



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Att använda resurserna rätt...
**Primärvårdskuratorers handlingsutrymme vid
sjukskrivning av patienter med psykisk ohälsa**

Kim Svenstrup

Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet examensarbete,
avancerad nivå (SAHS05)

VT 2022

Handledare: Maria Söderberg

Abstract

Author: Kim Svenstrup

Title: Using resources properly...Primary care social workers discretion in considerations of sick leave for patients with mental illness [translated title]

Supervisor: Maria Söderberg

Assessor: Torbjörn Hjort

The aim of this study was to explore how primary care social workers discuss their professional role and discretion in relation to considerations of sick leave for patients with mental illness, thereby deepening the understanding for how consultation and informal decision processes manifest between social workers and doctors working within the same organisation. Qualitative semi-structured interviews were conducted with eight primary care social workers, from five different municipalities in the region of Skåne. During analysis the following theoretical approaches were applied to the results; Lipsky (1980/2010) and Molander (2011; 2016) theories of 'street-level bureaucrats and professional discretion, Liljegren (2008) theory about professional boundary work and finally Abbot (1988) theory of professional jurisdiction. Four themes were identified during analysis: social workers lack of formal mandate during the sick leave process, social workers informal mandate in initial assessment, acting as a red flag during the sick leave process and conditions for communication at the workplace. The results of this study showed that primary care social workers despite lacking a formal mandate, can influence decisions made during the sick leave process by way of their professional discretion. Primary care social workers as part of psychosocial care teams were primarily able to influence doctors' considerations of sick leave by way of their initial assessments and flagging the doctor when there was a need for action. A general lack of time and space for communication with doctors was found to be one of the primary factors limiting social workers use of discretion to influence the sick leave process. This study attempts to highlight primary care social workers contributions during the sick leave process in terms of psychosocial assessments that contextualize the patient's health situation and preventive work in relation to mental illness within the primary health care system.

Key words; social work, primary healthcare, sick leave, professional role, discretion

Förord

Jag vill börja med att rikta ett stort tack till samtliga deltagare som har tagit sig tid för att medverka. Det har varit berikande att få ta del av era perspektiv och kunskap. Ert engagemang har gjort denna studie möjlig.

Jag vill också tacka min examensarbets handledare Maria Söderberg för den värdefulla kontinuerliga feedback och stöd jag har fått under arbetets gång.

Tack till alla lärare, kurskamrater på utbildningen och min praktikhandledare. Det har varit en givande två terminer trots rasande takt. Ni har lärt mig mycket som jag tar med mig in i nya utmaningar.

Innehållsförteckning

Abstract	2
Förord	3
1. Inledning	5
1.1 Problembakgrund	5
1.2 Problemformulering.....	7
1.3 Syfte.....	8
1.4 Frågeställningar.....	8
1.5 Begreppsförklaring.....	8
2. Hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen	9
2.1 Primärvårdens uppdrag och organisering.....	9
2.2 Hälso och sjukvårdens ansvar vid sjukskrivning	10
3. Kunskapsläge	10
3.1 Bedömning av sjukskrivning.....	11
3.2 Interprofessionellt samarbete och dess utmaningar inom primärvården.....	13
3.3 Kurators roll inom hälso- och sjukvården	15
4. Teori	17
4.1 Jurisdiktion och gränsarbete.....	17
4.2 Gränsbyråkraten och handlingsutrymme	18
5. Metod och metodologiska överväganden	21
5.1 Val av metod.....	21
5.1.1 Kvalitativa intervjuer.....	22
5.2 Urval.....	22
5.2.1 Bakgrund respondenterna	23
5.3 Insamling, bearbetning och analys.....	24
5.3.1 Litteratursökning.....	24
5.3.2 Genomförande av intervjuer	24
5.3.3 Bearbetning av analys	25
5.3.4 Förförståelse.....	26
5.4 Metodologiska reflektioner	27
5.4.1 Metodens förtjänster och begränsningar	27
5.4.2 Metodens Tillförlitlighet	28
5.5 Forskningsetiska överväganden.....	29
6. Resultat och analys	30
6.1 Att sakna formellt mandat under sjukskrivningsprocessen.....	31
6.2 Kurators informella mandat vid inledande bedömningar	32
6.3 Att vara en röd flagga under sjukskrivningsprocessen	38
6.4 Förutsättningar för kommunikation på arbetsplatsen.....	40
7. Avslutande Diskussion	42
8. Referenser	45
Bilaga 1: Intervjuguide	51
Bilaga 2: Informationsbrev	52

1. Inledning

Att insjukna i psykisk ohälsa kan medföra omfattande konsekvenser på både individ- och samhällsnivå. Det har beskrivits som ”det mest angelägna folkhälsoproblemet att angripa dels på grund av dess storlek men också för det lidande som psykisk ohälsa utgör för de som drabbas” (SOU 2018:90, s.67). Psykisk ohälsa kan medföra långvariga konsekvenser både individuellt och för samhället i stort. För individen som drabbas kan det innebära nedsatt livskvalitet, problem med försörjning, familjebildning samt svårigheter att etablera sig i samhället. På samhällsnivå innebär det både direkta kostnader, avseende utgifter för exempelvis vård och omsorg samt ersättning från Försäkringskassan, och indirekta kostnader i form av produktionsbortfall, indirekta och direkta skatter samt förlust av liv och hälsa. (ibid.)

Av Socialstyrelsen (2012) försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) framgår det att hälso- och sjukvårdens uppgift i sjukskrivningsprocessen är att utfärda medicinskt underlag som beskriver eventuell diagnos, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning, uppgivna arbetskrav samt bedömning av arbetsförmåga. Individer som drabbas av psykisk ohälsa och upplever en nedsatt arbetsförmåga söker sig därför ofta i första hand till deras lokala vårdcentral för en första bedömning av deras tillstånd. Primärvården blir således det första led i en patients sjukskrivningsprocess. Inom primärvården är det en stor andel av patienterna som lider av psykisk ohälsa alternativt värk och smärta eller besvär från andra rörelseorgan i kombination med psykisk ohälsa (Lundin et al. 2019). Hälso- och sjukvårdskuratorer inom primärvården arbetar antingen enskilt eller som en del av ett psykosocialt team. Arbetet inkluderar utredning, bedömning och behandling av olika psykiatriska tillstånd som kan bli aktuella för en sjukskrivning (ibid.). Hälso- och sjukvårdskuratorns roll i sjukskrivningsprocessen är dock inte självklar och det är endast läkaren som har mandat att bedöma behovet av sjukskrivning och intyg (Socialstyrelsen 2012).

1.1 Problembakgrund

I Försäkringskassans årliga rapport beträffande sjukfrånvarons utveckling i Sverige från 2020 framgår det att den samlade sjukfrånvaron sedan 2017 har minskat stadigt och ligger på en historiskt sett låg nivå (Försäkringskassan 2020b). Antalet sjukskrivna har minskat mellan åren 2018 och 2019, vilket enligt rapporten är ett resultat av de regeländringar som infördes 2008 avseende skärpta krav för att få sjukersättning. Rapporten lyfter dock att det mellan

2010 – 2016 skedde en kraftig ökning av sjukskrivningar på grund av psykiatriska diagnoser särskilt i förhållande till ångest- och stressyndrom (Försäkringskassan 2020b). Psykiatriska diagnoser står dessutom fortfarande för nästan en tredjedel av alla nyregistrerade sjukskrivningar samt cirka hälften av alla långtidssjukskrivningar (ibid.). Enligt Försäkringskassan står förstämningssyndrom och ångest- och stressyndrom för nästan 88% av sjukfallen inom psykiatriska diagnoser (ibid.). Försäkringskassan identifierar behovet av ökad kunskap i både diagnostik och behandling av psykiatriska diagnoser särskilt när det gäller stressrelaterade diagnoser där evidensbaserad kunskap anses vara otillräcklig (ibid.). Bristen på kunskap kring dessa diagnoser skapar utmaningar för samtliga aktörer i sjukskrivningsprocessen och särskilt för individen själv.

Läkaren har en grindvaktfunktion i förhållande till att bedöma behovet av att utfärda läkarintyg i sjukskrivningsärenden (Riksrevisionen 2018). Läkarintyget ligger till grund för Försäkringskassans bedömning av patientens eventuella rätt till ekonomisk ersättning, varför de har en central betydelse för sjukskrivningsprocessen och i synnerhet för patienten. I en studie genomförd av forskare vid Karolinska Institutet, där enkätstudier av läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivningar jämfördes mellan åren 2004, 2008, 2012 och 2017, visade det sig att ungefär hälften (42%) av läkarna upplevde ett problematiskt sjukskrivningsärende minst en gång i veckan (Alexanderson et al. 2020). Av samma studie framgår dessutom att andelen var högst bland läkare som arbetade på vårdcentraler inom primärvården (ibid.). Av en granskningsrapport från Riksrevisionen (2018) framgår att läkare inom primärvården upplever betydliga svårigheter i att fastställa och beskriva aktivitetsbegränsningar på individnivå vid psykisk sjukdom. Arbetet med sjukskrivningsärenden upplevdes av läkare som svårt och nämns även som ett arbetsmiljöproblem (ibid.). Den främsta anledningen till läkares upplevelse uppges enligt rapporten vara bristande underlag i form av iakttagbara undersökningsfynd vid läkarbesöket. Rapporten lyfter även fram primärvårdsläkares upplevelse av bristande och otillräckliga kunskaper gällande psykiatri och socialförsäkringssystemet samt tidsbrist i mötet med patienter som bidragande faktorer (ibid.). Konsekvensen blir att sjukförsäkringsärenden inte hanteras på ett likformigt eller rättssäkert sätt och individen riskerar att gå miste om ersättning alternativt att ersättning ges till fel person (ibid.).

1.2 Problemformulering

Det är främst läkarens roll i sjukskrivningsprocessen som berörs av svensk forskning vilket är rimligt eftersom det är de som besitter makten att fatta beslut om sjukskrivning, något som många läkare dock har uttryckt är svårt när det gäller patienter med psykisk ohälsa (Riksrevisionen 2018). I bemötandet av patienter med psykisk ohälsa krävs det en helhetssyn kring patientens situation varför det är viktigt med ett effektivt samarbete mellan flera olika professioner inom primärvården. I en litteraturoversikt genomförd av Cootes, Heinsch & Brosnan (2022) avseende socialarbetares roll och funktion inom multidisciplinära hälsoteam utgör ett tema bristen på tydlighet och synlighet i förhållande till socialarbetarens kompetens, roll och bidrag. Författarna hävdar att det finns en tendens till att socialarbetarens kunskap marginaliseras och exkluderas inom kontexten av multidisciplinära team i hälso- och sjukvården (ibid.). Effektivt interprofessionellt samarbete och lärande är centralt i arbetet med psykisk ohälsa inom primärvården; dels för att säkerställa att relevant kompetens utnyttjas, dels för att kunna genomföra en holistisk bedömning av patientens situation (SOU 2021:6, s.202). Inom primärvården finns det förutsättningar att kunna bedriva interprofessionellt samarbete men det räcker inte bara att ha en samlad kompetens, utan det även måste finnas utrymme för samverkan mellan professioner (ibid.).

Ett effektivt interprofessionellt arbete vid psykisk ohälsa kräver strukturerade och kontinuerliga avstämningar professioner emellan på en vårdcentral (SOU 2021:6). Det biomedicinska perspektivet dominerar dock inom vården vilket får som konsekvens att yrkesgrupper som inte har någon uttalad vårdutbildning saknar tolkningsföreträde (Gåfvells 2014). Primärvårdskuratorer erhåller en kompetens att utföra psykosociala bedömningar som kontextualiserar patientens hälsotillstånd och bidrar med en helhetssyn (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022; Rowe et al. 2017). Det är därför viktigt att fördjupa förståelsen för hur primärvårdskuratorer bidrar med sin kompetens och kunskap vid sjukskrivning av individer som drabbas av psykisk ohälsa. Forskning som berör specifikt kuratorns roll i sjukskrivningsprocessen alternativt samråd mellan läkare och kuratorer har inte framkommit i litteratursökningen för den här studien. Genom att undersöka primärvårdskuratorers professionella roll i sjukskrivningsprocessen så kan deras eventuella handlingsutrymme synliggöras. Denna studie vill belysa överväganden om patienters sjukskrivning vid psykiska ohälsa ur primärvårdskuratorers perspektiv med ett fokus på informella beslutsprocesser.

1.3 Syfte

Studiens syfte är att undersöka hur primärvårdskuratorer resonerar om sin profession och sitt handlingsutrymme vid överväganden om sjukskrivning för patienter med psykisk ohälsa i relation till läkare inom verksamheten.

1.4 Frågeställningar

- Hur upplever och beskriver primärvårdskuratorer sin professionella roll vid läkares överväganden om sjukskrivning av patienter med psykisk ohälsa?
- Hur upplever och beskriver primärvårdskuratorer möjligheter och begränsningar till att påverka läkares beslut om sjukskrivning av patienter med psykisk ohälsa?

För att förtydliga så undersöks primärvårdskuratorers möjligheter och begränsningar till att påverka läkare vid överväganden om sjukskrivning både inför ett beslut och under en sjukskrivning.

