 3 standardavvikelser (i.e. $\pm 3\sigma$) skall man hitta mer än 99% av populationen. Man brukar därför anta att detta är relevanta gränser för att identifiera observationer som är avvikande från det normala. Analogt sätter man ± 2 standardavvikelser som täcker 95% av populationen som varningsgränser.

6.2 KASAM i det kliniska arbetet

KASAM har använts som ett kompletterande verktyg i det dagliga arbetet som företagsläkare. Patienterna kommer oftast på uppdrag av arbetsgivaren p.g.a. olika problem att hantera sina arbetsuppgifter. Dessa patienter är ofta sjukskrivna eller är på väg att bli sjukskrivna. Dessa patienter befinner sig oftast i grupp B (frisk men mår dåligt) eller grupp C (sjuk och mår dåligt) i hälsokorset (Figur 1). Uppgiften som företagsläkare blir att ta reda på om och hur dessa patienter kan ändra sin livssituation för att komma till grupp A (frisk och mår bra) eller åtminstone till grupp D (sjuk men mår bra) i hälsokorset.

De första mötena med dessa patienter strukturerades på följande sätt:

- Att empatiskt lyssna på patientens livshistoria.
- Att försöka utesluta eller bekräfta fysiska och psykiska sjukdomstillstånd via anamnes, kliniska undersökningar och labbundersökningar.

- Eventuell mätning av ångest och depression med separat självskattningsformulär för HAD, **H**ospital **A**nxiety and **D**epression Scale (Zigmond & Snaith, 1983 (Jun) 67(6)).
- KASAM mätning för att undersöka patientens egna resurser och anpassningsstrategi (coping)
- Kontinuerlig feedback till patienten, bl.a. via rehabiliteringsmöten och avstämning med patienten

Oavsett utfall kommuniceras KASAM profilen direkt med patient, såväl skriftligt som muntligt. Vid låga KASAM värden, respektive stor obalans i KASAM komponenterna initieras någon av följande åtgärder:

- Remiss till samtalsterapi vid mycket låga KASAM värden (KASAM < 100)
- Direkt coaching med motiverande samtal (MI) och NLP
- Samtalsterapi i kombination med direkt coaching med motiverande samtal via (MI) och NLP





Förbättringsarbetet följdes upp med jämna mellanrum med nya KASAM mätningar. I följande kapitel redovisas några specifika patientfall (identiteter utelämnas pga personlig integritet). Fallen är valda för att visa några olika situationer som kan uppstå.

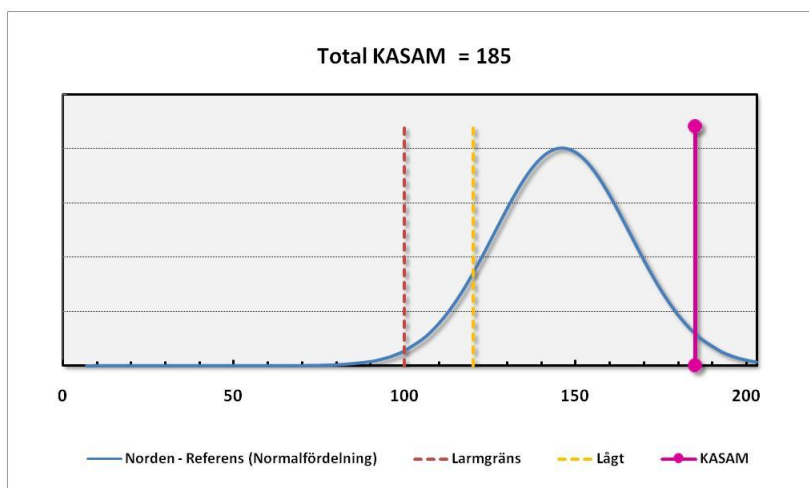
6.2.1 Första patienten, extremt högt KASAM

60-årig kvinna, långtidssjukskriven sedan 5 år med diagnosen depression. Patienten visade ett välvårdat yttre. Hon upplevde aldrig sig själv som deprimerad, utan upplevde sig snarare ha god hälsa såväl fysiskt som psykiskt. Patienten ansåg snarare att omgivningen hade fel i sin uppfattning. Det senare inkluderande även sjukskrivande läkare. Vidare, upplevde patienten sig mobbad på sin arbetsplats. I och med att patienten inte accepterade läkarutlåtanden missades även möjlighet till sjukersättning. Patienten hade därmed ingen direkt försörjning.

