



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykiaterprogrammet

”Vi ges inte möjlighet att jobba utifrån patientens behov”
-en intervjustudie med terapeuter inom Vårdval psykoterapi

Karina Bäckström

Psykiaterprogrammet. Vt 2018

Handledare: Catharina Strid

Examinator: Håkan Johansson

Sammanfattning

Svensk sjukvård har i enlighet med LOV, lag om valfrihet, upprättat avtal för privata aktörer att bedriva vård med offentlig finansiering. Vid psykisk ohälsa på primärvårdsnivå finns inom region Skåne Vårdval psykoterapi. Denna studie har fokuserat på terapeuter inom vårdval psykoterapi KBT kort, där patienten kan erhålla 6-13 samtal. Syftet var att undersöka hur dessa terapeuter ser på avtalet som helhet, och ersättningssystemet i synnerhet. Vidare undersöktes om terapeuten upplevt att det ekonomiska avtalet påverkat terapeutens upplägg kring behandling samt mående och trivsel med arbetet. Fyra djupintervjuer genomfördes och analyserades med IPA. Resultatet visar att terapeuterna uppfattar att införandet av ett system där patienter kan välja vårdgivare även privat som positivt då det gjort att fler personer får vård och en ökad öppenhet kring att söka hjälp. De är dock alla kritiska till utformningen av ersättningsnivåerna som delas ut i en klumpsumma vilket leder till att många patienter i realiteten endast har möjlighet att få 6 samtal. De tycker också att 6 gånger är för och att många patienter faktiskt behöver flera samtal än så. Upplägget har genererat moralisk stress hos intervjupersonerna och de använder sig av olika coping för att hantera situationen. Denna studies slutsats blir att avtalet som sådant uppfattas som bra men det efterfrågas en reformering.

Nyckelord: vårdval psykoterapi, KBT kort, moralisk stress, samvetsstress, primärvård.

Abstract

Swedish healthcare has established agreements for private actors to provide publicly financed care. In the case of mental health at primary care level, Region Skåne has instigated Vårdval psychotherapy. This study has focused on therapists working in Vårdval psychotherapy CBT short, where the patient can receive 6-13 treatment sessions. The purpose was to investigate how these therapists view the agreement as a whole, and the compensation system in particular. Furthermore, the study looked at if the therapist perceived that the economic agreement affected the therapist's approach to treatment, as well as the well-being of the therapist. Four semi-structured interviews were conducted and analysed by IPA. The results show that the introduction of a system where patients can also choose private healthcare providers is seen as a good thing and something that has created more openness to seeking help. Furthermore, they think it has had the effect that more people get psychological treatment. However, they are all critical to the design of the compensation system since it is handed out in a lump sum, which leads to many patients only being able to get 6 sessions. They also think that 6 sessions are too few and that many patients actually need longer treatments. The terms of the agreement have generated moral distress among the interviewees and they use different coping strategies to handle this. The conclusion of this study is that the agreement as such is perceived as good, but is in demand of reforms.

Keywords: Psychotherapy, CBT, short treatment, moral distress, conscience, healthcare

Inledning	1
Syfte	3
Frågeställningar	3
Bakgrund	3
Vårdval psykoterapi	3
Teori.....	5
Samvetsstress	5
Moralisk stress	6
Effekter av moralisk stress och copingstrategier	7
Etiska riktlinjer.....	8
Metod.....	10
Val av metod	10
IPA	10
Urval av deltagare	11
Metod vid datainsamling.....	11
Metod vid analys.....	12
Metoddiskussion	13
Etiska överväganden	14
Resultat	14
Presentation av resultaten	14
Begrifflighet	15
Hur man vill jobba.....	18
Påverkan mående.....	19
Strategier att hantera och stå ut.....	21
En etikett.....	23
Bemötande Region Skåne.....	24
Resultatdiskussion	25
Begrifflighet.....	26

Hur man vill jobba.....	27
Påverkan mående.....	29
Strategier att hantera och stå ut.....	30
En etikett	32
Bemötande Region Skåne.....	33
Avslutning	34
Referenser	36

Inledning

Psykosociala besvär är en stor orsak till sjukskrivning bland personal inom hälso- och sjukvård (Arbetsmiljöverket, 2015). Sjuksköterskors psykiska hälsa kopplat till arbetet har undersökts i en rad studier och begreppen moralisk stress och samvetsstress är ofta använda (Austin, Bergum & Goldberg, 2003, Corley, 2002, Kjellin, Thorsén & Bäckström, 2013, Dahlgvist, 2008). Under senare år har även dessa begrepp visat sig ha relevans även när det kommer till andra personalkategorier inom vården (Austin, Rankel, Kagan, Bergum & Lerner, 2005 & Källemark, Höglund, Hansson, Westerholm & Arnetz, 2004). Yrkesverksamma inom vården behöver förhålla sig till patientens behov, sin egen professionella bedömning och de resurser som finns att tillgå. Att vilja utföra ett arbete baserat på det man bedömer vara det bästa för patienten men inte kunna göra det är en situation som kan utlösa stress kopplat till terapeutens moraluppfattning eller samvete.

Svensk sjukvård har de senaste åren genomgått en förändring där man strävar efter att bli mer kostnadseffektiv och det finns ofta kompetitiva incitament mellan olika vårdgivare (Källemark et al, 2003). Den svenska diskursen förefaller närma sig den europeiska normen där ersättningssystemen oftast innehåller prestationsbaserad ersättning. Patienten ska själv kunna välja vårdgivare utifrån vem hen bedömer erbjuder bäst vård och indirekt förväntas patienten kunna göra dessa val på relevanta grunder (Käll, 2009). I realiteten kan det dock bli så att patienten får välja den vårdgivare som har möjlighet att ta emot. När det gäller vårdval psykoterapi är det ofta högt tryck och långa väntetider så att patienten i slutändan kan få ta den som är ledig. Carlsson (2001) beskriver hur vårdcentralernas fokus på kortare insatser i kombination med att psykiatrin inte tar emot alla patienter som remitteras dit av primärvården har skapat ett glapp i vårdkedjan. Det finns en stor grupp patienter som är för sjuka för det primärvården har att erbjuda men för friska för att tas emot inom specialistpsykiatrin. Terapeuter på primärvårdsnivå behöver hantera dessa förhållanden i sitt yrkesutövande och navigerar mellan terapeutens roll som kräver ett moraliskt ansvar och en etisk praktik samt organisationens krav som många gånger styrs av effektivitet och måluppfyllelse.

Psykisk ohälsa är en av de vanligaste orsakerna bakom att människor söker sig till primärvården (Allgulander & Nilsson, 2003, Carlsson, 2001, Socialstyrelsen, 2017, Åsbring,

Dal, Ohrling & Dalman, 2014). Enligt Socialstyrelsen är depression och ångestsyndrom två av våra stora folksjukdomar bland personer in alla åldrar. Man bedömer att diagnoser inom dessa två grupper (där inkluderas även anpassningsstörning och reaktion på svår stress) ligger bakom 90% av all sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa i Sverige. Den största delen av personer som drabbas av dessa tillstånd söker vård inom primärvården. De flesta får också sin behandling inom primärvården och endast ca 20% remitteras vidare till specialiserad psykiatri. I Socialstyrelsens rekommendationer står att sjukvården bör erbjuda en aktiv uppföljning med en förnyad kontakt till personer med depression eller ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2017). Redan 2008 infördes Rehabiliteringsgarantin och på Sveriges kommuner och landstings (SKL) hemsida kan man läsa att ”Syftet med en gemensam överenskommelse mellan SKL och staten är att stödja personer med ångest, depression, stress eller en långvarig diffus smärta i axlar nacke och rygg att återgå i arbete eller att förebygga en sjukskrivning.” (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015). All hälso- och sjukvård regleras i Sveriges lagar oavsett om vården bedrivs av offentlig eller privat vårdgivare. Verksamheter som har ackreditering genom Region Skåne har således inte bara Regionens riktlinjer att följa utan även annan lagstiftning. Den lag som reglerar hälso- och sjukvården är HSL, Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) och där står bland annat att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt vara lättillgänglig. Region Skåne har inom LOV, lagen (2008:962) om valfrihetssystem, satt upp ackrediteringsvillkor för vårdval psykoterapi. Vårdgivare som vill bedriva terapeutisk verksamhet med offentlig finansiering förbinder sig att arbeta enligt dessa ramar i och med att man ansöker om och erhåller ackreditering. I ackrediteringsvillkoren finns ramar och regler för bland annat ekonomisk ersättning som terapeuten behöver förhålla sig till när det gäller att lägga upp sitt arbete. Det finns i huvudsak tre olika grupper terapeuter som arbetar inom ackreditering för KBT kort och dessa är:

- Anställda terapeuter i offentlig verksamhet, oftast Region Skånes vårdcentraler.
- Anställda terapeuter inom privat verksamhet, tex privata vårdcentraler eller psykologmottagningar.
- Terapeuter med enskild mottagning.

Denna studie undersöker psykoterapeuter inom offentlig verksamhet vilkas behandlingsupplägg inte enbart styrs av patientens behov eller behandlingens evidens utan av ekonomiska ramar eller andra organisatoriska begränsningar vilket skulle kunna leda till moralisk stress. Fokus är på ackrediteringen för Vårdval psykoterapi KBT kort och avgränsa mig till de som har motsvarande steg 1.

Syfte

Syftet med denna uppsats är att få en fördjupad bild av hur dessa intervjupersoner uppfattar ramarna inom Vårdval psykoterapi KBT kort och i synnerhet de som reglerar ekonomisk ersättning, om dessa ramar påverkar deras arbete och i så fall på vilket sätt.

Frågeställningar

- Hur ser intervjupersonen på sitt professionsutövande kopplat till de ekonomiska ramarna?
- Påverkar de ekonomiska ramarna beslut kring behandling, i så fall hur?
- Påverkar de ekonomiska ramarna terapeutens mående och nöjdhet med sitt arbete?

Bakgrund

Vårdval psykoterapi

Föregångaren till vårdval psykoterapi var den så kallade Rehabiliteringsgarantin som infördes redan 2008 samtidigt som rehabiliteringskedjan. Den senare innebär att sjukskrivnas arbetsförmåga, i ett tidigare skede än som var praxis före 2008, ska prövas mot sitt ordinarie arbete eller mot hela arbetsmarknaden. Eftersom att psykisk ohälsa av lättare till medelsvår karaktär samt smärtproblematik står för ungefär 60% av sjukskrivning längre än 14 dagar fanns anledning att se över hur detta skulle kunna vändas. Rehabiliteringsgarantin innebar att man gjorde en ekonomisk satsning på gruppen 16-67 år med ångest, depression eller stressrelaterad problematik. Efter bedömning från läkare på primärvårdsnivå kunde dessa personer bli remitterade till kognitiv beteendeterapi, KBT, eller interpersonell terapi, IPT. Syftet var att höja den psykiska hälsan hos personerna samt minska antalet sjukskrivningsdagar (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015). Rehabiliteringsgarantin byggde i Region Skåne på grundbegreppen struktur, process, resultat. När det gäller resultat

innebär detta att varje patient följs upp utifrån utfallsmått funktion, egen hälsoupplevelse samt självskattad arbetsförmåga (Hägglund, Johansson & Larsson, 2012).

LOV, Lagen (2008:962) om valfrihetssystem, reglerar att kommuner och landsting kan avtala kring förutsättningar för vård i ett system kring valfrihet. Enligt lagen skall det inte finnas någon priskonkurrens mellan de olika aktörerna utan patienten skall ges möjlighet att välja vårdgivare utifrån vem hen anser bäst lämpad (Region Skåne, 2018). Region Skåne har infört vårdval för en rad vårdområden och när det gäller psykologisk behandling vid psykisk ohälsa på primärvårdsnivå har man infört Vårdval Psykoterapi. Det innebär att en privat eller offentlig vårdgivare kan ansöka om ackreditering för att bedriva psykoterapi. Patienten betalar vanlig patientavgift och högkostnadskort gäller på samma sätt som om man besöker en offentlig verksamhet. Det finns ackreditering för psykodynamisk terapi, PDT lång, kognitiv beteendeterapi, KBT kort eller KBT lång samt interpersonell terapi, IPT kort. Målgruppen är patienter som är 16 år eller äldre med lindrig och medelsvår depression samt ångest eller stress. För att få tillgång till denna behandling behöver patienten en remiss från läkare inom primärvården. Patienten har därefter möjlighet att få behandling hos valfri verksamhet som har ackreditering och behöver inte vara listad på enheten eller bo i samma kommun (Region Skåne, 2018).

