



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

”Snart är ingenting normalt utan det ska kategoriseras som någonting”

En studie av kuratorers uppfattningar om det utbredda användandet av begreppet psykisk ohälsa

Cajsa Fredriksson
Erika Haraldsson

Kandidatuppsats SOPA 63
HT 2020
Handledare: Cecilia Heule

Abstract

Author: Cajsa Fredriksson and Erika Haraldsson

Title: “*Soon nothing is normal but should be categorized as something*” - A study of welfare officers’ perceptions of the widespread use of the term *mental illness*. [Translated title]

Supervisor: Cecilia Heule

Assessor: Norma Montesino

The perceived problem being explored in this bachelor thesis study is how the widespread use of the term *psykisk ohälsa* (mental illness) might be used to include the perceived suffering that is a part of life. Based on this problem, the chosen purpose of this essay is to explore how welfare officers perceive the widespread use of the term *psykisk ohälsa*. Interviews have been conducted with seven welfare officers working at local health care centres in different parts of Sweden. Due to Covid-19, the interviews were carried out via Skype. The main findings from the interviews were that it is difficult for the interviewed practitioners to define the term *psykisk ohälsa* and to determine what the widespread use of the term *psykisk ohälsa* might lead to. The welfare officers pointed out both positive and negative aspects. On the positive side, the stigma related to mental illness is decreasing and more patients are searching for care. On the negative side, patients seeking care might search for care for problems that are a part of life. Also perceived as negative, some of the welfare officers brought up the tendency to medicalize, which means to diagnose every way of experiencing mental illness.

Key words: welfare officer, mental illness, patient assessment, medicalization.

Förord

Vi vill tacka de kuratorer som ville ställa upp på en intervju. Vi trodde att det skulle bli svårt att hitta kuratorer under rådande omständigheter med intervjuer på distans, men det visade sig finnas flera hjälpsamma kuratorer som ville bidra med sin tid och sin kunskap. Utan er hade denna uppsats inte varit genomförbar. Tack!

Vi vill även tacka vår handledare Cecilia Heule för handfasta råd och god stöttning genom hela processen.

Vi vill också passa på att tacka varandra för ett gott samarbete.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Problemformulering	1
1.2 Syfte	2
1.3 Frågeställningar	2
1.4 Bakgrund	3
1.5 Begreppsförklaringar	4
2. Metod	4
2.1 Metodval	4
2.2 Urval	5
2.3 Tillvägagångssätt	5
2.4 Resultatens tillförlitlighet	7
2.5 Analys och bearbetning	8
2.6 Etiska överväganden	9
2.7 Arbetsfördelning	10
3. Kunskapsläge	10
3.1 Vad är psykisk ohälsa?	10
3.2 Orsaker till psykisk ohälsa	11
3.3 Hälso- och sjukvårdskuratorer	12
4. Teoretiska utgångspunkter	13
4.1 Biomedicinskt perspektiv	13
4.2 Humanistiskt perspektiv	15
5. Resultat och analys	17
5.1 Den svåra gränsdragningen mellan psykisk ohälsa och mänskligt lidande	17
5.2 Stigmatisering och normalisering av psykisk ohälsa	20
5.3 Kuratorernas uppfattningar om patienternas mående	24
5.4 Den psykiska ohälsan tenderar att medikaliseras	27
6. Avslutande diskussion	31
7. Referenslista	34
Bilagor	37
Bilaga 1 Intervjuguide	37
Bilaga 2 Informationsbrev	39

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Region Skåne påbörjade år 2020 en satsning för att undersöka om primärvården kan ta en del av belastningen från psykiatrin, med argumentationen att “ont i livet ska inte botas inom psykiatrin” (Fritze, 2020). Detta kan vara en antydning till att vilja göra skillnad mellan psykisk ohälsa och vad som kan vara “ont i livet” trots att “ont i livet” kan antas vara en del av psykisk ohälsa. Christian Rück, professor i psykiatri, skrev sommaren 2020 en debattartikel i Dagens Nyheter och det är följande citat som är inspirationen till denna uppsats:

Begreppet psykisk ohälsa har blivit vanligt på senare år och innefattar inte bara psykiatriska problem utan även den sortens psykiskt lidande som hör livet till. Vi behöver därför sluta prata om psykisk ohälsa som någonting som automatiskt behöver behandlas bort och istället förstå vad som kräver professionell hjälp och skilja det från det eviga lidandet som hör livet till och som ingen satsning verkar kunna rå på (Rück, 2020).

Rück och Fritze beskriver ett högaktuellt ämne som diskuteras på många olika nivåer i samhället. Folkhälsomyndigheten ger varje år ut en årsrapport om folkhälsan och inledningsvis i deras rapport från 2020 listas de resultat som de vill lyfta fram. Ett av dessa resultat är att nedsatt psykiskt välbefinnande ökar (Folkhälsomyndigheten, 2020a, s. 5). Andelen personer som skattar sitt psykiska välbefinnande som nedsatt har ökat sedan 2006. År 2018 var det 17 procent av befolkningen mellan åldrarna 16 och 84 år som uppgav att de anser sig ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande (Folkhälsomyndigheten, 2020b).

Andreas Vilhelmsson (2014), doktor i medicinsk vetenskap, menar att den psykiska ohälsan i större utsträckning beskrivs som ett folkhälsoproblem på global skala. Han ställer frågan om det beror på medikaliseringen, det vill säga att psykisk ohälsa ses som ett medicinskt problem, och de mätmetoder som används snarare än att den psykiska ohälsan ökar. Vidare uttrycker Vilhelmsson:

Det är viktigt att [...] problematisera begreppet psykisk ohälsa, att analysera om den de facto har ökat eller bara är ett uttryck för en annan livssituation där människor mer känner efter hur de mår

och kommunicerar detta. Genom att inkludera människor med milda problem i uppskattningarna av psykisk sjukdom medföljer nämligen risken att förlora resurser till att behandla de som verkligen lider (Vilhelmsson, 2014, s. 71).

Läsning av Rück och Vilhelmssons texter om psykisk ohälsa gav denna studie dess inriktning. Statistik från Folkhälsomyndighetens folkhälsodata där respondenterna får självrapportera om bland annat sin psykiska hälsa visar att sämre psykiskt mående är högre rapporterat inom grupper som är arbetslösa eller får sjukpenning/ersättning (Folkhälsomyndigheten, 2020c). Inom dessa grupper självrapporteras högre nivåer om allt från depression diagnostiserad av läkare till ångslan, oro och trötthet. Enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:453) är socialtjänstens mål bland annat att människor ska ha goda levnadsvillkor, ekonomisk och social trygghet samt ett aktivt deltagande i samhället. Därmed ligger det inom det sociala arbetets ansvarsområde att åtgärda och belysa denna problematik.

Inom socialt arbete är uppdraget att ge människor rätt stöd. Om det är sociala problem som arbetslöshet, isolering eller brist på ett socialt nätverk som är anledningen till att en person inte mår bra psykiskt är det önskvärt att den personen får rätt stöd. Hälso- och sjukvårdskuratorer på vårdcentraler möter dagligen personer som mår psykiskt dåligt och därför är de en passande yrkesgrupp att utgå ifrån.

1.2 Syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka hur kuratorer inom hälso- och sjukvården uppfattar den utbredda användningen av begreppet psykisk ohälsa.

1.3 Frågeställningar

Hur uppfattar kuratorerna inom hälso- och sjukvården att de vårdsökande beskriver sin psykiska ohälsa?

Vilka positiva och/eller negativa aspekter anser kuratorerna inom hälso- och sjukvården finns i samband med den utbredda användandet av begreppet psykisk ohälsa?

1.4 Bakgrund

Psykisk ohälsa har genom historien varit ett problematiskt begrepp som alltid har påverkat den drabbade. Personer med psykisk ohälsa har exempelvis exkluderats från samhället och haft försämrade livsvillkor utifrån hur samhället har sett på de personer som har psykisk ohälsa. Idéhistorikern Inga Sanner (2009) beskriver att förståelsen av den psykiska ohälsan har präglats av olika uppfattningar i västerländsk historia. Författaren beskriver den psykiska ohälsans historia från antiken till idag. Under antiken kopplades "vansinne" eller "galenskap" till religion, exempelvis att personen ifråga ansågs vara besatt av onda andar. En annan förklaring kunde vara att personens kroppsvätskor inte var i balans med varandra (ibid.). Vid 1800-talets början skedde en förändring av synen på psykisk ohälsa - det medicinska perspektivet tog över och de som ansågs vara sjuka lades in på vårdinrättningar (Hess & Majerus, 2011, s. 140). I slutet av 1800-talet blev psykologin och psykiatrien vetenskapliga discipliner, dock fanns det ingen enighet kring vad psykisk sjukdom var och hur den skulle behandlas. Psykisk sjukdom ansågs vara kopplat till det fysiska, som exempelvis störningar i nervsystemet, vilket innebar att patienterna skulle vara sängliggande. När darwinismen slog igenom, som undersökte arvets betydelse kontra miljön, blev konsekvenserna under 1900-talets början att människor steriliserades eller dödades. Psykoterapi växte fram med Sigmund Freud som förgrundsgestalt (Sanner, 2009). Psykisk sjukdom sågs som någonting som hade psykologiska orsaker och därmed blev behandlingsmetoden psykoterapi. Därefter växte olika teorier och behandlingsmetoder fram med olika uppfattningar om hur psyket fungerar, däribland behaviorismen och kognitiv beteendeterapi. I mitten av 1900-talet blev allt fler inlagda på vårdinrättningar och metoder som lobotomi och elchocker nyttjades vid de svåraste fallen. Vid denna tid var historikern Michel Foucault aktiv och han menade att det var en form av maktutövning att dela upp de som ansågs vara sjuka och de som ansågs vara "normala". Läkemedel tillverkades för psykisk ohälsa, sjukdomsbegreppet ifrågasattes och vårdinrättningarna kritiserades (ibid.). Argumentet att de sjuka borde integreras i samhället tillsammans med kritiken från aktivister under 1960- och 70-talet ledde till att många så kallade "mentalsjukhus" lades ned (Hess & Majerus, 2011, s. 140 f.). Kognitiv beteendeterapi ansågs, till skillnad från psykoterapi, vara mer fördelaktigt eftersom individen lär sig att tänka annorlunda i förhållande till sig själv. Kognitiv beteendeterapi är sedan dess den mest framstående behandlingsformen (Sanner, 2009).

1.5 Begreppsförklaringar

Enligt Jörgen Herlofson (2014, s. 22), specialistläkare i psykiatri, är *diagnos* och vård tätt sammanslutna. Det är genom en diagnos från en läkare som en individ får tillgång till den vård som hen behöver (ibid.). I denna studie är inte diagnoser i fokus eftersom studien är mer inriktad på gråzonen mellan psykisk ohälsa och det lidande som ingår i livet. Med det lidande som ingår i livet syftas på livshändelser som exempelvis skilsmässa, dödsfall och arbetslöshet. Att få en psykiatrisk diagnos, som exempelvis tvångssyndrom eller bipolaritet kräver inte någon diskussion om patienten behöver behandling eller vård. En diagnos är en bekräftelse på att en persons lidande är så pass stort att patienten behöver stöd från sjukvården och därför är det inte relevant för denna studie.

Stigma är ett viktigt begrepp som löpande har lyfts av kuratorerna i våra intervjuer. Thomas Scheff, professor emeritus i sociologi och Bengt Starrin, professor i socialt arbete (2014, s. 22), fastslår att stigma är ett begrepp som kommer från grekiskan och betyder märke. Ett stigma är kopplat till samhällets fördomar kring någonting, i detta fall individer med psykisk ohälsa, som medför att specifika negativa egenskaper tillskrivs en viss kategori människor som gör att gruppen känner skam över sin psykiska ohälsa (ibid.).