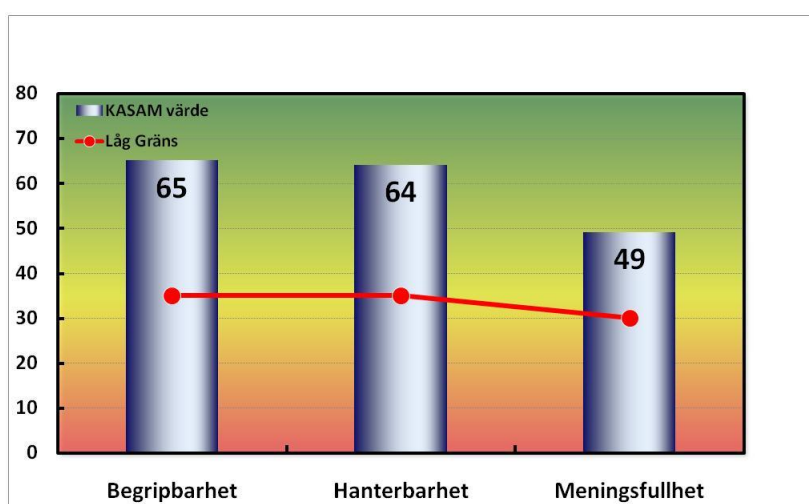
HAD självskattnings visade värdena 0 för depression respektive 0 för ångest. Detta innebär en överdrivet positiv inställning till sina egna upplevelser, som gränsar till mani, med förlust av kontakt med omvärlden som konsekvens. KASAM undersökning visade extremt höga värden, se Tabell 3, Figur 8 respektive Figur 9.

Tabell 3. KASAM data i första patientfallet

KASAM komponent	Låg Gräns	Under/Över låg gräns	KASAM värde
Begripbarhet	35	30	 65
Hanterbarhet	35	29	 64
Meningsfullhet	30	19	 49
Total KASAM = 185			 185



Figur 8. Total KASAM i första patientfallet. KASAM värdet är 185 och markeras av den lodräta linjen, dvs extremt högt i förhållande till referens-Norden.



Figur 9. KASAM-komponenter i första patientfallet. Observera att patienten har mycket höga värden i alla tre komponenterna.

KASAM profilen användes som underlag för kommunikation med patienten och som grund för läkarutlåtande. Patienten fick via KASAM profilen en förståelse för sin relativt höga okänslighet för omgivningen och därmed även sin egen begränsning i kommunikation och samarbetsförmåga. Den nedsatta arbetsförmågan blev accepterad av arbetsgivaren och försäkringskassan och resulterade sedermera i förtidspension. Numera arbetar patienten aktivt i olika hjälporganisationer och trivs med sin egen situation när hon inte behöver ifrågasätta sina egna trossatser med avseende på omgivningen. Hon får dessutom utlopp för sin empati i och med sitt engagemang i hjälparbetet.

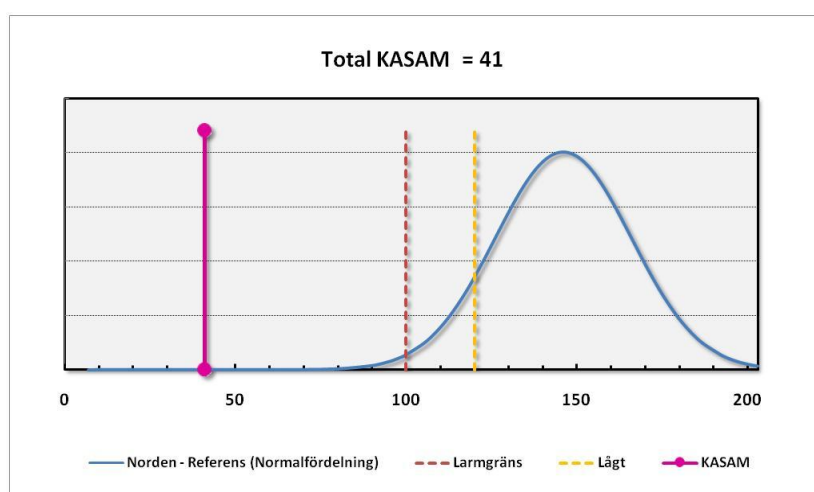
6.2.2 Andra patienten, extremt låg KASAM