I avtalet står att vården ska bedrivas utifrån kraven i Hälso- och sjukvårdslagen, den som har störst behov av vården ska ges företräde samt att ”Den vård många Medborgare behöver ofta, ibland även under längre perioder, ska finnas nära Medborgarna och erbjudas utifrån Medborgarnas medicinska behov” (Region Skåne, 2017 sid 21). Vidare skriver man att behandlingen ska individanpassas och ske utifrån förutsättningarna hos patienten och att antalet besök ska vara samstämmigt med patientens behov. I ackrediteringsvillkoren finns avtalat vilken ersättning som utgår och för hur många samtal. Då denna uppsats fokus är på KBT kommer endast villkoren för de KBT-inriktade terapierna redogöras för. Gemensamt för alla inriktningar är att efter avslutad behandling inklusive uppföljningsbesök måste det gå 12 månader innan patienten kan bli aktuell för en ny remiss och därmed ny behandling (Region Skåne, 2017).

Patienter som remitteras till KBT kort kan få 6-13 samtal samt ett uppföljande besök efter 3-4 månader. Vid årsskiftet 2018 trädde nya regler i kraft som innebär att det endast är

legitimerade psykologer eller legitimerade psykoterapeuter som självständigt kan bedriva verksamhet med avtal för KBT kort. Annan personal, såsom tex legitimerad läkare, sjuksköterska, sjukgymnast eller examinerad socionom med grundläggande psykoterapiutbildning, kan bedriva KBT kort om de finns i en verksamhet som arbetar i team med legitimerad psykolog eller psykoterapeut (Region Skåne, 2017). Den ekonomiska ersättningen vid avtal rörande KBT kort ger, till skillnad från KBT lång eller PDT, inte ersättning per samtal. Kommer patienten färre än 6 gånger utgår en engångssumma på 1600 kr. Om patienten genomför sin behandling och erhåller 6-13 samtal utgår en summa på 5000 kr och efter uppföljningen utgår en sista utbetalning på 3500 kr. Detta innebär att behandlaren erhåller samma ersättning, 8500 kr, om patienten får 6 eller 13 samtal. För att få ersättningen behöver behandlaren fylla i av Regionen utvalda blanketter i början av behandlingen, när man avslutar den regelbundna kontakten samt vid uppföljningen. Dessa är ICF, International Classification of Functioning disability and health, och EQ-5D vilka mäter funktionsnivå och hälsorelaterad livskvalité (Eqpol, 2017, WHO, 2018). Som leverantör förbinder man sig att ha minst 20 fullföljda behandlingar under ett år (Region Skåne, 2017).

Teori

Samvetsstress

Att människans samvete behövs för att få ett fungerade samhälle är många samhällsvetare eniga om. Enligt Wikipedia (Samvete, 2017, 25 augusti) betyder samvete ”rättskänsla, förmåga att avgöra vad som är rätt och fel, sinne för värderingar och förmåga till skuld känslor.” När det gäller samvete och yrkesverksamma inom vården ser de flesta forskare detta som en komplex fråga och här uppfattas inte samvete enbart som en tillgång (Dahlqvist, 2008). Detta blev tydligt i en samtida debatt rörande huruvida en barnmorska ska få vägra utföra aborter eller inte med hänvisning till sin etiska uppfattning. Rättens slutsats blev i detta fall att barnmorskan inte blivit diskriminerad då hon nekades anställning med hänvisning till att hon inte ville utföra aborter (Flygt, 2017, 12 april). Flera länder har riktlinjer som tillåter att personal vägrar uppgifter som strider mot deras samvete vilket Sverige inte har. En barnmorska kan i Sverige inte vägra utföra delar som ingår i tjänsten med hänvisning till egen moralisk, etisk eller religiös uppfattning. Ericson-Lidman, Norberg, Persson och Strandberg (2013) menar att det förekommer att personal upplevt dåligt samvete när de inte kan ge den

vård de hade förväntat sig att få själva i samma situation. Vidare sägs att samvete kan ses som en tillgång då det å ena sidan hjälper personalen att ge en god omvårdnad, men å andra sidan kan det faktum att man inte kan ge det man önskar leda till stress kopplat till personens samvete.

Moralisk stress

Moralisk stress kan uppstå hos personer inom vården som är uppmärksamma på patientens behov, som upplever att yttre faktorer hindrar dem från att göra det som de tror är i patients bästa intresse samt upplever att de inte har kontroll över situationen (Kjellin et al., 2013). Kälvemark et al. (2004) bygger sina resonemang på Andrew Jametons definition av moralisk distress/ångest och de diskuterar om huruvida etiska dilemman inom vården kan skapa moralisk stress. Ett grundläggande antagande i denna teori är att vårdpersonal har värderingar kopplat till sitt arbete och strävar efter att hantera olika etiska dilemman som uppstår i det dagliga arbetet. Man menar att moralisk distress/ångest inte kan analyseras på ett adekvat sätt om man inte tar filosofiska aspekter på denna ångest på allvar. Moralisk distress/ångest behöver således analyseras utifrån dels moraliska och etiska aspekter och dels ett stressperspektiv. En beskrivning av moralisk distress/ångest lyder: ”Traditional negative stress symptoms, such as feelings of frustration, anger and anxiety, which might lead to depressions, nightmares, headaches and feelings of worthlessness, that occur due to a conviction of what is ethically correct but institutional and structural constraints prevent the desired course of action” (Kälvemark et al., 2004, sid 1077).

Dahlqvist (2008) skriver att moralisk stress förknippas med etiska dilemman och Corley (2002) gör en något bredare definition som lyder ”smärtsam psykologisk obalans som uppstår när man är medveten om den rätta handlingen, men hindras att vidta den på grund av tidsbrist, ledningens motstånd, inhibitoriska maktstrukturer, organisationens policy eller juridiska hänsyn” (sid 250-251). Moralisk stress och samvetsstress har en rad likheter men det finns skillnader i hur forskare definierar dessa två. Moralisk stress uppstår när organisationen sätter upp hinder som gör att personalen inte kan ge den vård som hen vill och tror på. Samvetsstress kan förklaras med att personalen upplever dåligt samvete och medföljande stress och denna kan bero på antingen organisationen, egen bristande förmåga eller samvetets motstridiga budskap (Dahlqvist, 2008). Moralisk stress och samvetsstress har inledningsvis

använts när forskare har tittat på sjuksköterskors arbetssituation. Kälvemark et al. (2004) breddar detta och använder dessa begrepp när de undersökt även andra personalkategorier inom vården. De menar att begreppen har relevans även när det kommer till andra personalgrupper.

Effekter av moralisk stress och copingstrategier

Enligt Austin et al. (2005) riskerar moralisk stress att generera negativa effekter som är långvariga. Det kan röra sig om emotionella, psykologiska och fysiska problem hos personen och därtill kan personens professionella yrkesuppfattning förändras. Man ser sig inte längre som kompetent eller välgörande i sin profession. Författarna ser samband mellan moralisk stress och otillfredsställelse med arbetet. Moralisk stress kopplat till ens arbete kan leda till frustration, ilska, hjälplöshet och förtvivlan. Detta kan i förlängningen leda till utbrändhet och att personen lämnar yrket (Austin et al., 2003, Austin et al., 2005). Flera studier utförda inom gruppen sjuksköterskor visar också på negativa effekter för personalen (Corley, 2002, Austin et al., 2003). Symtomen som beskrivits i olika studier är försämrad självkänsla, depressiva känslor samt somatiska besvär såsom huvudvärk och hjärtklappning (Wilkinson, 1988). Austin et al. (2003) beskriver att yrkesrelaterad etisk stress även riskerar ge en negativ påverkan på vårdpersonalens mående i privatlivet.

Dahlqvist (2008) visar också att moralisk stress och samvetsstress påverkar måendet genom bland annat kroppsliga stressreaktioner vilka kan leda till exempelvis depression och ångest. I denna avhandling diskuteras även sambandet mellan moralisk stress och utbrändhet. ”Enligt arbetsmiljöverket utgjorde år 2004 de psykosociala besvären 73% och utbrändhet 8% av alla rapporterade arbetsrelaterade besvär för personal inom hälso- och sjukvård” (Dahlqvist, 2008, sid 18).

Enligt Bertling (2015) är den största anledningen till långvarig stress att behöva hantera obalansen mellan krav och resurser. För att hantera moralisk stress eller samvetsstress kan personen använda olika copingstrategier vilka Bertling (2015) benämner som kompensatorisk, kravsänkande, disengagement. Personen försöker kompensera genom att tex tänja på sina gränser, arbeta övertid, sjuknärvaro eller arbeta på lunchen. Denna strategi håller ofta inte på sikt och personen tar till kravsänkande genom att sänka sin ambitionsnivå, säga upp sig eller förlägga ansvaret på någon annan. Disengagement innebär att man blir uppgiven

och drar sig undan tex kollegor och gemensamma frågor. Kälvemark et al. (2004) har i sitt arbete identifierat hur personer hanterar etiska och moraliska dilemman genom att bryta mot regler. De följer då sin moral och etik kring hur de vill arbeta och behandla patienter men kan ändå drabbas av moralisk stress av det faktum att de bryter regler. Även Austin et al. (2005) diskuterar detta och menar följden riskerar bli att personer lämnar yrket. Andra strategier som de benämner är att delvis förneka sitt ansvar i situationen eller se sitt eget inflytande som begränsat och mindre betydelsefullt.

I en organisation kan man betrakta olika typer av lydnad vilket här betecknas som att under maktpåtryckning göra det man egentligen inte vill. I en studie av Roland Paulsen (Paulsen, 2015 refererad i Bertling, 2015) beskrivs tre olika typer av lydnad vilka är förtvivlad lydnad, cynisk lydnad och positiv lydnad. Förtvivlan skjuts undan men tar sig istället andra uttryck, ofta somatiska såsom sömnproblem, psykiska problem och magkatarr. När en situation väcker obehag använder man sig av cynisk jargong för att lindra för sig själv. Man gör det man ska, resignerar och distanserar sig. Positiv lydnad innefattar att fokusera på det som fungerar, inte klaga, föreställa sig goda resultat och ta individuellt ansvar för dåligt resultat.

Etiska riktlinjer

Colnerud (1997) tar upp vikten av etikdiskussioner och menar att en psykolog inte endast kan arbeta utifrån regler och principer då psykologiskt arbete är komplext och inte kan standardiseras. Trots det har det funnits ett behov av att skriftligt formulera regler och principer och flera förbund har tagit fram etiska riktlinjer för just deras personalgrupp. Eftersom de terapeuter som arbetar inom vårdval KBT kort har olika grundutbildningar kan ett flertal skrifter bli aktuella. I denna studie avgränsas dessa till etiska riktlinjer riktade till psykoterapeuter, socionomer samt psykologer.

Akademikerförbundet SSR organiserar bland annat psykoterapeuter, socionomer och beteendevetare. De har etiska riktlinjer för psykoterapeuter respektive för socialarbetare och syftet är bland annat att öka uppmärksamheten på etiska dilemman. En person med makt har ett ansvar att reflektera över etiska frågor, och både psykoterapeuter och andra inom socialt arbete har en viss makt i relation till de patienter de möter (Akademikerförbundet, 2015). I de etiska riktlinjerna för socialt arbete diskuteras dilemmat med att socialarbetaren ställs inför

”Att göra de insatser socialarbetaren bedömer nödvändiga contra krav på ekonomisk restriktivitet” samt ”Att behålla en lojalitet med den verksamhet man arbetar inom, trots att man finner att policyn och villkoren för arbetet strider mot välgrundad kunskap och klientens bästa, och kanske också mot rättsliga normer för verksamheten” (sid 10). Principerna sägs vila på tre grundfrågor; människans värde, vad som är rätt och vilken slags person vi bör vara (Akademikerförbundet, 2015). I de etiska riktlinjer som finns för psykoterapeuter diskuteras dilemman som aktualiseras av begränsningar kring tillgång till psykoterapi, det kan tex handla om att en psykoterapeut kan välja mellan olika sätt att beskriva patientens problem vilket kan ge olika stöd villkor för denne. Anställda kan hamna i konflikt om det ställs krav från ledningen som tycks stå i konflikt med de bedömningar som psykoterapeuten gör i fråga om vad som är bäst för patienten. I riktlinjerna står även att psykoterapeuten ska ha en lojal inställning till det grundläggande uppdraget för verksamheten och dess huvudman (Akademikerförbundet, 2014). I båda riktlinjerna från Akademikerförbundet diskuteras svårigheter som kan uppstå när den yrkesverksamme dels ska agera efter patientens behov och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt dels vara lojal mot arbetsgivaren och kanske arbeta inom ramar som styrs av ekonomiska krav (Akademikerförbundet, 2014, Akademikerförbundet, 2015).

