



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle

Sektionen för sjukgymnastik

Fristående kurs: Examensarbete för kandidatexamen i sjukgymnastik,

grundnivå 2, 15 högskolepoäng

Höstterminen, 2012

Känsla av sammanhang vid smärttillstånd

– en kritisk litteraturstudie

Sense of coherence in pain conditions

– a critical literature study

Författare:

Pia Höggvist, leg. sjukgymnast

Sari Gharanfoli, leg. sjukgymnast

Handledare:

Kerstin Frändin, leg. sjukgymnast, docent, universitetslektor

Sektionen för sjukgymnastik, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle

Karolinska Institutet

Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle
Sektionen för sjukgymnastik

Fristående kurs: Examensarbete för kandidatexamen i sjukgymnastik,
grundnivå 2, 15 högskolepoäng
Höstterminen, 2012

Känsla av sammanhang vid smärttillstånd

– en kritisk litteraturstudie

Sammanfattning

Bakgrund: Smärta är ett omfattande hälso- och sjukvårdsproblem. Sammanhanget och psykologiska faktorer påverkar upplevelser och beteenden vid smärttillstånd. Rehabilitering bör förutom somatiska aspekter även inkludera psykologiska, sociala, omgivnings- och personlighetsmässiga aspekter. Det perspektiv som sjukgymnaster utgår från i patientmötet kan eventuellt medverka till vilket fokus de psykologiska faktorerna får. Den salutogena modellen och begreppet känsla av sammanhang, KASAM, utvecklades på 70-talet av Antonovsky. Modellen bygger på de tre komponenterna *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* som går att mäta i ett för ändamålet konstruerat frågeformulär.

Syfte: Syftet med studien var att belysa om och hur KASAM inverkar samt vilken roll KASAM kan tilldelas i samband med olika smärttillstånd.

Metod: En litteraturstudie genomfördes med sökningar i fyra databaser. Nio artiklar publicerade 2002-2012 inkluderades. Åtta studier bedömdes vid granskning vara av medelgod kvalitet och en studie av hög kvalitet.

Resultat: Studien visade att låg KASAM kan leda till mer kroppslig smärta och sjukdomsupplevelse samt större svårigheter att hantera skada. Hög KASAM inverkade positivt på flera variabler varav smärta var en. Dessutom visades att KASAM, förutom rollen som prediktor, även kan liknas vid processvariablerna mediator och moderator.

Konklusion: Kännedom om KASAM kan användas som indikator för att individanpassa rehabiliteringsinnehållet.

Nyckelord:

KASAM, processvariabler, salutogenes, sjukgymnastik, smärta

Sense of coherence in pain conditions – a critical literature study

Abstract

Background: Pain is a major healthcare problem. Both context and psychological factors affect experiences and behaviour regarding pain conditions. Rehabilitation should, in addition to somatic aspects, also include psychological, social, environmental and personality aspects. The perspective on which physiotherapists base their meeting with a patient may contribute to which focus the psychological factors receive. The salutogenic model and the concept of sense of coherence, SOC, were developed by Antonovsky in the 1970s. The model is based on the three components *comprehensibility*, *manageability* and *meaningfulness*, which can be measured in a questionnaire designed for this purpose.

Aim: The aim of this study was to examine whether and how SOC affects pain conditions and what kind of role SOC can be assigned in relation to various pain conditions.

Methods: A literature search was conducted, using four databases. Nine articles published 2002-2012 were included. Eight studies were assessed to be of moderate quality and one to be of high quality.

Results: The study showed that low SOC may lead to more bodily pain, illness experience and greater difficulty in managing injury. High SOC had a positive impact on several variables of which one was pain. Moreover, it was shown that SOC, in addition to its role as a predictor, can be compared to the process variables mediator and moderator.

Conclusion: Knowledge of SOC can be used as an indicator to individualize the content of rehabilitation.

Key words:

Pain, physical therapy, process variables, salutogenesis, SOC

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Smärta och psykologiska faktorer	1
Sjukgymnastik och psykologiska faktorer	1
Patogent och salutogent perspektiv	2
Salutogenes och känsla av sammanhang.....	2
Begrifflighet.....	3
Hanterbarhet	3
Meningsfullhet	3
Coping och känsla av sammanhang	3
Mediatorer, moderatorer och prediktorer	4
Problemformulering	4
Syfte	4
Frågeställningar.....	4
Metod	5
Design.....	5
Inklusion.....	5
Exklusion.....	5
Datainsamling.....	5
Databearbetning	6
Etiska aspekter.....	6
Resultat.....	6
Hur inverkar KASAM vid olika smärttillstånd?	9
KASAM som mediator, moderator eller prediktor?.....	10
Diskussion	11
Resultatdiskussion.....	11
Metoddiskussion.....	13
Kliniska implikationer och fortsatt forskning	13
Konklusion	14
Tillkännagivande.....	14
Referenser.....	14

Inledning

Smärta kan vara både mångfaktoriell och komplex och psykologiska faktorerens kliniska roll tycks öka med smärtans varaktighet (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2006, s. 58-59, 2010, s. 33-35). För att motverka utveckling av och för att hantera redan uppkommen långvarig smärta är det därför viktigt att sjukgymnaster och andra vårdgivare har kunskap om och förståelse för just de psykologiska faktorerna. Det finns flera modeller för att möta patienters behov på det psykologiska planet. Lindström och Eriksson (2005) menar att den salutogena modellen samt dess effekt och potential är underskattad i praktiken. Det kan därför finnas anledning att undersöka om och hur denna modell, som inkluderar känsla av sammanhang, kan bidra till kunskap och förståelse för dessa faktorer i samband med smärta.

Bakgrund

Smärta och psykologiska faktorer

SBU (2006, s. 9) skriver att smärta är en upplevelse förenad med både emotionella och psykologiska reaktioner och att den ska ha en varaktighet på minst tre månader för att betecknas som långvarig. Sammanhanget och psykologiska faktorer påverkar upplevelser och beteenden vid långvarig smärta (SBU, 2006, s. 24, 2010, s.32-34). Synen på långvarig smärta och modern rehabilitering har ändrats från en biomedicinsk och psykogen modell till en mer komplex helhetsmodell, den biopsykosociala modellen (SBU, 2006, s. 59). Rehabilitering bör förutom somatiska aspekter även inkludera psykologiska, sociala, omgivnings- och personlighetsmässiga aspekter (SBU, 2010, s. 65). Förekomsten av långvarig smärta i Europa har undersökts av Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen och Gallacher (2006). I studien framgår att 19 % av deltagarna haft smärta under minst sex månader varav nästan hälften uppgav att de inte fått adekvat vård. Dessutom påpekas att långvarig smärta är ett omfattande hälso- och sjukvårdsproblem som behöver tas på större allvar. Enligt Jamison (2011) uppvisar endast en minoritet av långvariga smärtpatienter mätbara förbättringar från vanligt förekommande behandling. Resultaten kan variera med anledning av att smärta tolkas individuellt och att vårt tänkande är dynamiskt, interaktivt och kontextberoende. Även Jamison lyfter fram att psykologiska faktorer spelar en viktig roll för och har en direkt inverkan på behandlingsresultatet. Att hjälpa patienten hantera lidande kopplat till kroniska tillstånd är dock, enligt Jamison, inte alltid en given komponent i behandlingen (ibid.).