58-årig kvinna, sjukskriven sedan 4 år kom på uppdrag av kommunen för utredning av hälsotillstånd och arbetsförmåga. Arbetsförmåga och funktionsnedsättning blev flera år tidigare utredd vid FMC och bedömdes där som arbetsför till 50%. Patienten upplevde emellertid att situationen successivt försämrades och att hon inte längre orkade vare sig arbetsliv eller privatliv. Hon uttryckte sin känsla av att vara sjuk till 100% och att omgivningen inte tog hennes besvär och lidande på allvar. Maken var förtidspensionär och var dessutom döende i cancersjukdom vid tidpunkten för utredningen. Vid lätta till måttliga stressituationer hade patienten svårt att andas, fick hjärtklappning, huvudvärk och nedsatt koncentrationsförmåga med återkommande minnesblackout. Hon hade även återkommande lumbago-ischias besvär samt muskel- och ledvärk. Patienten hade även tablettbehandling mot hypertoni. Patienten övermedicinerade med lugnande- och insomningsmedicin. Psykolog sammanfattade att hon hade gravt ångest och depressionstillstånd och hennes arbetsförmåga betraktades som obefintligt. Patientens funktionsinskränkning bekräftades i form av svår panikångestproblematik

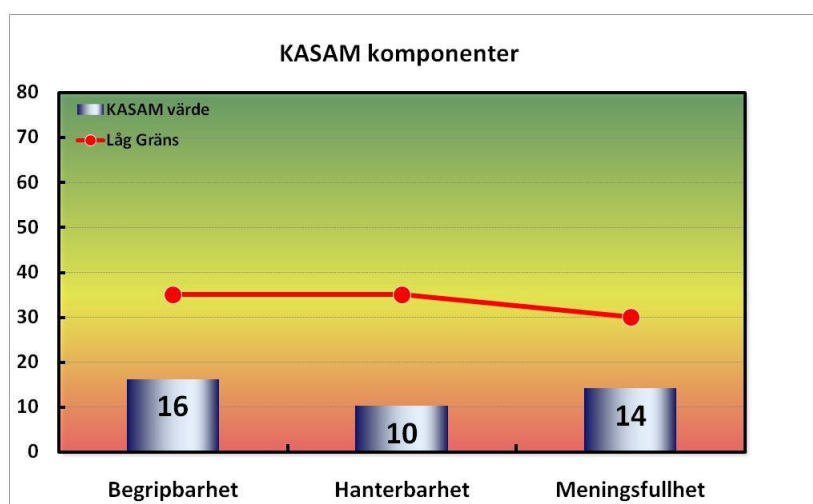
Patienten själv uppfattade att omgivningen ställde alltför höga krav som hon inte hade resurser att bemöta. KASAM undersökning visade genomgående synnerligen låga värden (se [Tabell 4](#) och [Figur 10](#) respektive [Figur 11](#)).

Tabell 4. KASAM data i andra patientfallet

KASAM komponent	Låg Gräns	Under/Över låg gräns	KASAM värde
Begripbarhet	35	-19	16
Hanterbarhet	35	-25	10
Meningsfullhet	30	-16	14
Total KASAM = 41			41



Figur 10. Total KASAM i andra patientfallet. KASAM = 41 (markeras av den lodräta linjen) är ett mycket lågt värde i förhållande till referens-Norden



Figur 11. KASAM-komponenter i andra patientfallet. Patienten visar mycket låga värden i alla tre komponenterna.