De etiska riktlinjerna för psykologer, som antagits av Psykologförbundets kongress (1998), är organiserade efter fyra grundprinciper vilka är; respekt för individens rättigheter och värdighet, yrkesmässig kompetens, ansvar samt yrkesmässig integritet. Psykologen behöver kunna prioritera vissa principer framför andra. Psykologförbundet belyser att psykologen är medveten om att yrkesetiska dilemman förekommer och menar att det är psykologens ansvar att klargöra sådana dilemman och rådgöra med kollegor, uppdragsgivare och /eller det nationella psykologförbundet. I slutändan är det dock den enskilde psykologen som behöver göra bedömningen och val, således faller ett stort ansvar på denna.

Metod

Val av metod

En kvalitativ metod är passande när man önskar undersöka meningen eller innebörden hos ett fenomen (Widerberg, 2002). Vid kvalitativ metod handlar det ofta om att bedöma trovärdigheten i studien jämfört med vid kvantitativa studier då validitet och reliabilitet betonas (Dahlqvist, 2008). En kvalitativ utformning kan inte ge statistiskt säkerställda samband.

Syftet med att få intervjupersoner från privat och offentlig verksamhet var att se om det fanns tendens till skillnad i svaren hos offentligt anställda respektive privatpraktiserande. Jag har valt en fenomenologisk analysmetod, Interpretative Phenomenological Analysis, förkortad IPA, vilken fortsättningsvis kommer att användas i beskrivningen av metoden.

IPA

Att använda IPA lämpar sig bra till denna studie då syftet är att få en bild av terapeuternas upplevelse, förståelse och inställning till ett fenomen, i detta fall ramarna för vårdval psykoterapi KBT kort. Inom analysmetodens tradition menar man att människor tolkar och förstår världen genom att formulera för sig meningsbärande berättelser. I studier med denna ansats fokuserar man på personens subjektiva upplevelse för att försöka skapa mening och förståelse kring denna. Som forskare med IPA som metod är det viktigt att vara medveten om sin egen tolkning och förförståelse av saker. Man behöver sträva efter att vara medveten om dessa och hur dessa kan påverka materialet, intervjupersonen och hur man tolkar det som sagts. Tolkningarna i materialet är dels begränsade av intervjupersonens förmåga att förmedla sin syn och dels på forskarens förmåga till att reflektera och analysera det som förmedlats (Brocki & Wearden, 2006).

Med IPA är man ute efter intervjupersonens upplevelser genom att ta sig an dennes kvalitativa berättelse. Man lägger inte lika stort fokus på språket och interaktionen som vid t ex diskursanalys som annars har en del likheter med IPA. I IPA menar man att det i intervjupersonens utsagor finns uttryck för dennes kognitioner. Man är därför intresserad av relationer och samband mellan kognitioner, upplevelser och den verbala berättelsen (Chapman & Smith, 2002). Det är inte bara med diskursanalys det finns likheter utan IPA delar sättet att bearbeta data med grounded theory (Smith, 2009). Tillvägagångssättet är att

man ur ett kvalitativt material arbetar med en induktiv ansats på ett systematiskt sätt för att hitta gemensamma teman och underliggande kategorier. När man använder sig av IPA som redskap för analys är syftet dock inte att göra generaliseringar till större grupper, utan här handlar det om att se till den gruppen man faktiskt undersökt (ibid).

Urval av deltagare

En större skånsk kommun valdes med förhoppningen att det skulle öka sannolikheten att få intervjupersoner från både offentlig och privat verksamhet. I 1177 Vårdguiden (2017) har en förteckning över vilka verksamheter som har avtal med Region Skåne att bedriva KBT kort. Via denna hemsida valdes en rad verksamheter ut som sedan kontaktades via mejl. En beskrivning av uppsatsens frågeställningar och syfte delgavs och terapeuten fick en förfrågan om hen ville medverka. En påminnelse skickades ut till verksamheter som inte svarade på första mejlet. Sammanlagt kontaktades 25 personer och 4 valde att medverka. Alla intervjupersoner har tagit del av och skrivit under en samtyckesblankett. (Bilaga 1)

Som yrkesverksam inom det fält man undersöker kan det vara svårt att helt undvika att använda sig av intervjupersoner man inte har några band till. Två av intervjupersonerna har jag haft kontakt med i professionella sammanhang. Detta skulle kunna påverka personens respons på förfrågan men jag bedömer att detta inte påverkat deras möjlighet att tacka nej. Några av intervjupersonerna visade sig ha ett starkt intresse för dessa frågor och är engagerade i att försöka få till stånd en förändring. Dessa svarade omgående ja på mejlet med förfrågan om att vara med. Ansatsen med uppsatsen skulle kunna leda till ett selektivt urval såtillvida att den lockar intervjupersoner som är kritiska till systemet.

Metod vid datainsamling

Datainsamlingen har skett genom semistrukturerade djupintervjuer med 4 intervjupersoner. Förhoppningen var att få intervjupersoner från åtminstone två av de grupper som nämns i inledningen, vilket också uppnåddes. I informationsbrevet (Bilaga 2) framgick att intervjuerna gärna utfördes öga mot öga, men att det fanns öppenhet för andra alternativ om det skulle passa intervjupersonen bättre. Primärt valdes inte skriftlig intervju via tex chat eller mejlkorrespondens då detta minskar möjligheten att vara flexibel i följdfrågor, men det fanns en öppenhet inför dessa alternativ ifall intervjupersonerna inte ville eller kunde träffas.

För att det skulle kännas så bekvämt som möjligt för intervjupersonen fick de önska var de ville att intervjun skulle ske. Samtliga intervjuer genomfördes tillsammans med intervjupersonen på dennes arbetsplats och tog mellan 40 och 70 minuter.

En intervjuguide förbereddes innan som intervjun utgick ifrån. (Bilaga 3) Beroende på intervjupersonens svar ställdes relevanta följdfrågor som inte alltid fanns specificerade i guiden. Intervjuerna spelades in, vilket personerna informerades om redan vid förfrågan om deltagande, och transkriberades sedan. Som en extra säkerhet ifall tekniken skulle falla togs även stödanteckningar. Vid en intervju fungerade inte tekniken men då detta upptäcktes på en gång togs omfattande anteckningar och dessa renskrevs sedan direkt efter för att ha intervjun färskt i minnet. Robson (2002) betonar vikten av inspelning vid kvalitativa studier för att öka validiteten. Om man enbart tar anteckningar under en intervju kan det vara svårare att vara helt närvarande i det som sägs då man måste ta väldigt omfattande och noggranna anteckningar. Det blir också svårare att få exakta citat om intervjun inte spelas in.

Metod vid analys

Som tagits upp tidigare användes fenomenologisk analys, IPA, vid tolkningen av materialet. Detta innebär att materialet har transkriberats och genomlästs var för sig upprepade gånger för att varje intervju ska bli väl bekant för författaren. Det rekommenderas att varje intervju bearbetas för sig inledningsvis vilket följts i denna studie. Efter initial genomläsning har kommentarer kring ämnen och teman som framkommit noterats i marginalen. Därefter tematiserades materialet och samlades under olika rubriker för analys. Intervjuerna har sedan gått igenom parallellt och jämförts med varandra, de kategorier och teman som framträtt har därefter samlats i grupperingar. Likheter och skillnader i svaren har varit i fokus för att sedan analyseras. Detta arbete har skett i enlighet med tillvägagångssättet i IPA (Chapman, Smith 2002). Robson (2002) beskriver ett generellt tillvägagångssätt vid kvalitativ metod för bearbetning av intervjumaterial, vilket stämmer bra med hur gången varit under detta arbete. Det handlar i korthet om att koda det ursprungliga materialet och sedan lägga till kommentarer och reflektioner till de kodade grupperna. Materialet går därefter igenom för att hitta liknande fraser, mönster, relationer mellan olika ämnen, skillnader, teman och liknande för att gradvis få fram en form av generalisering för att hitta återkommande

mönster i detta. Slutligen länkas dessa generaliseringar till en formaliserad kärna av kunskap samt till den använda teorin.

De kategorier som framkommit är Begriplighet, Hur vill man arbeta, Påverkan på mående, Strategier för att hantera och stå ut, En etikett samt Bemötande från Region Skåne.

Metoddiskussion

Valet att göra en kvalitativ uppsats gjordes för att få en fördjupad insyn i hur de intervjuade resonerar och tänker kring uppsatsområdet. Om en enkätundersökning hade valts skulle det kunna ge kunskap om ett större antal personers uppfattning. Det skulle då också vara möjligt att dra mer generaliserbara slutsatser än vad som går vid en kvalitativ studie. Som alltid när man gör intervjuer med personer och spelar in dessa behöver intervjuaren vara medveten om att själva inspelningen kan göra att personen känner sig obekvämt och blir självmedveten i sina svar, jag bedömer inte att det har påverkat resultatet. Det finns för- och nackdelar med att träffa personen eller göra intervju per telefon. Vid telefonintervju kan man missa ickeverbal kommunikation såsom kroppsspråk och ansiktsuttryck. En del personer kan känna sig hämmade av att prata i telefon medan andra å andra sidan kan känna sig obekväma med att sitta mitt emot varandra. Jag gjorde bedömningen att mitt uppsatsämne är relativt oladdat och inte berör alltför privat eller intima frågor och lämpade sig därför för fysiska intervjuer.

Robson (2002) tar upp risken med att man själv har bias kring det man undersöker vilket då kan leda till att resultaten tolkas på ett vinklat sätt. Jag har själv arbetat inom Vårdval psykoterapi KBT kort, därav mitt intresse för att göra denna undersökning. I och med att jag har egen erfarenhet och egna uppfattningar om ramarna och den ekonomiska ersättningen kan jag omedvetet ha tolkat materialet så att det stämmer med min uppfattning. Denna risk för bias har jag varit tvungen att vara medveten om vid formuleringen av mina frågor så att jag inte leder in undersökningen åt ett visst håll genom hur frågorna ställs. Trots dessa försök att förhålla sig neutral kan man inte helt koppla ifrån sin egen förförståelse. Frågornas utformning och vilka följdfrågor som ställdes är sannolikt delvis påverkade av min förförståelse.

Etiska överväganden

Arbetet med denna studie har bedrivits i enlighet med principerna i lagen om etikprövning. Uppsatsförfattaren och handledare har skrivit under en etikdeklaration kopplat till uppsatsen vilken sedan godkänts av kursansvarige. Både muntligt och skriftligt samtycke har inhämtats. Vid arbeten där man inhämtar information från personer via intervjuer, deltagande observationer eller enkäter är det viktigt att göra sitt bästa att säkerställa sekretess och konfidentialitet. I denna studie kan det framkomma känsligt material kopplat till Region Skåne men även intervjupersonens arbetsgivare eller dylikt och intervjupersonerna behöver ha kännedom om samt känna förtroende och säkerhet kring anonymiseringen. I informationsbrevet till terapeuterna framgick att materialet skulle anonymiseras och att de när som helst har möjlighet att avbryta sitt deltagande utan att lämna någon förklaring. Vid intervjuerna användes filmkamera utan internetuppkoppling för ljudupptagning. Trots att datorn som använts varit uppkopplad mot internet torde detta inte utgöra något problem när det gäller konfidentialitet eftersom materialet redan under transkriberingen varit anonymiserat såtillvida att varken personnamn, kön, ort eller arbetsplats nämns och således inte skrivs ut någonstans. Det skriftliga materialet förvarades i ett låst skåp under arbetets gång och ska förstöras när uppsatsen är klar och godkänd. Även detta informerades terapeuterna om innan de tackade ja. Ansträngningar gjordes för att aidentifiera intervjupersonerna i största möjliga utsträckning. Av denna anledning har inte intervjupersonernas kön, ålder eller grundprofession tagits upp i presentationen av resultatet. Som en ytterligare åtgärd redovisas citaten så att de inte går att koppla ihop med varandra.

Resultat

Presentation av resultaten

En kort sammanfattning av resultaten inleder och följs därefter av utförligare genomgång av olika teman som framkommit. Den generella uppfattningen är att det var mycket bra att vårdvalet infördes och ingen av de jag intervjuat önskar att avtalet som sådant ska tas bort. Ett genomgående svar från alla intervjupersoner är att vårdvalet är bra i jämförelse med att inte ha något avtal alls. Alla tycker också att införandet av vårdvalet har haft en positiv effekt på möjligheten för personer att kunna söka psykoterapi även hos privata aktörer och att det blivit lättare för patienter att få komma till en terapeut. Ytterligare

kommentarer har rört att det öppnat upp för en ökad acceptans kring att söka hjälp och att gå i psykologisk behandling. Gemensamt för alla intervjupersoner är att de efterlyser en reformering av upplägget så att det bättre passar till den verklighet där de befinner sig. I intervjuerna framkommer en bild av KBT kort som ett verksamhetsområde som präglas av de yrkesverksammas frustration kring upplägget med antalet besök samt förutsättningarna för att få ut ekonomisk ersättning från Region Skåne. Att arbeta med KBT kort upplevs av mina intervjupersoner som frustrerande och tungt med en stor administrativ apparat som tar mycket tid i anspråk. Regler och förutsättningar upplevs till viss del att vara obegripliga, det finns inte en tydlig förklaring varför saker ska göras eller förhåller sig som de gör. Intervjupersonerna upplever sig inte förstå varför avtalet ser ut som det gör när det gäller att ersättningen betalas ut i en klumpsumma samt när det gäller de blanketter som ska fyllas i. Dessa uppfattas inte som relevanta och man ser inte poängen med att de måste fyllas i för att ersättning ska utgå.