1.5 Begreppsförklaring

Profession:

I föreliggande studie avser begreppet profession, en yrkesgrupp med en abstrakt färdighet som kräver omfattande utbildning för att kunna utöva (Abbot 1988). Professioner karakteriseras enligt Svensson, Johnsson & Laanemets (2008, s.79) av följande; vetenskaplig auktoritet, samhällets förtroende, autonomi, en avgränsad jurisdiktion, egna yrkesorganisationer och en särskild professionell etik. Begreppet yrkesgrupp används synonymt i denna studie.

Kompetens:

Kompetens innefattar både den teoretiska och praktiska kunskapen som krävs för att den enskilde ska kunna bedriva sitt yrkesutövande (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008, s.97). Kunskapen består av dels formella färdigheter i form av en utbildning och tillhörande examen, dels av en reell kunskap i form av den enskildes livserfarenhet (ibid.).

2. Hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen

I detta avsnitt redogörs kort för primärvårdens uppdrag och organisering samt hälso- och sjukvårdens ansvar i sjukskrivningsprocessen. Detta för att beskriva det sammanhang i vilket forskningsfrågorna har tagits fram.

2.1 Primärvårdens uppdrag och organisering

Primärvårdens grunduppdrag är enligt 13 a kap. 1 § HSL:

1 § Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. Tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. Se till att vården är lättillgänglig,
3. Tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. Samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. Möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete. *Lag (2020:1043).*

Primärvården ska med andra ord erbjuda öppenvård utan avgränsningar så länge vården som patienten är behov av inte kräver särskild specialistkompetens eller tekniska resurser.

Primärvårdens breda uppdrag ställer därmed krav på en generalistkompetens och viss grundläggande kunskap om psykisk ohälsa bland samtliga anställda inom verksamheten (SOU 2021:6). I och med primärvården ska bedriva 'första linjens psykiatri' är det även viktigt att det finns en generell kunskap bland både de yrkesprofessionella och ledningen om vad de olika professionella kan bidra med i förhållande till psykisk ohälsa (ibid.). Primärvårdens breda uppdrag innebär dock att det finns en stor variation i regionernas beredskap att möta psykisk ohälsa. En bidragande orsak är att tillgången till vissa yrkesgrupper med psykosocial kompetens är begränsade i vissa regioner, såsom exempelvis psykologer, psykoterapeuter och hälso- och sjukvårdskuratorer (ibid.). Vårdcentraler kan alltså vara organiserade på olika sätt men det är ofta legitimerade psykologer, psykoterapeuter eller hälso- och sjukvårdskuratorer som står för bedömningen och behandlingen av psykisk ohälsa.

2.2 Hälsö och sjukvårdens ansvar vid sjukskrivning

Sjukskrivningsprocessen börjar från och med dagen den enskilde sjukanmäler sig till sin arbetsgivare. Hälsö- och sjukvårdens del i sjukskrivningsprocessen börjar när den enskilde väljer att söka behandling eller uttrycker behov av ett läkarintyg inför sjukskrivning eller ansökan om sjukpenning från Försäkringskassan. Sjukskrivningsprocessen är komplex därför att det finns ett antal olika ställföreträdare med olika uppdrag som kräver en hel del samarbete sinsemellan (Försäkringskassan 2021). Den medicinska bedömningen är grundläggande för Försäkringskassans bedömning om individens eventuella rätt till ersättning i form av sjukpenning (ibid.). Enligt Försäkringskassan (2021) ska hälso- och sjukvården främst bistå med att utfärda medicinska underlag som är baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Av det medicinska underlaget krävs det även att läkaren har gjort en bedömning av hur individens tillstånd eller eventuella funktionsnedsättning påverkar arbetsförmågan (ibid.). Läkarens bedömning behöver dock inte alltid stämma överens med Försäkringskassans bedömning varför individen kan nekas sjukpenning. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd innehåller diagnosspecifika rekommendationer och kan användas som stöd av läkare i deras bedömningar om behovet av sjukskrivning. Rekommendationerna ska enligt Socialstyrelsen (2012) endast användas som vägledning vid sjukskrivning då läkaren bör ta hänsyn till de individuella förutsättningar som råder vid olika situationer. Läkare har ingen lagstadgad skyldighet att utfärda läkarintyg vid sjukskrivning trots att det krävs för att individen ska kunna ha rätt till ersättning från Försäkringskassan (SOU 2020:24). Det har dock tillkommit en skyldighet att hälso- och sjukvården erbjuder den enskilde tillgång till rehabkoordinator vid behov av individuellt stöd i återgång till arbete (ibid.). Rollen som rehabkoordinator består främst av att samordna insatserna runt omkring individen och stödja en eventuell återgång till sysselsättning (ibid.).

3. Kunskapsläge

I den här delen av uppsatsen presenteras kunskapsläget. Vid min genomgång av tidigare forskning upplevde jag det svårt att hitta vetenskapliga arbeten som berörde kuratorns roll i sjukskrivningsprocessen. Forskning på området belyser främst läkares upplevelser av sjukskrivning och samverkan med externa aktörer såsom Försäkringskassan. Jag hittade inte någon forskning som undersökte specifikt samarbetet mellan läkare och kurator varför jag

fick utvidga min sökning till studier som istället undersökte interprofessionellt samarbete inom primärvården. Kuratorers samarbete med andra professionella på en övergripande nivå är relevant utifrån att syftet med den här studien är att undersöka samråd och informella beslutsprocesser.

Det inledande avsnittet presenterar forskning avseende läkares bedömningar av sjukskrivning, följt av ett avsnitt som berör interprofessionellt samarbete och dess utmaningar inom primärvården specifikt. I det sista avsnittet redogörs forskning kring hälso- och sjukvårdskuratorns professionella roll inom hälso- och sjukvården.

3.1 Bedömning av sjukskrivning

Tidigare forskning i förhållande till sjukskrivningsprocessen har tenderat att fokusera på läkares upplevelser av att bedöma arbetsförmåga och utfärda sjukskrivningsintyg (von Knorrig et al. 2008; Roope, Parker & Turner 2009; Stigmar, Grahn & Ekdahl 2010; Swartling, Alexanderson & Wahlstroem 2008; Wynne-Jones et al. 2009). I övrigt upplever läkare att de får möta en hel del utmaningar vid sjukskrivning av patienter. En utmaning som har uppmärksamats av läkare är den egna bristande kunskapen om arbetsplatser, arbetsmarknaden och socialförsäkringssystemet (Roope, Parker & Turner 2009; Swartling, Alexanderson & Wahlstroem 2008). Detta utgör kunskap som är viktig för läkare i samband med att de genomför noggranna arbetsförmågebedömningar. I en studie av Wynne-Jones et al. (2009) avseende läkares attityder gentemot sjukskrivning i Storbritannien framkom det liknande resultat. Läkare upplevde sig ha bristande träning i att hantera sjukskrivningsintyg särskilt när det gällde arbetsrelaterade frågor och ansåg att det därmed fanns utrymme för andra hälsoprofessionella att bidra med sin kompetens (ibid.). Läkare kunde dock enligt von Knorrig et al. (2008) uppleva en avsaknad av tillgång till andra hälsoprofessionella för råd och handledning vid bedömning av patientens arbetsförmåga.

Att fatta beslut om sjukskrivning innebär att läkaren måste göra en bedömning om i vilken grad patientens arbetsförmåga är nedsatt och under hur lång tid den är nedsatt. I den här bedömningen utgår läkare främst från patientens egen subjektiva berättelse av sina symtom samt arbets- och livssituation (Nilsing et al. 2013; Stigmar, Grahn & Ekdahl 2010). Det råder dock oklarheter bland läkare om hur mycket patientens övriga livssituation ska påverka en bedömning om sjukskrivning (Stigmar, Grahn & Ekdahl 2010). Läkarens roll är att göra en

bedömning av patientens medicinska tillstånd baserat på kliniska bevis. Psykosociala faktorer ansågs öka komplexiteten och försvåra bedömningen av sjukskrivning (Andersson 2017; Nilsing et al. 2013). Det finns dessutom en skillnad i hur somatiska och psykiska tillstånd bedöms inom sjukvården utifrån en avsaknad av konkreta verktyg för läkare i bedömningen av psykiska besvär (Andersson 2017). Samtal mellan den professionella och patienten blir därmed grundläggande för en bedömning av individens problem i och med att symtomen sällan är synliga (ibid.). Vetenskapligt grundad kunskap har dock en större legitimitet inom sjukvården utifrån en förmodad objektivitet varför professionella bedömningar som grundar sig i samtal kan betraktas som mer subjektiva och därmed riskerar undergrävas (ibid.). Den initiala bedömningen är av vikt för den fortsatta processen och patienter med psykosociala besvär kan vara mer komplexa och tidskrävande att bedöma (ibid.). Primärvården är dock organiserad utifrån somatisk sjukdom, vilket innebär att besökstider till läkare ofta inte är tillräckligt långa för att hantera de mer komplexa bedömningar som krävs vid psykosociala besvär (ibid.). Tid blir därmed en hindrande faktor som begränsar läkare i deras möjligheter till att göra grundläggande bedömningar av patientens psykosociala tillstånd.

Det finns dessutom enligt Nilsing et al. (2013) ökade krav på läkare inom primärvården som ett resultat av en åldrande population och svåra komplexa remisser från slutenvården. Läkare önskar därmed ett ökat samarbete med andra professionella utifrån att multiprofessionella bedömningar kan ge en fördjupad bild av patientens situation inför eventuell sjukskrivning (Hudson 2002; Nilsing et al. 2013). Det finns även stöd bland andra professionella inom sjukvården avseende multiprofessionella bedömningar men ömsesidig förtroende är av vikt för att det ska fungera (Hudson 2002). I en studie av Nilsing et al. (2013) genomfördes fokusgruppsintervjuer med olika hälsoprofessionella inom primärvården för att undersöka deras uppfattning om sjukskrivningsprocessen. Professionella som inte var läkare upplevde att de sällan blandades in i sjukskrivningsintyg (ibid.). Andra professionella ansågs dock ha kompetens att bedöma olika aspekter av arbetsförmåga vid sjukskrivning men att deras kompetens inte utnyttjades (ibid.). Läkarens bedömning kan dessutom enligt Andersson (2017) ha mer tyngd utifrån att de är medicinskt ansvariga. Andersson hävdar att läkarens auktoritet kring sjukskrivningar är problematiskt utifrån att komplexa psykosociala besvär är ett kunskapsområde som kräver gränsöverskridande bedömningar. Forskningen kring sjukskrivningsprocessen avspeglar både ett behov och en önskan från läkare av stöd från andra professionella inom hälso- och sjukvården särskilt vid bedömning av arbetsförmåga och påverkan av eventuella psykosociala faktorer.

3.2 Interprofessionellt samarbete och dess utmaningar inom primärvården

Kuratorer inom hälso- och sjukvården arbetar i en multiprofessionell kontext vilket ofta ställer krav på mellan professioner. Inom viss tidigare forskning finns det en uppfattning om interprofessionellt samarbete som en förutsättning för mer effektiv vård trots att det är svårt att objektivt mäta (Shaw, De Lusignan & Rowlands 2005; Thylefors, Persson & Hellström 2005; Vy 2008). Det finns en hel del begrepp för att beskriva olika former av samarbete och team; multiprofessionellt, interprofessionellt, interdisciplinärt, tvärprofessionellt osv. Thylefors, Persson & Hellström (2005) beskriver att de tre mest dominanta typerna av teamorganisering inom svenska människovårdande organisationer är multiprofessionella, interprofessionella och transprofessionella. Interprofessionella team var enligt forskarna den vanligaste formen av samarbete. Det hittades även en positiv korrelation mellan typ av samarbete och uppfattad effektivitet, då ju högre ömsesidigt beroende och närmare samarbete desto högre effektivitet och bättre arbetsklimat (ibid). En arbetsplats som är multiprofessionell innebär att flera olika professionella arbetar relativt självständigt under samma tak men med väldigt lite kommunikation sinsemellan, medan interprofessionellt samarbete uppstår genom interaktiva insatser såsom konsultation och gemensam planering av vårdinsatser (Thylefors, Persson & Hellström 2005; Vy 2008). Det finns ett flertal olika faktorer som främjar samarbete; en ledning som stödjer ett öppet klimat, en administrativ organisation som möjliggör interdisciplinärt samråd, gemensamma mål, respekt för och kunskap om andra professionellas kompetens samt kommunikation (Vy 2008). En av de faktorerna som har uppmärksamats som särskilt viktig för ökat samarbete mellan professioner är effektiv kommunikation.