KASAM mätningen blev en vändpunkt i att bemöta patientens behov och förstå hennes lidande. KASAM data blev ett strategiskt verktyg för:

- Kommunikationen med patienten för att skapa tillit och samarbete
- Kommunikationen med AG för att skapa förståelse för patientens behov
- Kommunikationen med FK för bedömning av arbetsförmåga och funktionsnedsättning

Resultatet blev att många års utredningsarbete avslutades med förtidspension som gav patienten möjligheten att skapa lugn och ro i sitt liv.

6.2.3 Tredje patienten, förbättrad KASAM

Patienten var en relativt nyutexaminerad kvinnlig lärare som kom till FHV via uppdrag från kommunen. Patientens arbetsgivare bokade tid för samtalsstöd hos beteendevetare som sedan remitterade henne till företagsläkare för bedömning av arbetsförmåga, eventuell förlängning av sjukskrivning samt vidare rehabiliteringsåtgärd.

Sex månader efter anställning började patienten uppleva att hon successivt blev alltmer stressad, nedstämd och kände sig ledsen. Hon upplevde att hennes känslor blev alltmer gråa och uttryckslösa samtidigt med ökad oro. Hon kände lika stor oro för små som för stora problem. Sömnen försämrades. Minnet blev sämre och med tiden kunde hon inte hitta vissa ord. Det blev allt svårare att läsa och förbereda lektioner och undervisning i skolan. Hon fick ångest och panik inför lektioner i skolan samt för att träffa sina elever, deras föräldrar och kollegor. Till slut vägrade hon gå in

i skolans lokaler och hon slutade även träffa sina vänner. Förhållandet med hennes kvinnliga sambo försämrades. Patienten orkade inte ta hand om gemensamma uppgifter såsom att ta hand om egna hundar och hästar. Patienten började fundera över var hennes "gamla jag" tog vägen. Självkänslan "rann liksom ut". Det blev en ond spiral av stress. Hon klarade inte med alla utmaningar och det höga arbetstempo som hon tidigare trivdes bra med. Alla problem blev alltför stora, och allt hon skulle göra verkade inträffa samtidigt. Hennes interna planering rasade samman. Oron blev konstant. Hon kände sig ledsen, nedstämd, mycket trött och irriterad. Hon tyckte det mesta blev meningslöst. Allmän oro ledde till skrämmande panik och ett undvikande beteende såväl på arbetsplats som i familjen.

Patienten sökte distriktsläkare på VC och blev heltidssjukskriven under diagnos depression. Hon fick ordination av sjukskrivande läkare mot sömnbesvär: tabl. Propavan till natten. Hon medicinerade som tidigare med tabl. Arcoxia p.g.a. en Bechterew's sjukdom som hon haft sedan barndomen. Hon blev även remitterad av sjukskrivande läkare till psykmottagning.









Patienten befanns vara somatiskt helt frisk förutom nämnda Mb Bechterew. Hennes grad av depression och ångest bedömdes med HAD självskattningsformulär som påvisade en måttlig depression och svår ångest. Första KASAM mätningen visade mycket låga värden, särskilt med avseende på meningsfullhet och begripbarhet. Hanterbarhet var däremot relativt hög.

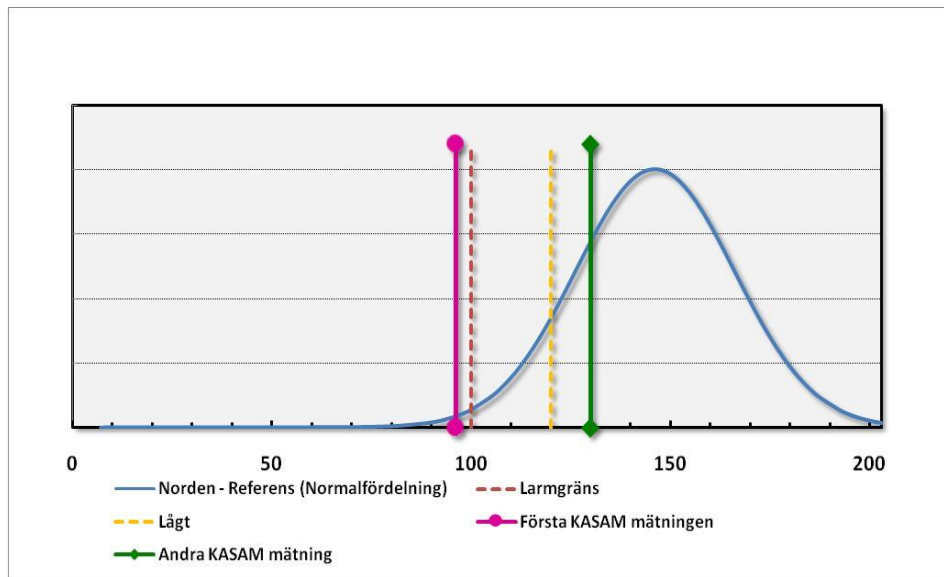
Diagnos: Mild depression med svår panikångest och antidepressiv behandling ordinerades. Arbetförmågan bedömdes nedsatt till 100%. KASAM fungerade även här som ett verktyg att skapa en relation baserad på tillit och förtroende och visade indirekt på patientens behov att förstå och mobilisera sina egna resurser.