I avtalet står att patienten kan gå 6-13 gånger och intervjupersonerna säger att de till viss del är flexibla med hur många gånger patienterna får. Det framgår dock tydligt att de intervjupersoner som arbetar privat inte upplever att det är möjligt att erbjuda fler än 6 gånger mer än i undantagsfall. Man anger att administrationen tar sådan tid och att ersättningen är för låg för att det ska vara möjligt. Det händer att patienter kommer färre än 6 gånger och då blir det en rejäl förlustaffär för terapeuten vilket också finns med i beräkningen kring hur man lägger upp arbetet. För att kunna "bekosta" de som kommer färre gånger behöver man hålla relativt strikt på antalet samtal man erbjuder. Resonemangen nedan handlar därför i de flesta fall om att man tänker sig behandling med 6 gånger eftersom det är vad som blir hållbart ekonomiskt.

Begriplighet. Brist på begriplighet och svårigheter att se det meningsfulla i delar av avtalet framkommer i relation till hur den ekonomiska ersättningen är utformad och när det kommer till utvärderingsblanketterna ICF och EQ-5D. Hur upplägget ser ut med ersättningssystemet och tidsramar är alla fyra samstämmigt kritiska till. Det som återkommer i intervjuerna är att systemet inte är flexibelt och starkast kritik får utformningen av den ekonomiska ersättningen. Det ses som rigtigt, ologiskt och obegripligt att ersättning inte utgår per samtal utan som en klumpsumma. Som en person uttrycker det

Jag kan inte se varför de lägger upp det så att man måste ha dem sex gånger innan man får betalt. Jag vet inte hur de skulle motivera det för mig

De är även kritiska till hur många samtal som ingår i KBT kort då de deras uppfattning är att det är ett fåtal patienter som faktiskt klarar sig med enbart 6. Att avtalet ger möjlighet till 13 samtal visar sig i realiteten inte vara en verklighet då tre av intervjupersonerna är tydliga med att det inte går runt ekonomiskt. Här kommenteras det ologiska i att ersättningen ges i klumpsummor till skillnad från avtalet vid KBT lång. En intervjuperson menar att man i princip arbetar gratis om man tar patienten fler än 6 gånger. Den intervjupersonen som är terapeut på vårdcentral inom Region Skåne är den enda som inte beskriver sig vara hindrad av tidsramen utan terapeuten lägger upp arbetet och de antal gånger som hen bedömer lämpligt. Det finns där alltså inte någon uttalad regel att endast erbjuda 6 samtal.

Vi har inte fast antal gånger här, och jag har inte frågat. Det har inte varit en fråga på bordet utan det har vi bedömt själva.

Intervjupersonerna beskriver att de tror att de känt sig friare om ersättningen utgick per samtal istället för i klump. Två av dem anför också att de tror att det blivit bättre även för Regionen eftersom det nu ofta blir så att man vill få in 6 samtal även om patienten kanske är nöjd efter färre. Nu finns ett incitament att få in patienten för ytterligare ett samtal bara för att få ersättning vilket då blir en större kostnad. På så sätt kan det enligt intervjupersonerna bli sämre för Region Skåne. Att behöva få ihop 6 samtal när det gäller denna patientkategori skapar stress hos terapeuten på olika sätt. Dels blir det en extra arbetsbelastning att jaga och boka om patienter som inte längre är motiverad, dels är det en stress då man känner att detta inte är i patientens intresse. I de fall terapeuten bedömt att problematiken hos patienten är tyngre och kräver längre behandling uppstår stress och frustration över att inte kunna ge det man bedömer lämpligt. Flexibilitet efterfrågas hos samtliga och alla anser att detta system inte uppfyller detta.

När det gäller kort är jag inte nöjd med upplägget. ../ har aldrig hört någon som sagt att det är flexibelt. Det är ickeflexibelt för mig som terapeut, ickeflexibelt för patienten

Alla tycker det är rimligt med en avgränsning gällande antal gånger men att det som erbjuds nu är för lite. Någon nämner att tio gånger kan vara rimligt för de patienter som har en lättare problematik men att ersättningen då ska utgå per samtal.

Ersättningsnivåerna ses som för låga och man tycker den administrativa insatsen som krävs inte är i rimlig relation till behandlingstid. Tre av mina intervjupersoner har ansökt om ackreditering för KBT lång och poängterar att den stora fördelen med det avtalet är att ersättningen ges per besök. En intervjuperson tycker dock även att ersättningen vid KBT lång är för låg.

En stor del av det administrativa som behöver göras, utöver skyldigheten att föra journal, är att fylla blanketterna IFC och EQ-5D som krävs för att få ekonomisk ersättning. Intervjupersonerna har svårt att se poängen med blanketterna då de inte uppfattar dessa som meningsfulla. Två intervjupersoner uppger att de har viss användning för en fråga i blanketterna, men i övrigt svarar alla samstämmigt att de inte finner blanketterna, eller informationen man kan få ut från dem, användbara i arbetet. Intervjupersonerna beskriver att de närmast urskuldar sig för att patienten får dessa.

Ofta får man be om ursäkt sådär. Kan du klä dig själv? Det är en fråga som känns sådär. Mycket mycket sällan relevant.

Det blir en balansgång för terapeuten eftersom formulären måste fyllas samtidigt som de uppfattas som irrelevanta. En beskriver det som problematiskt att hen måste förhålla sig lojalt gentemot Region Skåne som är uppdragsgivare men samtidigt tycker hen att blanketterna är meningslösa, inte relevanta i sina frågor och för tidskrävande. En annan intervjuperson berättar hur hen brukar lägga fram det för patienten

Jag brukar säga i början när vi träffas att nu ska vi gå igenom dessa frågor och de är ganska fyrkantiga och de är från ett till fem. Vi drar igenom dem sen får du beskriva med egna ord lite mer utförligt berätta.

Patienterna upplevs inte heller vara positiva till dessa frågor utan intervjupersonerna har uppfattat sina patienter som frågande eller negativa. Det framkommer funderingar från intervjupersonerna när det gäller syftet med dessa blanketter. En intervjuperson tror inte att man kan få ut vettig information av dessa blanketter på grund av deras starka koppling till

terapeutens ersättning. Frågorna fylls i för att man måste och inte för att man ser någon annan poäng och därför blir de inte tillförlitliga, enligt hen. En annan intervjuperson tycker inte är att de inte är tillförlitliga alls. Ytterligare en kommentar är att i och med att patienten på kort tid ska fylla i dessa blanketter vid tre tillfällen, tar det bort möjligheten för terapeuten att använda andra formulär hen kanske brukar använda i terapier eller som hen bedömer vara användbara för sin bedömning. Man upplever att man inte kan komma med ännu fler blanketter även om det hade varit bra för behandlingen.

Hur vill man jobba. Intervjupersonerna säger sig inte kunna vara den terapeut de önskar fullt ut inom vårdval KBT kort. De betonar dock att det inte är bortkastat och meningslöst det som görs och att patienten får med sig någonting som är positivt, men de tycker att det i många fall inte räcker för att de ska känna sig helt nöjda som terapeuter. Bemötandet gentemot patienten beskrivs vara detsamma, tex att vara varm och validerande. Där man inte upplever sig kunna vara den terapeut man önskar är när det gäller hur man lägger upp arbetet och vilka metoder man har möjlighet att använda sig av. Val av metoder och interventioner i terapin baseras inte alltid på terapeutens professionella bedömning av vad som skulle vara bäst för patienten utan av vad man faktiskt hinner med.

Vi ges inte möjlighet att jobba utifrån patientens behov.

Det framkommer kommentarer om att det blir mer på ytan, att det mer handlar om en introduktion eller psykoedukativ insats snarare än regelrätt psykoterapeutisk behandling med KBT enligt metoderna som man lärt sig. Ytterligare synpunkt som framkommer är att behandlingen kan bli för hastig. För att hinna med kan man inte ta den tid på sig att bygga allians och vänta in patienten som man helst hade velat. Detta medför att terapeuten upplever frustration och att hen inte ges möjlighet att göra ett bra jobb.

Har man kort tid på sig går man in för fort i en förändringsprocess. Man har inte patienten med sig.

En intervjuperson saknar möjligheten att tillsammans med patienten fundera på olika upplägg när det kommer till hur djupt man ska gå in i problematiken. Den korta behandlingstiden lämnar inte någon valmöjlighet när det gäller djup i behandlingen. Att kunna arbeta mot en mer stabil och varaktig förändring hos patienten är inte möjligt, säger en

intervjuperson. Man kan lyckas få till en stor förändring men förutsättningarna för att göra denna förändring hållbar i ett längre perspektiv saknas. Denna intervjuperson säger så här:

Men det är väldigt få fall där jag känner att hade jag fått välja själv och vad jag tror är bra för patienten så hade vi slutat här.

Denna uppfattning delas av de andra intervjupersonerna som arbetar privat. I ett fåtal fall räcker 6 gånger, eller tom färre, men den stora merparten av de patienter som kommer har en problematik som bedöms behöva längre behandling. Även när en patient remitteras till KBT kort handlar det ofta om svårare problematik och det är inte ovanligt att patienter borde få lång kontakt inom vårdvalet eller kanske remitteras vidare till psykiatrin. Här nämns till exempel personer som visar sig ha en personlighetsstörning eller ett mer djupgående trauman som inte framkommit hos läkaren som remitterade. Då det ofta är långa väntetider för lång behandling eller till psykiatrin händer det ibland att patienten inte vill vänta och man påbörjar en behandling som terapeuten egentligen redan innan bedömer vara för kort. Detta är frustrerande och icke tillfredställande som behandlare. I kombination med att man inte längre kan ta tillbaka patienten för en ny omgång förrän efter tidigast ett år skapar en känsla av otillfredsställelse och stress enligt de tre intervjupersoner som har stor andel vårdvalspatienter. Intervjupersonen som arbetar på vårdcentral är för sin egen del inte påverkad av detta på samma sätt eftersom hen i princip inte har vårdvalspatienter alls längre. Hen uppger dock att om hen skulle tvingas ha sina patienter enbart 6 gånger skulle hen inte kunna känna sig nöjd i samma utsträckning som nu.

En fördel med att jobba inom vårdvalet är att terapeuterna har möjligheten att erbjuda behandling till fler personer som inte har möjlighet att gå privat. En intervjuperson säger att hen fått en bred patientgrupp med personer från olika samhällsskikt vilket ses som positivt för hens utveckling som terapeut.

Påverkan på mående. Frustration är ett tydligt återkommande tema i alla fyra intervjuer. De beskriver frustration och missnöje när det kommer till att inte kunna göra det jobb de själva bedömer att patienten skulle behöva. Det framkommer att intervjupersonernas mående påverkas, de känner stress och de lägger tid på att hantera och stå ut med situationen. Två intervjupersoner beskriver att det känns oetiskt att jobba inom dessa ramar eftersom de ofta får avsluta en patient innan hen är färdigbehandlad. Två andra intervjupersoner nämner

själv att det blir en moralisk stress eller en samvetsstress att jobba med så korta kontakter med den problematik patienterna faktiskt har. Gemensam uppfattning hos alla fyra är att problematiken på primärvårdsnivå ofta är betydligt tyngre än vad som går inom vårdval KBT kort. Alla upplever att detta har påverkat dem negativt med känslor av otillräcklighet, stress, dåligt samvete och frustration. En intervjuperson uppger att hen haft kontakt med flera kollegor som berättar om liknande upplevelser och dåligt mående kopplat till vårdvalsreglerna. Den intervjupersonen som driver eget företag med anställda beskriver en dubbel känsla av stress och otillräcklighet. Personen har själv patientkontakt och brottas med känslor av att inte kunna göra det hen bedömer vara i patientens intresse på grund av för kort tid och stelbenta regler. Samtidigt plågas hen också av negativa känslor när det handlar om sina medarbetare.

Jag ställer mig dagligen frågan ska jag hålla på med det här? Det är på gränsen till oetiskt att tvinga anställda att göra ett jobb som ingen är nöjd med.