I en studie av Fox et al. (2021) skuggades professionella på två olika vårdcentraler i Kanada. Forskarna observerade två olika typer av samarbete mellan de professionella, en formell och den andra informell. Det formella samarbetet involverade ofta redan etablerade procedurer eller protokoll exempelvis i form av remiss, där man efterfrågade en bedömning eller övertagande av en annan professionell (ibid.). Vid informellt samarbete handlade det istället om ad hoc och improviserat kommunikation ofta mellan professionella i korridoren eller inne på varandras kontor (Fox et al. 2021). Det identifierades tre olika breda kommunikativa insatser som utfördes av de professionella; samordning av sekventiella insatser, att bistå

andras meningsskapande och försök att förstå varandra (ibid.). Professionella träffar ju ofta sina patienter självständigt och därav blev det viktigt att förmedla information om det som hade gjorts eller eventuellt behövde göras till andra professionella på vårdcentralen (ibid.). Anteckningar i den elektroniska patientjournalen bidrog till att skapa ett vårdsammanhang avseende patientens situation samt möjligheten att själv uttrycka sina åsikter kring individens behov (ibid.). Enligt studien investerade de professionella väldigt mycket tid i att försöka hjälpa andra professionella förstå patientens situation och en särskild utmaning som uppmärksammades var bristande tid (ibid.). I och med att läkare ofta inte hade tid att läsa noteringarna i patientjournalen valde andra professionella ibland att komplettera informationen till läkaren muntligt genom att fysiskt besöka deras kontor (ibid.). Vikten av att dela kunskap och behovet av att uppmärksamma sina teammedlemmar på vad som har gjorts har även lyfts av deltagarna i en studie av Kim et al. (2019). Studien undersöker interprofessionella team inom primärvården och deras uppfattning om vad som är viktigt för en effektiv kommunikation. Transparent kommunikation som var öppen och ärlig, frekvent, konsekvent och 'parsimonious' ansågs vara viktig för ett fungerande samarbete. 'Parsimonious' är ett myntat begrepp av forskarna som betyder kommunikation som är preciserad och kortfattad något som ansågs särskilt betydande inom primärvården på grund av den rådande tidsbristen (ibid.). Tid som ett hinder till samarbete är ett återkommande tema inom forskning men det finns även andra utmaningar i samband med en strävan att uppnå effektivt interprofessionellt samarbete inom primärvården.

Som redan tidigare diskuterats är ett av de största hindren för interprofessionellt samarbete inom primärvården tidspressen som de professionella, i synnerhet läkare, utsätts för (Andersson 2017; Fox et al. 2021). I en äldre intervjustudie genomförd på tre olika vårdcenter inom äldreomsorgen i norra England så hävdar Hudson (2002) att upplevda skillnader i professionellt status och samsyn kan vara avgörande för interprofessionellt samarbete. Professionella med en svagare status och otydlig professionell identitet kan uppleva ett behov av att skydda och förstärka de professionella gränserna varför det finns en tendens till interprofessionella strider snarare än samarbete (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022; Hudson 2002; Kvärnström 2007; Sicotte, D'Amour & Moreault 2002;). Interprofessionellt samarbete kan därmed ha motsatt effekt genom att gränssättning mellan professioner uppmuntras på grund av bristande ledning och otydlighet i professionella roller (Brown, Crawford & Darongkamas 2000). Uppbyggnaden av primärvården kan också påverka förutsättningarna för interprofessionellt samarbete. Primärvården har ofta en medicinskt dominerad

ledningsstruktur som hindrar deltagande av andra professionella, särskilt de som besitter en kunskap som är underordnad den medicinska (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022; Shaw, De Lusignan & Rowlands 2005). Av forskning på området framkommer det även ytterligare hinder för interprofessionellt samarbete i form av; intern dynamik bland de professionella, motstridiga värderingar och övertygelser samt organisatoriska hinder i form av användning av de gemensamma resurserna och rekryteringssvårigheter (Kvörnström 2007; Shaw, De Lusignan & Rowlands 2005; Sicotte, D'Amour & Moreault 2002).

3.3 Kuratorns roll inom hälso- och sjukvården

Det finns ett flertal litteraturöversikter som har genomförts med liknande syften avseende det sociala arbetets roll inom hälso- och sjukvården (Beddoe 2011; Cootes, Heinsch & Brosnan 2022; Kangasniemi et al. 2022; McGregor, Mercer & Harris 2018) dock finns det väldigt få evidensbaserade studier om hälsofördelarna av det sociala arbetets interventioner inom primärvården (McGregor, Mercer & Harris 2018). Kuratorns roll inom hälso- och sjukvården är otydlig och gränsöverskridande (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022). I en avhandling av Sernbo (2019) analyseras resultaten av en etnografisk studie hon genomförde mellan 2014–2016 bland hälso- och sjukvårdskuratorer inom specialistsjukvården i Sverige. Syftet var att undersöka vad det är som karaktäriserar socialt arbete inom hälso- och sjukvården, med ett särskilt fokus på samarbete samt kuratorns professionella självbild. Kuratorer kan enligt Sernbo fylla flera olika funktioner men att de främst fungerar som ett stöd till patienten och sjukvården. Det ställs därmed krav på kuratorn att anpassa sitt arbete utifrån olika intressen och behov som måste vägas mot varandra (ibid.). Rörligheten och otydligheten i rollen innebär dock svårigheter för kuratorn att artikulera sin kompetens vilket försvåras ytterligare av att det finns flera professionella som konkurrerar om det psykosociala arbetet inom sjukvården (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022). Otydligheten i rollen gör det också svårt för andra professionella inom hälso- och sjukvården att fullständigt förstå kuratorns roll vilket försvårar det interprofessionella samarbetet (Ni raghallaigh et al. 2013).

Socialt arbete är enligt Maramaldi et al. (2014) inte ett prioriterat område vid resursfördelning inom hälso- och sjukvården varför det är viktigt att kuratorer förstå sin egen roll och kompetens. Maramaldi et al. har skapat en taxonomi av de funktioner som socialarbetare utövar på sjukhus för att tydliggöra deras insatser (2014). Enligt taxonomin så utför kuratorer

kartläggningar, bedömningar, erbjuder psykosociala interventioner, skriver remiss, krisarbete samt agerar avlastande gentemot andra professionella inom hälso- och sjukvården (ibid.). Kuratorns avlastande och avgränsande funktion för andra professionella inom sjukvården uppmärksammas också av Sernbo (2019). Det är inte säkert att den här avlastande funktionen är öppen eller erkänd men den syftar på att kuratorn hanterar mycket av det som tar tid från de andra professionellas arbete (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022; Sernbo 2019). Genom att bemöta patienters icke-medicinska behov så innebär detta arbete även besparingar för hälso- och sjukvården i övrigt gällande tid och pengar då fokus kan läggas vid det somatiska uppdraget (Rowe et al. 2017). Kuratorn har ingen beslutsfattande roll i hälso- och sjukvården enligt Sernbo (2019) utan agerar snarare som förmedlare av information. Utifrån att kuratorer som yrkesgrupp saknar ett formellt beslutsfattande roll inom hälso- och sjukvården kan de betraktas som underordnad andra professionella (ibid.). Detta innebär dock inte att kuratorn saknar makt eller inte har möjlighet att påverka (Sernbo 2019). Kuratorer utför psykosociala bedömningar och bidrar med en helhetssyn samt belyser viktig kunskap avseende sociala bestämmningsfaktorer i patientens liv som kontextualiserar deras hälsoproblem (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022; Rowe et al. 2017). Kuratorn är den som anses ha möjlighet att erbjuda patienten tid och utrymme till att berätta om sin situation (Ni raghallaigh et al. 2013).

Kuratorn är enligt Sernbo (2019) beroende av att andra professionellas erkännande av deras arbetsuppgifter, varför det blir viktigt hur andra professionella, särskilt läkare, betraktar och förhåller sig till det sociala arbetet. Det blir i slutändan upp till andra professionella att bestämma om det är lämpligt att en patient ska träffa kurator eller inte, trots att det inom sjukvården ofta finns bristande kunskap kring kuratorn och deras arbete (ibid.). Det sociala arbetet har historiskt kämpat med att definiera sig själv i förhållande till andra starka professioner inom hälso- och sjukvården (Beddoe 2011). Kuratorers breda kunskapsanspråk kan betraktas som en brist på konkreta färdigheter och tydlig expertis samt kännas otillräckligt i en multiprofessionell kontext där det sociala arbetet är marginaliserat (Beddoe 2011; Cootes, Heinsch & Brosnan 2022). Det är lätt för kuratorns kunskap att avfärdas eller tystas ned varför Beddoe (2011) hävdar behovet av vidareutbildning och legitimation som avgörande för att kuratorer ska kunna öka sin professionella status inom sjukvården. Sernbo (2019) lyfter fram ett förhållningssätt som finns bland en del kuratorer, där vikten av ett psykoterapeutisk fokus framhålls som ett sätt att öka yrkesgruppens status.

4. Teori

I följande avsnitt presenteras de utvalda teoretiska perspektiven som senare appliceras på insamlad empiri. Teorierna används för att ge förslag på möjliga tolkningar av respondenternas svar utifrån studiens forskningsfrågor. Teorier om den professionellas handlingsutrymme inom byråkratiska välfärdsorganisationer blir relevanta utifrån att studien vill undersöka primärvårdskuratorns möjligheter och begränsningar att påverka vid överväganden om sjukskrivning. Primärvårdskuratorer arbetar dessutom i ett multiprofessionellt sammanhang, vilket innebär ständiga utmaningar av den professionella rollen. Det anses därmed vara aktuellt att använda teorier som berör professionell jurisdiktion och gränsarbete för att försöka förstå samspelet mellan kuratorer och läkare i sjukskrivningsprocessen.

4.1 Jurisdiktion och gränsarbete

Att ha jurisdiktion innebär, enligt Andrew Abbott (1988), att samhället har erkänt en professions exklusiva rätt till att utöva vissa arbetsuppgifter eller förvärva en viss kunskap. Han hävdar att varje profession har en egen jurisdiktion, men att det finns både ett ömsesidigt beroende och en ständig konflikt avseende jurisdiktionens gränser mellan olika yrkesgrupper. I den professionellas yrkesutövning ingår det att diagnosticera, resonera om samt behandla vissa individuella eller samhälleliga problem vilket bidrar till att upprätthålla den professionellas jurisdiktion över vissa arbetsuppgifter. Yrkesutövning är ofta underbyggd av ett kunskapssystem som beskriver vilka formella färdigheter som är nödvändiga för att arbetet ska kunna utföras. Enligt Abbott är ett av kunskapssystemens främsta uppgifter, förutom forskning och instruktion, att legitimera professionens yrkesutövande. Att ha legitimation är grundläggande för upprätthållande av professionell jurisdiktion. (ibid.)

Jurisdiktion kan hävdas i tre olika arenor; rättssystemet, den offentliga arenan och på arbetsplatsen (Abbott 1988). Rättssystemet kan tilldela formell kontroll eller monopol över vissa arbetsuppgifter och användning av visst språk. Det kan ta lång tid att få juridisk jurisdiktion men den varar för evigt och tar ofta inte hänsyn till den faktiska professionella verkligheten som är mycket mer komplex. Jurisdiktion som hävdas inom den offentliga arenan bygger på kontroll över den rådande diskursen inom exempelvis massmedia eller skolor. En profession som hävdar jurisdiktion inom den här arenan anses av samhället ha

kulturellt och socialt rätt att definiera vissa problem samt hur de ska åtgärdas utifrån den teoretiska kunskapen de professionella besitter (Abbott 1988). Slutligen så kan jurisdiktion hävdas på arbetsplatsen genom att den professionella gör anspråk på att kontrollera vissa typer av arbete. Man diskuterar inte vilka arbetsuppgifter det innebär utan snarare hur arbetet ska fördelas och vem som är kvalificerad att övervaka och utföra vissa uppgifter. Ju otydligare en professions gränser är, desto mer sårbar är professionen för yttre hot och det är just inom dessa arenor som olika professioner bedriver ett ständigt gränsarbete. (ibid.)

Andreas Liljegren (2008) beskriver professioner utifrån en landskapsmetafor, där varje profession har sitt eget territorium vars gränser måste försvaras gentemot inkräktare. Gränsarbete är därmed en process där professionella yrkesutövare gör anspråk på och konstruerar gränser gentemot andra professionella i samhället för att skydda sin yrkesutövning (ibid.). Processen innebär att professionella yrkesutövare ständigt får konkurrera och förhandla med andra professionella som utmanar deras kontroll över vissa arbetsuppgifter. Genom den här processen så kan professionen förändras genom att de antingen förlorar eller utökar sin jurisdiktion över vissa arbetsuppgifter eller kunskapsområden vilket oundvikligen påverkar andra professioner (Abbott, 1988). Abbott beskriver sex olika sätt att fastställa jurisdiktion när det uppstår en tvist; fullständig och slutgiltig jurisdiktion, att en profession underordnas en annan, att dela intellektuell jurisdiktion, en profession får rådgivande kontroll över vissa delar av arbetet samt att professioner kan dela deras jurisdiktion utifrån klienter (ibid.). Att fastställa fullständig och slutgiltig jurisdiktion inom både den offentliga och rättsliga arenan genom en lagstadgad rätt som utesluter andra professioner är dock målet för samtliga professioner (ibid.).

4.2 Gräsrotsbyråkraten och handlingsutrymme

Gräsrotsbyråkrater är enligt Michael Lipsky (1980/2010) offentligt anställda tjänstemän som i sitt dagliga arbete möter medborgare och därav använder sig av en omfattande 'discretion' (eng.) i utförandet av deras arbete. Exempel på typiska gräsrotsbyråkrater är läkare, polis, socialarbetare och lärare. Svensson, Johnsson & Laanemets (2008) översätter begreppet 'discretion' till handlingsutrymme när de använder sig av Lipsky för att beskriva vad det innebär att vara en socialarbetare. Molander (2011) använder istället skön, ett äldre svenskt substantiv som betyder att åtskilja eller urskilja. Gräsrotsbyråkrater arbetar enligt Lipsky (1980/2010) med komplexa uppdrag inom organisationer med vaga ramar i form av lagar och

riktlinjer som inte på ett adekvat sätt fastställer de bästa handlingsalternativen i alla ärenden. Handlingsutrymme definieras som möjligheten och kompetensen till att välja hur man ska agera i en viss situation utifrån det utrymme som formas av ens arbetsuppdrag och professionella kunskap (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008).