Omfattande förändringsarbete inleddes med motiverande samtal som främsta verktyg. Alla steg i förändringscirkeln (Figur 3) passerades under ca 5 möten under ett års tid.

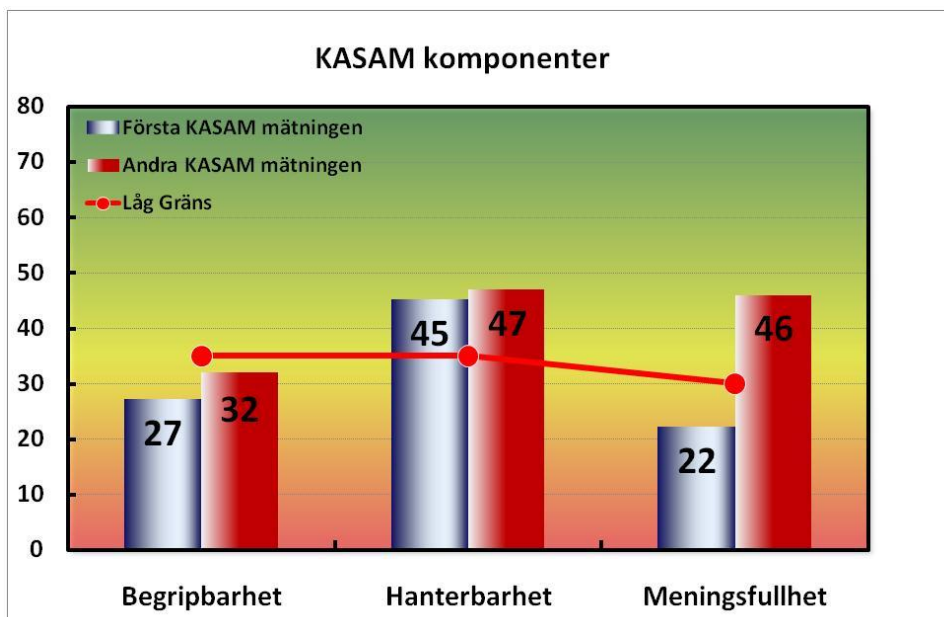
Patientens välbefinnande återställdes, såväl somatiskt som psykiskt. Hon fick tillbaka självförtroendet, hittade nya möjligheter till anpassningsstrategi och hittade ny mening i livet. Hon återgick till att vara en glad, öppen och social person. KASAM uppföljningen redovisas nedan. Den visar en signifikant förbättring i samtliga komponenter.

Tabell 5. KASAM data i tredje patientfallet

KASAM komponent	Låg Gräns	Första KASAM mätningen	Andra KASAM mätningen
Begripbarhet	35	 27	 32
Hanterbarhet	35	 45	 47
Meningsfullhet	30	 22	 46
Total KASAM = 96		 96	 130



Figur 12. Förändring i Total KASAM i tredje patientfallet. Första mätningen på 96 (se lodrätlinje med cirklar) förbättrades i andra mätningen till KASAM = 130 (se lodrät linje med romber). Det nya KASAM värdet ligger nära medel i referens-fördelningen.



Figur 13. Förändring i KASAM-komponenter i tredje patientfallet. Grå staplar visar första mätningen och röda staplar visar andra mätningen. Samtliga tre komponenter har förbättrats mellan mätningarna.