Denna intervjuperson är också den som tydligast beskrivit vilka negativa konsekvenser avtalet har på hens mående. Hen säger sig arbeta med en konstant frustration och känsla av otillräcklighet. Hen är ledsen, sover dåligt, upplever ångest och oro. Hen uppger också att anställda slutat pga av att de inte orkade med att arbeta under dessa förutsättningar. Tankar på att de inte vill jobba med detta avtal finns hos alla intervjupersoner. En intervjuperson beskriver att det blir en ojämlik vård såtillvida att vissa patienter kan fortsätta att gå i terapi men betala privat om de behöver medan andra inte kan det. Denna terapeut uppger att det känns väldigt jobbigt att se patienter behöva fortsatt behandling men hindras av ekonomiska resurser. Denna orättvisa belastar intervjupersonen ytterligare.

Inte bara i relation till patienterna som stress framkommer utan en terapeut betonar osäkerheten som hela tiden finns när det gäller avtalet i sig. Det är en faktor som oroar intervjupersonen och samtidigt ger en upplevelse att de inte ses som värdefulla eller en tillgång för Region Skåne.

Det känns som att reglerna kan ändras hur som helst. Det är en otrygg arbetsmiljö. Ska det finnas kvar? Ska ersättningen dras ner ännu mer? Ska jag få ha lång eller kort? Många har nu fått bort sin ackreditering för de har inte KBT vuxen. Det har bara ändrats och då har man bara slitit bort mattan. Jag kan uppleva att det inte är drägligt.

Den intervjuperson som arbetar på en vårdcentral har uppgivit mindre negativa effekter på måendet. Hen behöver inte avgränsa sitt arbete på grund av de ekonomiska ramarna i vårdval kort. På hens arbetsplats kan terapeuten själv i större utsträckning anpassa behandlingen utifrån sin bedömning istället för tid. I de fall patienter behöver remitteras vidare beskriver dock denna intervjuperson att hen ibland brottas med oro kring vad patienten får. Hen uppger sig vara bekymrad över att många patienter endast erbjuds 6 gånger oavsett behov samt att vissa terapeuter faktiskt inte har kompetens att ge psykoterapi enligt KBT. Oavsett arbetsplats så resonerar alla intervjupersoner kring det negativa med att terapeuter blir så styrda till korta kontakter. Det upplevs som frustrerande eftersom det ofta inte stämmer med deras uppfattning om kvalificerad psykoterapi. Ingen av dem tycker att avtalets tidsram stämmer med deras uppfattning om vad som är arbete utifrån patientens behov som framhålls av tex Socialstyrelsen, eller vad forskning och vetenskap säger om psykoterapi. Det blir en svår situation att balansera patientens önskemål, den egna bedömningen och de faktiska resurserna.

Att det krockar och att det inte är patientens behov som styr utan man har de här gångerna.

Återkommande hos alla intervjupersoner är den stress och irritation över den, enligt dem, alltför omfattande administrativa insats som krävs. Det beskrivs stressande att hinna med men också att det känns jobbigt att behöva jaga patienter till tex uppföljningen. Det är svårt att hantera detta eftersom patienten kanske inte alls känner något behov av uppföljning, men terapeuten då missar en stor del av ersättningen. Detta leder till etiska dilemman för mina intervjupersoner. Utöver frustration kring administrationen som följer med KBT kort framkommer också frustration när det kommer till kontakten med Region Skåne kring vårdvalsfrågor. Beskrivningar såsom att regionen är nonchalanta, ointresserade och verklighetsfrånvända framkommer. Intervjupersonerna är upprörda över att systemet inte bygger på vetenskaplighet och vad psykoterapi egentligen är.

Strategier att hantera och stå ut. De tre intervjupersonerna som arbetar inom privat verksamhet beskriver alla att de lagt och lägger mycket tid på att hantera och navigera kring de känslor som väcks hos dem. Det kommer upp beskrivningar om att hitta sätt att hantera och stå ut med att jobba inom ramar man inte kan påverka, som inte är linje med hur man vill

jobba och det man tror är bra för patienten. Två av terapeuterna har transparens och tydlighet gentemot patienter som en tydlig strategi. Ett sätt att realitetsanpassa patientens förväntningar men också ett sätt att hantera den stress och ångest som det väcker att inte kunna ge det man som terapeut bedömer vara bäst för patienten. De är väldigt tydliga med patienten om hur ramarna ser ut och att det inte är de som terapeuter som satt upp dem. En intervjuperson säger så här

Nu har jag hittat ett förhållningssätt där jag försöker vara väldigt transparent till patienten att så här fungerar systemet. En del av det här gör jag för din skull men en del är rent ekonomiskt. Du är inte tvingad till någonting men jag skulle vilja att vi har det här uppföljningssamtalet.

Båda dessa intervjupersoner uppger att de mått sämre förut, att det var tyngre för dem att hantera avtalets upplevda brister när det var nyare i arbetet. Det förbättrade måendet beror inte på ändrad inställning till avtalet utan att de hittat fungerade strategier för att hålla skuldkänslor ifrån sig och försöka hitta en acceptans i situationen. För den ena förbättrades situationen delvis när hen valde att gå från att vara anställd på en vårdcentral till eget företag som terapeut. Tidigare var det en extra belastning att känna press från arbetsgivaren att ta emot fler patienter och att vara lönsam. Hen har dock, oavsett anställningsform, behövt arbeta med sina skuldkänslor kring att inte kunna ge det patienten behöver.

Någonting jag fått jobba jättemycket själv för att må bra är de skuldkänslorna jag får att de patienter som mår dåligt. Att jag inte lägger skulden på mig själv utan jag lägger ansvaret på det är inte jag som satt upp riktlinjerna. Att inte låta skulden styra, jag får bära den men lägga tillbaka den där den tillhör.

Här kan man tydligt se paralleller till etisk stress. Intervjupersonen har upplevt obehag av att arbeta inom ramar som inte är i linje med vad hen vill. Det framkommer också kommentarer som tyder på att intervjupersonerna aktivt försöker skjuta bort tankar på avtalet och ramar. En säger att hen försöker hålla fokus på patienten och sitt arbete och inte på det negativa i de begränsningarna som finns. En annan intervjuperson beskriver hur svårt det är att helt bortse ifrån trots försök:

Jag försöker att inte förhålla mig så mycket till den (ersättningsystemet åsyftas) utan förhålla mig till patientens behov. Men det är ju ändå där, det ligger i bakhuvudet

En annan intervjuperson uppger att hen under en period hade i princip bara patienter via KBT kort och då tagit upp på sin arbetsplats att hen inte kan fortsätta jobba på detta sätt i längden. Under denna period hade hen aktiva funderingar på att sluta på grund av hur tungt det blev. Idag uppges att situationen blivit bättre eftersom hen får fler andra patienter och att det finns en förhoppning om ytterligare förbättringar i och med avtal för lång behandling. Återigen jobbar intervjupersonerna för att hantera dessa upplevelser och gör så på olika sätt. en av intervjupersonerna säger att hen numer inte längre arbetar med patienter inom vårdvalet i särskilt stor utsträckning

Jag vill helst inte jobba inom vårdvalet om jag ska vara ärlig.

En tydlig strategi är således att försöka undvika att arbeta med KBT kort helt eller begränsa det så mycket det går. Alla intervjupersoner för resonemang om att det är bättre att patienterna får några få samtal än ingenting alls vilket också är ett sätt att hantera situationen.

En intervjuperson beskriver en strategi som användes tidigare när man kunde ta emot patienten igen direkt efter uppföljningen. Hen uppger att man ofta redan från början insåg att det inte räckte med en kort behandling och då lades arbetet upp så att det nästan blev som en sammanhängande längre behandling. I och med karensen på 12 månader går detta inte längre att göra så denna copingstrategi har fallit bort

En etikett. Under dessa intervjuer så kom det upp diskussioner kring att KBT kort är något annat än det som står på etiketten. Det ställdes frågor om huruvida intervjupersonerna upplever att det som kan ges inom ramen för KBT kort stämmer med deras uppfattning av vad som är evidensbaserad behandling eller KBT enligt modellen. En relativt samstämmig uppfattning är att avtalet inte går ihop med vad som räknas som psykoterapi med KBT-inriktning. Som tidigare nämnts så uppfattar ett par intervjupersoner detta som mer psykoedukation snarare än psykoterapi. En intervjupersons uppfattning är att alla behandlare faktiskt inte har särskilt mycket kompetens inom KBT. Hen ser det som ett problem att terapeuter med annan grundinriktning bedriver KBT efter en kortare utbildning.

Vissa har gått en jättekort kurs och jag kan det här ja, jag har jobbat med psykoterapi och jag kan det här. Men det är inte KBT, inte evidensbaserad. Utan det är, ja jag jobbar med hemuppgifter så då gör jag KBT.

Vidare nämns att det förekommer fusk med besök och denna intervjuperson uppger sig veta att det finns terapeuter som registrerar 6 besök fast patienten fått färre. Att ersättningen är villkorad och kopplad till ifyllande av blanketter tror en intervjuperson gör att materialet som framkommer inte blir tillförlitligt. Det blir ett incitament att bara fylla i blanketterna och inte att få fram ett "sant" resultat. Detta gör enligt denna intervjuperson att Region Skåne inte vet vad som utvärderas och huruvida resultaten är korrekta eller ej. Det blir en diskrepans mellan vad resultaten sägs visa och hur verkligheten är. En annan intervjuperson beskriver att hens uppfattning är att det ska se bra ut på ytan, att Region Skåne ser till att det ser ut som personer erbjuds en viss behandling men hen är tveksam till om patienten alltid får det som står på etiketten. Denna intervjuperson menar att det blir en yta dels utifrån vad Region Skånes avtal leder till och dels att det är ett problem att det bara är en etikett hos vissa behandlare.

Att det är det man, som står på etiketterna KBT och PDT. Men alltså, vad är det folk gör? Jag tror inte det stämmer överens med det.

En intervjuperson tar upp att Region Skåne är med och håller upp fasaden. Att de ger sken av att ge hjälp när de ordnat avtal kring psykoterapi. Intervjupersonen menar att det som kan erbjudas inom ramen för detta avtal inte är tillräckligt för att hjälpa patienter på ett effektivt och evidensbaserat sätt. Det framkommer en uppfattning att Region Skåne är nöjda över att patienten fått något och då får man som terapeut nöja sig med det även om det inte är psykoterapi enligt vad modeller kring KBT stipulerar.

Bemötande Region Skåne. Eftersom man inom vårdvalet arbetar på uppdrag av Region Skåne diskuterades samarbetet med dem. I svaren framkom en bild som inte präglades av samarbete utan en ensidighet som inte upplevdes som positiv. Kontakten med Region Skåne beskrivs inte i termer som visar på samarbete utan snarare tvärt om. Även i samtalen kring kontakten med Region Skåne framkommer känslor av frustration men också uppgivenhet hos intervjupersonerna. Det upplevs inte som att det finns utrymme att påverka på grund av bristande intresse från Region Skåne. En intervjuperson jämför regionen med en koloss som inte går att nå. Andra uppger att de upplever ett ointresse från regionen om hur det fungerar för terapeuterna ute i verkligheten. Känsla av att ses som en kostnad och en belastning förs fram uttalat av en intervjuperson. Hen beskriver inte att det känns som att

Region Skåne ser de ackrediterade verksamheterna som en tillgång utan snarare som en belastning som kostar pengar. Ytterligare funderingar som kommer upp hos en annan intervjuperson handlar om tankar på att regionen nog inte kunnat förutse hur stort behovet av denna typ av sjukvård faktiskt är och därför blivit tagna på sängen av kostnaderna. Denna intervjuperson betonar att det finns ett stort behov och att det vore bra om man kunde ha ett samarbete för att reformera detta avtal. Denna persons arbetsplats har arbetat aktivt för att få till stånd en dialog och har framfört konkreta förslag på reformer. De har däremot inte upplevt någon respons av Region Skåne överhuvudtaget. De flesta intervjupersoner har inte varit på fler än något enstaka möte med Region Skåne angående ackrediteringen vilken kan bero på den negativa erfarenhet de haft av dessa möten. En intervjuperson beskriver sitt möte så här:

Där kände jag inte den ömsesidigheten. Jag kände att det var rätt stark frustration från många terapeuter. Och det var faktiskt rätt kort, rätt spydigt tilltal också tillbaka

En annan intervjuperson beskriver känsla av frustration och maktlöshet när det kommer till sina försök till dialog kring de delar som hen inte upplever fungerar. Hen har inte upplevt att de fått något gehör när det gäller synpunkter och förslag:

Det viftas bort och man får höra att 'du har valt att skriva på det'

Detta bemötande genererar en känsla av att vara utbytbar och att det inte finns någon möjlighet att påverka, beskriver en intervjuperson. Vidare beskrivs att hen upplever att regionen tvingar dem att jobba mer och mer när de skär ner ersättningarna och att det blir allt hårdare krav. En intervjuperson säger att de bara ses som en väldig kostnad.