Handlingsutrymme uppstår i samspelet mellan organisation och profession och är enligt Lipsky (1980/2010) nödvändig för att gräsrotsbyråkraten ska kunna utföra sitt arbete. Gräsrotsbyråkratens uppgift är främst att tilldela tjänster och stödja klientens väg genom den byråkratiska organisationen samt konservera knappa organisatoriska och personliga resurser (ibid.). Det kan enligt Lipsky ibland uppstå klientärenden som avviker från det rutinerade arbetet som vanligtvis utförs inom byråkratiska organisationer. Avvikelse som inte går att hantera inom ramarna för det vanliga arbetet behöver tas hand om av en 'pressure specialist' (ibid.). Någon som enligt Lipsky kan ta hand om det som är bekymmersamt och riskerar påverka det övriga arbetet. Den som sitter i rollen som en 'pressure specialist' bör agera som en skydd eller buffert gentemot övriga anställda gräsrotsbyråkrater inom organisationen (ibid.). I sin avhandling använder sig Sernbo (2019) av Lipskys 'pressure specialist' för att förstå hälso- och sjukvårdskuratorns arbete. Hon hävdar att hälso- och sjukvårdskuratorn kan betraktas som en 'pressure specialist' eftersom de ofta "tar hand om det som riskerar att störa, fördärva eller lämna oönskade spår i arbetet: subjekt vill fel saker, är sjuk av fel anledning eller behöver en annan form av stöd (ibid., s.254)." Det är dock inte bara kuratorn som kan vara 'pressure specialist' utan rollen karaktäriseras enligt Sernbo av organisatoriskt utanförskap, icke-beslutsfattande funktion, en förväntan om att den professionella ska agera som stöd för klienter, annan personal och organisationen samt ett relativt stort handlingsutrymme (ibid.).

Gräsrotsbyråkrater arbetar också allmänt under liknande arbetsförhållanden (Lipsky 1980/2010). Det är till exempel ofta att gräsrotsbyråkrater får arbeta med kronisk brist på resurser i form av arbetskraft, tid och pengar i förhållande till de arbetsuppgifter som ska utföras. Lipsky hänvisar till att gräsrotsbyråkrater och deras ledare ofta har olika prioriteringar vilket leder till att gräsrotsbyråkraten utvecklar genvägar och förenklingar som inte är sanktionerade av ledaren för att hantera pressen och klara av deras uppdrag. Det finns dessutom enligt Lipsky en inbyggd paradox i gräsrotsbyråkratens arbete eftersom tillgången på tjänsterna aldrig kommer att kunna möta den efterfrågan som finns. Om man exempelvis skulle erbjuda ett utökat utbud av tjänster i form av fler läkartider på en vårdcentral så

tenderar även efterfrågan på läkartider att öka vilket innebär att samma problem i form av bristande resurser och tjänster kommer att återuppträffa. Gräsrotsbyråkrater arbetar utifrån en organisations målsättningar som ofta är tvetydiga, vaga och ibland motstridiga. Individuella prestationer blir följaktligen svårt att mäta (Lipsky 1980/2010).

Anders Molander (2011; 2016) är också intresserad av det handlingsutrymme som utövas av gräsrotsbyråkrater inom välfärdsstaten. Vid avsaknad av generella regler får den professionella använda sitt eget omdöme (Molander 2016). Obestämthet är därmed en del av vad det innebär att vara professionell. Molander (2011) skiljer mellan en strukturell och en epistemisk förståelse av skön: å ena sidan skön som ett handlingsutrymme där man kan välja mellan tillåtna handlingsalternativ baserat på sitt eget omdöme, å andra sidan skön som ett resonerande om ”vad som bör göras under betingelser av obestämthet” (s.320). Den strukturella dimensionen av skön beskrivs som tvetydig utifrån att den professionella får friheten att göra vad den vill baserat på sin egen förmåga och omdöme samtidigt som den hålls ansvarig för sina beslut och handlingar av den som har delegerat makten (Molander 2011). Den professionella har av en auktoritet fått förtroende att fatta vissa beslut men deras handlingsutrymme begränsas av vissa yttre ramar såsom lagar, regler eller risk för sanktioner (ibid.). Den professionella delegeras handlingsutrymme utifrån en förväntan att de är kapabel till att resonera och fatta egna förnuftiga beslut (ibid.). Den kognitiva dimensionen av skön avser just den enskildes kapacitet till att resonera inom sitt handlingsutrymme särskilt när det inte finns någon tydlig svar (ibid.). Att resonera betyder därmed enligt Molander att rättfärdiga sina svar genom att man sluter sig från en situationsbeskrivning till en handling med hjälp av en norm som ger den enskilde en allmän förståelse för hur man bör agera i en viss situation (ibid.).

Molander belyser att skön begränsas av vissa normativa kontexter eller förväntningar. Han urskiljer tre idealtypiska normativa kontexter; (a) principen om likabehandling (ex. juridiska resonemang), (b) principen om reproducerbarhet (ex. kliniska bedömningar), (c) principen om individualisering (ex. olika former av omsorg) (Molander 2011, s.327). Rättvisprincipen kräver komparativ konsistens i förhållande till att lika fall ska behandlas lika över tid, utrymme och individer. Reproducerbarhetsprincipen ställer krav på att resultaten bör kunna reproduceras och om inte det är möjligt så finns det skäl för att den inte är verklig. Individualiseringsprincipen kräver att den professionella utforskar vad som är bäst för den

enskilde individen utifrån deras unika behov och situation. Molander (2011) lyfter fram att de normativa kontexterna även kan blandas, vilket ofta skapar konflikter.

En annan distinktion Molander (2016) gör avseende det handlingsutrymme som används av professionella inom välfärdsstaten är 'de jure' och 'de facto' handlingsutrymme (s.52). De jure handlingsutrymme är handlingar man har befogenhet att göra som ofta grundas i en laglig rätt. Om den professionella har 'de jure' handlingsutrymme innebär det att den besitter ett formellt mandat. Motsatsen är 'de facto' handlingsutrymme vilket betyder handlingar som saknar laglig befogenhet men är ändå juridiskt giltiga. Om den professionella har 'de facto' handlingsutrymme så innebär det att de besitter ett informellt mandat att utföra vissa uppgifter som egentligen står utanför deras formella uppdrag. Ofta är det uppgifter som krävs för att uppfylla det formella uppdraget på ett tillfredsställande sätt eller för att stödja andra professionella i deras arbete. (ibid.)

5. Metod och metodologiska överväganden

I följande avsnitt redogör jag för val av metod och tillvägagångssätt i förhållande till studiens genomförande. Jag förklarar mitt val av metod, urval, arbetsprocess, bearbetning av material, metodologiska reflektioner och forskningsetiska överväganden.

5.1 Val av metod

En kvalitativ forskningsansats motiveras då mitt syfte är att fördjupa förståelsen för hur samråd och informella beslutsprocesser mellan kuratorer och läkare inom samma verksamhet kan ta sig i uttryck vid sjukskrivning av patienter med psykisk ohälsa. Jag har därmed valt att genomföra *semistrukturerade intervjuer* med hälso- och sjukvårdskuratorer inom primärvården. Tyngdpunkten inom kvalitativ forskning är att försöka förstå människors sociala verklighet, nämligen genom att forskaren försöker få en uppfattning om individens upplevelse av sig själv, sin omgivning eller ett särskilt fenomen (Bryman 2018). Den här förståelsen möjliggörs av en kvalitativ ansats genom forskarens relativa närhet till forskningsfältet vid insamling av empirin (Ahrne & Svensson, 2015). Valet av metod är också kopplad till forskarens egen vetenskapsteoretiska uppfattning om hur forskning av den sociala verkligheten ska studeras (Bryman 2018). Vetenskapsteoretiska perspektiv såsom fenomenologi, hermeneutik och symbolisk interaktionism delar en gemensam uppfattning om

att människor och deras institutioner utgör det främsta studieobjektet inom samhällsvetenskaplig forskning (Bryman 2018). Hur forskaren sedan väljer att presentera eller beskriva den sociala verkligheten utgör endast en av flera sanningar (ibid.). Valet av en kvalitativ metod ansåg jag vara lämpligt för att uppfylla mitt syfte av att studera hur hälso- och sjukvårdskuratorer resonerar och reflekterar över sin profession och eventuell möjlighet att påverka läkare vid överväganden om sjukskrivning av patienter med psykisk ohälsa.

5.1.1 Kvalitativa intervjuer

Bryman (2018) beskriver semi-strukturerade intervjuer som en flexibel metod, där man utgår från vissa specifika frågor eller teman i form av en intervjuguide, men tillåter intervjupersonen stor frihet i utformningen av sina svar. Frågorna behöver inte ställas i den ursprungliga ordalydelsen eller ordning utan den som utför intervjun har möjlighet att avvika från intervjuguiden för att exempelvis lägga till frågor utifrån vad respondenten har sagt (ibid.). Tonvikten i semistrukturerade intervjuer läggs vid det som respondenten upplever är viktigt och relevant. Att ha en viss struktur eller intervjuguide innebär en minskad risk för att man samlar in allt för mycket oanvändbar empiri i förhållande till ens syfte. Intervjuguiden (bilaga 1) utgår från tre olika temaområden kopplade till mina forskningsfrågor; vägen till sjukskrivning, kuratorns professionella roll i sjukskrivningsprocessen och kuratorns eventuella handlingsutrymme i sjukskrivningsprocessen. Jag har utgått från min intervjuguide vid samtliga intervjuer. Under intervjun är det dock enligt Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2015) möjligt att ta upp nya ämnen varför jag även har ställt följdfrågor utifrån det som respondenterna valt att dela med sig under intervjuerna.

5.2 Urval

Jag har i min studie valt att använda mig av ett målstyrt urval vilket innebär att jag har försökt att få tag på deltagare som är relevanta för studiens forskningsfrågor (Bryman 2018). I primärvården ingår det en stor variation av olika verksamheter; offentligt drivna vårdcentraler, barnmorskemottagningar, barnavårdscentraler kvälls- och helgmottagningar, ungdomsmottagningar, dietistverksamhet, palliativ vård osv. Utifrån att individer som önskar sjukskrivning ofta söker sig i första hand till deras lokala vårdcentraler har jag valt avgränsa urvalet till hälso- och sjukvårdskuratorer verksamma på offentligt drivna vårdcentraler inom primärvården. Samtliga respondenter i denna studie arbetar alltså på vårdcentraler inom Region Skåne. Utifrån omfattningen av den här studien har en avgränsning gjorts i

förhållande till att endast undersöka hälso- och sjukvårdskurators resonemang kopplad till samarbetet med läkare och inte övriga professionella.

Jag har dessutom valt att avgränsa min studie till vårdcentraler inom Region Skåne utifrån bekvämlighet då jag under min verksamhetsförlagda praktik har varit placerad i en större stad inom regionen. Jag har därmed kunnat utnyttja min praktikhandledares kontaktnätverk i den initiala sökningen efter deltagare. Ett informationsbrev med förfrågan om deltagande i studien (bilaga 2) skickades först till kuratorer inom min handledares kuratorsnätverk, en grupp av ungefär 20 personer. I Region Skåne finns det ett flertal kuratorsnätverk skapade utifrån geografisk närhet där verksamma kuratorer har möjlighet att träffas fysiskt eller digitalt för att stödja varandra i sitt arbete. Förfrågan spreds därefter vidare till ytterligare tre kuratorer som kunde förmedla min förfrågan vidare inom sina respektive nätverk. Jag har även använt mig av Region Skånes intranät för att leta fram kontaktuppgifter till vid tillfället 69 hälso- och sjukvårdskuratorer som var anställda på vårdcentraler inom Region Skåne. Jag skickade ut individuella förfrågningar om deltagande till resterande kuratorer inom regionen som inte redan hade tillfrågats. Min eftersökning resulterade i 8 bokade intervjuer med hälso- och sjukvårdskuratorer verksamma på vårdcentraler inom i 5 olika kommuner inom Region Skåne. Av respondenterna var det 1 man och 7 kvinnor.

5.2.1 Bakgrund respondenterna

Respondenternas ålder i den här studien sträcker sig från 29 år till 58 år. 7 av de 8 är legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer och samtliga hade en socionomexamen i grunden. Tre av de åtta intervjuade hälso- och sjukvårdskuratorer hade även titeln rehabkoordinator, vilket uppgick till ungefär 20% av deras tjänst. Av respondenterna så hade 6 av 8 genomfört en kognitiv beteendeterapi (KBT) steg 1 utbildning, därav var det en respondent som även hade påbörjat sin KBT steg 2 utbildning. Ytterligare en respondent hade nyligen påbörjat sin KBT steg 1 utbildning. Samtliga respondenter hade läst flera, varierande påbyggnadsutbildningar eller kurser på universitetsnivå exempelvis; Mindfulness, Acceptance Commitment Therapy (ACT), Multisystemisk familjeterapi (MST), Compassion Fokuserad terapi, rehabkoordinator utbildningar, masters inom socialantropologi, masters i socialt arbete i hälso- och sjukvård mm. Respondenternas yrkeserfarenhet inom hälso- och sjukvården varierade mellan 4 och 18 år med stor variation i tidigare arbetserfarenhet.