Sjukgymnastik och psykologiska faktorer

I skriften *Sjukgymnastik som vetenskap och profession* framgår att rehabilitering handlar om att skapa goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. (Broberg & Tyni-Lenné, 2009, s. 18). Sjukgymnastens interventioner bör omfatta ”undervisning och specifika terapeutiska metoder som riktar sig mot kroppsfunktioner inklusive psykiska funktioner, aktiviteter, delaktighet och omgivningsfaktorer” (ibid., s. 16) samt även aktivering av patientens inneboende resurser vilket anses vara förutsättning för lärande och förändring (ibid., s. 12). Definitionen av sjukgymnastik inkluderar således hänsyn till psykologiska faktorer vilka kan antas ha betydelse för i vilken grad patienten uppnår självständighet, aktivt deltagande, lärande och förändring. Linton och Shaw (2011) konstaterar att smärta ger både känslö- och beteendemässiga konsekvenser som har betydelse för utveckling av långvariga besvär samt även för dess behandlingsresultat. De anser att det inom sjukgymnastik saknas rutin i att bedöma psykologiska faktorer och att det finns potential för bättre sjukgymnastiska resultat om dessa integrerades i högre grad i behandlingen. Sjukgymnaster är ofta medvetna om vikten av dessa faktorer men det saknas kunskap och verktyg för tillämpning i det praktiska arbetet (ibid.).

Patogent och salutogent perspektiv

Det perspektiv som sjukgymnaster och även vården i övrigt utgår från i patientmötet kan eventuellt medverka till vilket fokus de psykologiska faktorerna får. Olika perspektiv att nämna kan vara det patogena kontra det salutogena. Utifrån ett patogent perspektiv försöker man förklara varför människor blir sjuka medan ett salutogent perspektiv istället vill förklara hälsans ursprung (Antonovsky, 1991, s. 12). Lindström och Eriksson (2005) menar att en salutogen struktur bygger på fokus mot människors resurser och kapacitet istället för fokus mot risker och sjukdom samt att nyckeln till salutogen utveckling är en strävan mot problemlösning och förmågan att använda tillgängliga resurser. I det patogena perspektivet strävar man efter att eliminera problem och kan då förbise att se problemet som en tillgång och möjlighet (Weingarten & Weingarten, 2000, s. 196). Med ett salutogent perspektiv läggs vikten vid att stärka det som är bra och fungerar samt skapa och vidmakthålla meningsfulla sammanhang och göra livet begripligt och hanterbart (ibid.). Enligt Antonovsky (1991, s. 35) bör det patogena och det salutogena perspektivet komplettera varandra.

Salutogenes och känsla av sammanhang

Den salutogena modellen utvecklades på 70-talet av Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi (Antonovsky, 1991, s. 11). Vid studier av hälsan hos kvinnor som överlevt koncentrationsläger gjordes iakttagelsen att tillfredställande psykisk hälsa kunde föreligga trots erfarenhet av ofattbart stressande livsupplevelser. Antonovsky fortsatte att studera den salutogenetiska frågan om hur vi kan förstå människans rörelse mot den positiva polen på kontinuet hälsa-ohälsa (Antonovsky, 1991, s. 12, s. 37, 1996). Begreppet känsla av sammanhang, KASAM, utvecklades för att besvara den salutogenetiska frågeställningen och påstås vara en viktig faktor för att upprätthålla position på detta kontinuum mot dess friska pol (Antonovsky, 1991, s. 37). KASAM bygger på de tre komponenterna *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* och går att mäta i ett för ändamålet konstruerat frågeformulär (Antonovsky, 1991, s. 39-40, s. 90, s. 227-234, 1993). Formuläret innehåller 29 frågor men finns även i en kortversion om 13 frågor. Antonovsky (1991, s. 115) menar att detta formulär är ”ett användbart, intressant, pålitligt och relevant instrument för att pröva den salutogena hypotesen” men han påpekar även att frågeformulär bara är ett av många sätt att ta sig fram. Instrumentets reliabilitet och validitet har prövats med bra resultat i en rad studier (ibid., s. 107-113, 1993; Eriksson & Lindström, 2005).

KASAM bör ses som ett förhållningssätt snarare än ett personlighetsdrag eller ett tillstånd. Förhållningssättet handlar om förmåga att känslomässigt och kognitivt bedöma konkreta situationer (Antonovsky, 1991, s. 17, s. 225). Utifrån en salutogen infallsvinkel ses stressorer inte som något som till varje pris måste bekämpas utan som något normalt och närvarande. Stressorerers inverkan kan till och med anses hälsofrämjande beroende på typ av stressor och hantering av densamma (ibid., s. 34). Antonovsky (ibid. s. 13) myntade även begreppet *generella motståndsresurser*, GMR, som bidrar till att göra stressorer begripliga. Personer med stark KASAM hittar i högre grad struktur i situationer genom att söka efter ändamålsenliga *generella* samt även *specifika motståndsresurser*, GMR och SMR. Dessa resurser kan underlätta hanteringen av situationen samt att man överväger fler möjligheter och tror mer på sin förmåga (ibid., s. 224). Personer med svag KASAM kan däremot i större utsträckning uppleva kaos samt att de kan känna sig mer överbelastade och även sakna hopp (ibid.).

Begriplighet

Enligt Antonovsky (1991, s. 39) utgör begriplighet själva kärnan i den ursprungliga definitionen av KASAM. Detta syftar på upplevelse av yttre och inre stimuli och i vilken grad personen tolkar dessa stimuli som förutsägbara, strukturerade och förståeliga. Begriplighet räknas som den kognitiva komponenten av KASAM (Lindström & Eriksson, 2005).

Hanterbarhet

Med hanterbarhet menar Antonovsky (1991, s. 40) upplevelsen av huruvida det står resurser till ens förfogande för att kunna möta framtida händelser. Detta gäller resurser som man upplever står under ens egen kontroll. Ju högre känsla av hanterbarhet desto mindre upplevelse av att känna sig som ett offer för omständigheterna. Hanterbarhet räknas som den beteendemässiga komponenten av KASAM (Lindström & Eriksson, 2005).

Meningsfullhet

Med meningsfullhet avser Antonovsky (1991, s. 40-41) vikten av att vara delaktig samt i vilken grad man upplever att livet har en känslomässig innebörd som är värd att investera energi och engagemang i. Den här komponenten räknas som motivationskomponent i KASAM (Lindström & Eriksson, 2005).

I boken *Att acceptera det oacceptabla* skriver Brattberg (2006, s. 87) att människor kanske oftare vet vad de inte vill än vad de faktiskt vill samt att en människa som har kontakt med sin vilja upplever högre värde för livet och att viljan således är meningsskapande. Engagemang i livsmål är av betydelse för den inre styrkan och Brattberg (1995, sid. 91) rekommenderar att vara patienten behjälplig med att sätta upp livsmål att arbeta konstruktivt med. Detta eftersom själva processen att sträva mot målen skänker livet mening, inte bara att uppnå dem. Människor söker mening och förståelse av upplevda symptom och denna mening är starkt relaterad till vårt sociala nätverk och våra interaktioner (Jamison, 2011). Den tillfredsställelse en patient känner inför sin behandling beror i större utsträckning på patientens upplevda grad av mening snarare än graden av upplevd smärta eller själva behandlingsinriktningen (ibid.).