2. Metod

Detta kapitel är uppdelat i följande teman för att förklara hur denna studie har genomförts. Inledningsvis presenteras metodval, urval och tillvägagångssätt. Därefter förs en diskussion om resultatens tillförlitlighet, hur analys och bearbetning har gått till samt vilka etiska överväganden som har gjorts. Avslutningsvis presenteras hur arbetsfördelningen har sett ut.

2.1 Metodval

För att undersöka kuratorers syn på begreppet psykisk ohälsa valdes en kvalitativ metod i form av semistrukturerade intervjuer. Att genomföra semistrukturerade intervjuer möjliggör att kunna ställa följdfrågor och ändra ordningsföljden på frågorna mellan olika intervjuer beroende på vad intervjupersonen själv väljer att lyfta upp (Bryman, 2018, s. 561; Lind, 2014, s. 127). Det behövdes en viss struktur på intervjuerna för att kunna hålla respondenterna till det valda ämnet, men intervjumetoden gav också respondenterna friheten att kunna lyfta det som de fann relevant i förhållande till frågorna. Bryman (2018, s. 561) menar att det är en fördel att låta intervjun ta den riktning som respondenten drar åt eftersom det som respondenten tycker är

viktigt får komma fram. Denna metod passade studien väl eftersom det fanns en idé om vad som var intressant utifrån studiens frågeställningar och eftersom studien efterfrågade kuratorernas egna uppfattningar behövdes en viss flexibilitet.

2.2 Urval

Anledningen till att kuratorer på vårdcentraler intervjuades i denna studie var för att få insikt om den kunskap som de besitter eftersom de träffar många personer som upplever psykisk ohälsa. Kuratorer på vårdcentraler blir ofta en första kontakt för människor med psykisk ohälsa (Dal et al., 2014, s. 1). För att komma fram till att det var just kuratorer som var studiens målgrupp har ett tvåstegsurval genomförts (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2018, s. 40). Först identifierades intressanta organisationer för denna studie, vilket är vårdcentraler. Därefter valdes vilka personer inom organisationen som kommer i kontakt med studiens frågeställningar, vilket är kuratorerna.

Sju kuratorer från sju olika vårdcentraler har deltagit i studien. Vårdcentralerna är belägna i Region Skåne, Region Stockholm, Region Värmland, Region Uppsala och Region Halland. Urvalet skedde inte slumpmässigt utan baserades på vissa kriterier (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2018, s. 40), såsom att kuratorn ska ha minst ett års erfarenhet på en vårdcentral. Kuratorn behöver inte ha kuratorslegitimation eftersom det är nyinfört och inte automatiskt innebär mer kunskap. Urvalet baserades på ett målstyrt urval (Bryman, 2018, s. 498) där respondenterna valdes ut med förhoppningen att de skulle kunna besvara studiens forskningsfrågor. Urvalet har begränsningen att det inte har gjorts något strategiskt urval och respondenterna är därmed inte statistiskt representativa. Det bjöds in en större grupp kuratorer där några få hörde av sig, vilket innebär att det finns en risk att de som ställde upp har specifika åsikter om ämnet.

2.3 Tillvägagångssätt

Kuratorerna kontaktades via mejl till följande regioner: Stockholm, Skåne, Norrbotten, Västra Götaland, Värmland, Halland och Örebro. Regionerna valdes utifrån tidsaspekten, det var enkelt att få tag i mejladresser till dem eftersom mejladresserna fanns tillgängliga på kommunernas hemsidor. Om för få respondenter hade ställt upp på intervju hade fler regioner kontaktats. Det skrevs även ett inlägg i två Facebook-grupper, där en grupp är ämnad för socionomer och en för kuratorer inom hälso- och sjukvården. I dessa inlägg och inledande mejl

bifogades en kort presentation om uppsatsens syfte. När åtta kuratorer hade tackat ja till att delta i undersökningen sändes ett informationsbrev ut till respondenterna (se bilaga 2). I informationsbrevet beskrevs syftet med uppsatsen mer utförligt. Respondenterna informerades även om anonymitet, att intervjun skulle spelas in och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande. En av respondenterna fick förhinder strax innan hans intervju skulle genomföras och därför genomfördes sju intervjuer.

En testintervju genomfördes med en legitimerad psykoterapeut som har en socionomutbildning i grunden. Testintervjun genomfördes för att kunna se om frågorna i intervjuguiden (se bilaga 1) var relevanta och begripliga. Personen i fråga har inte korrekt utbildning för att matcha studiens urval men bedömningen var ändå att hen har erfarenhet som är tillräckligt relevant för att ge feedback på intervjuguiden.

På grund av covid-19 genomfördes intervjuerna via Skype. Att träffas fysiskt hade varit att föredra, men med tanke på rådande omständigheter är tacksamheten stor att kuratorerna som har intervjuats ville ställa upp och att intervjuerna kunde genomföras. Intervjuerna inleddes återigen med information om anonymitet och att respondenterna när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien. Intervjuerna var mellan tjugo och trettio minuter långa.

Intervju som metod har vissa svagheter, däribland att det som sägs kan ha andra syften än forskaren förstår, att respondenten kan mena något annat än forskaren tolkar det som och att det ger en begränsad bild av det som undersöks (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015, s. 53 f.). Dessutom genomfördes intervjuerna via Skype, vilket kan ha försvårat samtalen mellan intervjuare och respondent. Även om intervjuerna genomfördes relativt okomplicerat förekom vissa tekniska problem, till exempel att skärmen frös några gånger vilket innebär att det ibland var svårt att höra varandra. De tekniska problemen underlättades av att intervjuerna spelades in. Om en respondent hade tekniska problem en kortare stund påverkades inte inspelningen av detta utan fortsatte oavbrutet från start till slut. Att det fanns två intervjuare underlättade också, eftersom den ena kunde ta över om den andra en kort stund försvann från samtalet på grund av tekniska problem. När det var svårt att höra vad som sades bad både intervjuare och respondenterna om att hen som hade pratat skulle upprepa sig, vilket gjorde att intervjuerna kunde genomföras utan större komplikationer. Det finns en medvetenhet om intervjus svagheter, som tekniska problem och att det som sades kunde ha en annan innebörd än vad det tolkades som. Valet av metod anses ändå vara det mest lämpliga utifrån studiens forskningsfrågor.

Intervjuerna var enklare att genomföra än förväntat. Samtalet förflöt på väl trots att intervjuare och respondenter inte satt i samma rum. Det som föll bort var det spontana samtalet som ofta pågår innan en intervju genomförs, men detta påverkade inte resultatet av de genomförda intervjuerna nämnvärt. Genomförandet var striktare och intervjuerna inleddes direkt efter kortare hälsningsfraser.

2.4 Resultatens tillförlitlighet

Eftersom studien har baserats på en kvalitativ undersökning är begreppen reliabilitet och validitet inte optimala att applicera på denna studie för att se om studien är korrekt utförd. Det kan diskuteras om dessa begrepp är mer anpassade för en kvantitativ studie (Bryman, 2018, s. 465). Begrepp som är mer korrekta att använda i bedömningen kring kvalitativ forskning är *tillförlitlighet* och *äkthet* varför dessa begrepp har använts i denna studie (ibid., s. 467). Inom begreppet *tillförlitlighet* finns flera kriterier som en kvalitativ studie bedöms utifrån. Kriterierna är *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *en möjlighet att styrka och konfirmera*.

Trovärdigheten bedömer om studien är acceptabel i andras ögon, att studien har utförts enligt lagar och regler samt att respondenterna delges studiens resultat (ibid.). Resultaten ska överensstämma med respondenternas uppfattningar och ska inte innehålla påståenden som respondenten inte känner igen sig i. Respondenterna ska också kunna förstå studiens analys och de slutsatser som har framkommit i studien (Bryman, 2018, s. 467). Att göra en studie om uppfattningar om psykisk ohälsa kan i vissa fall vara en känslig fråga. Förhoppningen är att studien har formulerats på ett sätt som inte ifrågasätter individer med psykisk ohälsa eller som upplever någon annan form av lidande. Tolkningarna i analysen har motiverats så att respondenterna ska kunna känna igen sig i och förstå studiens resultat.

Överförbarheten innebär att studien ska ha fått fram ett tillräckligt fylligt material att en person ska kunna läsa studien och genom resultatet kunna få ett nytt perspektiv eller förståelse för sin situation (Bryman, 2018, s. 468). Vanligtvis får en studie ett tillräckligt fylligt material genom många och djupgående intervjuer (ibid.). Det är tveksamt om studiens empiri lyckas uppnå detta, eftersom på grund av tidsbrist har inte tillräckligt många personer kunnat intervjuas för att utvinna ett tillräckligt omfattande material. Genom studiens få men djupgående intervjuer har ett innehållsrikt material kunnat utvinnas som har ett visst mått av överförbarhet.

Pålitligheten bedöms genom att forskaren har en hög transparens under arbetet där bland annat urvalsprocessen och intervjuguiden redogörs för (Bryman, 2018, s. 468 ff.). Denna del i bedömningen av tillförlitligheten har uppnåtts genom att intervjuguiden finns med som bilaga i uppsatsen. Problemet ligger snarare i hur utförligt varje del av studien kan beskrivas, eftersom det inom kvalitativa studier ofta uppkommer stora mängder datamaterial att hantera (Bryman, 2018, s. 470). Allt material redovisas inte i denna studie eftersom de semistrukturerade intervjuerna även berörde ämnen som inte är relevanta för denna studie. Det har insamlats stora mängder material men genom reducering och sortering har ett relevant material framställts vilket redovisas i denna studie.

Möjligheten att styrka och konfirmera handlar om objektivitet, det vill säga att forskarnas personliga åsikter och värderingar inte har påverkat respondenterna (Bryman, 2018, s. 470). I framställandet av intervjuguiden har en objektiv hållning varit i största fokus. Intervjuguiden skulle inte innehålla egna värderingar, ledande frågor eller personliga tankar. Under intervjuerna har samma objektiva hållning försökt hållas med noggrannhet gällande att inte kommentera eller på annat sätt visa egna tankar i samband med respondenternas svar på frågorna.

Att bedöma *äktheten* innebär bland annat att en rättvis bild av respondenternas åsikter och uppfattningar ska ha återgivits. Det innebär även att respondenterna ska kunna få en fördjupad förståelse för sin situation och en förståelse för hur andra i samma position kan uppleva sin situation (Bryman, 2018, s. 470). Analysen har förhoppningsvis återgett ett resultat som respondenterna kan känna igen sig i. Resultatet har inte vinklats och våra respondenter bör kunna förstå hur slutsatserna har framkommit.

2.5 Analys och bearbetning

En *konventionell innehållsanalys* har använts i analysen vilket är en mycket användbar metod inom samhällsvetenskapliga undersökningar. Denna metod innebär att forskaren kommer fram till nya insikter genom att fördjupa sig i empirin flera gånger (Hsieh & Shannon, 2005, s. 1279 f.). Det empiriska underlaget i analysen baseras på de enskilda deltagarnas unika kunskap inom ämnet (ibid.), vilket i denna studie är kuratorer på vårdcentraler.

Efter att intervjuerna hade genomförts transkriberades ljudinspelningarna. Transkribering är tidskrävande, men fördelen med att transkribera själv är att skribenten blir bekant med

materialet och analysprocessen påbörjas (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015, s. 51). Därefter bearbetades och analyserades materialet. Rennstam och Wästerfors (2015, s. 220 f.) menar att det finns tre steg för att genomföra en analys: att *sortera*, *reducera* och *argumentera*. Att sortera innebär att skapa ordning i det insamlade materialet, vilket genomförs efter att empirin har samlats in med utgångspunkt i teorierna. Det empiriska materialet kodades manuellt med hjälp av överstrykningspennor och kommentarer i marginalerna. Under kodningen skapades teman utifrån respondenternas svar och valda teorier kopplades till studiens syfte. Dessa teman är *definitioner av psykisk ohälsa*, *patientens subjektiva upplevelse* och *de medicinska aspekterna*.