Det fanns en hel del variation i uppbyggnaden av de psykosociala teamen på respektive vårdcentral. Allt ifrån att respondenten var ensamstående kurator på vårdcentralen till att vara tre professionella, exempelvis en kurator och två psykologer. Andra professioner som ingick i de psykosociala teamen var; psykiatrisjuksköterska och arbetsterapeut med KBT utbildning.

5.3 Insamling, bearbetning och analys

5.3.1 Litteratursökning

I min litteratursökning har jag främst använt mig av databasen LUBsearch och bibliotekskatalogen LUBcat. Utifrån svårigheter att hitta nyare forskning har artiklar sökts bakåt i tid ifrån år 2000 vilket kan anses vara en begränsning gällande en avsaknad av mer aktuell forskning i mitt kunskapsläge. Sökord har uppkommit utifrån vad som upplevdes relevant för studien men jag har även använt mig av andra vetenskapliga artiklars referenser om det varit intressant för studien. Artiklarna som använts i detta kunskapsläge har hämtats ifrån Kanada, Nya Zeeland, Irland, England och Sverige och avspeglar därmed ett västerländskt perspektiv.

Nyckelord som användes; kurator, läkare, socialt arbete, primärvården, interprofessionellt samarbete, sjukskrivningsprocessen, psykisk ohälsa, social work in primary healthcare, sick leave, mental health, professional role, integrated care, discretion, multiprofessional och interprofessional teamwork

5.3.2 Genomförande av intervjuer

Utifrån att majoriteten av mina respondenter befann sig på annan ort valde jag att genomföra digitala intervjuer via videosamtalsverktygen Microsoft Teams med 7 av de totalt 8 respondenterna. Den enda fysiska intervjun som jag genomförde hölls dock på plats eftersom denna respondent befann sig på samma ort. Jag valde att hålla resterande intervjuer digitalt, dels på grund av fysiskt avstånd, dels för att jag var osäker på fysiska besök var tillåtna utifrån tidigare rådande restriktioner inom vården kopplad till Covid-19 pandemin. Bryman (2018) hänvisar till att det finns en del fördelar med att genomföra videointervjuer såsom mer flexibilitet samt besparingar gällande tid och pengar. Metoden möjliggör dessutom medverkande av deltagare som kanske annars hade nekat på grund av exempelvis tidsbrist (ibid.). Videosamtal tillät mig också att träffa respondenten ansikte mot ansikte trots att vi inte befann oss på samma plats.

Videointervjuer kan dock medföra begränsningar i form av potentiella teknologiska problem och kvalitetsförsämringar i sändning eller mottagning som försvårar transkribering (Bryman 2018). Jag upplevde under intervjuerna att jag och respondenterna pratade i mun på varandra ibland, men att det oftast inte orsakade några större komplikationer som påverkade inspelningen. Till de flesta respondenterna skickade jag ut en Teams länk efter vi hade kommit överens om en viss dag och tid. I början var jag osäker om det skulle fungera att skicka en länk från mitt personliga Teams konto varför två av respondenterna istället fick bjuda in mig via Teams. Jag upplevde inga direkta tekniska svårigheter vid användningen av tekniken förutom vid ett tillfälle då jag hade missat att respondenten behövde ändra tid. Det löste sig genom att vi bokade om till en annan dag och tid. Respondenterna använder sig dessutom av Teams på arbetsplatsen varför jag upplevde att det fanns en vana vid att använda plattformen vilket underlättade intervjuernas förfarande. Jag valde att använda mig av en diktafon för att spela in intervjuerna då den gav mig möjlighet att sakta ned inspelningen vilket underlättade vid transkriberingen. Samtliga respondenter samtyckte till att intervjuerna spelades in. Genom att spela in intervjun kunde jag obehindrat bedriva samtalet samt ställa följdfrågor utan att behöva samtidigt anteckna. Enligt Bryman (2018) ger det dessutom forskaren möjlighet att få en fullständig redogörelse av intervjun ifall att det uppstår behov av klargörande.

5.3.3 Bearbetning av analys

I analysprocessen har jag valt att använda mig av metoden tematisk analys. Av Braun & Clarke (2006) så framgår det att tematisk analys drivs av forskarens teoretiska och analytiska intresse och att empirin kodas för specifika forskningsfrågor. En tematisk analys är dessutom en flexibel metod som kan användas inom olika teoretiska ramverk (ibid.). För att vara specifikt har jag använt mig av en teoretisk tematisk analys där jag har kodat utifrån mina forskningsfrågor, vilket är i kontrast till en induktiv tematisk analys där det är materialet som styr kodningen och formulering av en eventuell forskningsfråga. Första steget i min analys var transkribering av samtliga intervjuer. Transkribering är en aktiv bearbetning där talet struktureras om enligt grammatiska regler för skriftspråk, vilket sedan möjliggör en analys (Svensson & Ahrne 2018). Transkribering skedde för det mesta en till två dagar efter varje intervjutillfälle. Jag valde inte att inkludera pauser, skratt eller andra verbala uttryck som 'ehm' o.s.v. utifrån att det inte ansågs relevant för studien. Kodning påbörjades efter samtliga

intervjuer hade transkriberats. Enligt Bryman (2018) kan det vara fördelaktigt att påbörja kodningen parallellt som intervjuerna förlöper. Jag ville dock få en översiktsbild av den insamlade empirin och inte börja dra slutsatser eller riskera utesluta alternativa resonemang för tidigt. Kodning av empirin guidades av studiens övergripande syfte och frågeställningar.

Braun & Clarke (2006) beskriver de sex olika faserna av en tematisk analys vilket jag har inspirerats av i min kodning av materialet. Jag började med att bekanta mig med empirin genom att läsa igenom den ett flertal gånger och notera initiala idéer eller mönster som var av intresse. Därefter började jag att organisera empirin i meningsfulla grupper för att skapa initiala koder. I den här fasen kodade jag för så många potentiella teman som möjligt som sedan sammanställdes. Kodningen av empirin skedde i nära samspel med teori och tidigare forskning. Till slut har jag identifierat fyra centrala och delvis överlappande teman i det insamlade materialet; att sakna formellt mandat under sjukskrivningsprocessen, kuratorns informella mandat vid inledande bedömningar, att vara en röd flagga under sjukskrivningsprocessen samt förutsättningar för kommunikation på arbetsplatsen.

Ytterligare ett tema som framkom under kodning av empirin var rehabkoordinators roll och mandat i sjukskrivningsprocessen. Jag har valt att inte inkludera detta tema i min analys utifrån att den inte direkt svarar på studiens syfte eller frågeställningar. Temat diskuteras dock kort i min diskussion i förhållande till områden som är av intresse för vidare forskning.

5.3.4 Förförståelse

Att reflektera över och vara medveten om den egna förförståelsen är viktigt eftersom det kan påverka samtliga delar av forskningsprocessen (Bryman 2018; Ahrne & Svensson, 2015). Forskarens förförståelse kan medföra nackdelar exempelvis i form av att begränsa forskarens förmåga att förhålla sig objektivt eller potentiellt upptäcka ny information (ibid.) Det kan dock även innebära att studiens trovärdighet stärks genom att forskaren har möjlighet att göra rimliga tolkningar av den insamlade empirin (ibid.).

Min grundutbildning är socionom och jag har under några år arbetat som ekonomisk biståndshandläggare inom Socialtjänsten. I samband med detta besitter jag en viss förkunskap, intresse och förståelse för vikten av det psykosociala perspektivet i människobehandlande yrken. Under utbildningens verksamhetsförlagd praktik var jag

placerad på en vårdcentral i en större stad inom Region Skåne och har således bildat en viss uppfattning av kuratorns roll inom primärvården, vilket har påverkat mitt forskningsarbete när det gäller val av syfte och frågeställningar. När det gäller val av teori i den här studien vill jag nämna att jag redan tidigare är bekant med Lipskys (1980/2010) teori om gräsrotsbyråkrater eftersom det är en teori jag har använt mig av för att analysera mitt examensarbete på socionomutbildningen. Jag har dock bedömt teorin som relevant utifrån mina forskningsresultat och därför även medvetet valt att utforska ytterligare relevanta teorier för att förstärka min analys.

5.4 Metodologiska reflektioner

5.4.1 Metodens förtjänster och begränsningar

Att välja forskningsmetod innebär en avvägning av både metodens förtjänster samt begränsningar. Kvalitativ forskning erbjuder enligt förespråkare större möjligheter för forskaren att reflektera om och genomföra en fördjupad analys av sin empiri då det finns utrymme för utvecklandet av teori och hypoteser under studiens gång (Bryman 2018). Kvalitativ forskning bidrar på detta sätt till en ökad förståelse av fenomen utifrån hur deltagarna i en viss miljö själva upplever sin sociala verklighet. Fokuset är därmed inte att generalisera forskningsresultaten till en större population utan främst för att försöka förstå individers uppfattningar av sin verklighet. (ibid.)

Kritik som riktas mot kvalitativ forskning är att den anses vara subjektiv då den bygger på forskarens egna uppfattningar om vad som är betydelsefullt samt att forskaren i sin roll ofta har en nära och personlig förhållande till sina deltagare (Bryman 2018). En kvalitativ undersökning är dessutom svår att replikera samt att det nästintill är omöjligt att generalisera resultaten utöver den situationen i vilken studien har genomförts trots att det inte är målet (ibid.). Om forskaren inte har noggrant beskrivit studiens förfarande kan det vara svårt att konkret förstå hur den har gått tillväga och kommit fram till sina slutsatser (ibid.). När det gäller kvalitativa intervjuer diskuteras det av Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2015) att det kan vara viktigt att komplettera med andra metoder för att man annars får en begränsad bild av ett fenomen. När man intervjuar någon så är det viktigt att vara medveten om att intervjun färgas av att det sker på en viss plats och vid ett visst tillfälle varför uttalande inte kan separeras från deras sociala kontext (ibid.).

5.4.2 Metodens Tillförlitlighet

Enligt Bryman (2018) så är det mer vanligt förekommande att bedöma en kvalitativ studies tillförlitlighet framför att använda begrepp som validitet och reliabilitet. En studies tillförlitlighet bedöms utifrån följande fyra kriterier: trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och dess möjlighet att styrka och konfirmera (ibid.).

Trovärdighet

Trovärdighet är enligt Bryman (2018) en bedömning av huruvida andra upplever att en studies resultat är trovärdiga genom att säkerställa att den har utförts regelrätt (s.467). Jag har i det här avsnittet försökt redogöra för min forskningsprocess i detalj utifrån en önskan om att det ska vara möjligt för utomstående läsare att noggrant granska och förstå mina resultat. Utöver detta har jag spelat in samtliga intervjuer för att minska möjliga tolkningsfel som kan uppstå. Jag har också under intervjuernas förfarande försökt säkerställa att jag har förstått respondenternas svar genom att sammanfatta och ställa vidare frågor vid oklarhet. Bryman (2018) menar att det även finns möjlighet för forskaren att öka trovärdigheten av sin studie genom att rapportera tillbaka resultat till deltagarna i något som kallas respondentvalidering. Ytterligare ett sätt för forskaren att utöka trovärdigheten av sin studie är triangulering, eller möjligheten att kombinera olika metoder, typer av data eller teoretiska perspektiv för att skapa en mer trovärdig beskrivning av ett fenomen (Svensson & Ahrne 2015). Utifrån tidsbegränsningar har jag dock inte haft möjlighet att varken använda mig av respondentvalidering eller triangulering i den här studien vilket kan anses vara en begränsning av trovärdigheten av mina resultat.

Överförbarhet

Överförbarhet avser om studiens resultat kan överföras till en annan kontext eller förklara ytterligare situationer än den som studien bygger på (Bryman 2018). Det är dock generellt svårt att hävda överförbarhet vid kvalitativa intervjuer därför att målet främst är att skildra den enskilde och deras uppfattning av ett fenomen (Eriksson-Zetterquist & Arhne 2015). Målet med min undersökning är inte att generalisera till en annan kontext utan främst att fördjupa förståelsen för hur samråd och informella beslutsprocesser kan ta sig uttryck mellan läkare och kuratorer i samma verksamhet.

Pålitlighet

Om en studie är pålitlig eller inte kan säkerställas genom att forskaren är så transparent som möjligt genom att återge en fullständig redogörelse för samtliga faser av forskningsprocessen (Bryman 2008). Jag har försökt på ett utförligt sätt redogöra för mitt tillvägagångssätt och de metodologiska överväganden som har gjorts under studiens gång. Vid frågetecken som skulle kunnat påverka studiens pålitlighet har jag sökt stöd från min handledare för feedback.

Möjlighet att styrka och konfirmera

Det sista kriteriet av en studies tillförlitlighet är möjligheten att styrka och konfirmera, vilket innebär enligt Bryman (2018) att forskaren ska kunna i en så stor utsträckning som möjligt säkerställa att forskningen har utförts på ett objektivt sätt. Forskaren ska med andra ord inte medvetet ha tillåtit sina personliga värderingar eller teoretiska inriktning påverka resultaten (ibid.). Min förförståelse har påverkat förfarandet i den här studien vilket påverkar möjligheten att styrka och konfirmera. Jag anser att det är svårt att undvika påverkan av sina tidigare erfarenheter eller kunskaper varför fullständig objektivitet är svår att uppnå. Jag har försökt att inte låta alltför subjektiva tolkningar påverka mina slutliga resultat.