Den minsta sak med mening är värd mer i livet än den största utan mening.
(Carl Gustav Jung)

Coping och känsla av sammanhang

Coping handlar om förmågan att hantera eller bemästra psykologisk stress och smärta (Brattberg, 2006, s. 25; Linton, 2000, s. 68). På svenska kan det även kallas bemästring eller mästring och är avgörande för hur stort funktionshindret blir. Copingstrategier är de åtgärder som vidtas för att hantera en svår situation och de kan vara emotionellt inriktade eller probleminriktade (Brattberg, 2006, s. 25). Denison och Åsenlöf (2012, s. 31) påpekar att man inte ska tala om bra eller dålig mästring men att en given mästringsstrategi leder till bättre eller sämre anpassning. Däremot kan copingstrategier delas i aktiva och passiva och de aktiva anses inverka bäst på välbefinnande och funktion (SBU, 2006, s. 77). Undvikande räknas också som en copingstrategi (SBU, 2010, s. 56). Antonovsky (1991, s. 171) lyfter fram att stark KASAM inte ska förväxlas med en särskild copingstil men att det bidrar till ett mer lämpligt val av copingstrategi för en given stressor i en aktuell situation. Det kan finnas en risk med att ständigt använda sig av samma copingmönster. Det gäller att anpassa sig till den aktuella stressorn för att problemhanteringen ska bli framgångsrik (ibid.). Brattberg (2004, s. 354) förklarar att människor med hög KASAM inte stressas i samma utsträckning av oväntade händelser som människor med låg KASAM. Hon liknar hög KASAM vid en

vaccination mot ohälsa som i högre grad leder till val av mer konstruktiva copingstrategier för att förvandla kaos och förvirring till ordning och klarhet (ibid.).

Mediatorer, moderatorer och prediktorer

Hill och Fritz (2011) skriver om kliniska verktyg som kan identifiera när och hur psykosociala faktorer inverkar vid sjukgymnastisk behandling vilket kan bidra till mer individanpassade interventioner och bättre utfall. Kunskap om processvariablerna *mediatorer* och *moderatorer* samt *prediktorer* är av värde för att utveckla dessa verktyg. En mediator förklarar processen som sker när yttre händelser ger inre psykologisk påverkan, det är en faktor som ändras under eller som en konsekvens av behandling. Mediatorn förklarar hur och varför effekten kan uppstå, alltså hur och varför en annan variabel påverkar utfallet. Moderatorer indikerar när, för vem och under vilka omständigheter en speciell effekt kan förväntas. Denna faktor, en baseline- eller bakgrundskaraktäristiska som finns före behandlingen, kan ändra styrkan på effekten eller påverka förhållandet mellan två andra variabler (Baron & Kenny, 1986; Butler, u.å; Hill & Fritz, 2011; Hursti, 2009). Gånghastighet har visats vara en mediator gällande hälsorelaterad livskvalitet där de fysiska samt emotionella komponenterna förbättrades (Hörder, Skog & Frändin, 2012). Richardson och Ratner (2005) beskriver KASAM som moderator i relationen mellan belastande livshändelser och självrapporterad hälsa. Lavigne et al. (2008) definierar prediktor som en variabel som mäts före behandling och som har koppling till utfallet dock utan att själv variera mellan olika behandlingar. En moderator, som också mäts före behandling och har koppling till utfallet, kan ändra både magnitud och riktning på effekten mellan olika behandlingar. Detta exemplifieras på följande sätt: ”om flickor svarar bättre än pojkar på beteendeterapi och interpersonell terapi så är kön en prediktor” samt ”om pojkar svarar bättre på beteendeterapi och flickor bättre på interpersonell terapi så är kön en moderator” (ibid., 2008).

Problemformulering

Flera författare påpekar att psykologiska faktorer inte alltid berörs i önskvärd grad i samband med smärttillstånd (Jamison, 2011; Linton & Shaw, 2011). Vårdgivare kan således antas behöva vidga sin förståelse för att bättre adressera dessa faktorer i behandlingsarbetet. Frågan är om och hur KASAM kan bidra till den förståelsen. Mer kunskap om KASAM i samband med smärttillstånd är därför önskvärd.

Syfte

Syftet var att belysa om och hur KASAM inverkar samt vilken roll KASAM kan tilldelas vid olika smärttillstånd.

Frågeställningar

1. Hur inverkar KASAM vid olika smärttillstånd?
2. Kan KASAM identifieras som eller liknas vid en mediator, moderator eller prediktor vid olika smärttillstånd?

Metod

Design

Kritisk litteraturstudie, som innebär att systematiskt söka, kritiskt granska samt sammanställa litteratur inom intresseområdet (Forsberg & Wengström, 2008, s. 34). I strävan att nå bättre förståelse har olikheter beträffande diagnos, smärtyyp och studiedesign välkomnats.

Inklusion

Studier som berör smärta i någon form och där KASAM har mätts och redovisats. Studier med vuxna individer, skrivna på engelska samt publicerade under åren 2002-2012.

Exklusion

Studier relaterade till cancer, invärtesmedicin, kirurgi, tandvård, psykiatri, hjärt- och kärlsjukdom, förlösning, läkemedel och andning har exkluderats liksom studier som berört hälsa och livskvalitet utan koppling till smärta. Dessutom exkluderades reviewstudier och studier som inte kunde tillhandahållas gratis online genom Karolinska Institutets bibliotek.

Datansamling

Slutgiltig artikelsökning utfördes i fyra databaser under oktober 2012 och redovisas i tabell 1. Databasen PubMed resulterade i 48 träffar varav åtta inkluderade artiklar. Databasen Cinahl gav 26 träffar varav tre dubletter och ytterligare en inkluderad artikel. Databasen PEDro tillförde inga artiklar alls medan databasen PsycINFO resulterade i en dublett på fyra träffar. Sökord var frasen *"sense of coherence"* och *pain*. Sense of coherence (SOC) är MeSH-term för begreppet upplevelse av sammanhang och pain är MeSH-term för smärta och värk. Frasering valdes för att säkerställa att två-ordiga begrepp hölls ihop i artiklarna. Fraserna *"physical therapy"*, *"chronic pain"* och *salutogenesis* tillförde inte fler artiklar.

Tabell 1: Sökstrategier, 2012-10-16.

Databas	Sökstrategi Vuxna individer. Engelska.	Antal träffar	Inkluderade artiklar
PubMed	Sense of coherence (SOC)	793	
	"SOC"	736	
	"SOC" från 2002	541	
	"SOC" AND pain från 2002	48	Cederlund et al., 2012 Bai et al., 2009 Lillefjell et al., 2007 Norrbrink Budh et al., 2006 Hävermark et al., 2006 Larsen et al., 2006 Atroshi et al., 2002 Malmgren-Olsson et al., 2002
Cinahl	SOC	457	
	"SOC"	434	
	"SOC" från 2002	311	
	"SOC" AND pain från 2002	26	Kaiser, 2008. Dubletter: Norrbrink Budh et al., Hävermark et al., Larsen et al.
PEDro	SOC	6	-
PsycINFO	"SOC"	505	
	"SOC" från 2002	332	
	"SOC" AND pain från 2002	4	Dublett: Lillefjell et al.

Databearbetning

Sökningarna resulterade i 84 artiklar varav ungefär hälften exkluderades utifrån läsning av abstracts. Resterande artiklar studerades i sin helhet för att avgöra huruvida de passade in utifrån inklusions- och exklusionskriterier. Nio artiklar valdes ut. Granskning har skett enligt SBU:s ”Mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier” som handlar om att bedöma eventuella begränsningar, systematiska fel samt intressekonflikter (SBU, 2012, s. 173-183). Mallen har ingen poängsättning utan är konstruerad så att önskvärt svar på frågorna är ”ja”. Dock påpekar SBU (ibid., s. 39) att granskningsmallar enbart ska ses som ett stöd för att bedöma kvalitet och att det inte krävs ett visst antal ”ja” för en viss studiekvalitet. Skälet anges vara att frågor i praktiken kan vara svåra att besvara och att information kan vara otydlig. SBU menar att granskarna själva får avgöra i hur stor utsträckning eventuella brister påverkar tillförlitligheten. Utifrån inkluderade studier redovisas framför allt resultat som har koppling till KASAM och smärta. När det gällde processvariablerna mediator och moderator gjordes ett konceptuellt övervägande om vad som eventuellt kunde identifieras som eller liknas vid en sådan variabel, utifrån tidigare beskrivna definitioner (Baron et al., 1986). KASAM som eventuell prediktor redovisades enligt slutsatser i de inkluderade studierna.