7 Diskussion

Nya begrepp som samlevnads- och tillitsbristsjukdomar eller existentiella frågor utgör grunden för många av dagens hälsoproblem. Dagens livsstil med högt tempo och stora informationsflöden skapar ofta obalans mellan krav och resurser. Traditionella patogenetiska sätt att bedöma hälsa räcker inte till i denna nya situation. Moderna metoder för hälsopromotion introducerar därför KASAM som ett sätt att mäta det salutogenetiska perspektivet. I detta arbete testades KASAM som ett verktyg i det dagliga arbetet som företagsläkare för att mäta individens upplevda hälsa. Ett stort antal (N=118) KASAM mätningar har genomförts. Tabell 6 visar fördelningen av dessa observationer i hälsokorset.

Tabell 6. Fördelning av observationer i hälsokorset

Grupp i hälsokorset	Patogenes & Salutogenes	Andel observationer
A	Frisk & Mår bra	52%
B	Frisk & Mår dåligt	24%
C	Sjuk & Mår dåligt	14%
D	Sjuk & Mår bra	10%

Observationer gjordes alltså i samtliga kvadranter av hälsokorset. Man kan därför dra slutsatsen att det inte är tillräckligt att använda enbart den patogenetiska skalan. En dikotomisk uppdelning enligt den patogenetiska skalan skulle ha resulterat i 76% friska respektive 24% sjuka. Den salutogenetiska skalan visar att 24% enheter av de friska faktiskt mår dåligt och 10% enheter av de sjuka mår bra. Den förra kategorin är potentiella sjukskrivningsfall trots att de i medicinsk mening är friska. Den senare kategorin har funnit en strategi att anpassa sin livssituation och må bra trots sin sjukdom och kan sannolikt även arbeta aktivt. Detta är en mycket värdefull information vid planering av rehabiliteringsarbete. Mer forskning behövs för att verifiera fördelningen i hälsokorset och därmed i kopplingen till hälsoekonomi.

Flera fall (6%) med mycket höga KASAM värden, *i.e.* total KASAM > 170, har identifierats. Höga KASAM värden är i regel bra i och med att man därmed har tillgång till generella motståndsrresurser (GMR) för att hantera stressorer. Tillgång till GMR ger god anpassningsförmåga och ett fungerade samspel mellan individens och omgivningens resurser. Emellertid, har detta arbete visat tendenser till att mycket höga KASAM värden samtidigt resulterar i en okänslighet och avsaknad förmåga att samspela med sin omgivning. Första patient fallet är ett typiskt sådant exempel där självbilden inte alls stämmer överens med omgivningens uppfattning om patienten.

I andra patientfallet visade mycket låga KASAM värden samband mellan somatiska och psykiska symtom. Avsaknaden av resurser att hantera denna situation var svårt att förstå utan KASAM bilden. Omgivning ställde orealistiska krav som patienten vare sig kunde förstå eller hantera. Det blev därför svårt för patienten att hitta meningsfullhet i tillvaron.

8 Slutsatser

Generellt, och i samtliga tre redovisade fall, har KASAM fungerat som ett bra verktyg för att skaffa tillit och förståelse från patienten. I och med att KASAM uttrycker patientens egen uppfattning om sin hälsa undviker man att bygga upp motstånd och defensiva beteenden. Detta blir därför en bra utgångspunkt för att objektivt undersöka patientens arbetsförmåga. Detta i sin tur förenklar rehabiliteringsprocessen avsevärt. I rehabiliteringsprocessen har man t.ex. frekventa avstämningsmöten med involverade aktörer såsom arbetsgivare, PA-konsult, Försäkringskassan, facket, företagshälsovård och patient. I och med att KASAM utgår från patientens egen uppfattning om sin hälsa avdramatiserar man ofta uppföljningsmötena från prestige och känslor. Detta leder i sin tur till delaktighet och engagemang i själva rehabiliteringsprocessen från berörda parter.