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att undersöka terapeuternas uppfattning om ramarna inom Vårdval psykoterapi KBT kort och i synnerhet de som reglerar ekonomisk ersättning, om dessa ramar påverkat deras arbete och i så fall på vilket sätt.

Resultatet visar att trots att vårdvalsinförandet som princip uppfattades som mycket positivt så finns ett missnöje med själva utformningen när det gäller tidsramar och ersättningssystemet. Materialet har analyserats utifrån etiska riktlinjer och moralisk stress. Resultaten pekar på förekomst av moralisk stress framförallt kopplat till de ekonomiska ramarna som inte ger utrymme till att basera behandlingen på den professionella

bedömningen utan till stor del på vad som faktiskt hinns med. Olika strategier för att hantera moralisk stress hos intervjupersonerna redogörs för i uppsatsen och förekomsten av dessa visar på den komplexa situation som den enskilde terapeuten måste navigera inom. Syftet med att analysera och diskutera dessa strategier i denna uppsats är inte att värdera eller kritisera terapeuten utan att försöka se dem i ett större sammanhang, hur det påverkar den enskilde terapeuten och vilken påverkan det kan ha på sikt. Övergripande organisatoriska regelverk påverkar i slutändan enskilda personer, i detta fall terapeuten och dennes patient och genererar etiska och moraliska dilemman som behöver hanteras.

Begriplighet. Ofta är det svårt att förhålla sig till och hantera företeelser som uppfattas som obegripliga och utan kontext. Att arbeta under sådana förutsättningar kan bidra till ökad känsla av stress och minskad trivsel med arbetet (Antonovsky, 2005). Att försöka hitta förklaringar och göra en företeelse begriplig kan underlätta även om man inte håller med eller tycker det är bra eftersom att obegripligheten i sig är stressande. Som terapeut träffar man personer som lider av psykisk ohälsa och med ett stort hjälpbehov samtidigt har man ofta väldigt knappa resurser att arbeta med. För att orka arbeta med psykoterapi behövs ett tryggt sammanhang att verka inom. Att stå för ett system som man inte själv kan förstå och förklara i samtal med en kanske besviken och förtvivlad patient är i högsta grad ett moraliskt dilemma som ger upphov till stress och påverkar terapeuten negativt.

Både Socialstyrelsen rekommendationer (2017) och Region Skånes (2018) egna ackrediteringsavtal påtalar att patienten ska erbjudas något som ofta inte är möjligt inom vårdvalet. Har man ackreditering så förbinder man sig att arbeta i enlighet med avtalet och där står att vården ska bedrivas utifrån patienten behov och antalet besök ska vara samstämmiga med dessa. Samtidigt så finns en tydlig tidsmässig begränsning som ytterligare kompliceras av att regionens utbetalningsvillkor inte ger incitament att faktiskt ge fler samtal än sex. Det finns ~~en~~ en inneboende konflikt för de olika aktörerna som i slutändan blir de som måste hantera dessa till synes motstridiga direktiv. Det blir något ologiskt i regelverket som terapeuten måste förhålla sig till. Vilken del av avtalet ska man följa? Vem ska bära kostnaden om man skulle ge patienten vad man bedömer vara i enlighet med hans behov?

Även inställningen till utvärderingarna präglas av svårigheter att förstå meningen med dessa, varför dessa måste användas och varför de är kopplade till ekonomisk ersättning. Om

man inte förstår poängen med en företeelse och inte heller kan se nyttan med den kanske ens engagemang minskar vilket indirekt skulle kunna förmedlas till patienten. Detta kan precis som intervjupersonerna säger leda till att resultaten inte blir användbara. Utifrån min egen erfarenhet av att arbeta inom vårdval psykoterapi kan jag se dessa risker. När personer som ska dela ut och själv fylla i blanketter inte ser poängen, inte tycker frågorna är tillförlitliga eller relevanta påverkar det sannolikt resultatet. Om syftet skulle vara tydligt och personer skulle uppfatta blanketterna som viktiga, användbara och passande för målgruppen, hade kanske motivationen att fylla i dem ökat och man hade förmedlat till patienten att svaren är viktiga.

När det kommer till begriplighet som tema skulle man kunna använda sig av begreppet KASAM, känsla av sammanhang (Antonovsky, 2005). Detta begrepp beskriver att en person behöver begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet för att må bra. Intervjupersonerna saknar detta när det gäller delar av avtalet för vårdval psykoterapi. Förutsättningarna för ekonomisk ersättning och nyttan med blanketterna kan ses som exempel på frånvaro av begriplighet och meningsfullhet. Det är svårt för terapeuterna att hantera de olika delarna i sitt uppdrag, att bedriva psykoterapi som de bedömer är lämpligt kontra de ekonomiska begränsningarna. Får man inte ihop dessa delar på ett begripligt och hanterbart sätt kan det påverka ens KASAM negativt.

Hur vill man jobba. Som terapeut är man ofta ensam i sitt arbete och behöver förlita sig på sin egen bedömning kring patienten. Vad som är etiskt och moraliskt rätt att göra i en situation är ställningstaganden som terapeuten ofta behöver hantera själv precis som Psykologförbundet (1998) tar upp. I dessa intervjuer visar det sig att intervjupersonerna hanterar och navigerar runt etiska dilemman gällande patientens behov och vad terapeuten har möjlighet att erbjuda. De ekonomiska ramarna säger en sak men i riktlinjer från Socialstyrelsen (2017) står att patienter ska erbjudas uppföljning och återbesök. Även i Region Skånes (2017) ackrediteringsavtal som personen förbinder sig att följa står att vården ska utgå från patientens behov. Samtidigt är ersättningssystemet utformat så att det inte premierar att man ger mer än fast antal gånger oavsett patient och problematik. Det blir den balansgång som beskrivs i de etiska riktlinjerna kring socialt, psykoterapeutiskt och psykologiskt arbete som går igenom i teoridelen. Intervjupersonerna får i allra högsta grad hantera dilemmat med att terapeuten ska vara lojal och följa regelverk och samtidigt följa sin

professionella bedömning som bygger på vad metoden förespråkar (Akademikerförbundet, 2003, Akademikerförbundet, 2005). Den enskilde terapeuten måste dels balansera mötet med patienten men även sitt behov av att stå upp för vad hen tycker är ett bra professionellt arbete och även behålla en rimlig lojalitet med uppdragsgivaren.

Att vilja erbjuda och arbeta utifrån vad man bedömer vara i patientens bästa intresse och i enlighet med vetenskap men hindras av, i detta fall, ekonomiska ramar har en tydlig koppling till moralisk stress (Kjellin et al., 2013, Kälvemark et al., 2004). I de olika etiska riktlinjer som presenterats tidigare diskuteras dilemman med att förhålla sig till dels patientens behov och den egna professionella bedömningen om vad som är lämplig behandling och dels verksamhetens eller ledningens regler och krav. Det är tydligt att alla intervjupersoner arbetar med att hantera detta på en daglig basis. Ett par intervjupersoner säger rakt ut att det ger samvets- eller moralisk stress men även de som inte benämner termerna rakt ut är påverkade på samma sätt. Precis som tas upp i psykologförbundets riktlinjer (1998) så är det i slutändan den enskilde terapeuten som behöver göra val och stå för utfallet. Detta är en mycket svår situation för terapeuten vilket också avspeglas i att alla på ett eller annat sätt dragit ner eller undviker helt att arbeta med vårdvalspatienter. Sättet man måste arbeta på inom KBT kort är i många delar inte överensstämmande med intervjupersonernas ideal som terapeuter.

En av intervjupersonerna tar upp det som Carlsson (2001) diskuterat kring ett glapp i vårdkedjan. Denna intervjuperson nämner att hen tycker det borde finnas fler steg när det gäller omhändertagandet av patienter på primärvårdsnivå. Detta är ytterligare en faktor som ligger utanför den enskilde terapeutens kontroll men som hen i slutändan måste hantera. En patient som bedöms ha problem för svåra för vad som hinns med på primärvårdsnivå men samtidigt inte bedöms vara tillräckligt sjuk för att få komma till psykiatri försätter terapeuten i ett svårt dilemma. Ska man påbörja en behandling som sannolikt inte räcker bara för att ge patienten något alls eller ska man avsluta patienten. Oavsett hur terapeuten gör finns risk att det inte kommer vara tillfredsställande och väcka negativa känslor och ge moralisk stress.

Allians och att ha patienten med sig betonas inom psykoterapeutisk behandling (Martin, Garske & Davies, 2000). Problematik på primärvårdsnivå är långt ifrån alltid lättare och många patienter kan antas ha en betydligt tyngre problematik än vad som egentligen rymts

inom 6 gånger. Att skapa allians är tidskrävande och när man har få gånger kan det bli svårt att ta den tid som behövs. I synnerhet om patienten har en komplex problematik kan det bli svårt att hinna med. Allians och en bra konceptualisering är mycket viktiga delar för att få goda resultat och att inte kunna utveckla detta är sannolikt ett dilemma för en terapeut.

Patienter som ovana av att gå i samtal, där man behöver tolk, som inte är vana att reflektera kring sig själv eller har svårt att formulera sig är sannolikt inte gynnade av så korta behandlingstider. Vårdval psykoterapi skulle kunna vara ett sätt att utjämna skillnader så att även personer utan ekonomiska möjligheter att betala för terapi får möjlighet till psykoterapi. Som det ser ut nu fungerar detta inte eftersom behandlingen många gånger är för kort och då blir det den med svagare ekonomiska resurser som får mindre hjälp, vilket också adresserats som ett moraliskt dilemma under en intervju.

Påverkan på mående. Det framkommer tydliga indikationer på att intervjupersonerna av varierande grad upplever eller har upplevt stress kopplat till avtalets ramar och hur de vill arbeta som terapeuter. De symptom som tidigare rapporterats hos vårdpersonal (Austin et al., 2003, Austin et al., 2005, Corley, 2002, Wilkinsson, 1988) visar sig även vara aktuella vid dessa intervjuer. Intervjupersonerna har upplevt psykiska och fysiska symptom som de själva kopplar till den stress de upplever avtalets ramar genererar. De emotionella och psykologiska effekterna framkommer i större utsträckning i intervjuerna, än vad de fysiska gör. Det betyder inte att dessa besvär de facto är mer framträdande utan kan vara ett utslag av hur frågorna var formulerade med ett större fokus på dessa upplevelser snarare än fysiska eller somatiska symptom. Intervjupersonerna beskriver tydligt hur de behöver hantera precis det som tas upp i de olika etiska riktlinjerna (Akademikerförbundet, 2015, Akademikerförbundet, 2014, Psykologförbundet, 1998). Det vill säga att terapeuten måste balansera, ibland motstridiga, aspekter såsom den egna professionella bedömningen, vad välgrundad kunskap säger och ekonomiska krav, vilket är något som kan leda till stress enligt t ex Dahlqvist (2008).

Intervjupersonerna upplever i högsta grad att yttre faktorer hindrar dem att agera i linje med patientens intresse. Detta är enligt Kjellin et al. (2013) en källa till moralisk stress hos vårdpersonal. Terapeuter har ofta värderingar kopplat till sitt arbete som handlar om att göra gott och man är skolad i att arbetet ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Intervjupersonerna i denna studie beskriver hur de hindras i detta av ekonomiska begränsningar. En intervjuperson beskriver att hen inte tror det är möjligt att helt komma ifrån

en känsla av frustration när det gäller vad man vill ge och vad de ekonomiska resurserna tillåter. Detta är sannolikt helt rätt då psykisk ohälsa många gånger inte går att helt bota. Dessutom går psykologisk behandling bland annat ut på hjälp till självhjälp och det kan vara svårt att bedöma när patienten är redo att klara sig själv. Behandling av psykisk ohälsa går ut på att lära sig hantera sina svårigheter på ett mer funktionellt sätt och för det kan det krävas längre behandlingar eller upprepade behandlingsinterventioner. Detta är inte möjligt med reglerna i vårdval psykoterapi vilket skiljer sig från vård och behandling av andra sjukdomstillstånd. Vissa psykiatriska diagnoser kan vara mer eller mindre kroniska, utan att för den delen vara så grava att patienten hör hemma inom psykiatrin. En patient med psykisk ohälsa har dock inte möjlighet att få vårdval psykoterapi (eller MMS) igen med mindre än att det gått 12 månader sedan avslutad kontakt.