Etiska aspekter

Hur etiska aspekter hanteras beror på vilken typ av forskning det är frågan om (Vetenskapsrådet [VR], 2011, s. 66). Via Karolinska Institutets hemsida om riktlinjer rörande examensarbeten förklaras att studier som, i likhet med föreliggande arbete, baseras på befintlig litteratur är forskningsetiskt oproblematiska då det inte finns kontakt med forskningspersoner eller känsliga personuppgifter (Elinder & Forssberg, 2009). För denna litteraturstudies trovärdighet har sedvanliga etiska aspekter tagits i beaktande vilket bland annat inkluderar att citera och referera enligt givna riktlinjer samt att redovisa resultat utan förvrängning. Enligt VR (2011, s. 24) ingår krav på god forskningsetik i bedömningen av den totala forskningskvaliteten likväl som krav på god vetenskaplig kvalitet, vilket också tagits i beaktande i denna studie.

Resultat

Nio studier med koppling till KASAM och smärta uppfyllde urvalsprocessens kriterier och inkluderades till denna litteraturstudie. Dessa studier redovisas i tabell 2-4 samt i löpande text. Ingen av de nio studierna var av randomiserad kontrollerad design (RCT).

Tabell 2: Inkluderade studier: design och etiskt resonemang.

Författare, år	Design	Etik
Cederlund et al., 2010	Longitudinell studie	Informerat samtycke
Bai et al., 2009	Tvärsnittsstudie	Etisk kommitté
Kaiser, 2008	Observationsstudie	Etisk kommitté
Lillefjell et al., 2007	Prospektiv studie	Etisk kommitté
Norrbrink Budh et al., 2006	Prospektiv interventionsstudie	Informerat samtycke
Hävermark et al., 2006	Observationsstudie, longitudinell	Etisk kommitté
Larsen et al., 2006	Observationsstudie, prospektiv	Etisk kommitté
Atroshi et al., 2002	Observationsstudie, longitudinell	Informerat samtycke
Malmgren-Olsson et al., 2002	Kvasiexperimentell, kontrollerad	Saknar etisk diskussion

Studierna har lästs, diskuterats och granskats av båda författarna enligt SBU:s mall. Enligt granskningsmallen sammanfattas studiekvalitet som hög, medelhög, låg eller oklar vilket redovisas i tabell 3 (SBU, 2012, s. 173-183).

Tabell 3: Kvalitetsgranskning.

Författare, år	A1	A2	A3	A4	A5	B	Kvalitet
Cederlund et al., 2010	M	M	M	M	M	L	Medelhög
Bai et al., 2009	L	O	L	L	M	L	Hög
Kaiser, 2008	L	O	M	M	M	L	Medelhög
Lillefjell et al., 2007	M	L	M	M	L	L	Medelhög
Norrbrink Budh et al., 2006	M	L	M	L	L	M	Medelhög
Hävermark et al., 2006	M	L	M	M	M	L	Medelhög
Larsen et al., 2006	M	O	M	M	L	M	Medelhög
Atroshi et al., 2002	M	O	M	M	L	L	Medelhög
Malmgren-Olsson et al., 2002	M	M	M	L	L	M	Medelhög

Risk för: A1 Selektionsbias, A2 Behandlingsbias, A3 Bedömningsbias, A4 Bortfallsbias, A5 Rapporteringsbias, B Intressekonflikter. L= Låg, M= Medelhög, H= Hög, O=Oklar.

Samtliga nio inkluderade studier berörde olika smärttillstånd. Tre av studierna handlade om långvarig muskuloskeletal smärta. I en studie benämndes smärttillstånden lokal respektive generaliserad sjukdom. Övriga fem studier berörde fibromyalgi, handskada, ländryggssmärta, reumatoid artrit samt ryggmärgsskada. Fem av studierna inkluderade någon form av rehabiliteringsintervention. I resterande fyra studier gjordes någon form av observation. Studierna bedömdes överlag vara av medelhög kvalitet.

Tabell 4: Resultatmatris.

Författare, år & land	Syfte	Metod/intervention	Resultat relaterade till KASAM
Cederlund et al., 2010, Sverige	Att undersöka handfunktion, tillfredsställelse i dagliga aktiviteter, sömnstörningar, hälsa och livskvalitet samt undersöka eventuella skillnader i skadans svårighetsgrad, förekomst av perifer nervskada samt KASAM.	Enkäter skickades till 45 konsekutivt utvalda patienter med svår eller omfattande akut handskada, 3, 6 och 12 månader efter skadan. Innehållet gällde demografiska data, upplevd hand- och kroppsfunktion inklusive smärta, livskvalitet och tillfredsställelse i daglig sysselsättning. KASAM 13-frågorsformulär vid 6 månader.	KASAM hade en signifikant inverkan på patienter med svår eller omfattande traumatisk handskada. Deltagare med låg KASAM uppvisade signifikant mer kroppslig smärta samt även en större minskning av smärta över tid ($p=0,035$). Inga signifikanta skillnader i demografiska data observerades mellan deltagare med hög eller låg KASAM.
Bai et al., 2009, Grekland	Att undersöka om individfaktorer såsom t.ex. försvarsmekanismer och KASAM korrelerar mot fysisk hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med reumatoid artrit (RA).	168 konsekutivt utvalda RA-patienter fick vid besök på klinik göra självuppskattningar gällande: fysisk hälsorelaterad livskvalitet, försvarsmekanismer, KASAM, fysisk nedsättning, smärta, funktionell förmåga, medicinering och psykisk påfrestning. KASAM 29-frågorsformulär användes. Svarefrekvensen var 78,5 %. Kontrollgrupp: 152 patienter med andra reumatologiska sjukdomar än RA.	KASAM var den enda variabeln som hade signifikant koppling till fysisk hälsorelaterad livskvalitet ($p=0,033$). KASAM medierar förhållandet mellan psykologisk påfrestning och fysisk hälsorelaterad livskvalitet.