Därefter var det nödvändigt att reducera materialet. Det var varken möjligt eller relevant att ta med allt som sades under intervjuerna (Rennstam & Wästerfors, 2015, s. 220 f.). Efter flera genomläsningar av transkriberingarna kunde materialet sorteras. Utifrån färgkodningar synliggjordes det när respondenterna hade lyft liknande ämnen och därmed reducerades upprepningar. Med hjälp av valda teorier blev det tydligt vilka delar av intervjuerna som skulle bli relevanta för analysen och mindre relevanta delar kunde därmed väljas bort. Därefter följde en argumentation för studiens slutsatser. Argumentationen gjordes med utgångspunkt i valda teorier eftersom det var teorierna som gjorde det möjligt att dra studiens slutsatser (ibid.).

2.6 Etiska överväganden

Respondenterna i intervjuerna är yrkesverksamma kuratorer där frågorna har varit inriktade på deras arbete och därmed inte har gjort något ingrepp i respondenternas privatliv. Om valet hade varit att intervjua personer om deras egen psykiska ohälsa hade det funnits ett behov av att tänka igenom de etiska aspekterna betydligt mer. Forskningsetiska principer som Vetenskapsrådet (2002) tar upp har tagits i beaktande. Dessa principer delas upp i fyra krav: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. Informationskravet innebär att personerna som intervjuas ska bli informerade om syftet med uppsatsen och vilka förutsättningar som finns för deras deltagande innan intervjun genomförs. Det ska tydligt framgå att deltagandet är frivilligt och att uppgifterna endast kommer att användas för forskning. Samtyckeskravet innebär att respondenterna ska samtycka till att delta i förväg. Respondenterna ska även ha möjlighet att avbryta sitt deltagande när som helst under studien. Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter om personerna som intervjuas ska förvaras anonymt och oåtkomligt för obehöriga. Nyttjandekravet innebär att uppgifterna som samlas in från respondenterna endast får användas för forskning. Utöver dessa forskningsetiska principer finns ett par rekommendationer varav den ena kan appliceras på denna studie: att fråga

respondenterna om de vill veta var uppsatsen kommer att publiceras så att de kan läsa den (Vetenskapsrådet, 2002). Dessa forskningsetiska principer har noggrant följts under arbetets gång. I kontakten med respondenterna har det funnits stor tydlighet med att de kan avbryta sitt deltagande när som helst utan att behöva berätta varför. Information har i god tid delgetts att intervjuerna skulle spelas in och att personlig information om respondenterna inte kommer förmedlas i studien eller på annat sätt spridas.

2.7 Arbetsfördelning

Vi har under processens gång fördelat arbetet jämnt mellan oss. När vi genomförde intervjuerna turades vi om att leda intervjuerna och transkriberade därefter de intervjuer som vi hade genomfört. Vi genomförde och transkriberade tre respektive fyra intervjuer. Även skrivandet har vi delat upp mellan oss och i slutskedet av processen bearbetade vi samtliga delar tillsammans för att språket skulle bli enhetligt.

3. Kunskapsläge

Kommande avsnitt inleds med en ansats att beskriva vad psykisk ohälsa är utifrån olika förklaringsmodeller. Därefter följer olika orsaker som kan ligga bakom psykisk ohälsa och slutligen beskrivs vad som ingår i hälso- och sjukvårdskuratorers yrkesroll. Dessa delar är relevanta för att kunna få svar på uppsatsens frågeställningar och ger läsaren en möjlighet att bli insatt i psykisk ohälsa och kuratorers arbete.

3.1 Vad är psykisk ohälsa?

Hälsa tas upp i boken *Må dåligt*, där psykologerna Jonas Ramnerö, Thomas Gustavsson och Tobias Lundgren (2017, s. 59 ff.) reflekterar kring vad god eller dålig hälsa kan vara. Hälsa och ohälsa blir ofta varandras motpoler, en individ kan inte ha det ena samtidigt som det andra. Att "ha hälsan" betraktas ofta som att inte ha några symtom, vilket ur ett naturvetenskapligt perspektiv innebär att symtom är ett tecken på att det finns en sjukdom (ibid.). Författarna beskriver en modell som de hänvisar till som "apparatfelmodellen". Utifrån denna modell är kroppen en maskin där symtom blir tecken på att något är fel, att sjukdomen är det som felar och måste åtgärdas och repareras. En sjukdom innebär, enligt modellen, att det är något som avviker från normalbilden (Ramnerö et al., 2017, s. 32).

Forte (forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, 2020) förklarar i rapporten *En kunskapsöversikt - psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro* att det inte finns någon klar definition av begreppet psykisk ohälsa. Gränsen mellan ett psykiskt sjukdomstillstånd och de påfrestningar som hör vardagen till är flytande, därför har ett begrepp som används mycket i vetenskaplig litteratur uppkommit: Common Mental Disorders, CMD. Begreppet CMD innefattar olika diagnoser som exempelvis depression och generaliserat ångestsyndrom, vilket är när en individ lever med en konstant ångest eller oro oberoende av situation eller kontext (Vårdguiden, 2019). Vidare står det i rapporten att ungefär 90 procent av dem som sjukskrivs för en psykisk sjukdom har CMD och att det är vanligare att sjukskrivas för psykiska symtom än psykisk ohälsa (Forte, 2020).

Psykologerna Ali Sarkohi och Gerhard Andersson (2019, s. 17) informerar om att psykisk ohälsa definieras utifrån Världshälsoorganisationens (WHO) klassifikationssystem ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems, tionde upplagan) och DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, femte upplagan). ICD-10 och DSM-V definierar olika slags sjukdomar och de kriterier som ska uppfyllas för att kunna diagnostisera ohälsa. För att uppnå kriterierna för psykisk ohälsa, det vill säga diagnostiseras, ska symtomen ha funnits under en viss tid. Symtomen ska dessutom ha lett till lidande och nedsatta funktioner för den drabbade (ibid.). Gällande den nuvarande versionen av DSM har det framförts kritik angående att beteenden som många betraktar som normala blir sjukdomsklassade och att antalet diagnoser har ökat för varje upplaga (Karlsson, 2012, s. 566).

Fredrik Svenaeus (2013, s. 161), professor i filosofi, beskriver att psykisk ohälsa ofta medför ett lidande i olika former, men att lidande per automatik inte betyder att en individ är drabbad av psykisk ohälsa. En diagnos kan göra att lidandet blir mer förståeligt och hanterbart för individen. Diagnosen kan också göra att personen får legitimitet för sina känslor i samhället eftersom diagnosen blir en bekräftelse på att det lidande som personen känner är korrekt (Svenaeus, 2013, s. 31).

3.2 Orsaker till psykisk ohälsa

Kent Karlsson (2004, s. 4 ff.), filosofie doktor i psykologi, tar i sin avhandling om psykosocial ohälsa upp olika orsaker till psykisk ohälsa. Några exempel på orsaker är uppväxtförhållanden, livshändelser, socialt stöd, personlighetsegenskaper och Känsla Av Sammanhang (KASAM). Med uppväxtförhållanden syftar författaren på om personen har en otrygg anknytning och om

det har funnits missbruk och/eller psykisk sjukdom hos föräldrarna. Livshändelser kan handla om stressfyllda händelser eller depression som följd av exempelvis arbetslöshet. Att ha ett socialt stöd är viktigt för att kunna hantera svåra livshändelser, vilka sociala relationer det är kan variera. Brist på socialt stöd kan leda till psykisk ohälsa eftersom socialt stöd utgör en skyddsfaktor. Med personlighetsegenskaper syftar Karlsson på att personligheten påverkar både hur en person ser på problemet och hur en person tar sig an det. Det är individuellt hur en person uppfattar sin hälsa och ser på behovet av vård. KASAM är en teori som består av tre delar: att en person uppfattar livshändelser som begripliga, att personen upplever att hen har inflytande över sitt liv och att personen ser meningsfullhet i olika upplevelser. Dessa olika orsaker till psykisk ohälsa interagerar med varandra och förekomsten av psykisk ohälsa beror på hur många faktorer personen har (ibid.).

3.3 Hälso- och sjukvårdskuratorer

Socionomerna Lundin et al. (2019, s. 59 f.) förklarar att ungefär var tredje person som söker vårdcentralernas läkare har andra problem än enbart medicinska symtom. För kuratorer inom primärvården är det vanligt att patienterna har psykisk ohälsa som ångest, depression och sömnstörningar. Även patienter med smärta och värk är vanliga, ibland förenat med psykisk ohälsa eller psykosomatiska symtom, vilket betyder att sjukdomar kan ha sin grund i det psykiska (Sarkohi & Andersson, 2019, s. 22). Många patienter söker hjälp av orsaker som ensamhet, sorg, stress, kris, problem inom familjen eller konflikter på arbetsplatsen (Lundin et al., 2019, s. 59 f.).

Kuratorer inom hälso- och sjukvård arbetar i en omgivning med fokus på det medicinska, utan att ha en medicinsk utbildning (Lundin et al., 2019, s. 52). Deras insats är att ha en holistisk syn, det vill säga en helhetssyn på patienten utifrån kunskaper inom det psykosociala. Detta innebär att kuratorn ser patienten utifrån det fysiska, psykiska, sociala och existentiella samt utgår från samtliga aspekter i sitt arbete. Såväl patientens tankar och känslor, som hur hen har det socialt, har betydelse för helhetssynen. Kuratorers möjligheter att bedöma hur patienten ser på sin ohälsa och påverkas av den grundas i denna helhetssyn (ibid.). Kuratorer arbetar utifrån ett salutogent perspektiv, vilket innebär ett fokus på friskfaktorerna. Det är även en del av kuratorers jobb att informera patienter om det stöd och de resurser som finns i samhället (Lundin et al., 2019, s. 58 ff.). Det är viktigt att kuratorer ökar patientens kunskap kring

patientens ohälsa, exempelvis depression eller ångest, eftersom förmedlandet av kunskap kan leda till att patienten känner att måendet normaliseras (ibid., s. 61).

4. Teoretiska utgångspunkter

Sarkohi och Andersson (2019, s. 16) beskriver att flertalet ansatser har gjorts att definiera hälsa och ohälsa, samt att definitionerna varierar beroende på vilket perspektiv som är utgångspunkten. Det finns två huvudinriktningar gällande teorier om hälsa: den biomedicinska och den humanistiska teorin (Forinder & Olsson, 2014, s. 34). Hälsa är frånvaro av sjukdom om ett biomedicinskt perspektiv används och utifrån det humanistiska perspektivet handlar hälsa om individens subjektiva upplevelse (Sarkohi & Andersson, 2019, s. 16). Därför används dessa två perspektiv för att analysera kuratorernas uppfattningar om psykisk ohälsa hos sina patienter. Utifrån det humanistiska perspektivet valdes psykologen Carl Rogers teorier och sociologen Aaron Antonovskys teori Känsla Av Sammanhang (KASAM). Utifrån det biomedicinska perspektivet valdes medikalisering.

4.1 Biomedicinskt perspektiv

Inom det naturvetenskapliga och det biomedicinska perspektivet ska en professionell utreda sjukdomstillståndet och vårda den vård sökande (Herlofson, 2014, s. 21 ff.). Vården ska komma från den professionella, det är hen som tar beslut angående både vårdbehov och patientens sjukdomsbild. Patienten är passiv och mottar vården som den professionella har valt ut (ibid.). Det är sjukdomen i sig som är i fokus, dess yttringar och konsekvenser, inte individen (ibid., s. 27).