Intervjupersonerna beskriver stresssymptom och att de inte mår bra kopplat till arbetet. Detta tolkas som att moralisk stress föreligger. Austin et al. (2005) beskriver att bland annat ilska, frustration och förtvivlan förekommer hos personer med moralisk stress. Tidigare forskning menar att det finns en risk för utbrändhet och att personer lämnar sitt yrke kopplat till moralisk stress. Under intervjuerna framkom flera uttalanden som talar för att funderingar på att lämna sitt arbete finns med. Att måendet även påverkas i privatlivet visar sig hos framförallt en intervjuperson som fått sömnproblem och beskriver att detta upptar tankar hans tankar en stor del av tiden. Att även privata livet påverkas negativt är inte ett gott tecken och kan leda till tex depression och frånvaro från arbetet. Psykosocial ohälsa är vanligt bland hälso- och sjukvårdspersonal (Arbetsmiljöverket, 2015) och det behöver finnas förutsättningar för att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet för att minska risken att drabbas av moralisk stress.

Att två av intervjupersonerna säger sig må bättre nu än tidigare bedöms handla om att de har använt copingstrategier för att klara av situationen snarare än att de uppskattar regelverket mer.

Strategier att hantera och stå ut. I svåra situationer behöver människor ha strategier för att hantera dessa och kunna navigera kring skuld känslor och den stress som väcks. De tre intervjupersonerna som arbetar inom privat verksamhet beskriver alla att de lagt och lägger mycket tid på att hantera de känslor som väcks hos dem. Intervjupersonerna i denna studie

använder olika copingstrategier och dessa känns igen från tidigare forskning. För att använda Bertlings (2015) beskrivningar så används bland annat kravsänkande som strategi. Terapeuterna skulle vilja erbjuda mer men får sänka sin ambitionsnivå eftersom det inte hinns med. Intervjupersonerna uppger också att man betonar för patienten att det inte är terapeuten som satt upp reglerna. Man tydliggör att tidsramen bestäms av Region Skåne vilket kan ses som ett sätt att förlägga ansvaret på någon annan än en själv, vilket också ingår i beskrivningen av Bertlings (2015) kravsänkandestrategin. Två av terapeuterna beskriver transparens och tydlighet gentemot patienter som en uttalad strategi. Det kan ses som ett sätt att realitetsanpassa patientens förväntningar men också ett sätt att hantera den stress och ångest som det väcker att inte kunna ge det man som terapeut bedömer vara bäst för patienten. Tydligheten kan fylla funktionen att hålla sina skuld känslor ifrån sig och kanske också patientens eventuella besvikelse. Det är ett sätt att stå ut genom man tydliggör att det inte är terapeutens eget beslut och egen bedömning som ligger till grund för den korta behandlingstiden, utan att skulden så att säga ligger hos Region Skåne. På detta sätt kan terapeuten lyfta en del av stress och skuld känslor från sig själv. Till sig själv och patienten blir budskapet att det inte är terapeutens fel att patienten inte får tillräcklig hjälp.

Två intervjupersoner har aktivt försökt bidra till en förändring av systemet genom att engagera sig i skrivelser och andra påtryckningar. Även om de uppger att de inte upplevt att det gett någon effekt kan denna strategi vara hjälpsam när det kommer till att hantera den moraliska stress som uppstår. Det kan ge en positiv känsla av att man har gjort sitt bästa och försökt att få tillstånd en förändring. Att till viss eller stor del välja bort vårdvalspatienter är en strategi som alla använder sig av. Den intervjuperson som arbetar inom Region Skåne har möjlighet att i princip inte alls ta patienter inom vårdvalet längre. De andra uppger att en del i att klara av att arbeta inom vårdvalet är att man blandar upp med andra patienter. Att strategin för att må bra på sitt arbete är att undvika KBT kort är inte ett särskilt gott betyg till upplägget.

Att säga till sig själv att det är bättre än inget, kan ses som ett sätt att hantera samvetsstress och lättare klara av att fortsätta. Det kan ses som ett utslag av positiv lydnad (Paulsen, 2015 refererad i Bertling, 2015). Man drivs av önskan att göra gott för patienterna och idéer om att det är bättre än inget alls kanske är en del i att personerna fortsätter trots att avtalet är illa omtyckt. Det blir också ett sätt att trösta sig själv med resonemang om att det är

bättre att patienten får lite än ingenting. Även om patienten inte får vad terapeuten bedömt vara det bästa så kan de få något gott med sig. En intervjuperson har tidigare tagit på sig ansvaret, vilket beskrivs som del av strategin positiv lydnad, men nu gått över till att tänka att ansvaret ligger hos Region Skåne. En uttrycker tydliga somatiska och psykiska besvär som kan tolkas som att förtvivlad lydnad (Paulsen, 2015 refererad i Bertling, 2015) föreligger. Personen säger sig också fundera på att sluta vilket också tas upp som en risk i litteraturen (Austin et al., 2003, Austin et al., 2005).

Ytterligare ett sätt att hantera situationen kan vara att man för sig själv försöker göra det begripligt, man försöker öka sin KASAM. Resonemangen kring att behandlingen kanske mer ska ses som en introduktion eller psykoedukation snarare än en psykoterapi kan ses som ett försök för intervjupersonerna att begripliggöra. Det blir en diskrepans mellan att det kallas vårdval psykoterapi och upplevelsen att det inte finns de rätta förutsättningarna för att faktiskt utföra psykoterapi. Ett sätt att hantera detta blir då att man försöker hitta förklaringar och kalla det något som stämmer bättre överens med den egna bilden. En intervjupersons resonemang kring att man kanske får se KBT kort som en introduktion till KBT, snarare än en regelrätt psykoterapi kan ses som en sådan strategi. Det blir dock problematiskt eftersom det finns en karens på 12 månader, om det upptäcks att en introduktion inte räcker finns inte mer att erbjuda sen.

Strategin att bryta mot regler (Kälvemark et al., 2004) verkar inte förekomma i en ren form. Intervjupersonen som beskriver hur de tidigare tog patienter två gånger efter varandra resonerar själv kring att det inte var fusk eller regelbrott. Att arbeta i gråzoner på det viset i ett försök att hantera något som väcker moralisk stress, kanske kan ge upphov till samma effekter som när strategin är att regelrätt bryta regler. Regelbrottet i sig leder till moralisk stress trots att man gör det i patientens intresse. Att hävda att man inte bryter mot regler kan vara ett sätt att hantera den moraliska stress som regelbrottet kan rendera. Det blir en copingstrategi för att hantera den första copingstrategin.

En etikett. Flera gånger under intervjuerna återkom kommentarer om att det är en etikett och någon sorts fasad, att saker inte är vad de utger sig för att vara eller att saker inte visar det som sägs. Det handlar om huruvida det är KBT som ges, om det är psykoterapi som ges eller om utvärderingarna verkligen visar upp trovärdiga resultat.

Man kan fundera på om det också bara är på pappret som patienter erbjuds upp till 13 gånger utifrån dennes behov. Det står i avtalet att patienten kan få upp till 13 gånger men terapeuten ser inte det som ekonomiskt genomförbart. Även detta kan tänkas generera moraliskt stress, men kanske även samvetsstress. Terapeuten får här brottas med den egna bedömningen som kanske stämmer med antalet gånger som är taket men inte uppfattas som möjligt ur ekonomisk synvinkel. Det blir en komplicerad väv av ställningstaganden i flera lager. Är det Region Skånes intention att antalet samtal ska baseras på patientens behov hjälper utformningen inte till att tydliggöra detta. Att summan är lika oavsett 6 eller 13 samtal är inte ett styrmedel för att säkerställa att patientens behov styr. Andra delar inom Region Skånes budget har i perioder haft tydlig ekonomisk styrning för att uppnå det man ansett viktigt. En period ville man att hembesök skulle ske i större utsträckning vilket gjorde att ersättningen höjdes markant. Utformningen av ersättningen för KBT kort styr inte tydligt att det är behovet som ska vara till grund för antalet samtal utan det förefaller vara ett ideal på 6 gånger.

Bemötande från Region Skåne. Känslan som förmedlas är att Region Skåne inte lyssnar och att det inte är någon idé att framföra kritik eller förslag på reformering av avtalet. De ganska hårda ord som används för att beskriva Region Skånes bemötande kan ses som ett sätt att kanalisera ilska och frustration över en svår situation som den enskilda terapeuten är ensam att hantera. Terapeuten vill göra gott för patienten men upplever inte att hen ges möjlighet att utföra detta och upplever sig inte få gehör för denna förtvivlan. Att se det som meningslöst att försöka eller att säga att Region Skåne inte är intresserade av dialog kan också ses i skenet av copingstrategi. Detta skulle kunna vara exempel på cynisk lydnad som beskrivs av Roland Paulsen (refererad i Bertling, 2015).

Oavsett om omdömena stämmer eller inte blir det ett sätt att förhålla sig och stå ut i en svår situation. Det kan ses som ett utslag av den copingstrategi som Austin et al. (2005) beskriver. Man ser sitt inflytande som begränsat för att stå ut. Det kan också ses i ljuset av att det sannolikt krävs tid och ork att driva en fråga vidare till tjänstemän eller politiker i Region Skåne. Ju mer terapeuten behöver en förändring eftersom arbetsbördan blir för tung, desto mindre ork finns det av precis samma anledning.

Kan det vara så att många finner sig i avtal bland annat för att de inte ser andra alternativ. Det är en stor del av privata terapeuters försörjning, men även vårdcentraler har en

möjlighet att dra in pengar. Det kan även handla om att man som terapeut ser ett stort behov hos patienterna och man drivs av en önskan att göra gott. Det kan finnas en oro att framförandet av kritik skulle kunna leda till att avtalet försvinner helt. Känslan som beskrivits, att Region Skåne ser terapeuterna som en kostnad tillsammans med de nedskärningar i ersättningsnivåerna som skett med hänvisning till att vårdvalet kostat för mycket, skulle kunna förstärka denna oro. Att inte fler protesterar eller ger förslag på förändringar skulle kunna bero på att man inte tror det är lönt och därmed minskar engagemanget. Kanske kan man här använda sig av Bertlings (2015) term disengagement. Man kopplar delvis bort sitt engagemang i denna fråga för att behålla ork att genomföra arbetet med patienterna.

Avslutning

Då man satt namnet vårdval psykoterapi indikerar detta att behandlingen som ges inte är stödsamtal utan just psykoterapi. Vid behandling ska man arbeta utifrån vetenskap och beprövade metoder. Kan man då under KBT kort bedriva evidensbaserad psykoterapi som effektivt behandlar de diagnoser som är aktuella? Nu ser det ut som att en stor mängd människor erbjuds psykoterapi upp till 13 gånger när det i många fall handlar om endast 6 besök. Som terapeut finns rekommendationer från Socialstyrelsen (2017) som betonar att en aktiv uppföljning med en förnyad kontakt till personer med depression eller ångestsyndrom bör finnas. Även i ackrediteringsvillkoren (Region Skåne, 2018) finns formuleringar om att patientens behov ska styra. Hur ska terapeuten förhålla sig till detta, i synnerhet i relation till den karens på 12 månader som huvudmannen infört? Vem ska ge den uppföljningen eller förnyade behandlingen om det inte finns finansiering.

Samtalen blir kanske i många fall stödsamtal med KBT-inriktning snarare än regelrätt psykoterapi enligt evidens. Att se det som en introduktion, som ett par intervjupersoner säger, behöver inte vara fel men det blir problem om patienten inte blir hjälpt utan behöver fortsatt behandling vilket inte är möjligt med dagens regler. KBT dras med, den många gånger felaktiga, uppfattningen att det är en väldigt kort och ytlig behandling. Det är givetvis en tilltalande tanke att behandla psykisk ohälsa på väldigt kort tid. Men även om KBT ofta har kortare behandlingstider än andra terapiinriktningar så är psykoterapi med KBT ofta längre än 6 gånger (APA, 2017, Ledley, Foa & Huppert, 2009, Muñoz & Miranda, 1996).

Utvärderingarna är starkt kritiserade av intervjupersonerna. Det skulle kunna finnas risker med ett utvärderingssystem som samtidigt är kopplat till att terapeuten får ekonomisk ersättning. Att använda dessa utvärderingar som ett mått på hur effektiv vården är kan därmed vara vanskligt. Andra vårdval såsom tex för barnmorskor utvärderas inte på samma sätt (Region Skåne, 2018). Att just psykoterapi behöver denna utvärdering spär på känslan av att samtalsbehandling och psykoterapi inte är en självklar del av sjukvården såsom somatiska behandlingsmetoder är. Vi har ett samhälle idag där arbetsrelaterade skador många gånger inte längre rör sig om somatiska eller kroppsliga besvär. Allt fler har jobb som kanske inte kräver så stor fysisk ansträngning utan det handlar oftare om psykisk belastning (Johnson, 2015 & Sundin, Hogstedt, Lindberg & Moberg, 2005) . Vi behöver därför ett synsätt att psykisk ohälsa är legitim, och att psykologisk och psykosocial behandling är lika relevant som farmakologisk eller medicinsk. I linje med detta borde vårdcentraler ha psykosocial kompetens som överensstämmer med behovet av psykologisk behandling. Vårdcentraler skulle då kunna hantera de patienter som behöver stödsamtal, krisbearbetning eller andra samtal som kan hamna på ganska få gånger. De patienter som bedöms behöva regelrätt psykoterapi kan erbjudas detta på vårdcentralen eller remitteras ut till privata vårdgivare utifrån LOV. Kanske är det bättre att det inte finns en uppdelning i kort respektive lång utan patienten får remiss till KBT med det maxtak som nu finns för KBT lång. Ska uppdelningen vara kvar bör reglerna för ersättning ändras så att terapeuten får betalt per gång. Då finns reella förutsättningar för patienten att få behandling upp till taket.