Kaiser, 2008, Sverige	Att utvärdera lokala sjukdomar (LD) och generaliserade sjukdomar (GD) i rörelseapparaten avseende skillnader i kön, personliga och psykosociala faktorer i relation till utfallet 10 år efter rehabiliteringsstart.	372 personer (män n=174, kvinnor n=198) som representerar två diagnosgrupper LD och GD följdes under 10 när det gäller sjukskrivning och förtidspension i förhållande till psykosocial bakgrund, KASAM och upplevd hälsa. KASAM 29-frågorsformulär efter ungefär 3 år.	Män med låg KASAM hade en signifikant ökad risk att utveckla GD (p=0,033). Män med GD var oftare ensamstående och hade lägre KASAM.
Lillefjell et al., 2007, Norge	Att undersöka nyttan av KASAM som prediktor för arbetsåtergång för patienter med långvarig muskuloskeletal smärta.	153 patienter deltog i ett 57 veckor individanpassat multidisciplinärt rehabiliteringsprogram med funktionshöjande och hälsofrämjande insatser. De första 5 veckorna var mer intensiva. Data gällande KASAM, individfaktorer, smärta, ångest och depression samlades in vid baseline, efter 5 veckor samt vid 57 veckor. KASAM 13-frågorsformulär användes.	KASAM förbättrades signifikant från vecka 1 till vecka 57 (p<0,01). Smärta minskade signifikant fram till vecka 5 (p<0,01). Mellan vecka 5 och vecka 57 ökade smärtupplevelsen igen medan ångest och depression minskade signifikant under samma period (p<0,05). KASAM var en signifikant prediktor för ångest (p<0,05) och depression (p<0,01). Ingen signifikans kunde visas mellan KASAM och smärta hos de fortsatt sjukskrivna. Inget signifikant samband mellan KASAM och återgång i arbete.
Norrbrink Budh et al., 2006, Sverige	Att undersöka om multidisciplinärt smärthanteringsprogram kunde förbättra sömnkvalitet, sinnesstämning, livstillfredsställelse, hälsorelaterad livskvalitet, KASAM samt smärta för patienter med ryggmärgsskada och neuropatisk smärta.	27 konsekutivt utvalda patienter fullföljde ett 10-veckors smärthanteringsprogram om 10 träffar som inkluderade utbildning, beteendearbeten, avslappning, stretching, lätt träning och kroppskänedom. Alla patienter följdes upp 3, 6 och 12 månader efter programmet med följande mätningar: smärta, livskvalitet och livstillfredsställelse. KASAM 29-frågorsformulär användes vid baseline samt vid 12-månadersuppföljningen.	Signifikant förbättring av KASAM och depression i interventionsgruppen (p<0,05). I kontrollgruppen sågs en sänkning av KASAM. Stark korrelation visades mellan ångest och depression samt KASAM.
Hävermark et al., 2006, Sverige	Att, med långtidsperspektiv, undersöka hur ett sjukgymnastbaserat utbildningsprogram inverkar på symptom, välbefinnande samt grad av egenvård för patienter med fibromyalgi-syndrom (FMS).	240 FMS-patienter (kvinnor n=237) fyllde i Fibromyalgi Impact Questionnaire (FIQ) före, direkt efter samt vid uppföljning efter 10-veckors program, med 2 träffar/vecka. Patienterna remitterades av sin läkare. Svarefrekvensen var 64 %. Vid uppföljning, förutom FIQ: KASAM 13-frågorsformulär, Rosenlunds Questionnaire, Self-Motivation Inventory (SMI). Uppföljningen låg mellan 8-63 månader (medel 35 månader). Patienterna deltog 8-20 gånger (medel 16). Programmet innehöll: information om FMS, smärta och fysiologi, bassängträning, stretching, kroppskänedomsträning, avslappning.	Ju högre KASAM desto bättre resultat beträffande välbefinnande, arbetsförmåga, smärta, trötthet, ångest och depression (p<0,001). Samma gäller för självmotiveringsförmåga med signifikant positiv korrelation mellan SMI och KASAM (p<0,001). FIQ före programmet samt KASAM hade stark inverkan på utfallet. Patientens upplevelse av symptom, välbefinnande före behandling samt KASAM bedömdes som viktiga prediktorer för långtidseffekt av sjukgymnastiska rehabiliteringsprogram. Patienterna i studien hade signifikant lägre KASAM jämfört med referensgrupp (p<0,05).

Larsen et al., 2006, Danmark	Att undersöka om KASAM kan användas för att predicera ländryggssmärta (LBP) och relaterad bensmärta i samband med militärtjänstgöringens 3 första månader samt utröna koppling till biosociala variabler.	357 beväringar (män n=350, 98 % av tillfrågade). Datainsamling vid baseline samt efter militärtjänstgöring i 3 månader. Utfallsvariabler: Självrapporterad LBP samt bensmärta. Oberoende variabel: copingförmåga mätt med KASAM 13-frågorsformulär. Övriga variabler: biologiska (ålder, längd, vikt, kondition, styrka samt tidigare besvär) och sociala (typ av arbete, längd på utbildning och nivå på socialt stöd).	Total KASAM-summa predicerade bensmärta (p<0,001). Tre enskilda KASAM-frågor predicerade LBP (p<0,001).
Atroshi et al., 2002, Sverige	Att undersöka sjukskrivningsprofil hos primärvårdspatienter med muskuloskeletala besvär samt att analysera värdet av hälsostatus och KASAM för att predicera långtids-sjukskrivning.	189 patienter rekryterades under en 7-veckors period i samband med vårdkontakt. SF-36 samt KASAM 29-frågorsformulär fylldes i vid baseline samt efter 1 år. Även de oberoende variablerna ålder, kön, samt eventuell sjukskrivningslängd samlades in vid baseline. KASAM: 161 (85 %) vid baseline och 111 (69 %) efter 1 år.	Signifikant lägre KASAM för sjukskrivna jämfört med icke sjukskrivna (p<0,01). Smärta predicerade arbetsförmåga (p<0,05). KASAM kunde skilja ut patienter som sedan utvecklade arbetsförmåga men var ingen signifikant prediktor. Ingen signifikant skillnad i KASAM vid baseline och efter 1 år.
Malmgren-Olsson et al., 2002, Sverige	Att jämföra hur kroppskännedomsträning (BAT), Feldenkrais (FK) och konventionell sjukgymnastik (TAU) inverkar på hälsorelaterad livskvalitet, tilltroförmåga och KASAM, undersöka förhållandet mellan dessa 3 variabler samt om KASAM kunde förutsäga utfallet.	71 patienter (kvinnor n=64, män n=14) med långvarig icke-specifik muskuloskeletal smärta var konsekutivt indelade i de tre behandlingsgrupperna. Utvärdering: SF-36 och Self-efficacy-skala för artros; före, efter 6 mån. och efter 1 år. KASAM 29-frågorsformulär; vid baseline samt efter 1 år. BAT- och FK-grupperna: kontrakt för 20 träffar under 4-5 månader. TAU-gruppen: inga kontrakt, sjukgymnasten var fri att välja den mest relevanta behandlingen för patienten.	I totala gruppen var KASAM inte en prediktor för utfallet av SF-36. Efter indelning i hög och låg KASAM visades att hög KASAM signifikant predicerade fysisk funktion (p<0,05). Ingen korrelation mellan KASAM och tilltroförmåga gällande smärta. Patientgruppen hade lägre KASAM jämfört med en frisk referensgrupp.

LD=localized disorders, GD=generalized disorders, LBP=low back pain, BAT=Body Awareness Therapy, FK=Feldenkrais, TAU=Treatment as usual.

De inkluderade studierna har inte helt samordnade resultat eftersom KASAM har berörts utifrån olika perspektiv och omständigheter. Resultaten gällande KASAM vid olika smärttillstånd ger varierad men användbar information på både beskrivande, prediktiv samt förklarande nivå.

Hur inverkar KASAM vid olika smärttillstånd?

Cederlund, Ramel, Rosberg och Dahlin (2010) visade att låg KASAM gav signifikant lägre tillfredsställelse i dagliga aktiviteter, sämre hand- och kroppsfunction, lägre livskvalitet samt mer sömnstörningar och kroppslig smärta. Vidare nämndes att låg KASAM även ledde till större svårigheter att hantera skada, mer oro, att personen lättare ger upp samt använder ineffektiva problemlösningstrategier. I studien av Kaiser (2008) beskrivs koppling mellan låg KASAM och mer symptom och sjukdomsupplevelse, detta med anledning av inadekvat val av copingstrategier. Hög KASAM inverkar positivt på flera variabler i studien av Hävermark och Langius-Eklöf (2006), varav smärta och arbetsförmåga var två. I studien nämns att

personer med lägre KASAM kan uppleva sjukdom och ohälsa mer negativt än de med högre KASAM. Signifikant förbättring av KASAM visades i studierna av Lillefjell och Jakobsen (2007) samt Norrbrink Budh, Kowalski och Lundeberg (2006). Förbättringen kopplades i sin tur ihop med positiva förändringar gällande ångest och depression. En annan förbättring i studien av Norrbrink et al. (2006) var minskat antal vårdbesök för interventionsgruppen. I kontrollgruppen uppmättes försämrad KASAM vilket antogs spegla svårigheterna att leva med neuropatisk smärta. I studien av Malmgren-Olsson och Bränholm (2002) fanns en svag koppling mellan hög KASAM och minskad smärta i TAU-gruppen ($p < 0,06$). I den studien noterades att KASAM låg på en stabil nivå över tid. Lillefjell et al. (2007) finner att det är relevant att undersöka KASAM i relation till bland annat smärta samt att även ta detta i beaktande i rehabiliteringsupplägg och i processen för arbetsåtergång.