5.5 Forskningsetiska överväganden

Under forskningsprocessen är det viktigt att uppmärksamma hur en studie eventuellt kan påverka eller vara till skada för någon av deltagarna. I den här studien har hänsyn tagits till Vetenskapsrådets (2002) fyra forskningsetiska principer vilka är; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. I enlighet med informationskravet har samtliga berörda respondenter informerats i förhand genom ett utskickat informationsbrev (bilaga 2) om forskningens syfte och frivilligt deltagande. Vid respondentens godkännande av deltagande i studien skickades det ut en skriftlig samtyckesblankett via epost. Av samtyckesblanketten framkom det information i förhållande till respondentens rätt att själv avgöra villkoren för deras deltagande, möjlighet att avbryta sin medverkan när som helst under intervjun samt att deltagande skulle anonymiseras. Intervjudeltagare fick även godkänna att en ljudupptagning gjordes under intervjun. Majoriteten av intervjuerna skedde digitalt via Microsoft Teams varför samtycke inhämtades och spelades in muntligen vid början av varje intervjutillfälle.

Utifrån att deltagarna ombeds att uttrycka sina åsikter kring en arbetsprocess och kollegor på den egna arbetsplatsen skulle det kunna vara känsligt om det uppkommer negativa reaktioner eller tankar om dessa. För att uppfylla konfidentialitetskravet har jag därmed valt att avidentifiera samtliga respondenter genom att avpersonifiera citat och resonemang som används i studien. Respondenterna identifieras istället genom en bokstav Q och en siffra. Q är en förkortning av kurator. Hälso- och sjukvårdskuratorer inom primärvården kan i vissa kommuner och på vissa vårdcentraler vara ensamma i sin profession varför det finns en risk att respondentens identitet skulle kunna röjas. Kommuner och vårdcentraler där respondenten är verksam namnges därmed inte i studien. Nyttjandekravet syftar på att insamlade uppgifter endast får användas för det aktuella forskningsändamålet (Vetenskapsrådet 2002). Respondenterna har i samtyckesblanketten fått information kring att intervjuerna endast kommer att användas i forskningssyfte och inspelade intervjuer samt transkribering kommer att förstöras och raderas vid godkännande av examensarbetet.

6. Resultat och analys

I den här studien framkom det att tillvägagångssättet vid bedömning av patienter med psykisk ohälsa inför en eventuell sjukskrivning kan variera beroende på hur arbetet på vårdcentralen är organiserat. Utifrån respondenternas svar gick det att urskilja två olika tillvägagångssätt. På vissa vårdcentraler bokas patienten direkt till en läkare för bedömning av deras tillstånd samt eventuellt beslut om sjukskrivning. Patienten möter då kurator eller psykosocial personal endast för behandling. På andra vårdcentraler bokar sjuksköterska in patienten direkt för bedömning hos det psykosociala teamet inför en eventuell tid till läkare. Läkaren kan därefter välja att använda sig av det psykosociala teamets underlag i deras beslut om patienten ska sjukskrivas eller inte. Det förstnämnda tillvägagångssättet omtalades av respondenterna Q1, Q4, Q5. Det sistnämnda tillvägagångssättet omtalades av respondenterna Q2, Q3, Q6, Q7, Q8 i den här studien.

Vid bearbetning och analys av min empiri har jag kunnat urskilja fyra delvis överlappande teman. De har kallats; att sakna formellt mandat under sjukskrivningsprocessen, kuratorns informella mandat vid inledande bedömningar, att vara en röd flagga under sjukskrivningsprocessen och förutsättningar för kommunikation på arbetsplatsen.

6.1 Att sakna formellt mandat under sjukskrivningsprocessen

Läkarens beslutsfattande roll gällande sjukskrivning och kuratorns avsaknad av ett formellt mandat var ett ämne som berördes av samtliga respondenter i den här studien. Q1 ger uttryck för detta på följande sätt: ”Det formella handlingsutrymmet när det kommer till sjukskrivning för en kurator är ju noll.” På liknande sätt säger Q8: ”Att man inte ska tänka ’ja men nu ska jag träffa patienten och så ska jag bestämma att patienten ska vara sjukskriven’. För att så är det inte. Det är en jätteskillnad på det, men att jag har kompetensen att göra en bedömning om hur patienten mår.” Q6 förde ett liknande resonemang om att kuratorn kan bidra med sin bedömning, sin kunskap och lyfta patientens perspektiv, men att det i grund och botten är läkaren som fattar beslutet: ”Det kan ju bli jättetokigt om jag bedömer något och läkaren något annat och så blir det konstigt för patienten om man säger för mycket.” I dessa citat betonas att kuratorn utifrån sin kompetens kan göra en bedömning av patientens psykosociala tillstånd, samtidigt som det tydligt kommenteras att de inte har någon formell befogenhet att fatta beslut om sjukskrivning. I enlighet med Abbot (1988) kan det tolkas som att läkaren har jurisdiktion att fatta beslut om sjukskrivning utifrån att samhället har erkänt deras anspråk på medicinsk kunskap. Med inspiration från Molander (2016) kan dock citaten tolkas som att kuratorn ändå tillhandahåller ’de facto’ eller informellt mandat i förhållande till att genomföra bedömningar av patientens tillstånd. Att kuratorn saknar en beslutsfattande roll inom hälso- och sjukvården uppmärksammas av Sernbo (2019). Hon beskriver kuratorns roll snarare som en förmedlare av information varför de kan i vissa fall betraktas som underordnad läkare trots att de inte saknar makt eller möjlighet att påverka (ibid.). I en tolkning av citaten ovan behöver därmed en avsaknad av formellt mandat inte betyda att kuratorn saknar makt eller möjlighet att påverka under sjukskrivningsprocessen.

Flera av respondenterna poängterade att både de och andra professionella var noggranna med att inte lova patienten sjukskrivning utifrån att det inte var deras beslut att fatta. Q8 uppger att ”...man aldrig någonsin ska säga till patienten att ’jag tycker att’ utan ’Jag har gjort en bedömning. Min bedömning har jag skrivit i journalen. Den finns för läkarna att läsa’.” Citatet understryker att kuratorns roll i processen inte är att uttrycka sin åsikt till patienten eller fatta ett beslut utan att deras bedömning utgör ett underlag för läkarens beslut. Q6 gör gällande att hen brukar formulera sig på följande sätt till patienten ” ’jag hör, det låter som att du skulle behöva vara sjukskriven kanske deltid ... men det är inte jag som får ta det beslutet’.” Även om kuratorn skulle anse att patienten mår så pass dåligt att det påverkar

arbetsförmågan och väljer att boka in patienten till läkaren så ska det enligt Q2 alltid vara tydligt för patienten att det är läkaren som gör den bedömningen. Det sociala arbetet har inte lika tydlig plats inom hälso- och sjukvården varför kuratorer har fått kämpa med att definiera deras uppdrag mot andra starkare professioner (Beddoe 2011). Kuratorns roll inom hälso- och sjukvården har dessutom konstaterats som otydlig och gränsöverskridande (Cootes, Heinch och Brosnan 2022). Ovanstående citat visar hur respondenterna utför ett gränsarbete gentemot deras patienter när de preciserar vad som ingår i deras ansvar eller inte (Liljegren 2008). Tydliga gränser gentemot andra professioner anses av Abbott (1988) vara viktigt för att de egna professionella gränserna inte ska börja luckras upp eller utmanas.

6.2 Kuratorns informella mandat vid inledande bedömningar

Det framkom av en del respondenter att bokning av patienter till det psykosociala teamet inför bedömning av läkare var ett relativt nytt arbetssätt som hade tilltagits. Q8 hade inte varit med om införandet av arbetssättet på sin nuvarande arbetsplats men kunde beskriva upplevelsen av förändringen vid en tidigare arbetsplats. En av anledningarna till förändringen var just enligt Q8 att: ” Det här fungerar inte längre. Vi har inte så mycket läkartider så att vi kan sätta in alla patienter på en första läkartid eller bedömning.” Respondenten påpekar dock att det inte bara handlade om läkarbrist utan även för att;

Man såg att den psykiska ohälsan ökade och det som läkaren framförallt kunde erbjuda var ju antidepressiva mediciner, ångestdämpande, sjukskrivningar och sömnmedicin. Vi vill ju jobba tvärtom. Vi vill ju förebygga. Vi vill att patienterna inte ska få den typen av medicin utan att man har gjort en bedömning och kanske gjort olika behandlingsförsök. Är det så att det inte fungerar då kanske man måste ta till medicin ... Det känns mer naturligt att gå andra hållet genom det psykosociala teamet och i de fall det behövs sjukskrivning eller medicin så kopplar man på läkaren. (Q8)

Av citatet framgår att förändringen inte bara var för att frigöra resurser utan det handlade om ett skifte i förhållningssätt vid behandling av psykisk ohälsa där förebyggande arbete prioriterades på vårdcentralen. Tidigare forskning har visat att läkare upplever det svårt att utföra arbetsförmågebedömningar när det saknas kliniska bevis för patientens upplevda symtom eller vid försvårande psykosociala faktorer (Nilsing et al. 2013; Andersson 2017). Det finns dessutom skillnader i hur somatiska och psykiska tillstånd bedöms och det har

konstaterats av Andersson (2017) att läkare ofta saknar konkreta verktyg i bedömningen av psykiska besvär. Att tillhandahålla förebyggande insatser är enligt 13 a kap 1§ HSL en del av primärvårdens grunduppdrag, varför det som Q8 hävdar känns naturligt att använda sig av det psykosociala teamets kompetens för att försöka förebygga behovet av insatser såsom medicinering och sjukskrivning. Andra professionella är dock sällan inblandade i bedömningar av sjukskrivning trots att de anses ha kompetensen så utnyttjas den inte (Nilsing et al. 2013).

Flera av respondenterna som befann sig på en vårdcentral där patienten först fick träffa en professionell från det psykosociala teamet beskrev att en del av deras roll i sjukskrivningsprocessen var att genomföra den inledande bedömningen. Q6 menar att det inte alltid behöver vara en läkare som träffar patienten först;

Vi försöker göra så att jag, eller psykologen, träffar patienten först. Alltså även om de kanske behöver träffa en läkare så är det inte första valet. Det handlar mycket om att använda resurserna rätt, för läkarbrist är det alltid typ, men också inte bara för att vi är 'second best' utan behöver man inte medicinering eller sjukskrivning så kan man ju gå till oss först.

Av citatet framgår att befintlig psykosocial kompetens i många fall kan prioriteras i en inledande patientkontakt. Det som är kurators roll i den inledande fasen är enligt Q6, Q3 och Q8 att bedöma om det finns ett behov för patienten att träffa läkaren för eventuell medicinering eller sjukskrivning. Med inspiration från Lipsky (1980/2010) kan detta tolkas som en viss grindvaktsfunktion, där kurators kompetens kan tas tillvara och synliggöras i överväganden om sjukskrivning av patienter med psykisk ohälsa. Jurisdiktion kan enligt Abbott (1988) framhävas inom olika arenor men att det är just på arbetsplatsen där professionella har möjlighet att direkt förhandla med varandra avseende arbetsfördelning och vem som är kvalificerad att utöva specifika arbetsuppgifter. Formellt anspråk eller jurisdiktion spelar därmed en mindre avgörande roll i det vardagliga arbetsflödet på arbetsplatsen (ibid.) Gränserna mellan de professionella tenderar att bli otydliga då fokuset främst läggs på vem det är som faktiskt har kompetens att utföra en uppgift (ibid.).

Att använda sig av det psykosociala teamet i den inledande fasen är därmed ett sätt för vårdcentralerna att utnyttja sina resurser i form av professionell kompetens på ett effektivt

sätt. Q6 ger i tidigare citat uttryck för att det nästan alltid är läkarbrist inom primärvården och genom att boka in patienten till det psykosociala teamet kan det frigöra tid hos läkarna. Q3 säger på ett liknande sätt att det även handlar om att "...bromsa i förväg och frigöra tid för läkarna." Här uppmärksammas att man som kurator eller annan professionell i det psykosociala teamet har en möjlighet att avgöra om patienten egentligen är i behov av läkarkontakt eller om det skulle räcka med intervention i form av samtalskontakt. Igen agerar kuratorn som en slags grindvakt inför kontakt med läkare. Q8 uppger att det ibland är " helt kontraindicerande att sjukskriva för att det blir ett undvikande som man bara befäster ännu mer och då tar vi inte ens det vidare till läkare." På liknande sätt beskriver Q7 att:

...det kan vara lika väl på andra hållet att jag inte vill att läkaren ska sjukskriva de. Det är faktiskt en fråga som är också bra att diskutera, till exempel att patienten har ångestproblematik eller socialfobi ... då ska de ju inte vara sjukskriven. Så att det kan mycket väl vara att jag föreslår till läkarna att vi faktiskt inte ska sjukskriva den här personen helt. 'Tycker du att det är lämpligt att sjukskriva så tycker jag att du ska överväga att sjukskriva partiellt.'