Tredje patientfallet ger ett exempel som visar att KASAM faktiskt går att påverka. En kritisk framgångsfaktor här är patientens självinsikt. Kombinationen av motiverande samtal (MI) och KASAM hjälper att:

- Etablera kontakt och relation med patienten (den psykologiska trygghet som behövs för att kunna ta emot hjälp)
- Utforska självinsikt och patientens egna upplevelse och förståelse för själva förändringsprocessen
- Utforska omgivningens perspektiv av förändringen
- Bygga motivation för förändringen
- Säkerställa patientens egna engagemang i processen
- Mätning med KASAM för att verifiera förändringen

Flera liknande fall bearbetas vid tidpunkten för rapportens färdigställande. KASAM är ett mycket effektivt verktyg för att mäta graden av framgången i arbetet med rehabilitering.

9 Rekommendationer

KASAM rekommenderas som ett effektivt sätt att mäta patientens egen uppfattning om sin hälsa. Bägge dimensionerna i hälsokorset behövs emellertid för att få en så komplett bild som möjligt av patientens hälsotillstånd. I och med att resultatet av en KASAM mätning utgår från patientens egen uppfattning fungerar även KASAM som ett mycket bra verktyg för kommunikation både med patient och med olika inblandade aktörer, t.ex. arbetsgivare och försäkringskassan.

Vidare rekommenderas KASAM som ett sätt att mäta graden av framgång i arbetet med rehabilitering. För detta arbete användes MI som metod för att

katalysera patientens eget arbete med livsstilsförändring. MI visade sig vara en bra metod i sig, men poängen är att, oavsett coachingmetod, följa upp resultatet med KASAM för att vid behov ändra strategi i förändringsarbetet.

En kritisk framgångsfaktor i detta arbete var att KASAM data visualiserades grafiskt med gränser (se Figurer i avsnittet för resultat). På detta sätt blir det enklare att nå självinsikt hos patient utan att väcka försvarsmekanismer och argumentation.

I syfte att förbättra precisionen i utvärderingen av KASAM data behövs en större kontrollgrupp. Antonovskys normativa grupp för Skandinavisk vårdpersonal innehåller endast 30 observationer som dessutom är en mycket homogen grupp av specialutbildad vårdpersonal. I data för denna rapport finns ett antal liknande grupper, t.ex. kurskamraterna vid företagsläkarutbildningen som genomgående uppvisar höga KASAM värden med mycket låg spridning. En tillförlitlig referensgrupp bör innehålla minst 500 observationer från olika yrkeskategorier, åldrar och geografiska regioner i Sverige.

10 Litteraturförteckning

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical wellbeing*. . Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1992). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* , 11:1, 11-18.
- Barth, T., & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal - MI*. Studentlitteratur.
- Capra, F. (1975). *Fysikens Tao*. Göteborg: Bokförlaget Korpen.
- Davies, O. L., & Goldsmith, P. L. (1986). *Statistical Methods in Research & Production*. London/New Yourk: Longman.
- Doctare, C. (2007). *Vägen till Hälsa, Det bästa av Väst och det Största av Öst*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Ehdin, S. (1999). *Den självläkande människan*. Köping: Forum.
- Frankl, V. E. (1996). *Livet måste ha mening. Erfarenheter från koncentrationslägren. Logoterapiens grunder*. Natur och Kultur.
- Hansson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Stockholm: Studentlitteratur.
- McDermott, I., & O'Connor, J. (1998). *NLP - En introduktion*. Brain Books.
- McDermott, I., & O'Connor, J. (1996). *NLP och Hälsa*. Jönköping: Brain Books AB.
- Myss, C. (1996). *Andens Anatomi*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Nationalencyklopedin. (1992). *Nationalencyklopedin* (Vol. 9). (K. Marklund, Red.) Höganäs: Bra Böckers förlag.
- Oakland, J. S. (1986). *Statistical Process Control, A practical guide*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Ventegodt, S. (1996). *Livskvalitet - Att erövra livets Mening*. Stockholm: Forum.
- Winroth, J., & Rydqvist, L.-G. (2008). *Hälsa & Hälsopromotion med fokus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.
- Von Dalin, O. (1732-1734). *Then Swänska Argus*.
- Zigmond, A., & Snaith, R. (June 1983 (Jun) 67(6)). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* , 361-370.