KASAM som mediator, moderator eller prediktor?

I tre av studierna kan KASAM relateras till processvariabeln mediator, dock utan koppling till smärta. Endast en av studierna har berört något av begreppen mediator och moderator, nämligen studien av Bai et al. (2009). Där har mediator- och moderatoranalyser genomförts med resultatet att KASAM medierar förhållandet mellan psykologisk påfrestning och fysisk hälsorelaterad livskvalitet. I studierna av Lillefjell et al. (2007) och Norrbrink et al. (2006) har KASAM signifikant förbättrats medan depression har minskat. Eftersom dessa förändringar har skett under behandlingens gång kan KASAM möjligen liknas vid en mediator.

I sex av studierna ligger KASAM närmare rollen som moderator, dock med varierande styrka. I dessa studier ses KASAM som bakgrundskaraktäristika som inte ändras i sig men som bidrar till att andra variabler ändras. I studien av Cederlund et al. (2010) kopplades låg KASAM till signifikanta försämringar beträffande bland annat funktion, smärta och livskvalitet. Kaiser (2008) konstaterade att män med låg KASAM hade ökad risk att utveckla generaliserad sjukdom i rörelseapparaten. I studien av Hävermark et al. (2006) visade att hög KASAM inverkade positivt på variabler såsom smärta och självmotiveringsförmåga. Malmgren-Olsson et al. (2002) såg skillnader först efter uppdelning i grupper med hög och låg KASAM. Hög KASAM kunde då kopplas till signifikant förbättrad fysisk funktion. Viss modererande effekt för KASAM kunde även antas i studien av Larsen et al. (2006) i kopplingen till ryggsmärta samt i studien av Atroshi et al. (2002), där kopplat till långtidssjukskrivning.

I studien av Lillefjell et al. (2007) benämns KASAM som en signifikant prediktor för ångest och depression hos fortsatt sjukskrivna. Hävermark et al. (2006) menar att KASAM kan ses som en viktig prediktor för långtidseffekt av sjukgymnastisk rehabilitering. Malmgren-Olsson et al. (2002) identifierar KASAM som en signifikant prediktor för fysisk funktion, dock först efter uppdelning i hög och låg KASAM. Larsen och Leboeuf-Yde (2006) likställer coping med KASAM som visades vara en prediktor för LBP och bensmärta i samband med de tre första månaderna i militärtjänstgöring. I studien av Atroshi et al. (2002) kunde KASAM urskilja patienter som utvecklade arbetsförmåga, dock ej som signifikant prediktor.

Diskussion

Resultatdiskussion

Litteraturstudiens resultat går i linje med tidigare kunskap om KASAM. Låg KASAM kan leda till mer kroppslig smärta och sjukdomsupplevelse samt större svårigheter att hantera skada. I samband med hög KASAM har bättre resultat beträffande arbetsförmåga, smärta, ångest och depression samt även vårdkonsumtion tagits upp. Låg KASAM har visats medföra mer symptom och ökad sjukvårdskonsumtion enligt Kaiser (2006). Cederlund et al. (2010) beskriver också detta och menar att patienter med lägre KASAM skulle ha nytta av extra stöd och hjälp för att mästra sin vardag och att KASAM därför kan användas som indikator för behandlingsplanering. Dessutom nämns fördelar om dessa patienter träffar vårdgivare med kunskap om psykologiska faktorer. I en studie av Veenstra, Moum och Røysamb (2005) rekommenderas också att uppmärksamma KASAM vid utformandet av interventioner för långvariga tillstånd. I samma artikel nämns att sjukvårdspersonal skulle kunna påverka KASAM genom att fokusera på empowerment vilket innebär att bistå till ökning av patientens egenmakt. Brattberg (2004, s. 354) nämner att människor med långvarig smärta ofta har låg KASAM, och att de därför behöver mer hjälp utifrån för att klara av att leva med besvären. Hög KASAM påstås vara en förutsättning för lyckad hantering av påfrestningar och det bidrar både till själva upplevelsen av påfrestningen samt hur man sedan anpassar sig (Kaiser, 2008).

Med anledning av att hög KASAM medför många fördelar vore det önskvärt att finna kunskap om KASAM-höjande interventioner. Antonovsky (1991, s. 155-157) berör eventuella möjligheter till terapeutisk förändring av KASAM och beskriver dels tillfälliga och ganska små förändringar men även hur mer avgörande förändringar kan åstadkommas. Dessutom betonas vikten av att vårdgivare formar patientmötena så att inte skada uppstår i form av t.ex. ökad oro i samband med ett för patienten komplicerat informationsutbyte. Vårdgivaren föreslås ställa sig frågan: "Leder detta patienten till en upplevelse av förutsägbarhet, balans och meningsfull medverkan, eller gäller det motsatta?" (ibid., s. 157). Antonovsky (ibid., s. 158) rekommenderar att söka "KASAM-höjande erfarenheter" samt att rikta fokus mot sökandet efter resurser och även att ta kontroll över processer. I studien av Lillefjell et al. (2007) sågs förbättring av KASAM efter en väldigt lång rehabiliteringsperiod med biopsykosocial utgångspunkt. Rehabiliteringen, som pågick i 57 veckor, är betydligt längre än de flesta strukturerade rehabiliteringsprogram. Frågan är hur kort tid det skulle kunna ta i anspråk att påverka en persons KASAM i rätt riktning och i sådan omfattning att det gör skillnad för patienten?

De sex studier där KASAM, i den här litteraturstudien, kopplades ihop med processvariabeln moderator är exempel när KASAM håller sig på stabil nivå men KASAM behöver inte alltid vara så stabil som tidigare förmodats (Eriksson & Lindström, 2005). I artiklarna Cederlund et al. (2010) och Malmgren-Olsson et al. (2002) nämns att KASAM tycks öka lite med stigande ålder vilket motiveras med att livssituationer kan upplevas mindre stressande för äldre än för yngre. Eriksson och Lindström (2005) frågar sig om det beror på naturlig selektion där friska överlever eller om människor som utvecklar starkare KASAM håller sig friskare. Samma författare vill tro på det sistnämnda. KASAM kan eventuellt variera beroende på situation enligt Cederlund et al. (2010) som också menar att KASAM kan förbättras med intervention. Lillefjell et al. (2007) och Norrbrink et al. (2006) har visat signifikant förbättring av KASAM och likheten med dessa studier var att de inkluderade multidisciplinär rehabilitering. Frågan är om förbättring av KASAM kan förväntas vid just den typen av rehabilitering? Professor Birgitta Öberg (2006) menar att kravet att utgå från ett biopsykosocialt perspektiv ökar ju längre smärttillståndet varar. Multidisciplinära behandlingsmodeller kan då ha en plats och

psykologiska och beteendemässiga aspekter bör inkluderas. Vidare påpekas att ett kognitivt beteendeinriktat förhållningssätt är viktigare än att utgå ifrån enbart flera professionella grupper. Även fast multidisciplinär behandling resulterade i förbättrad KASAM i just dessa två studier kan ingen slutsats dras om detta.