Det biomedicinska perspektivet tar utgångspunkt i att hälsa och ohälsa orsakas av biologiska faktorer. Det biomedicinska perspektivet har tre kännetecken: 1) Att ohälsa beror på virus och bakterier. 2) Att kroppen och själen är två skilda delar av människan. 3) Att hälsa endast är frånvaro av sjukdom. Det biomedicinska perspektivet vill ta reda på vilka faktorer som orsakar fysisk ohälsa, men inte på faktorer som främjar fysiska, psykiska och sociala aspekter av hälsa (Sarkohi & Andersson, 2019, s. 21 f.). Att arbeta utifrån det biomedicinska perspektivet innebär att undersöka om personen som lider av psykisk ohälsa uppfyller vissa kriterier av en diagnos. Hälsan bestäms utifrån en uppsättning symtom där hälsa ses som frånvaro av symtom (Sarkohi & Andersson, 2019, s. 17 ff.).

Hälso- och sjukvården utgår ifrån ett biomedicinskt synsätt (Forinder & Olsson, 2014, s. 34). Det som bedöms vara normalt är angett i värden och det som befinner sig utanför dessa värden diagnostiseras. Till exempel finns det gränsvärden gällande vad som är normalt att väga i förhållande till hur lång en person är. Den biomedicinska inriktningen har utgångspunkt i att ta reda på *patogenes*, det vill säga orsaker till sjukdomar. Anledningen till att undersöka orsaker är för att kunna behandla, antingen för att bota eller förebygga. Som tidigare nämnts finns klassifikationssystem vid namn ICD-10 och DSM-V. Med ICD-10 diagnostiseras inte enbart den fysiska aspekten av personer utan även sociala problem som exempelvis ensamhet kan diagnostiseras (ibid.).

Att arbeta utifrån ett biomedicinskt perspektiv har sin grund i synsättet att sjukdom avviker från det normala. Behandlingen syftar därför till att patienten ska bli frisk igen. Sociala problem medikaliseras, vilket innebär att beteenden och levnadssätt som inte följer normen ses som någonting som ska botas. Medikaliseringen leder till att sociala och psykiska problem behandlas med psykofarmaka (Morén et al., 2014, s. 245).

Sociologen Mikael Holmqvist (2009) undersöker hur arbetslöshet tenderar att medikaliseras i Sverige, på ett sätt som det inte alltid finns belägg för. Han menar att medikalisering handlar om en process där mänskliga beteenden definieras och behandlas som medicinska problem (Holmqvist, 2009, s. 405 f.). Holmqvists artikel handlar om att arbetslöshetsstatistiken reduceras genom att personer som inte får jobb klassificeras som funktionsnedsatta av Arbetsförmedlingen. Genom rehabilitering och aktivering får de delta i arbetsmarknadsprogram för att eventuellt få ett jobb (ibid., s. 408). Individens uppfattas som oförmögen att ha ett arbete och förklaringen läggs på individens sjukdomstillstånd. Därmed ses problemet som någonting medicinskt istället för att orsaksförklaringen är sociala och/eller ekonomiska aspekter. Medikaliseringen leder till en individualisering av sociala problem (Holmqvist, 2009, s. 408).

Den jobbsökande måste acceptera benämningen *funktionsnedsatt* för att bli klassificerad som det, men Arbetsförmedlingen kan avbryta eller minska arbetslöshetsersättningen om personen vägrar att klassificeras som funktionsnedsatt med argumentet att personen inte är samarbetsvillig (Holmqvist, 2009, s. 415). Enligt Holmqvist påvisar detta att oförmågan att arbeta inte är ett resultat av en biomedicinsk störning utan av den klassificering som görs. Att arbetslösa personer klassificeras som funktionsnedsatta utan att de är sjuka i en biomedicinsk mening innebär att de placeras i välfärdsprogram som inte hjälper dem. Det kan snarare leda till att personen har svårt att få arbete i framtiden eftersom personen inte endast är arbetslös

utan även funktionsnedsatt, vilket innebär att arbetslöshet blir kroniskt (Holmqvist, 2009, s. 407). Genom medikaliseringen skuldbeläggs även individen som i många fall stigmatiseras (ibid., s. 418).

Enligt Vilhelmsson (2014, s. 64) riskerar sociala problem att beskrivas som hälsoproblem, vilket bland annat leder till att kostnaderna ökar för hälso- och sjukvården. WHO:s definition av hälsa har kritiserats för att vara en bidragande faktor till medikaliseringen på grund av att kraven som listas för hälsa innebär att ingen kan anses ha hälsa (ibid., s. 70). WHO:s definition lyder: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO, 2006, s. 1). Användningen av ordet *komplett* innebär att detta är svåruppnåeligt enligt Vilhelmsson (2014, s. 70).

4.2 Humanistiskt perspektiv

Det humanistiska perspektivet har människan i centrum, personen anses ha en fri vilja och inflytande över sitt liv. I detta fall handlar det om den vårdsökande som ska äga sin sjukdomsbild och ha det avgörande inflytandet över sin behandling (Herlofson, 2014, s. 25 ff.). Den vårdsökande deltar i processen och ska tillsammans med den professionella genom en öppen dialog utforma vård och behandling. Fokus ska vara på människan och inte på problemen i sig (ibid.).

Motsatsen till det biomedicinska patogenes är *salutogenes*, ett begrepp som Aaron Antonovsky myntade. Det salutogena synsättet har fokus på hälsa, vilket innebär att ansatsen är att undersöka vad det är som gör att människor har en god hälsa (Antonovsky, 1991, s. 12). Antonovsky var intresserad av vad som bidrar till hälsa istället för vad som bidrar till ohälsa (Forinder & Olsson, 2014, s. 36). Enligt Antonovsky mår majoriteten av alla människor dåligt någon gång i livet och olika perspektiv ger olika förklaringsmodeller kring sjukdomen. Antonovsky beskriver hälsa som ett spektrum mellan hälsa och ohälsa. Människor rör sig konstant mellan polerna på detta spektrum och hur väl personen hanterar sin position på skalan kan förklaras med begreppet KASAM (ibid.). KASAM består av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. De olika begreppen förklarar hur personen förhåller sig till sin situation, om situationen känns kaosartad eller begriplig. Individens egna förmågor och sociala nätverk möjliggör hantering av situationen. Meningsfullheten beskriver om personen känner delaktighet i den process som hen för tillfället befinner sig i (Antonovsky, 1991, s. 38 ff.). När en person känner att hen fungerar väl inom alla del-begrepp inom KASAM har personen en

stor förmåga att hantera glidandet på skalan hälsa - ohälsa. Därmed påverkar inte spänningarna i tillvaron dem alltför mycket och utvecklas inte till störande stressfaktorer (Antonovsky, 1991, s. 12). En annan fördel med att nå höga nivåer inom KASAM är att personen därigenom kan hantera sina känslor på ett mer adekvat sätt (1991, s. 186). Detta adekvata sätt att hantera känslorna betyder inte att sorg eller en förlust märks mindre på en person med hög KASAM. Det betyder inte heller att personen går opåverkad genom sorg eller att hen läker fortare. Det viktiga enligt Antonovsky är att om känslorna fortsätter att vara akuta eller överväldigande måste något åtgärdas, annars kan sjukdom utvecklas (ibid.). Att dessa känslor utvecklas till sjukdom menar Antonovsky beror på att en person löpande har regleringsprocesser för att hantera sina känslor, med hjälp av denna process ska känslorna inte bli kvarvarande. Om känslorna blir förbisedda under en längre period kan de skapa problem i en annars fungerande känsloregleringsprocess (Antonovsky, 1991, s. 191).

Carl Rogers utvecklade *klientcentrerad terapi* (Karlsson, 2012, s. 475). I denna terapi utgår terapeuten från att klienten kan förändras när hen känner att terapeuten har en empatisk förståelse och positiv inställning gentemot klienten (ibid.). Diagnoser och andra liknande bedömningar av människan menar Rogers förstör denna empatiska förståelse och kan inte skapa det trygga rum som krävs för att terapin ska bli lyckad för personen, eftersom diagnosen gör att terapeuten sätter sig i en roll där klienten ska botas från någonting (Rogers, 1961, s. 34 f.; Karlsson, 2012, s. 476). Enligt Rogers är diagnostisering inte korrekt eftersom personen ska uppnå en acceptans mot sig själv där hen tillåter sig att känna och vara som hen är (ibid.). Vidare såg Rogers människan som en process där människan inte är en statisk varelse utan är i konstant förändring (1961, s. 122). En person är inte likadan från en dag till nästa (ibid., s. 171). Denna process innebär att en människa lever ett rikt liv fyllt av både njutningsfulla och hemska upplevelser, vilket är naturliga delar av livet (Rogers, 1961, s. 195). Rogers menade också att människor har all kapacitet inom sig för att läka och utvecklas. Att röra sig framåt och utvecklas är en stor del av livet vilket är en stor del av att må bra (1961, s. 35).

5. Resultat och analys

Detta kapitel fokuserar på hur kuratorer inom hälso- och sjukvården uppfattar den utbredda användningen av begreppet psykisk ohälsa. Först diskuteras gränsen mellan psykisk ohälsa och det lidande som ingår i en människas liv. Sedan redogörs för hur kuratorerna argumenterar för varför begreppet psykisk ohälsa används ofta. Därefter diskuteras hur kuratorerna uppfattar att de vård sökande beskriver sin hälsosituation. Slutligen diskuteras hur olika typer av problem tenderar att medikaliseras.

Kuratorerna som har intervjuats har varierad arbetslivserfarenhet, mellan drygt ett och femton år, och arbetar inom olika regioner i Sverige. Kuratorernas arbetslivserfarenhet och var i landet de arbetar kopplas inte samman med deras svar när resultaten presenteras eftersom det inte är intressant i förhållande till syftet. Kuratorerna är anonyma och deras namn är därmed fingerade.

5.1 Den svåra gränsdragningen mellan psykisk ohälsa och mänskligt lidande

Kuratorerna ombads att beskriva var gränsen går mellan psykisk ohälsa och det lidande som ingår i livet. De intervjuades reflektioner över att det är patientens egna uppfattningar som avgör vad som är psykisk ohälsa stämmer väl överens med det humanistiska synsättet av patientens egna fria vilja (Herlofson, 2014, s. 25).

Det är ju patienten själv som avgör vad som är ett lidande för patienten, det är ju inte jag som avgör det. Utan om patienten uttrycker "jag behöver hjälp" eller "jag mår inte bra" och så vidare, då är det ju så. Det är inte jag som avgör att "jo du mår bra det är ingen fara".

- Astrid

Utifrån ett humanistiskt perspektiv ska patienten ha makten över sin sjukdomsbild (Herlofson, 2014, s. 25). Samtidigt är det viktigt att skilja på om patienten behöver vård eller endast att patienten inte mår bra, eftersom det inte alltid har samma innebörd. Svenaeus menar att psykisk ohälsa kommer i många olika former och att det ofta medför ett lidande, men att detta samband inte alltid gäller för det motsatta, ett lidande behöver inte innebära psykisk ohälsa (2013, s. 161). Två av kuratorerna hade liknande resonemang där de menade att kuratorn måste vara uppmärksam på det som sägs för att kunna reda ut vad som är det egentliga lidandet.