Det psykosociala teamet kan på detta sätt bidra till att förebygga sjukskrivningar och därmed har möjlighet att påverka vid överväganden om sjukskrivning av patienter med psykisk ohälsa. Det har framkommit av tidigare forskning att kuratorn ofta har en avlastande och avgränsande funktion gentemot andra professionella och hälso- och sjukvården i övrigt när det gäller besparingar i förhållande till tid och pengar (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022; Rowe et al. 2017; Sernbo 2019). Förebyggande av sjukskrivning kan betraktas som en sådan avlastande funktion eftersom det innebär att viss onödigt arbete kan undvikas.

Sjukskrivning är enligt Q1 "alltid en bakgrundsfråga, om det inte är en sjukskrivning eller om det inte behöver bli det nu, så är det alltid ett av de verktygen som finns i lådan." Som kurator eller professionell inom det psykosociala teamet gör man alltid en bedömning av patientens tillstånd och behov grundad i det man har med sig i form av sin kunskap, kompetens och erfarenhet. Q8 säger:

Alltså i princip nästan alla mina bedömningsamtal är ju alltid en bedömning om patienten behöver sjukskrivas eller inte så även om patienten inte själv har uttryckt en

önskan om sjukskrivning så blir det ändå en bedömning, var befinner sig patienten? Hur dåligt mår den? Hur ser det ut runt omkring? Har de arbete eller inte?

Citatet ovan markerar just hur förenade en bedömning av patientens övriga tillstånd är med en bedömning av patientens behov av sjukskrivning. Patientens mående ligger ju till grund för bedömningen av sjukskrivning varför det nästintill alltid är en fråga kuratorn får bemöta i sin inledande bedömning oavsett om det är uttalat eller inte. Både Q1 och Q6 nämnde dessutom att kuratorer ofta har längre besök med patienter och därmed mer tid att gå på djupet. Q6 uppger: ” Jag upplever ändå att de använder oss så att säga, det vi har kommit fram till eftersom vi träffar ju ofta patienter mycket längre tid. Sedan har man skrivit ned det bra så kan ju läkaren använda det.” Det psykosociala teamets bedömningar antecknas alltid i patientens journal vilket innebär att läkare har möjlighet att använda sig av det som underlag i deras egna bedömningar av patientens behov. Detta var en reflektion som flera av respondenterna delade. Q2 säger: ”De vill ju ha ett underlag från mig och sedan så gör de sin egen bedömning som kompletterar.” Citaten omtalar att bedömningssamtal alltid innehåller en bedömning av patientens behov av sjukskrivning oavsett kuratorns avsaknad av formellt mandat och det är den bedömningen som förmedlas som underlag via patientens journal. Samtal är grundläggande enligt Andersson (2017) för den professionella bedömningen av psykiska besvär och det är den initiala bedömningen som är avgörande för patientens fortsatta process. Primärvården är dock organiserad utifrån hantering av somatiska sjukdomar varför besökstider till läkare ofta inte är tillräckligt långa för att hantera mer komplexa bedömningar (ibid.). Det psykosociala teamet har enligt respondenterna möjlighet att erbjuda längre tid, vilket medför bättre förutsättningar att utföra den psykosociala bedömningen. Kuratorns anteckningar i patientjournalen bidrar inte bara till att skapa ett vårdssammanhang avseende patientens situation utan erbjuder även en möjlighet för kuratorn att uttrycka sina egna åsikter kring individens behov (Fox et al. 2021). Kuratorn kan därigenom använda sig av sitt handlingsutrymme för att eventuellt påverka läkaren i deras beslut.

Utöver att kuratorer har möjlighet att erbjuda längre bedömningssamtal så har de enligt Q1 även ”en bekvämlighet och erfarenhet av att ställa frågor som kanske läkarna inte ställer när det kommer till sjukskrivning.” Citatet kan tolkas som att kuratorer har erfarenhet av att ställa mer ingående frågor under sina samtal än möjligtvis läkare. Att belysa kunskap avseende sociala bestämningsfaktorer i patientens liv bidrar till att kontextualisera deras hälsoproblem (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022; Rowe et al. 2017). Q1 gav ett exempel på en situation där

läkaren hade bedömt att patientens problematik grundade sig i en akut stressreaktion men där hen efter samtal med patienten kunde konstatera att ”Nej det här är en rätt så långvarig depression med komplicerande aspekter liksom självskadebeteende, kraftig sömnstörning och ätproblematik.” Bedömningar av patienter som upplever psykiska besvär bygger huvudsakligen på samtalet som sker mellan den enskilde och den professionella, varför det är viktigt vilka frågor som ställs och att det finns möjlighet att skapa en allians (Andersson 2017). Det är individens berättelse som blir anamnesen och grundläggande för eventuell bedömning av sjukskrivning (ibid.) Kuratorn kan genom samtal skapa sig en helhetsbild av patientens psykosociala situation som eventuellt kan påverka läkare i deras bedömning av patientens behov av sjukskrivning.

Det upplevdes av några respondenter att läkare ibland kunde sakna just en sådan helhetssyn när det gällde patientens situation och att det ofta är kuratorn som förvärvar det perspektivet inom primärvården. Q6 uppger att:

...det är ganska lätt att utifrån försäkringsmedicin säga till exempel 'ja men för ångest kan man inte vara sjukskriven' men det beror ju på vad man har ångest för. Det måste man ju titta på lite djupare då, vad handlar ångesten om och vad är bästa hjälpen... Där märker jag att jag har kanske mer av ett helhetstänkande kring att livet påverkar.

Citatet kan tolkas som en tilltagande medvetenhet om kuratorers kunskap och det värde denna kunskap kan bidra med inom en medicinsk dominerad kontext såsom primärvården. Att arbeta inom en medicinskt dominerad ledningsstruktur kan enligt tidigare forskning hindra deltagande av andra professionella särskilt om den kunskapen som de besitter betraktas som underordnad den medicinska (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022; Shaw, De Lusignan & Rowlands 2005). Enligt Molander (2016) så resonerar man och fattar beslut inom en normativ kontext som påverkar eller begränsar ens handlingsutrymme. Inom hälso- och sjukvården så utförs kliniska bedömningar där resonemanget ofta styrs av en reproducerbarhetsprincip vilket ställer krav på att resultaten bör kunna reproduceras och om inte så är resultaten inte verkliga (ibid.). Patienter har dock behov som är situationsbundna varför behandling av en person inte kan avgöra behandling för någon annan (ibid.). I citatet framgår det att respondenten anser sig själv ha mer av ett helhetstänk vilket kan tolkas som att hen i sitt resonerande utgår från en individualiseringsprincip. Enligt Molander (2011) så kräver resonerande utifrån en

individualiseringsprincip att den professionella tar reda på vad som är bäst för individen utifrån deras unika behov och situation. Q1 säger:

Att jobba i somatisk vård där ungefär 33% av primärvårdens patienter har någon typ av F-diagnosproblematik men där den får en mindre tydlig plats och jag tycker att det är väl det som är mest tydligt med att vara ensam i det. Att mitt jobb de senaste åren har bestått av, och fortsätter att vara den ettriga och jobbiga som inte slutar tjata om de här patienterna.

Med F-diganosproblematik syftar respondenten på hur psykiska sjukdomar och syndrom är kodade som F diagnoser enligt ett diagnostiskt bedömningsverktyg som heter 'International Classification of Disease' eller ICD-10. Citatet omtalar respondentens upplevelse av att psykiska besvär och de som besitter psykosocial kunskap, nämligen kuratorer och övriga medlemmar i det psykosociala teamet, får ta betydligt mindre plats inom somatisk vård. Detta belyses i tidigare forskning av Andersson (2017) där psykoterapeuter och kuratorer argumenterade att i hanteringen av psykisk ohälsa så präglas vården av en hierarkisk struktur. Maktskillnader mellan olika yrkesgrupper och en kunskapsuppdelning som betonar den medicinska kunskapens överordnade roll har som konsekvens att kunskap av psykosocial natur värderas mindre (ibid.).

Av respondenterna i den här studien var det 6 av 8 som hade en vidareutbildning inom KBT steg 1. Ytterligare en höll på att utbilda sig till KBT steg 1 terapeut. En av respondenterna som själv är KBT steg 1 terapeut påpekade att avsaknaden av en KBT utbildning kunde potentiellt minska kuratorns möjlighet att utföra bedömningar kring sjukskrivning, vilket skulle kunna ha som konsekvens att handlingsutrymmet minskas. Q8 säger:

Som hälso- och sjukvårdskurator utan KBT blir jag begränsad till att ha de här kurativa uppdragen samt sorg och krisstödsamtal. De ska inte förringas på något sätt men de begränsar väldigt mycket och tänker man då att vi ska vara en del av det psykosociala teamet och kunna vara med och hålla det här flytande med att göra bedömningar kring sjukskrivning så krävs det en KBT.

Kuratorer inom primärvården arbetar i en multiprofessionell kontext där det finns flera professionella som gör anspråk på det psykosociala. Enligt tidigare forskning av Beddoe (2011) riskerar kuratorns breda kunskapsanspråk att leda till en uppfattning om att de saknar

konkreta färdigheter och tydlig expertis. Yrkesutövning är underbyggd av ett kunskapssystem och kunskapssystemets uppgift är att legitimera professionens yrkesutövande, utan legitimation så blir det svårt för en profession att upprätthålla sin jurisdiktion (Abbott, 1988). Beddoe (2011) hävdar därför att vidareutbildning och legitimation är avgörande för att kuratorer ska kunna öka sin professionella status inom sjukvården och ta plats. Lipsky (1980/2010) hävdar att det är i gräsrotsbyråkratens intresse att upprätthålla och utöka sin autonomi varför man ofta skapar möjligheter att använda sig av och utöka sitt handlingsutrymme. Även Molander (2016) menar att professionella ofta utför mer än vad de formellt sett har mandat att göra, detta för att det formella uppdraget ska kunna uppfyllas på ett tillfredsställande sätt eller för att stödja andra professionellas arbete.

6.3 Att vara en röd flagga under sjukskrivningsprocessen

Q1 beskrev sin roll i sjukskrivningsprocessen som ”en röd flagga, eller en flagga som signalerar när någonting behöver hända.” Kuratorn flaggar inte bara muntligt utan kan även fånga läkarens uppmärksamhet skriftligt genom exempelvis administrativa anteckningar i läkarens schema. Q1 säger: ”Det kan ju vara en sådan sak att jag lägger en administrativ anteckning till en läkare och bara ’kan du kolla på sjukskrivningen’ eller ’kan du kolla på den här grejen med den här patienten, se anteckning’. Att just på något sätt hitta kommunikationsvägar.” Citaten visar att kuratorer kan ha möjlighet att använda sig av sitt informella handlingsutrymme eller mandat genom att rikta läkarens uppmärksamhet i gemensamma patientärenden till det som eventuellt behöver åtgärdas under sjukskrivningsprocessen. Det visade sig att flera av respondenterna även använde sig av patientens journal för att förmedla deras bedömningar och åsikter till läkaren. Q2 säger:

Vi försöker ju förmedla i journalen, så att doktorn läser min journalanteckning, även om jag kanske inte har sagt något till patienten, så ser man att ’jo men jag tycker nog att du borde vara sjukskriven’. För att det säger jag inte till patienterna utan till dem säger jag ’nej men jag lämnar den informationen till doktorn så får vi se hur det blir’ Man hittar sätt att formulera sig i journalen där doktorn ändå kan läsa lite mellan raderna att ’hmm det låter som att (namn på respondenten) tänker att den här patienten fortfarande behöver vara sjukskriven lite längre.

Citatet omtalar hur respondenten använder sig av sitt handlingsutrymme för att försöka förmedla sin åsikt om patientens behov till läkaren utan att uttryckligen skriva vad patienten är i behov av eller inte. Av Fox et al. (2021) framgår det att 'lämnande av spår' i form av anteckningar i patientjournalen är något de flesta professionella inom hälso- och sjukvården gör. Utifrån att professionella inom primärvården ofta träffar patienter självständigt anses det väsentligt att skapa ett vårdssammanhang för att underlätta andra professionellas förståelse av patientens situation samt uttrycka deras åsikter om patientens eventuella behov (Fox et al. 2021).

Både Q4 och Q6 beskrev att de var extra noggranna med att skriva tydliga journalanteckningar i de fallen där de bedömde patientens situation som akut eller där det fanns misstanke om att det inte skulle vara bra för patienten om de inte blev sjukskrivna. I en akut situation tyckte Q4 att det var viktigt att trycka på i journalanteckningen vad det var som inte fungerade och kanske även förstärka budskapet genom att prata med läkaren direkt eller hänvisa dem till att läsa journalanteckning inför mötet med patienten. Q4 berättar:

...när det är ärenden där det är väldigt tufft för individen och lite akut enligt mig. Jag kanske prioriterar den patienten, så den får komma en gång i veckan och då är jag extra noggrann med att skriva mycket tydligt i journalen. Jag trycker på vad det är som gör att patienten inte fungerar. Alltså jag uttrycker det jag tycker väldigt tydligt och sedan så går jag till läkaren och berättar att 'idag har jag haft möte med den här patienten och det här tycker jag'. Jag säger inte att jag tycker de ska vara sjukskrivna...det säger jag nog ibland förresten, men jag säger oftast att jag är väldigt orolig, jag tror inte att hon klarar av det här jobbet eller skolan just nu

Citatet tyder på ett behov hos kuratorn att försöka säkerställa att läkaren har förstått patientens situation och eventuellt behov av sjukskrivning. Kuratorer precis som andra professionella investerar en hel del tid på att försöka få andra professionella att förstå patientens situation och kan ofta komplettera sina noteringar i journaler muntligt genom att stanna till vid läkarens kontor för att förstärka deras budskap vid behov (Fox et al. 2021). Samtliga respondenter uttryckte en förståelse för att sjukskrivning i slutändan ändå är läkarens beslut och att det kan finnas skillnader i bedömningar. Enligt Molander (2016) så kännetecknas professionellt handlingsutrymme av att man tänker och resonerar annorlunda varvid vi kan dra olika slutsatser.