Mot bakgrund av kunskapen om processvariabler som presenterats tidigare i detta arbete kan man diskutera hur enhetligt begreppen mediator, moderator och prediktor egentligen används i forskning. För att utvärdera och bedöma förändring i en variabel, vilket är definitionen på mediator, kan man anta att det skulle behövas en interventionsstudie. Bai et al. (2009) har dock dragit slutsatser om mediation trots tvärsnittsdesign men har genomfört statistiska analyser för ändamålet.

I studien av Hävermark et al. (2006) kan den stora spridningen gällande uppföljningstillfällen ses som en brist eftersom förutsättningarna för deltagarna blir väldigt olika. Sjukgymnastisk rehabilitering visades ha en positiv långtidseffekt på välbefinnande hos FMS-patienter men inte på övriga FMS-relaterade symptom. Signifikanta förbättringar uppmättes visserligen precis efter rehabiliteringsperioden men avtog sedan. Detta med hur man bättre kan bibehålla resultat över tid är därför en fortsatt viktig fråga att söka svar på.

I tre av studierna har KASAM jämförts med en frisk referensgrupp. Atroshi et al. (2002) samt Malmgren-Olsson et al. (2002) har använt samma referensmaterial, en randomiserad svensk grupp om 145 personer. Hävermark et al. (2006) och Malmgren-Olsson et al. (2002) noterade att patientgrupperna hade signifikant lägre KASAM än referensgruppen. I studien av Atroshi et al. (2002) hade patient- och referensgrupp samma KASAM.

Antonovsky (1991, s. 171) menar att KASAM inte ska förväxlas med en särskild copingstil utan är något som bidrar till val av copingstrategi för en given stressor i en aktuell situation. I studien av Larsen et al. (2006) förklaras att coping mäts med KASAM-formulär vilket kan ses som ett exempel på sådan förväxling. I studiens syfte används benämningen "Antonovskys coping-formulär" och i bakgrunden kallas KASAM "coping-koncept".

KASAM är ett stort begrepp och det går att diskutera dess användbarhet. Faktorer som är vanligare att utvärdera än KASAM inom sjukgymnastik är till exempel self-efficacy, katastroftankar och rörelserädsla. När det kommer till psykologiska faktorer är det svårt att veta vad man exakt mäter. Vad påverkar vad? Hävermark et al. (2006) lyfter fram att patienter med t.ex. reumatoid artrit och FMS tenderar att ha lägre KASAM. De spekulerar i om patienter med obotliga och progressiva sjukdomar kanske har lägre KASAM och frågar sig vad som är hönan och ägget. Det är oklart om det är sjukdomen som påverkar KASAM eller vice versa. De inkluderade studierna berörde smärttillstånd som vanligen behandlas hos sjukgymnast. Det var däremot svårt att finna studier som tydligt besvarade frågeställningarna angående samband mellan KASAM och smärta. Områdena ångest, depression och livskvalitet är mer studerade i relation till KASAM vid smärttillstånd. Psykologiska faktorer spelar en stor roll i samband med smärta och vårdgivare behöver vara rustade för detta. Kunskap om psykologiska faktorer är således av värde för både sjukgymnaster och andra vårdgivare som har kontakt med smärtpatienter. Det vore önskvärt om sådan kunskap kunde förvärvas utan komplettering med någon form av psykoterapeutisk utbildning eller liknande. Eriksson och Lindström (2005) menar att KASAM-konceptet kan implementeras även utan formulär i syfte att påverka vårdgivares perspektiv i arbetet där det, enligt de, finns behov att ändra fokus från problem och hinder till att se mer resurser.

Metoddiskussion

Litteraturstudie var en bra design för att undersöka detta intresseområde. Fördelarna med att, som student, genomföra en litteraturstudie är att det ger lärdom om både hur man söker och värderar ny kunskap samt även hur man sammanställer kunskap. Den kunskapen kan sedan vara till nytta för såväl den egna verksamheten som professionen (Axelsson, 2012, s. 205). Sökresultatet blev dock ojämnt och det fanns inga randomiserade kontrollerade studier att tillgå. SBU (u.å.) förordar att man istället bedömer bästa befintliga underlag, till exempel observationsstudier vilket blev fallet här. KASAM kombinerades med MeSH-termen pain för att rikta sökningen mot studiens syfte och inklusionskriterier samt för att nå bättre sjukgymnastisk relevans. Initialt söktes artiklar publicerade de senaste fem åren vilket resulterade i för få artiklar och därför gjordes sökningar från 2002. Det kan inte uteslutas att fler artiklar av intresse kan ha missats i sökförfarandet. De slutliga 84 artiklarna ansågs vara en passande mängd att gå igenom för kandidatnivå. Det hade varit önskvärt om litteratursökningen hade genererat studier med tydligare samband mellan KASAM, smärta och sjukgymnastisk behandling samt även studier med RCT-design men dessvärre blev det inte så. Vid försök att avgränsa till enbart RCT-studier återstod endast den av Lillefjell et al. (2007) vilket dock vid närmare granskning inte visade sig stämma. Studien av Malmgren-Olsson et al. (2002) inkluderades trots att etiskt resonemang inte presenterats. Motivet är att studien handlade om vanligt förekommande sjukgymnastisk behandling inom primärvård och inkluderade inget experiment som på något sätt kunde äventyra deltagarna.

Granskningsmallen upplevdes initialt svårtolkad och det krävdes därför omfattande och givande diskussioner och överväganden för att uppnå samstämmighet vid granskningsförfarandet. Artiklarna bedömdes generellt vara av medelhög kvalitet. Granskningen kan möjligen anses subjektiv då ingen poängsättning ingår i vald mall. SBU (2012, s. 39) beskriver dock att granskarna själva får besluta vilka aspekter som är viktiga och relevanta och vice versa. Projektledare Sten Anttila på SBU påpekar att svarsalternativet ”ej tillämpligt” i granskningsmallen inte per automatik drar ner studiens kvalitet utan att det snarare signalerar att vald granskningsmall inte passar optimalt till aktuell studie (personlig kommunikation, 15 oktober, 2012).

Det är viktigt att inte inkludera egna slutsatser eller förklaringar i resultatdelen. I denna litteraturstudie har dock övervägning och antaganden kring eventuella mediatorer respektive moderatorer inkluderats för att besvara frågeställning två. Baron et al. (1986) nämner överväganden kring detta på tre nivåer; konceptuell, strategisk samt statistisk. Överväganden i denna litteraturstudie har gjorts på konceptuell nivå.

Kliniska implikationer och fortsatt forskning

Enligt Antonovsky (1996) är den salutogena modellen användbar inom alla hälso- och sjukvårdsområden. KASAM utgör förvisso inte en fullständig psykologisk bedömning men innebär en enklare kartläggning av patientens kognition, beteende samt motivation vilket är värdefullt att uppmärksamma. En fördel med att bedöma KASAM är att man lättare kan identifiera personer som är i behov av mer stöd och hjälp under rehabilitering. Den salutogena modellen bör ha en plats inom sjukgymnastik, med eller utan KASAM-formulär. Både kvantitativ och kvalitativ forskning behövs för bättre klinisk tillämpning av KASAM.

Konklusion

Några entydiga slutsatser om KASAM i relation till smärta kan inte dras i denna litteraturstudie då de inkluderade studierna inte hade direkt samordnade resultat. Vårt att lyfta fram är att kännedom om KASAM kan användas som indikator för att bättre individanpassa rehabiliteringsinnehållet. Dessutom visades att KASAM, förutom rollen som prediktor, även kan liknas vid processvariablerna mediator och moderator. Denna litteraturstudie kan medvetandegöra det salutogena perspektivet och KASAM.