Exempelvis kan stress ibland blandas ihop med ångest, vilket kan kopplas till en medikalisering av mänskliga beteenden (Mikael Holmqvist, 2009, s. 405 f.). Medikaliseringen och förväxlingen av affekter kan leda till att patienter inte riktigt vet hur de ska hantera sitt mående. En intervjurespondent resonerade vidare om att det kan vara problematiskt att låta patienten beskriva sitt mående på egen hand eftersom det kan innebära att viktiga delar försvinner som kan vara avgörande för om patienten får tillgång till vården eller inte. Denna respondents reflektioner är tydliga tecken på en mer biomedicinsk hållning där det är upp till den professionella att bedöma vad som är sjukdom och inte (Herlofson, 2014, s. 21). Två andra kuratorers reflektioner landade i att psykisk ohälsa definieras efter huruvida problemen som beskrivs är relevanta för hälso- och sjukvården.

Jag brukar ha något mått för att det som är relevant för sjukvården, där man behöver sjukvård är ju om det påverkar ens funktion, ens vardagsfunktion. Om man inte kan plugga eller inte fixar relationer och mår jättedåligt på grund av det, eller faktiskt inte sover om nätterna eller något sånt.

- Karin

I denna fråga finns en skillnad mellan kuratorerna. Några kuratorer har det mer humanistiska synsättet, där patienten får stå i centrum och beskriva sitt mående (Herlofson, 2014, s. 25 f). Patienten får makten över sin process samt får vara en stor del i att definiera sin process och sitt mående, vilket kan kopplas till Rogers som såg människan som en process i förhållande både till sitt läkande och till sin hälsa (1961, s. 122). Han menade att en individ inte är likadan varje dag (ibid., s. 171). Att få definiera sin process kan även kopplas till begreppet meningsfullhet inom KASAM (Antonovsky, 1991, s. 38 ff.). När en individ känner att hen fungerar väl inom alla delar av KASAM har personen en stor förmåga att hantera glidandet mellan hälsa och ohälsa (ibid., s. 12). Samtidigt behövs en bedömning om en patient med ett dåligt mående behöver vård. Det behövs en sjukdomsbild att behandla och vårda eftersom det är vårdcentralens funktion. När kuratorerna talade om vårdtyngd och funktion kan det tolkas som ett mer biomedicinskt synsätt på den psykiska ohälsan där måendet måste uppnå vissa värden och innefatta vissa symtom för att patienten ska anses vara i behov av sjukvårdens resurser (Sarkohi & Andersson, 2019, s. 17 ff.).

Respondenterna har genomgående ansett att begreppet psykisk ohälsa är svårdefinierbart. Flera av kuratorerna menade att innebörden av psykisk ohälsa är subjektivt, det vill säga olika för olika personer. Kuratorerna var överens om att allt fler söker vård nu än tidigare och att det påverkar deras arbete på olika sätt.

Vad är det som är livet och vad är det som är psykisk ohälsa?
Vissa kanske söker hjälp i, väldigt frekvent i tid och otid för att
det finns en stor oro kring hälsan, att det finns en hälsoångest...

- Astrid

Att, som respondenten formulerar det, söka hjälp "i tid och otid" kan tolkas som att det inte enbart är svårt för de professionella att veta vad som är psykisk ohälsa utan att denna osäkerhet även förekommer hos patienterna. Svenaeus (2013, s. 161) menar att den psykiska ohälsan kan komma i många former, men att allt lidande inte behöver innebära psykisk ohälsa. Svenaeus menar att en diagnos ger lidandet legitimitet (ibid., s. 31). Med hjälp av detta kan förståelse uppnås om att det är svårt för en individ att veta om hens lidande beror på psykisk ohälsa och att en diagnos kan underlätta denna förståelse. Flera kuratorer nämnde att en person kan må väldigt dåligt men att personen kan vara osäker på om det är någonting eller inte. Att få en diagnos blir en bekräftelse för en del personer eftersom det kan ge en lugnande effekt att få veta att måendet har sina orsaker.

Från intervjuerna kan utläsas att det finns en stor svårighet i att låta patientens ord vara det som styr behandlingen och definitionen av individens mående. Utifrån det humanistiska perspektivet ska människan ha det avgörande inflytandet över sin behandling (Herlofson, 2014, s. 25 ff.). En person som mår dåligt kan ha svårt för att sätta ord på sitt mående, varpå kuratorn behöver ta hänsyn till symtomen. Kuratorernas arbete har en stor betydelse utifrån deras holistiska syn där både personens egna beskrivning och de symtom som personen har är delar av bedömningen (Lundin et al., 2019, s. 52). Även om patientens beskrivning av sitt mående är viktigt är också symtomen viktiga för att kuratorn ska kunna föreslå passande åtgärder. Från intervjuerna går det att utläsa att kuratorerna själva har svårighet att veta vad som är mänskligt lidande och vad som är psykisk ohälsa. Patientens beskrivning av sitt mående ställdes av flera av kuratorerna mot patientens funktionsförmåga för att kunna göra denna bedömning.

Jag tänker att när det påverkar privatliv eller arbetsliv, när man inte längre fungerar så som man skulle vilja eller så som man har gjort så har det blivit en psykisk ohälsa.

- Lisa

Det är funktionsförmågan eller snarare nedsättningen av funktionsförmågan som avgör om patienten får tillgång till vård. Den intervjuades ord visar tydligt på kuratorernas allt mer biomedicinska hållning, där utgångspunkten är hur individen skiljer sig från sitt "normalläge" (Forinder & Olsson, 2014, s. 34), men också på sjukdomens konsekvenser och hur den yttrar sig rent fysiskt (Herlofson, 2014, s. 27). Respondenternas reflektioner visar också på hur kuratorernas språk allt mer tenderar att medikaliseras. De mänskliga beteendena och måendet definieras och behandlas som medicinska problem (Holmqvist, 2009, s. 405 f.). Utifrån vad respondenten sade kan det utläsas att fokus ligger mer på funktion än på det mänskliga måendet.

5.2 Stigmatisering och normalisering av psykisk ohälsa

Stigma nämndes under flertalet intervjuer. En av de intervjuade var helt säker på att hon aldrig skulle träffa en äldre manlig patient när hon började arbeta som kurator. Denna fördom visade sig inte vara sann. Många av respondentens äldre patienter sökte vård efter att deras barnbarn tryckt på om detta. Respondenten reflekterade om ifall detta kan vara ett tecken på att information om psykisk ohälsa har kommit ut i samhället vilket gör att fler vågar söka sig till vården.

Men ute i samhället kan det bli så att, psykisk ohälsa kan låta så stigmatiserande. Men det är ju inte farligt egentligen, att må dåligt. Det är ju inte att mår man dåligt en gång så kommer man alltid må dåligt. Det är samma sak med att må bra. Bara för att man mår bra i vissa perioder betyder ju inte det att man alltid mår bra. Det går ju inte att vara det ena eller det andra hela tiden. Det är ju en gråzon.

- Frida

Den intervjuades uttalande kan kopplas till det Ramnerö et al. (2017, s. 59) menar gällande att hälsa och ohälsa ofta blir varandras motpoler, att en individ inte kan ha det ena och samtidigt

det andra. Respondentens jämförelse mellan att må dåligt och att må bra påvisar att båda delarna är lika normala samt att det hör till livet att pendla mellan dessa sidor. Antonovsky beskriver detta som hälsans spektrum, där en individ är i ständig rörelse mellan de två polerna hälsa - ohälsa (1991, s. 12). Att prata om psykisk ohälsa på detta vis som den intervjuade gör, att säga att det egentligen inte är farligt att må dåligt, kan leda till att fler pratar om det psykiska måendet. Att fler söker vård kan ha sin förklaring i att stigmat minskar varpå motståndet till att söka vård inte är lika stort som tidigare. Det respondenten sade kan kopplas till det Vilhelmsson (2014, s. 71) hävdar gällande vikten av att problematisera begreppet psykisk ohälsa utifrån att se om den psykiska ohälsan har ökat, eller om människor känner efter hur de mår och berättar det.

Vi har en samhällston som pratar väldigt mycket om psykisk ohälsa och så fort man har det så är det någonting som är farligt och det ska åtgärdas och så enkelt är det inte.

- Anna

Den intervjuade förhåller sig kritisk till att psykisk ohälsa som begrepp har vidgats. Enligt Ramnerö et al. (2017, s. 32) klassificeras någonting som sjukdom när det avviker från normalbilden. Morén et al. (2014, s. 245) menar att eftersom det biomedicinska perspektivet har sin grund i att sjukdom avviker från det normala syftar behandlingen till att patienten ska bli frisk igen. När målbilden är att bota leder det till att sociala och psykiska problem behandlas med psykofarmaka (ibid.). Att psykisk ohälsa är någonting farligt som ska åtgärdas, som respondenten sade, kan relateras till synen på ohälsa som någonting som behöver behandlas vilket är det biomedicinska perspektivets utgångspunkt (Forinder & Olsson, 2014, s. 34). Utifrån detta perspektiv är sjukdom någonting som avviker från det normala vilket leder till medikalisering (Morén et al., 2014, s. 245). Holmqvist (2009, s. 408) menar att ansvaret flyttas från samhället till individen gällande arbetslöshet. Individen ses som oförmögen att skaffa ett arbete för att hen är sjuk istället för att orsakerna till arbetslösheten är sociala (Holmqvist, 2009, s. 418). Denna ansvarsflyttning kan relateras till det som en av kuratorerna berättade att hon upplever. Kuratorn sade att många av hennes patienter kan säga att de mår dåligt men att stämpeln psykisk ohälsa eller sjukdom kan vara svår att acceptera.

Jag hör att många patienter är rädda för att få en psykisk *diagnos*, alltså de nämner det ibland: "Är jag, är jag psykiskt sjuk? Eller

är jag... vad...?" Alltså man är rädd för att få en slags stämpel eller diagnos som har med psykisk *sjukdom* att göra. Men, psykisk *ohälsa*... är lite vidare på något vis.

- Astrid

Denna rädsla för psykisk sjukdom som kuratorn nämner kan betyda att patienter behöver ett samtal om innebörden av psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Kan detta vara ett tecken på att det biomedicinska synsättet börjar dominera fältet? Det har framförts kritik av den senaste versionen av DSM angående att beteenden som många betraktar som normala blir sjukdomsklassade och att antalet diagnoser har ökat för varje upplaga (Karlsson, 2012, s. 566). Rädslan som kuratorn talar om är ett tecken på att det fortfarande är stigmatiserande att få en psykiatrisk diagnos, eftersom de som uppfattas som sjuka ses som avvikande (Morén et al., 2014, s. 245).

Frågeställningen om vad psykisk ohälsa är ledde till funderingen om den utbredda användningen av begreppet innebär att allt mående ska ha en etikett i form av en diagnos.

Snart är ingenting normalt utan det ska kategoriseras som någonting och då är det mycket som hamnar i, tyvärr att det nästan kan bli lite av en slasktratt liksom psykisk ohälsa, allt som inte kan förklaras på något annat sätt blir psykisk ohälsa.

- Britt

Det som den intervjuade sade här kan tolkas som att när en persons mående inte kan förklaras som fysiskt relaterat ska det förklaras som psykiskt relaterat. Behöver detta lidande kallas för psykisk ohälsa? Behövs nya begrepp och definitioner? Den intervjuades påstående kan tolkas som att det viktiga inte är *vad* det förklaras som, utan att det viktiga är *att* det förklaras som något. När fokus ligger på kategorisering kan det ses som en effekt av det biomedicinska perspektivet, där det utifrån olika klassificeringar bedöms om sjukdom föreligger (Forinder & Olsson 2014, s. 34). Genom denna klassificering blir psykisk ohälsa det som avviker från normalläget (ibid.). Flera av kuratorerna lyfte fram vikten av att normalisera ett dåligt mående. En respondent uttryckte hur viktigt det är att förmedla att det är normalt att vara ledsen efter exempelvis ett dödsfall eller en skilsmässa.

Man behöver titta på vad man behöver göra för att det inte ska bli värre och också jättemycket att normalisera, att om man har förlorat någon anhörig så är det normalt att vara ledsen, eller om man har skilt sig så är det helt normalt också att man inte är jätteglad nästa vecka igen.