Fortsatt forskning. Då psykisk ohälsa är en så vanlig anledning till att patienter söker sig till primärvård är det angeläget att den vård som ges är effektiv och fungerar. Utifrån det resonemang som intervjupersonerna fört kring utvärderingarna som görs skulle vidare forskning kunna vara att undersöka trovärdigheten och reliabiliteten kring resultaten av ICF och EQ-5D samt om den starka kopplingen till terapeutens ekonomiska ersättning påverkar dessa. Vidare behövs mer forskning kring hur behandlarna uppfattar hur vårdvalet fungerar och om det har någon påverkan på mående kopplat till psykisk hälsa. Detta skulle kunna analyseras utifrån moralisk stress och KASAM. Denna studie kan inte säga någonting om hur gruppen terapeuter generellt inom Vårdval psykoterapi uppfattar avtalet. Viktig forskning vidare skulle därför vara att utforma och utföra en enkätundersökning hos en större population för att där kunna få ut statistiskt säkerställda uppgifter.

Referenser

- Akademikerförbundet SSR. (2014). *Etik och psykoterapi -Etisk kod för psykoterapeuter*. Hämtad 2018-02-17, från https://akademssr.se/sites/default/files/files/etik_och_psykoterapi.pdf
- Akademikerförbundet SSR. (2015). *Etik i socialt arbete -Etisk kod för socialarbetare*. Hämtad 2018-02-17, från https://akademssr.se/sites/default/files/files/etik_och_socialt_arbete_2017_w.pdf
- Allgulander, C, Nilsson, B. (2003). Rikstäckande primärvårdsstudie: var fjärde patient lider av ångest och depression. *Läkartidningen*. Nr 10. Hämtad 2018-03-10, från http://ww2.lakartidningen.se/old/content_0310/pdf/832_838.pdf
- APA. (2017). *Prolonged Exposure (PE)*. Hämtad 2018-05-01, från <http://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/prolonged-exposure.aspx>
- Arbetsmiljöverket. (2015). *Huvudsakliga risker inom hälso- och sjukvården*. Hämtad 2018-04-20, från: [https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/huvudsakliga-risker-inom-halso--och-sjukvarden/?hl=hälso och sjukvård](https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/huvudsakliga-risker-inom-halso--och-sjukvarden/?hl=hälso%20och%20sjukvård)
- Austin, W., Rankel, M., Kagan L., Bergum, V. & Lerner Meyer, G. (2005). To stay or to go, to speak or to stay silent, to act or not to act: moral distress as experienced by psychologists. *Ethics & Behavior*. 15(3). 197-212
- Austin, W., Bergum, V. & Goldberg, L. (2003). Unable to answer the call of our patients: mental health nurses experience of moral distress. *Nursing Inquiry*, 10(3). 177-183
- Brocki, J.M. & Wearden, A.J. (2006). A critical evaluation of use of interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and health*, 21(1). 87-108
- Carlsson, S G. (2001). *Psykologi i primärvården*. Psykologiska institutionen. Göteborgs universitet. Göteborg *Journal of Health and Psychology* 7(2). 125-30.
- Chapman, E. & Smith, J. A. (2002). Interpretative Phenomenological Analysis and the New Genetics. *Journal of Health Psychology*, 7, 15-130.

- Colnerud, G. (1997). Ethical dilemmas of psychologists – A Swedish example in an international perspective. *European Psychologist* 2. 164-170.
- Corley, M.C. (2002). Nurse moral distress: a proposed therapy and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650
- Dahlqvist, Vera. (2008). *Samvete i vården. Att möta det moraliska samvetets röster.* (Avhandling Umeå Universitet) Umeå: Print och Media.
- Euroqol. *EQ-5D About EQ-5D.* (2017, 28 april). Hämtad 2018-04-11, från <https://euroqol.org/>
- Ericson-Lidman, E, Norberg, A, Persson, B, Strandberg, G. (2013). Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Scandinavian Journal of Caring Science.* 27(2). 215-223
- Flygt, M. (2017, 14 april). Barnmorskan som vägrade abort diskriminerades inte. *Dagens Nyheter.* Hämtad 2018-01-30, från <https://www.dn.se/ekonomi/barnmorskan-som-vagrade-abort-diskriminerades-inte/>
- Hazlett-Stevens, H. & Craske, M. B. (2002). Brief Cognitive-Behavioral Therapy: Definition and Scientific Foundations. I Bond, F.W & Dryden W (Red.), *Handbook of brief cognitive therapy.* Hoboken: Wiley
- Hägglund, P, Johansson, P. & Laun, L. (2012). *Rehabiliteringsgarantin.* (IFAU-rapport, 2012:26). Uppsala: Institutet för arbetsmarknad- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Johnson, A. (2015). Tjänstesamhället. *Företagskällan.* Hämtad 2018-05-02, från <http://www.foretagskallan.se/foretagskallan-nyheter/lektionsmaterial/tjanstesamhallet/>
- Kjellin, L, Thorsén, H, Bäckström, J, Wadefjord, A, Engström, I. (2013). Etisk och moralisk stress diskuteras sällan inom psykiatrin. *Läkartidningen.* Nr 4 vol 110.
- Käll, K. (2009). *Kan osynliga händer hälsa? En analys av Vårdval Stockholms konkurrensmodell.* (Kandidatuppsats Göteborgs Universitet) Göteborg: Statsvetenskapliga institutionen.

- Kälvemark, S, Höglund, A T, Hansson, M G, Westerholm, P, Arnetz, B. (2004). Living with conflicts- ethical dilemmas and moral stress in the health care system. *Social Science & Medicine*. 58. 1075-1084
- Ledley, D.R, Foa, E.B, Huppert, J.D. (2009). *Comprehensive cognitive behavioral therapy for social phobia. A treatment manual*. Hämtad 2018-05-01, från <https://www.div12.org/wp-content/uploads/2014/09/Comprehensive-CBT-for-Social-Phobia-manual.pdf>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3). 438-450.
- Muñoz, R.F. & Miranda, J. (1996). *Group therapy manual for cognitive behavioral treatment of depression*. Santa Monica: Rand. Hämtad 2018-05-01, från https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2005/MR1198.4.pdf
- Psykologförbundet. (1998). *Yrkesetiska principer för psykologer i Norden. Antagna av Sveriges Psykologförbunds kongress 1998*. Hämtad 2018-02-17, från <http://www.psykologforbundet.se/globalassets/yrket/yrkesetiska--principer-for-psykologer-i-norden.pdf>
- Region Skåne. (2018). *Förfrågningsunderlag och Avtal för Barnmorskemottagning i Hälsoval Skåne omfattande: gällande år 2018, Mödrahälsovård Preventivmedelsrådgivning och sexuell hälsa, Gynekologisk cellprovtagning enligt den organiserade screeningen för livmoderhalscancer*. Hämtad 2018-04-28, från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/lov-lol-lof/ackreditering---fillistning/forfragningsunderlag-bmm-fr-o-m-2018-03-01.pdf>
- Region Skåne. (2017). *Förfrågningsunderlag och Avtal för Psykoterapi i Hälsoval Skåne. Gällande år 2018*. Hämtad 2018-02-15, från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/lov-lol-lof/ackreditering---fillistning/forfragningsunderlag-psykoterapi-2018.pdf>

- Region Skåne. (2015). *Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne gällande år 2015*. Hämtad 2018-04-28, från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/lov-lol-lof/ackrediteringsarkiv---fillistning/ackrediteringsvillkor-varldcentral-150525.pdf>
- Robson, Colin (2002). *Real world research. Second edition*. Oxford: Blackwell Publishing
- Samvete. (2017, 25 augusti) I *Wikipedia*. Hämtad 2018-01-30, från https://sv.wikipedia.org/wiki/Samvete_hämtad_180130
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2018-02-17, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>
- Sundin, J., Hogstedt, C., Lindberg, J. & Moberg, H. (2005). *Svenska folkets hälsa förr och nu*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. Hämtad 2018-05-01, från <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:208051/FULLTEXT01.pdf>
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). *Överenskommelse Rehabiliteringsgarantin*. Hämtad 2018-02-18, från <https://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/smartaochpsykiskohalsa/overenskommelsemedstaten.1035.html>
- WHO. (2018, 2 mars). *International classification of functioning, disability and health. IFC*. Hämtad 2018-04-11, från <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Wilkinsson, J.M. (1998). Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*, 23(1), 16-29
- Åsbring, N, Dal, H, Ohrling, M, Dalman, C. (2014). Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa. *Läkartidningen*. Nr 41. Hämtad 2018-03-10, från

<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Originalstudie/2014/10/Varfemte-som-besokte-varcentral-fick-hjalp-mot-psykisk-ohalsa/>

1177 Vårdguiden. (2017). *Välj mottagning för psykoterapi i Skåne*. Hämtad 2018-02-17, från <https://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Valj-mottagning-for-psykoterapi/>

Blankett för samtycke

Gällande uppsats inom ramen för psykoterapeututbildningen (steg 2) vid Lunds Universitet vt 2018. Uppsatsen undersöker terapeuters uppfattning om de ekonomiska ramarna gällande vårdval psykoterapi KBT kort och hur dessa påverkar terapeutens arbete.

Student: Karina Bäckström

Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående studie:

Underskrift.....

Namnförtydligande.....

Ort och datum.....

Hej,

jag heter Karina Bäckström och studerar på psykoterapeutprogrammet vid Lunds universitet med inriktning KBT-vuxen.

Jag har valt att skriva min uppsats om "Vårdval psykoterapi KBT-kort" och undersöker nu om, och i så fall hur, vårdvalets ekonomiska ramar påverkar terapeuter och deras arbete. Vårdval psykoterapi är en del inom sjukvården som kontinuerligt utvärderas när det gäller text sjukskrivningstal och patientens upplevelse av behandlingen. Denna uppsats tittar istället på hur terapeuterna uppfattar ramarna.

Skulle du vilja ställa upp på en intervju till denna studie? Deltagande är helt frivillig och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att ange anledning. Materialet anonymiseras så att ingen intervjuperson kan identifieras.

Uppsatsen har en kvalitativ ansats och jag gör intervjuer med terapeuter utifrån en intervjuguide. Jag önskar helst att få möjlighet att spela in intervjuerna på band. Materialet kommer sedan förvaras i ett låst skåp så att ingen obehörig kan komma åt det och sedan förstöras efter uppsatsen är klar.

Intervjuerna kan ske personligen eller via telefon utifrån vad som passar dig bäst.

Hör av dig till mig på kontakt@samtala.org eller 0735778781.

Med vänlig hälsning Karina Bäckström

Intervjuguide

År som terapeut? År inom vårdvalet?

Anställd?

Hur jobbade du innan? Skillnader? Bättre eller sämre?

Tar du bara pat inom vårdval? Skillnader i hur arbetet läggs upp? Erbjuds de olika?

Generell uppfattning om vårdvalet?

Känner du till ersättningsnivåerna? Är det något som arbetsgivaren poängterar?

Hur upplever du de ekonomiska ramarna? Antal gånger och hur ersättningen är utformad.

Hur ofta träffar du dina pat?

Vad styr hur ofta? Har ni något fast antal? Isf hur tänker du kring det?

Upplever du att de ekonomiska ramarna påverkar din bedömning av behandlingens längd?

Blir du någon gång stressad av ramarna, tidsramar?

Hur trivs du med formatet vårdval?

Påverkas du själv av ramarna?

Hur mycket upplever du att ekonomin styr när det kommer till synpunkter från ledning?

Upplever du att ramarna är i linje med hur du vill lägga upp ditt arbete? Om nej, utveckla

Vad är bra med vårdvalet? Dåligt?

Hjälper eller stjälper vårdvalets ramar när det gäller hur du som professionell lägger upp ditt arbete?

Har du nytta av blanketterna? Vad är bra? Mindre bra? Använder du resultaten i ditt arbete?

Hur upplever du uppföljningsgången? Skillnad sen ettårsregeln?

Ettårsregeln, hur uppfattar du den? Hur blir det för dig som professionell?

Kan du vara den terapeut du önskar?

Kan du ge det du önskar?

Socialstyrelsen rek att återbesök och ny behandling ska beaktas, vad tänker du?

Vårdvalet kontra vetenskaplig verksam behandling?