Tillkännagivande

Vi vill tacka vår handledare Kerstin Frändin för konstruktiv kritik och givande dialog under arbetets gång.

Referenser

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium* (M. Elfstadius, övers.). Stockholm: Natur och kultur.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36(6), 725-733. Hämtad från databasen PubMed.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi:10.1093/heapro/11.1.11
- Atroshi, I, Andersson, I. H., Gummesson, C., Leden, I., Odenbring, S. & Ornstein, E. (2002). Primary care patients with musculoskeletal pain. Value of health-status and sense-of-coherence measures in predicting long-term work disability. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 31(4), 239-244. Hämtad från databasen PubMed.
- Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 203-220). Lund: Studentlitteratur.
- Bai, M., Tomenson, B., Creed, F., Mantis, D., Tsifetaki, N., Voulgari, P. V., ... Hyphantis, T. N. (2009). The role of psychological distress and personality variables in the disablement process in rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 38(6), 419-430. doi:10.3109/03009740903015135
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. Hämtad från databasen PubMed.
- Brattberg, G. (1995). *Att möta långvarig smärta* (1. uppl.). Stockholm: Liber utbildning/Almqvist & Wiksell medicin.
- Brattberg, G. (2004). *Väckarklockor* (Ny, helt omarb. och utök. uppl.). Stockholm: Värkstad.
- Brattberg, G. (2006). *Att acceptera det oacceptabla*. Stockholm: Värkstad.

- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Broberg, C. & Tyni-Lenné, R. (2009). *Sjukgymnastik som vetenskap och profession*. Stockholm: Legitimerade sjukgymnasters Riksförbund. Hämtad 27 mars, 2012, från [http://www.sjukgymnastforbundet.se/profession/Documents/Definition_SG_korr%20\(2\).pdf](http://www.sjukgymnastforbundet.se/profession/Documents/Definition_SG_korr%20(2).pdf)
- Butler, A. (u.å.). Moderators and mediators. Hämtad 10 oktober, 2012, från http://www.uni.edu/butlera/courses/org/modmed/moderator_mediator.htm
- Cederlund, R. I., Ramel, E., Rosberg, H. E. & Dahlin, L. B. (2010). Outcome and clinical changes in patients 3, 6, 12 months after a severe or major hand injury – Can sense of coherence be an indicator for rehabilitation focus? *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11(286), 1-11. doi:10.1186/1471-2474-11-286
- Denison, E. & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. Lund: Studentlitteratur.
- Elinder, G. & Forssberg, O. (2009). *Bilaga - Etikprövning av studenters examensarbeten*. Hämtad 29 november, 2012, från Karolinska Institutet <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?a=60164&d=20077&l=sv>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 460–466. doi:10.1136/jech.2003.018085
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Hill, J. C. & Fritz, J. M. (2011). Psychosocial influences on low back pain, disability and response to treatment. *Physical Therapy*, 91(5), 712-721. doi:10.2522/ptj.20100280
- Hursti, T. (2009). Psykoterapiforskningens möjligheter. Hämtad 10 oktober, 2012, från <http://torepsykolog.se/2009/03/psykoterapiforskningens-mjligheter-timo-hursti/>
- Hävermark, A.-M. & Langius-Eklöf, A. (2006). Long-term follow up of a physical therapy programme for patients with fibromyalgia syndrome. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 315-322. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00410.x
- Hörder, H., Skoog, I. & Frändin, K. (2012). Health-related quality of life in relation to walking habits and fitness: A population-based study of 75-year-olds. *Quality of Life Research*. Epub ahead of print. doi:10.1007/s11136-012-0267-7
- Jamison, R. N. (2011). Nonspecific treatment effects in pain medicine. *IASP Pain: Clinical Updates*, 19(2), 1-7. Hämtad 22 december, 2012, från <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=HOME,HOME,HOME,HOME&CONTENTID=15071&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&SECTION=HOME,HOME,HOME,HOME>

- Kaiser, P.-O. (2008). Localized and generalized disorders of the locomotor system - psychosocial and gender aspects: A ten year follow-up of rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*, 30(1), 21-26. doi:10.1080/09638280701190000
- Larsen K. & Leboeuf-Yde, C. (2006). Coping and back problems: A prospective observational study of Danish military recruits. *Journal of Manipulative Physiological Therapeutics* 29(8), 619-625. Hämtad från databasen PubMed.
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Gouze, K. R., Cicchetti, C., Jessup, B. W., Arend, R., ... Binns, H. J. (2008). Predictor and moderator effects in the treatment of oppositional defiant disorder in pediatric primary care. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), 462-472. doi:10.1093/jpepsy/jsm075
- Lillefjell, M. & Jakobsen, K. (2007). Sense of coherence as a predictor of work reentry following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 222-231. doi:10.1037/1076-8998.12.3.222
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 440-442. doi:10.1136/jech.2005.034777
- Linton, S. J. (2000). Psykologiska riskfaktorer för utveckling av långvarig smärta. I A. Hertting & J. Samuelsson (Red.), *Smärta och trötthet: Ohälsa i tiden* (s. 62-77). Lund: Studentlitteratur.
- Linton, S. J. & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy*, 91(5), 700-711. doi:10.2522/ptj.20100330
- Malmgren-Olsson, E.-B. & Bränholm, I.-B. (2002). A comparison between three physiotherapy approaches with regard to health-related factors in patients with non-specific musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation*, 24(6), 308-317. doi:10.1080/0963828011008750 2
- Norrbrink Budh, C., Kowalski, J. & Lundeberg, T. (2006). A comprehensive pain management programme comprising educational, cognitive and behavioural interventions for neuropathic pain following spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(3), 172-180. doi:10.1080/16501970500476258
- Richardson, C. G. & Ratner, P. A. (2005). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(11), 979-984. doi:10.1136/jech.2005.036756
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta: En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport, nr 177). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 25 mars, 2012, från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/smarta_fulltext.pdf
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2010). *Rehabilitering vid långvarig smärta: En systematisk litteraturöversikt, partiell uppdatering av SBU-rapport 177* (SBU-rapport, nr 198). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 15 maj,

- 2012, från
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/rehab_smarta_2010_fulltext.pdf
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2012). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok* (2011-561). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 11 september, 2012, från
<http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUsHandbok.pdf>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (u.å.). *Hjälpmedel för kritisk granskning: Evidensbedömning GRADE*. Hämtad 5 oktober, 2012, från
[http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/Om-SBUs-metodergranskning/GRADE1-/](http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/Om-SBUs-metodergranskning/GRADE1/)
- Veenstra, M., Moum, T. & Røysamb, E. (2005). Relationships between health domains and sense of coherence: A two-year cross-lagged study in patients with chronic illness. *Quality of Life Research*, 14(6), 1455-1465.
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed* (Vetenskapsrådets rapportserie, 1:2011). Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 30 oktober, 2012 från
<http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forskningssed+2011.1.pdf>
- Weingarten, A.-M. & Weingarten, B. (2000). Hälsofrämjande insatser på arbetsplatser. I A. Hertting & J. Samuelsson (Red.), *Smärta och trötthet: Ohälsa i tiden* (s. 179-199). Lund: Studentlitteratur.
- Öberg, B. (2006). Intervention vid ryggbesvär. Ökad kunskap om förlopp, prediktorer och subgrupper möjliggör riktad behandling. *Fysioterapi*, (10), 38-44. Hämtad 3 december, 2012, från
http://www.sjukgymnastforbundet.se/profession/evidensbas_sjukgym/Documents/Forskning_pagar/Fys_nr_10-2006.pdf