- Britt

Flera av kuratorerna talade såsom kuratorn ovan, om vikten av att "stå ut", eftersom livet ibland kan vara tungt med många känslor. Denna beskrivning skulle kunna innebära att kuratorerna menar att en viss mängd lidande ingår i livet och inte kan behandlas utifrån medicinska kriterier, men att det inte behöver betyda att personen är psykiskt sjuk. Rogers (1961, s. 195) menade att människan lever ett komplext liv där både njutningsfulla och hemska upplevelser är naturliga delar av livet vilket kan betyda att allt dåligt mående inte behöver behandling. Kuratorerna lyfte också fram problematiken med att ett lidande som får fortgå obehandlat kan utvecklas till psykisk ohälsa som kan kräva behandling.

Där finns ju ett naturligt lidande, alltså en vardaglig vända i olika kriser och i olika påfrestningar och det är kanske snarare när det blir för betungande eller går i stå som man kanske får tänka på en medikalisering av det.

- Anna

Kuratorn gör en skillnad mellan det naturliga lidandet och psykisk ohälsa där det förstnämnda är något som kan ingå i livet, det vill säga något som de flesta kan gå igenom. Enligt KASAM-teorin kan detta förklaras med att hälsa inte är ett statiskt tillstånd utan ett spektrum där individer konstant rör sig mellan hälsa och ohälsa (Antonovsky, 1991, s. 12). Med hjälp av Antonovskys teori om känsloregleringsprocesser (1991, s. 191) kan "gå i stå" tolkas som att dessa känslor inte blir hanterade. Om personen inte är uppmärksam på den process som hen är i kan denna process som ska vara i rörelse ha stannat av, vilket leder till att personen stannar till i den ohälsosamma delen av spektrumet hälsa - ohälsa (ibid., s. 12). Detta kan ställas mot WHO:s definition av hälsa där begreppet "komplett" används, vilket enligt Vilhelmsson (2014, s. 71) ses som problematiskt eftersom det inte är möjligt att uppnå ett komplett fysiskt, mentalt och socialt välmående.

5.3 Kuratorernas uppfattningar om patienternas mående

På frågan om hur patienterna beskriver sitt mående svarade kuratorerna att det varierar. Några exempel som togs upp var hjärtklappning, ångest, nedstämdhet, vilsenhet, värkproblematik, energilöshet, många tankar, rädslor, magont och ensamhet. Andra patienter har svårare för att sätta ord på hur de mår.

Sen kan en del lyfta det lite utanför sig och snarare benämna det som relationsproblem, problem i föräldraskapet, problem på arbetsplatsen, sömnproblem, eller kärleksbekymmer, men ofta uttrycker de att de mår inte väl och att de behöver prata med någon där tycker jag att det landar.

- Anna

Flera av kuratorerna sade att patienterna uttrycker att de inte mår väl och att de behöver prata med någon. När kuratorerna talade om hur patienterna beskriver sina symtom nämns symtomen ofta först och därefter kommer patienterna in på hur symtomen påverkar deras vardag. Det kan exempelvis innebära ett lidande i vardagen eller att personen inte klarar av att göra vissa vardagliga uppgifter. Att det är ett stort fokus på symtom även hos patienten kan vara ett tecken på att det biomedicinska synsättet finns hos patienten, eftersom det biomedicinska perspektivet utgår från symtom och avvikelser från normalläget för att definiera ohälsa (Sarkohi & Andersson, 2019, s. 21 f.) Symtomen är viktiga, både för kuratorn och patienten, för att kunna utreda varför patienten inte mår bra. Att utreda hur symtomen påverkar patienten är viktigt för att kunna ge patienten korrekt vård, vilket också är ett tecken på det biomedicinska synsättet där det är symtomen och inte den subjektiva upplevelsen som bestämmer behandlingen (Herlofson, 2014, s. 27).

Följderna av en inledande kontakt där patienten har fått en möjlighet att definiera sin ohälsa skiljde sig åt mellan kuratorerna. Flera av kuratorerna menade att det handlar om patientens behov. Om de bedömer att patienten får bäst stöd och vård hos dem stannar de där, annars kan remisser skrivas eller hänvisningar till exempelvis familjeterapeuter göras.

.. det som avgör är problematiken om det är så att deras bekymmer lämpar sig bättre inom en annan instans [...] och ibland

så hamnar de kvar hos mig. Och då är också naturligtvis en viktig ingrediens att man vill komma som avgör.

- Anna

Respondenten lade stor vikt vid att patienten ska vilja komma till henne, vilket kan tolkas som ett humanistiskt synsätt där den vårdsökande ges en aktiv hållning och fri vilja i förhållande till sin behandling (Herlofson, 2014, s. 26). Samtliga kuratorer lyfte fram vikten av att lyssna på patienten och att tillsammans med patienten komma fram till hur hens psykiska ohälsa yttrar sig. Flera kuratorer lyfte fram vikten av att patienten ska vilja fortsätta att träffa dem för att en behandling ska kunna genomföras. Detta kan förstås genom den humanistiska synvinkeln. Antonovsky beskriver genom KASAM att en individ behöver känna en delaktighet i sin process för att kunna röra sig mot den goda hälsa som hen eftersträvar (1991, s. 12). En av respondenterna talade om ifall patientens målbild kan uppfyllas inom vården. Respondenten beskrev att hennes uppgift blir att konkretisera problembilden och tillsammans med patienten lista ut hur de kan lösa problemen. Om vården kan bistå stannar patienten hos kuratorn. Det respondenten uttryckte kan tolkas som att kuratorerna har svårt att hålla isär de olika perspektiven. Utifrån det biomedicinska perspektivet är det kuratorn som professionell som ska utreda patientens behov av vård (Herlofson, 2014, s. 21). Samtidigt ska kuratorn och patienten göra detta tillsammans, vilket blir ett humanistiskt synsätt eftersom patienten tillskrivs en aktiv hållning i sin sjukdomsbild (ibid., s. 26). En annan kurators reflektioner handlade om vårdtyngd och problembild. Hennes patienter kan ofta få enklare råd kring sin vardag och därefter komma på uppföljning hos henne kring patientens mående. En annan aspekt av stöd som togs upp av några av kuratorerna var patientens nätverk. Några av kuratorerna funderade på om människor har slutat att prata med sina närstående.

Om jag blir ledsen för att min man vill skiljas så ska jag i första hand prata med en professionell och inte med min syster till exempel och det tänker jag att det är lite synd. Att om vi med våra anhöriga bara ska prata om de roliga grejerna, vad som hänt på semestern, vad händer med dem, vad händer med vår anknytning till människor som står oss nära om vi bara pratar om våra bekymmer med professionella?

- Karin

Det respondenten sade är en aspekt som är viktig att belysa i relation till frågan om huruvida den utbredda användningen av begreppet psykisk ohälsa har lett till att personer söker vård som de inte behöver. En av de faktorer som Karlsson (2004, s. 4 ff.) tar upp som orsak till psykisk ohälsa är brist på socialt stöd. Enligt Karlsson är detta stöd viktigt för att kunna hantera svåra händelser i livet och är en skyddsfaktor mot psykisk ohälsa. Det Karlsson framhåller är detsamma som respondenten i ovanstående citat undrar över (ibid.). Eftersom många patienter söker hjälp på grund av ensamhet (Sarkohi & Andersson, 2019, s. 22) vore det en fördel om de som har anhöriga vände sig till dem. Om fler patienter skulle vända sig till sina anhöriga skulle de kunna ha ett starkare skydd mot psykisk ohälsa. Att vända sig till personer i sin närhet är därför viktigt både utifrån att det är en skyddsfaktor och för att det kan avlasta sjukvården.

Kuratorerna behöver tidigt göra en bedömning för att prioritera de personer som har störst vårdbehov. Lundin et al. (2019, s. 52) skriver att kuratorn arbetar utifrån ett holistiskt perspektiv där flera olika parametrar ska räknas in. Av intervjuerna framgår att det biomedicinska perspektivet tar överhanden i ett inledande skede. Detta beror på att kuratorerna behöver göra en professionell bedömning av patienternas vårdbehov (Herlofson, 2014, s. 23). En kurator uttryckte det som att om en individ inte är suicidal kan hen inte få vård på vårdcentralen. Kuratorn sade att kommentaren var lite tillspetsad och sade även följande om patienterna:

De här som kommer till vårdcentralen, de är många gånger väldigt ensamma [...]. Och sedan får man då edermåra ingen hjälp inom psykiatrin, utan det är bara diagnostisering och... om man överhuvudtaget kommer in i den, och sedan är det, vad heter det, piller.

- Karl

Det är tydligt att kuratorn är kritisk till den vård patienterna får. Hälso- och sjukvården utgår ifrån ett biomedicinskt synsätt (Forinder & Olsson, 2014, s. 34). Eftersom det biomedicinska perspektivet har sin utgångspunkt i att hälsa bestäms utifrån symtom och behandlingen syftar till att patienten ska botas behövs diagnostisering (Sarkohi & Andersson, 2019, s. 17 ff.; Morén et al., 2014, s. 245). Det humanistiska synsättet menar att människan ska vara i centrum när en sjukdomsbild ska beskrivas, det är hen som har bestämmanderätten över sin behandling och den ska fastställas tillsammans med den professionella i en öppen dialog (Herlofson, 2014, s. 25 f.). Kuratorn ska ha en holistisk hållning i förhållande till sina patienter (Lundin et al., s. 52),

om diagnos och piller är det enda som blir behandlingen, så som kuratorn ovan säger, så kan det finnas brister i kuratorernas holistiska hållning.

5.4 Den psykiska ohälsan tenderar att medikaliseras

Kuratorerna ska skriva en *diagnoskod* i journalen efter patientens första besök. En av kuratorerna berättade att det finns olika diagnoskoder, som exempelvis ångest och sömn. Diagnoskoderna markeras till en början som *ospecificerade* och sedan specificeras diagnoserna när kuratorn får veta mer om patienten. Kuratorn berättade också att skriva en diagnoskod inte är detsamma som att ställa en diagnos eftersom det krävs mer information för att ställa en diagnos. Kuratorn menade att detta gör det svårt att veta vilka förväntningar som finns eftersom hen ska ställa en diagnos under det första mötet men att det samtidigt inte är det hen gör. En annan respondent pratade också om att diagnoskoder i ett inledande skede är ospecificerade. Denna respondent upplevde att den ospecificerade koden inte är tillräcklig utan respondenten bör enligt regelverket föra in en diagnos som är specificerad. Det räcker inte att skriva ångest som en diagnos utan kuratorerna bör vara specifika gällande *vilken* typ av ångest det rör sig om.

Kommer en person till mig på ett första besök så finns det ett gäng olika diagnoser som jag ska liksom putta in personen i och det, det tänker jag också styrs åt det här, med att det ska medikaliseras. För då finns där bland annat, så finns där en diagnos som är livssituationsproblem, ja, eller nervositet, olycklighetskänsla.

- Anna

Respondentens formulering att “det finns ett gäng diagnoser som jag ska liksom putta in personen i” påvisar att det finns en tendens att medikalisera personens mående (Holmqvist, 2009), vilket respondenten också lyfte fram. Denna tendens att medikalisera som kuratorn nämnde relateras till det biomedicinska perspektivet där huruvida en person lider av psykisk ohälsa avgörs av om personen uppfyller kriterierna för en viss diagnos (Sarkohi & Andersson, 2019, s. 17 ff.). Rogers menade däremot att en diagnos står i vägen för individens läkande eftersom diagnosen blir till ett hinder i individens process till att förstå och acceptera sig själv. Individens mående ses som felaktigt och behöver därför botas (Karlsson, 2012, s. 476).

Diagnoskoderna kan kopplas till det Forte (2020) menar att det inte finns någon klar definition av begreppet psykisk ohälsa. På grund av bristen på definition har begreppet CMD uppkommit, vilket innefattar olika diagnoser som exempelvis depression och generaliserat ångestsyndrom. Forte hävdar att ungefär 90 procent av de som sjukskrivs för en psykisk sjukdom har CMD (ibid.). En diagnos behövs för att kunna sjukskrivas och/eller få vidare vård. Några av kuratorerna uttryckte att användandet av diagnoskoder är till hjälp för dem i deras arbete.

Så att det är ju också till hjälp. Men man ser många olika, att det är stress, det kan vara ångest, depression, sömn, ja. Så kan man lägga lite pussel där och se det här. Så det är ju hjälp också, på sikt om man säger.

- Astrid

Det kuratorn sade om att diagnoskoderna är till hjälp kan förstås som att kuratorerna vill ta reda på *patogenes*, orsakerna till det dåliga måendet, vilket är utgångspunkten inom det biomedicinska perspektivet (Forinder & Olsson, 2014, s. 34). Kuratorer utgår från *salutogenes*, vilket innebär att fokusera på en persons friskfaktorer, i deras arbete med patienterna (Lundin et al., s. 60). Det blir en konflikt mellan vad litteratur om hälso- och sjukvårdskuratorer säger att de bör göra och vad de *faktiskt* gör. Är orsaker viktiga att ta reda på i förhållande till varför en person mår dåligt? Är det en konflikt, eller arbetar kuratorerna utifrån båda perspektiven? Kuratorernas uppdrag är att ha en holistisk syn, vilket innebär att kuratorn ser patienten utifrån det fysiska, psykiska, sociala och existentiella samt utgår från samtliga aspekter i sitt arbete (Lundin et al., 2019, s. 52). Lundin et al. (2019, s. 52) menar att kuratorerna ska arbeta både utifrån det biomedicinska och humanistiska perspektivet. Enligt Forinder och Olsson (2014, s. 34) utgår sjukvården från ett biomedicinskt synsätt där det som är normalt är angett i värden och det som befinner sig utanför dessa värden sätts det en diagnos på. Exemplet som författarna tar upp är att det finns gränsvärden gällande vad som är normalt att väga i förhållande till hur lång en person är, vilket är fysiska egenskaper. Anledningen till att undersöka orsaker är för att kunna behandla, antingen för att bota eller förebygga (ibid.). Det är nödvändigt med en diagnos för att kunna behandla, men frågan uppstår om det bör gälla psykisk problematik i samma omfattning som fysisk? Kan gränsvärden gällande vad som är normalt utifrån psykiska egenskaper sättas? Vad är "normalt"? Forinder och Olsson (2014, s. 34) menar att klassifikationssystemet ICD-10, som diagnoser ställs utifrån, även diagnostiserar sociala problem som exempelvis ensamhet. Enligt Morén et al. (2014, s. 245) innebär det att sociala

problem medikaliseras, vilket leder till att både sociala och psykiska problem behandlas med psykofarmaka.

Rogers hade övertygelsen att en diagnos är i vägen för att kunna skapa ett gott samtalsklimat med patienten (1961, s. 34 f.). Enligt Rogers ska alla individer acceptera sig själva som de är, med alla brister och förtjänster. En diagnos på ett mående blir enligt Rogers en bekräftelse att något är fel och som därmed måste botas, därmed kommer aldrig personen kunna acceptera denna del av sig själv (Karlsson, 2012, s. 476). Utifrån KASAM-teorin är det viktigt för människan att ha en känsla av begriplighet över sin situation (Antonovsky, 1991, s. 38 ff.). Det innebär att människan behöver kunna känna att det hen möter ska vara förutsägbart. Kan en diagnos, en bekräftelse på att det personen känner är "på riktigt", göra det enklare för personen att känna denna begriplighet? Genom en diagnos kan en person samla in kunskap om diagnosen och därmed få en förståelse för sin situation. Ett ospecificerat dåligt mående kan däremot vara svårare att hantera. Om en person exempelvis får diagnosen panikångest kan hen lära sig hur ångesten fungerar. Utan denna kategori på sitt mående hade personen eventuellt aldrig kunnat få denna förståelse och därmed hade måendet fortsatt att vara oförutsägbart eller kaosartat. Enligt KASAM-teorin hade detta betytt att personen hade fortsatt att må dåligt (ibid.). Även om kuratorer inte ställer en diagnos utreder de om kriterierna uppfylls och gör en bedömning huruvida patienten lider av psykisk ohälsa. Det är ett system som har införts utan att någon av kuratorerna som tog upp detta ämne i intervjuerna verkade finna systemet effektivt.

Det blir en negativ kedja, lite det vi varit inne och pratat om att upplevda besvär blir lika med diagnos, en diagnos blir lika med att botas genom behandling, och behandling ska erbjudas via specialister och ej naturligt nätverk, det är ju livets vedermödor tenderar att medikaliseras och det tycker jag inte riktigt känns bra.

- Anna

Det är tydligt att respondenten inte anser att det ska ställas diagnoser på patienternas mående. "Livets vedermödor" kan tolkas som de motgångar som ingår i livet. Att behandling ska erbjudas via specialister istället för naturliga nätverk kan innebära att personer inte vänder sig till sin familj eller sina vänner utan till vårdcentralen som ett första steg. Att livets vedermödor tenderar att medikaliseras är en aspekt som är viktig att uppmärksamma, framförallt om det

innebär att behandling är tillgänglig först när en diagnos har ställts. Samtidigt behövs en diagnos för att få behandling i många fall eftersom det är genom en diagnos som en individ får tillgång till vård (Herlofson, 2014, s. 22). Svenaeus (2013, s. 31) menar att en diagnos på en persons lidande kan göra att lidandet blir mer förståeligt och mer hanterbart, vilket stämmer överens med KASAM (Antonovsky, 1991, s. 38 ff.). Det kan också göra att individen får legitimitet i samhället för sina känslor, eftersom det genom diagnosen blir en bekräftelse på att det lidande som hen känner är korrekt (Svenaeus, 2013, s. 31). Diagnoser kan även leda till att personen kan få läkemedel som hjälper, exempelvis SSRI-preparat mot depression (Karlsson, 2012, s. 122.).

Även om kuratorerna inte ställer diagnos och administrerar läkemedel är deras arbete, som den första kontakten, avgörande för vilken vård patienten får framöver. Eftersom WHO definierar ohälsa utifrån ICD-10 och DSM-V, det vill säga att vissa kriterier ska uppfyllas för att diagnostisera ohälsa (Sarkohi & Andersson, 2019, s. 17), kan det tolkas som att budskapet från dem är att det krävs en diagnos för att uppnå ohälsa. Holmqvist (2009, s. 408; 418) menar att medikaliseringen leder till en individualisering av sociala problem och att det skapas stigma och skuldbeläggning av vissa beteenden. Personer som inte har en biomedicinsk störning kan ändå klassificeras som sjuka på grund av den rådande tendensen att medikalisera. Som Holmqvist (2009) beskriver tenderar arbetslöshet att medikaliseras, och Folkhälsomyndigheten rapporterar att arbetslösa individer oftare upplever bland annat depression, oro och trötthet (2020c). Om dessa individer klassificeras som sjuka eller, som Holmqvist (2009, s. 408) uttrycker det, funktionsnedsatta av samhället hamnar ansvaret och därmed skulden på individen. Det har framförts kritik mot den senaste versionen av DSM för att normala beteenden blir klassificerade som sjukdomar och att antalet diagnoser ökar för varje ny upplaga (Karlsson, 2012, s. 566). Vilka konsekvenser får detta i längden?

6. Avslutande diskussion

Denna studie syftade till att undersöka hur kuratorer inom hälso- och sjukvården uppfattar den utbredda användningen av begreppet psykisk ohälsa. Våra respondenter har genomgående ansett att begreppet psykisk ohälsa är svårdefinierbart och flera av kuratorerna menade att innebörden av psykisk ohälsa är subjektivt. Det finns inte ett enda definitivt svar på hur det är utan psykisk ohälsa och mänskligt lidande handlar om olika perspektiv. Kuratorerna var även överens om att allt fler söker vård nu än tidigare och att det påverkar deras arbete på olika sätt.

Det finns enligt kuratorerna både för- och nackdelar med att begreppet psykisk ohälsa används i en sådan bred omfattning. Till fördelarna hör att stigmat minskar och att fler personer söker vård. Till nackdelarna hör att alla upplevda besvär ska kategoriseras och att det lidande som tillhör livet samt sociala problem tenderar att medikaliseras. Till denna ekvation behöver bristfälliga resurser räknas med, vilket försvårar möjligheten till vård och i många fall innebär långa väntetider. Att fler personer söker vård innebär att behovet av resurser ökar och det verkar inte som att kuratorerna räcker till för det ökade behovet.

Samtliga kuratorer lyfte fram hälso- och sjukvårdens hantering av den psykiska ohälsan som ett kriterium för om patienten ska få behandling. Om vårdpersonalen inte anser att det föreligger ett behov kommer patienten inte att få tillgång till den vård som patienten anser att hen behöver. Det blir en konflikt mellan det humanistiska perspektivet, inom vilket patienten själv kan och ska ha bestämmanderätt över sitt mående, samt det biomedicinska synsättet som ger förutsättningarna för behandling. Kuratorernas uppgift är att ha en holistisk syn på patienten utifrån kunskaper inom det psykosociala, vilket innebär att både individens subjektiva upplevelser och objektiva faktorer är viktiga när det handlar om människors hälsa. Som vi förstår det utgår kuratorerna vi har intervjuat från både det subjektiva och det objektiva, vilket vi anser är viktigt.

Vi funderar kring Region Skånes pågående satsning där de ska se om primärvården kan avlasta en del av psykiatrin. Ett begrepp som psykisk ohälsa som är svårdefinierbart och till stor del handlar om den subjektiva upplevelsen, hur ska det gå ihop med vårdcentraler som till stor del är medicinska? Frågan är om det enbart handlar om resurser och att individen glöms bort, att regionen vill lösa problemet men att resurserna inte räcker till. Samtidigt, hur ska primärvården kunna avlasta psykiatrin när de redan har många patienter? Istället för att primärvården ska

avlasta psykiatrin borde primärvården avlastas. Vi har såklart mindre kunskap än dem som arbetar med denna satsning, men utifrån denna studie verkar det inte vara en genomförbar lösning. Det är dock naturligt att vända sig till vårdcentralen i första hand eftersom vi gör det med det som är relaterat till vår fysiska hälsa. Var ska personerna med psykisk ohälsa vända sig?

Att det inte finns tillräckligt med resurser för att erbjuda vård till alla personer med psykisk ohälsa är inte nyupptäckt och det är eventuellt ingenting som är möjligt att lösa. Vår förhoppning är att det görs försök att lösa det och dessa försök behöver vara någonting helt nytt istället för att flytta patienter mellan instanser. Kanske kan en stor satsning göras för att förebygga psykisk ohälsa? En tanke som uppkom är om det borde satsas mer på mer lättåtkomliga insatser. Många av kuratorerna menade att många "klarar sig" med enklare insatser såsom ett enda samtal eller en kartläggning för att få förståelse för sin situation. En av kuratorerna funderade på om livets lidande kan utvecklas till en psykisk ohälsa om den får ligga ohanterad för länge. Det kan eventuellt vara svaret på frågan vad som är psykisk ohälsa och vad som är det lidande som ingår i livet. Om det fanns möjlighet till lättåtkomliga, kortare insatser skulle det kunna innebära att "allvarligare" psykisk ohälsa kan undvikas för att det inte går obehandlat för länge. Vi anser även att det behövs mer kunskap om begreppet psykisk ohälsa och hur individer kan hantera det på egen hand innan det går för långt. Kan det vara så att tendensen att medikalisera sociala problem är en bakomliggande faktor till att vården inte har hängtt med i utvecklingen av användandet av begreppet psykisk ohälsa? När allting ska kategoriseras som någonting, som en av respondenterna sade, finns risken att även de som inte behöver vård får en diagnos även om det "bara" är en påfrestande period i livet.

Vi kan inte avgöra om den psykiska ohälsan har ökat eller om det verkar så för att fler pratar om sitt psykiska mående. Vi anser dock att det är en negativ effekt att psykisk ohälsa ses som någonting farligt som måste åtgärdas. Vi vill också vara tydliga med att vi inte är ute efter att förminska människors känslor eller lidande utan snarare att det är viktigt att normalisera ett dåligt mående. För som vi har nämnt verkar många personer bli oroliga och söker vård så fort någonting händer som är påfrestande eller om individen har en sämre period i livet. Borde antalet diagnoser reduceras för att inte livets vedermödor ska tendera att medikaliseras? Måste en person ha mått dåligt under en längre tid för att kunna säga att hen upplever ohälsa? Finns det en ökad benägenhet att ställa en diagnos? Eller går forskningen framåt, att det finns mer kunskap kring diagnoser och därför ställs det fler? Det är för stora frågor för denna studie, men

det är viktigt att skilja på vad som bör diagnostiseras och inte. Flera kuratorer har sagt att psykisk ohälsa avgörs av den subjektiva upplevelsen. Upplever du att du har psykisk ohälsa så har du det, det kan ingen säga att du inte har. Om alla som söker vård upplever ett lidande, det vill säga har psykisk ohälsa, har väl alla behov av vård?

En utmaning som flera av kuratorerna lyfte var att den psykiska ohälsan kan vara svår att definiera, men att detta inte alltid är särskilt viktigt i ett möte med en patient. Enligt kuratorerna är det viktigt att alla som känner att de behöver vård får vård, och det på bästa möjliga sätt. Vi håller med och tycker att det har varit intressant att undersöka användandet av begreppet psykisk ohälsa och att ha fått höra kuratorernas reflektioner. Genom denna studie är vår förhoppning att ämnet fortsätter att diskuteras och att nya lösningar skapas. Vår önskan är att det fortsätter att forskas på psykisk ohälsa, inte minst eftersom det är många människor som är drabbade. Vi hoppas att alla som behöver vård får vård.

7. Referenslista

Skriftliga källor

Antonovsky, Aaron (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Dal, Henrik; Dalman, Christina; Ohrling, Mikael & Åsbring, Nina (2014) Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa. *Läkartidningen*, 2014: 111: CZCP.

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Ahrne, Göran (2015) Intervjuer. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.

Folkhälsomyndigheten (2020a) Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2020 [https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9fd952e9014642249164352cd5a3eb50/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2020.pdf Hämtat: 2020-11-30].

Folkhälsomyndigheten (2020b) Nedsatt psykiskt välbefinnande [https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-nedsatt-psykiskt-valbefinnande/ Hämtat 2020-11-30].

Folkhälsomyndigheten (2020c) Psykisk ohälsa (självrporterat) efter sysselsättning, kön och år. Andel (procent) [http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV__dPsykhals/hlv1psysys.px/chart/chartViewColumn/ Hämtat: 2020-01-15].

Forinder, Ulla & Olsson, Mariann (2014) Teorier och metoder i kuratorsarbetet. I: Ann Lalos, Björn Blom, Stefan Morén & Mariann Olsson (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Forte (2018) En kunskapsöversikt - psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro [https://forte.se/app/uploads/2015/04/psykisk-ohalsa-arbetsliv-2020.pdf Hämtat 2020-11-30].

Fritze, Gunilla (2020) Ont i livet ska inte botas inom psykiatri. *SVT Nyheter*. [https://www.svt.se/nyheter/lokalt/skane/ont-i-livet-ska-inte-botas-inom-psykiatri Hämtat: 2020-11-20].

Holmqvist, Mikael (2009) Medicalization of unemployment: individualizing social issues as personal problems in the Swedish welfare state. *Work, employment and society*, 23(3) s. 405–421.

Herlofson, Jörgen (2014) *MiniPsykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.

Hess, Volker & Majerus, Benoît (2011) Writing the history of psychiatry in the 20th century. *History of psychiatry*, 22(2) s. 139-145.

Hsieh, Hsiu-Fang & Shannon, Sarah E (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9) s. 1277-1288.

Karlsson, Kent (2004) *Psykosocial ohälsa: Samhälls-, primärvårds- och individperspektiv*. Lund: Institutionen för psykologi.

Karlsson, Lars (2012) *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Lind, Rolf (2014) *Vidga vetandet*. Lund: Studentlitteratur.

Lundin, Annika; Benkel, Inger; De Neergaard, Gerd; Johansson, Britt-Marie & Öhrling Charlotta (2019) *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Morén, Stefan; Blom, Björn; Lalos, Ann & Olsson, Mariann (2014) Socialt arbete i hälso- och sjukvård - villkor och utmaningar. I: Ann Lalos, Björn Blom, Stefan Morén & Mariann Olsson (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Ramnerö, Jonas; Gustavsson, Thomas & Lundgren, Tobias (2017) *Må dåligt - Om psykopatologi i vardagslivet*. Stockholm: Natur & Kultur.

Rennstam, Jens & Wästerfors, David (2015) *Från stoff till studie: Om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Rogers, Carl (1961) *On becoming a person - A therapist's view on psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Rück, Christian (2020) Vi måste sluta prata om psykisk ohälsa. *Dagens Nyheter*. [https://www.dn.se/debatt/vi-maste-sluta-prata-om-psykisk-ohalsa/ Hämtat: 2020-10-21].

Sanner, Inga (2009) Den psykiska ohälsans historia. *Framtider*, 2009: 3.

Sarkohi, Ali & Andersson, Gerhard (2019) Inledning. I: Ali Sarkohi & Gerhard Andersson (red.) *Somatisk sjukdom - Ett biopsykosocialt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Scheff, Thomas & Starrin, Bengt (2013) Ett emotionssociologiskt perspektiv på sociala problem: Skam och utsatthet. I: Anna Meeuwisse & Hans Swärd (red.) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur & Kultur.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*.

Svenaesus, Fredrik (2013) *Homo patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid*. Hägersten: TankeKraft förlag.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vilhelmsson, Andreas (2014). Psykisk ohälsa, folkhälsa och medikalisering: har det egentligen någon betydelse vilket hälsobegrepp som används? *Socialmedicinsk tidskrift*, 2014:1. [https://socialmedicinsk-tidskrift.se/smt/index.php/smt/article/view/1089/897 Hämtat: 2020-11-24].

Vårdguiden (2019) Generaliserat ångestsyndrom - GAD. [https://www.1177.se/Halland/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/angest/generaliserat-angestsyndrom---gad/#section-15560 Hämtat 2021-01-24].

WHO (2006) Constitution of the World Health Organization.
[www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Hämtat 2021-01-15].

Muntliga källor

Anna, hälso- och sjukvårdskurator. Skype-intervju 01-12-2020.

Astrid, hälso- och sjukvårdskurator. Skype-intervju 26-11-2020.

Britt, hälso- och sjukvårdskurator. Skype-intervju 24-11-2020.

Frida, hälso- och sjukvårdskurator. Skype-intervju 02-12-2020.

Karl, hälso- och sjukvårdskurator. Skype-intervju 25-11-2020.

Karin, hälso- och sjukvårdskurator. Skype-intervju 03-12-2020.

Lisa, hälso- och sjukvårdskurator. Skype-intervju 23-11-2020.

Bilagor

Bilaga 1 Intervjuguide

Jag kommer hålla i intervjun. Cajs/Erika kommer ha koll på att tekniken fungerar och eventuellt ställa följdfrågor.

Du kommer vara anonym. Den information som vi kommer dela med oss av är att du är kurator på en vårdcentral, antalet år som du har erfarenhet inom yrket samt vilken kommun du är verksam i, men detta kommer inte sammankopplas med de svar du angivit. Annan personlig information som kommer fram om dig kommer vara anonymt. Vi kommer spela in via Skype och på våra mobiltelefoner. Du kan avbryta intervjun när du vill och även få inspelningen raderad utan att den används i uppsatsen. När vi har transkriberat intervjun kommer vi radera inspelningarna. Känns detta okej för dig?

Bakgrund

I vilken kommun är du verksam?

Hur länge har du arbetat som kurator?

Vad har du arbetat med tidigare?

Hur länge har du arbetat som socionom?

Kuratorns handlingar

Vad tycker du är viktigt att ta reda på när en patient kommer till dig för första gången?

Vad är det första du frågar?

Vad blir nästa steg och vad avgör det?

Definitioner och orsaker

Vart tycker du att gränsen går mellan vad som är psykisk ohälsa och vad som är det lidande som ingår i livet?

Har det någonsin hänt att en patient har kommit till dig och sagt att hen upplever psykisk ohälsa och förklarat sin situation, och du har tyckt att det som patienten beskriver inte är psykisk ohälsa?

Hur beskriver den hjälpsökande sitt psykiska mående?

Vilka orsaker uppger den hjälpsökande som anledning till sitt mående?

Den vida definitionen av psykisk ohälsa

Vi har läst en debattartikel av Christian Rück, som är professor i psykiatri. I artikeln står det

bland annat såhär: “Problemet med den vida definitionen av psykisk ohälsa, som innefattar allt psykiskt lidande, är att

- det antyder att lidandet är onormalt och måste åtgärdas
- det blandar sånt som man kan klara själv och det som man behöver samhällets hjälp för
- det ger ett oklart och omöjligt uppdrag till sjukvården där de sjukaste riskerar att trängas ut”.

Vad tänker du om detta?

Vilka effekter anser du att användandet av begreppet psykisk ohälsa i så vid mening kan leda till?

Hur påverkar det ditt arbete?

Avslutning

Har du tänkt på någonting annat som du vill ta upp eller tillägga?

Vill du ta del av det färdiga uppsatsarbetet?

Tack!

Bilaga 2 Informationsbrev

Hej [Namn],

Vi är två studenter, Erika och Cajsa, vid Lunds Universitet som just nu skriver vår kandidatuppsats på socionomprogrammet. Syftet med denna uppsats är att undersöka kuratorer på vårdcentralers syn på psykisk ohälsa, hur hjälpsökande definierar sin psykiska ohälsa och om det kan finnas fördelar och/eller nackdelar med att begreppet psykisk ohälsa används i så vid form som det görs idag.

Tack för att du kan tänka dig att ställa upp på denna intervju. Intervjun i sig kommer ta cirka [tid], den kommer ske via Skype klockan [xx] den [datum].

Du kommer vara helt anonym, det materialet som vi kommer använda i vår kandidatuppsats kommer inte avslöja vem du är eller var i landet du arbetar, det kommer sägas att arbetar som kurator på en vårdcentral och hur länge du gjort detta. Vi kommer spela in intervjun både direkt i Skype men också som en back-up i våra mobiltelefoner. Är det något av detta som du motsätter dig så respekterar vi självklart det.

Vill du ta del av den färdiga uppsatsen så kommer vi självklart dela med oss av den.

Vi är återigen otroligt tacksamma för att du ställer upp på denna intervju! Har du några frågor är det bara att höra av sig till antingen Erika eller Cajsa.

Vi ser fram emot kommande intervju!

Med vänliga hälsningar,

Erika Haraldsson
xxxxx@student.lu.se
XXXX-XXXXXX

Cajsa Fredriksson
xxxxx@student.lu.se
XXXX-XXXXXX