En annan respondent påpekade även kuratorns möjlighet att flagga till läkare när det fanns en positiv utveckling hos patienten och sjukskrivningen kanske skulle förändras. Q5 uppger att hen kan uppmärksamma läkaren när;

...patienten läker snabbare eller har en bra utveckling eller tar till sig behandling och metoder, jobbar med hemläxor eller kanske har kommit igång med fysisk aktivitet. Till och med kanske det här att om man är sjukskriven på heltid att man kanske skulle kunna prova att jobba två timmar om dagen. Där kan vi påverka väldigt mycket.

Av citatet framgår det att kuratorn kan använda sig av sitt handlingsutrymme för att på olika sätt flagga till läkaren när de anser att det finns behov av uppmärksamhet och därigenom kan påverka läkare i deras beslut om sjukskrivning. Kuratorns uppmärksammande funktion kan tolkas vara i likhet med Lipsky (1980/2010) beskrivning av en 'pressure specialist'. Kuratorn riktar läkarens uppmärksamhet till patienten när det exempelvis finns behov av en annan form av stöd, det uppstår en försämring eller förbättring av patientens mående alternativt att det finns behov av förkortning eller förlängning av sjukskrivning. Enligt Sernbo (2019) karaktäriseras en 'pressure specialist' av organisatoriskt utanförskap, en icke-beslutsfattande funktion, att det finns en förväntan om erbjudande av stöd till klienter, annan personal och organisationen samt ett relativt stort handlingsutrymme. Kuratorn kan därmed tolkas utöva en skyddande roll gentemot både patienten och läkaren under sjukskrivningsprocessen.

6.4 Förutsättningar för kommunikation på arbetsplatsen

Förutsättningarna för kommunikation mellan läkare och kuratorer skiljer sig åt mellan vårdcentralerna men var ett återkommande tema i förhållande till respondenternas upplevelse av deras möjligheter att påverka läkare i sjukskrivningsprocessen. En fungerande kommunikation mellan kurator och läkare krävde enligt respondenterna ett lyhört, respektfullt, ärligt och öppet samtalsklimat samt tid och utrymme till att diskutera gemensamma ärenden. Q1 uppger att "...beroende på läkaren, beroende på humör, beroende på tillgänglighet i stunden och belastning så är ju reaktionen på de flaggorna olika." Citatet beskriver hur läkares reaktion och mottaglighet till kuratorns kommunikationsförsök kan bero på flera olika faktorer hos den individuella läkaren. Av särskilt betydelse var dock den rådande tidsbristen inom primärvården samt brist på gemensamma diskussionsforum på vissa

vårdcentraler. Q1 säger: ”Att hitta den tiden att sätta sig ned och liksom gå igenom vad är det nu som behöver kompletteras? hur ska vi ta reda på det? vad tänker du? vad tänker jag?”. Både tid och utrymme ansågs som viktiga förutsättningar för att få till en fungerande kommunikation och därigenom öka samsynen mellan de professionella. ”Att verkligen hinna prata för att få en samsyn. Det handlar om tid, både för mig och för läkarna egentligen. Jag menar att i den bästa av världar skulle vi kunna diskutera vartenda fall. (Q6).” Citaten överensstämmer med tidigare forskning som hävdar att tidspressen inom primärvården är ett av de största hindren till interprofessionellt samarbete (Andersson 2017; Fox et al. 2021). Det finns enligt Lipsky (1980/2010) ofta en kronisk brist på resurser i form av arbetskraft, tid och pengar inom de byråkratiska organisationerna där gräsrotsbyråkrater är verksamma. Han talar om en inbyggd paradox där tillgången på tjänsterna aldrig kommer att kunna möta efterfrågan som finns (ibid.). Att få tid till interprofessionellt samarbete och samråd på vårdcentralerna kommer därmed troligtvis att vara ett fortsatt problem även framöver inom hälso- och sjukvården. Kommunikation inom primärvården formas av tidspressen och kräver att kuratorer kan framföra information till läkaren på ett ärligt, konsekvent, preciserat och kortfattat sätt (Kim et al. 2019).

Q2 uppger att ”...ju längre jag har arbetat på vårdcentralen, desto bättre lär vi känna varandra. Ju högre förtroende läkarna har fått för att jag vet vad jag sysslar med, är det så klart att de då lyssnar mer.” Citatet beskriver hur tid även är en bestämmande faktor för att kuratorn ska kunna etablera sig på en arbetsplats och utöka sina interpersonella kunskaper i förhållande till arbetsgruppen. Q7 säger: ” Man hittar ju strategier som fungerar bättre och lägger ifrån sig strategier som inte fungerar bra så att säga. Jag behöver använda hämmaren, jag behöver skruvmejseln.” Det kan tydas av citatet att kuratorns handlingsutrymme kan öka med tid och erfarenhet eftersom man lär sig hur man ska hantera vissa situationer eller personligheter som försvårar interprofessionellt samarbete. Andersson (2017) påpekar dessutom i sin studie att utvecklandet av strategier för att komma runt läkares maktposition och skapa sig en större handlingsutrymme är inte ovanligt. Att vara självsäker i sin kunskap och erfarenheter är avgörande för att kuratorer ska kunna utöka deras handlingsutrymme och därigenom sin möjlighet att påverka läkare i deras beslut om sjukskrivning.

7. Avslutande Diskussion

Av empirin i denna studie så framkommer det att primärvårdskuratorer, trots en avsaknad av formellt mandat under sjukskrivningsprocessen, besitter ett relativt stort informellt handlingsutrymme. Primärvårdskuratoren som del av det psykosociala teamet möjlighet att påverka läkare i deras överväganden om sjukskrivning av patienter med psykisk ohälsa.

Samtliga respondenter diskuterade primärvårdskuratorns icke-beslutsfattande roll i sjukskrivningsprocessen genom att framhäva läkarens jurisdiktion och medicinska ansvar vid sjukskrivning. Formell jurisdiktion visade sig dock spela en mindre avgörande roll på de vårdcentraler där patienter med psykiska besvär bokades in för en inledande bedömning hos det psykosociala teamet. Vid dessa vårdcentraler synliggörs primärvårdskuratorns och det övriga psykosociala teamets kunskap och kompetens i förhållande till att bedöma patienters psykosociala tillstånd. De agerar som 'grindvakt' och arbetar förebyggande genom att bedöma ifall att patienter är i behov av att träffa läkare för medicinering eller sjukskrivning. Patienten kan istället erbjudas icke-medicinska interventioner som ett led i att förebygga psykisk ohälsa samt frigöra läkarnas tid till andra arbetsuppgifter. Primärvårdskuratorer utövar därmed en avlastande och avgränsande funktion gentemot läkare vid sjukskrivning av patienter med psykosociala besvär. Psykosociala bedömningar kräver dock att den professionella har kapacitet att resonera utifrån individualiseringsprincipen i förhållande till patientens särskilda situation och förutsättningar. Kuratorer förvärvar en helhetssyn och bidrar därmed i deras bedömningar till att kontextualisera patientens tillstånd och behov. Bedömningen som antecknas i patientens journal kan därefter användas av läkare som underlag i bedömning av patientens behov av sjukskrivning. Respondenterna belyste även kuratorns möjlighet att agera som en röd flagga till läkare. Kuratorer har möjlighet att rikta läkarens uppmärksamhet både skriftligt och muntligt till det som inte fungerar eller behöver åtgärdas, alternativt bidra med ett salutogent perspektiv och uppmärksamma när patientens mående utvecklas i en positiv riktning.

I förhållande till begränsningar och möjligheter för primärvårdskuratorer att påverka läkarens beslut vid övervägande av sjukskrivning så begränsas de framförallt av deras avsaknad av formellt mandat. Kuratorn får inte uttala sig om sjukskrivning till patienten även om de gör en bedömning att det skulle finnas ett behov för det. En annan begränsning av kuratorernas handlingsutrymme enligt respondenterna var den rådande tidsbristen inom primärvården.

Tidsbrist hindrar möjlighet att kommunicera sina tankar och åsikter till läkare, vilket i sin tur minskar det upplevda handlingsutrymmet i sjukskrivningsärenden. Detta är ett strukturellt problem och går därmed inte att lösa på individnivå. Förutom kuratorns möjlighet att påverka läkare genom den inledande psykosociala bedömningen så upplevde respondenterna att deras handlingsutrymme ökade med tid och erfarenhet. Ju längre kuratorn befann sig på samma vårdcentral, desto bättre kännedom av arbetsgruppen och tillfälle för att utveckla strategier som utökade handlingsutrymmet.

Jag vill uppmärksamma att majoriteten av respondenterna i den här studien ansåg att det fanns en generell samsyn mellan deras och läkares bedömning kring sjukskrivning och att samarbetet sinsemellan fungerar väl. Något som framkom av empirin, men som inte fick plats i analysen var rehabkoordinatorns roll i sjukskrivningsprocessen. Utöver att vara hälso- och sjukvårdskurator hade tre av respondenterna även en rehabkoordinatorns roll på deltid (20%). Ämnet blev ett tema av sig själv utifrån att det framkom en del skillnader i deras upplevelse av handlingsutrymme i sjukskrivningsprocessen. Rehabkoordinator har en mer tydlig roll i sjukskrivningsprocessen, vilket innebär en utökad mandat och handlingsutrymme för kuratorer som besitter de dubbla rollerna. Det framkom av respondenterna att de exempelvis hade befogenhet att boka möte med läkaren när det gällde SIP eller uppföljningar av sjukskrivning. Rehabkoordinator använder sig också av ett statistikprogram som heter intygsstatistik för att följa upp sjukskrivningsärenden med läkaren.

Hälso- och sjukvårdskuratorer är inte ensamma om att göra anspråk på den psykosociala kunskapen inom primärvården. De kan ingå i ett psykosocialt team med andra professionella som exempelvis psykologer, vilka gör bedömningar av patientens psykiska tillstånd men saknar också befogenhet att fatta beslut om sjukskrivning. Andra professionella såsom arbetsterapeuter och fysioterapeuter gör bedömningar av patientens tillstånd dock gällande somatiska besvär. Det skulle vara intressant att i en framtida studie belysa just hur andra professionella resonerar angående sina möjligheter att påverka läkare i deras beslut om sjukskrivning. Alternativt att få läkarens perspektiv avseende hur mycket de använder sig av andra professionellas bedömningar vid övervägande om sjukskrivning. Andersson (2017) ifrågasätter läkares auktoritet kring sjukskrivningar vid komplexa psykosociala besvär utifrån att det är ett kunskapsområde som kräver gränsöverskridande bedömningar. Det är inte säkert att den som faktiskt har befogenhet att fatta beslut har kompetensen som krävs för att fatta ett sådant beslut. Forskning kring sjukskrivningsprocessen visar dessutom både en önskan och

behov av läkaren att få stöd från andra professionella vid bedömningar av arbetsförmåga och psykosociala svårigheter. Läkares erfarenheter och kunskaper kring psykisk ohälsa kan variera varför stöd i form av multiprofessionella bedömningar kan vara ett viktigt sätt att säkerställa likvärdiga bedömningar kring sjukskrivningar. Det är därmed en viktig del av i en vårdcentralens förebyggande arbete av psykisk ohälsa att använda sig av det psykosociala teamets kompetens vid bedömning av patienter med psykosociala besvär.

8. Referenser

Abbott, Andrew (1988). *The system of professions; An essay on the division of expert labour*. London: University of Chicago Press.

Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2015). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*, uppl. 2:2. Stockholm: Liber AB, ss.8-17.

Alexanderson, Kristina, Azad, Azadé, Haque, Mahbuba, Lindholm, Christina & Svärd, Veronica (2020). Läkares erfarenheter av samverkan med Försäkringskassan: kvalitativa och kvantitativa analyser av enkätsvar år 2017 och jämförelser med tidigare år (Rapport 12/4). Stockholm: Karolinska Institut, avdelningen för försäkringsmedicin.
[<https://ki.se/media/100044/download>. Hämtat 2022-02-19.]

Andersson, Réka (2017). *Gränsdragningar i vårdens vardag; Hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa i det svenska välfärdssystemet*. Diss. Linköping: Linköpings universitet.

Beddoe, Liz (2011). Health social work: Professional identity and knowledge. *Qualitative Social Work*, 12(1), s.24-40. DOI: 10.1177/1473325011415455

Braun, Virginia & Clarke, Victoria (2006). Using thematic analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, ss.77–101.

Brown, Brian, Crawford, Paul, & Darongkamas, Jurai (2000). Blurred roles and permeable boundaries: the experience of multidisciplinary working in community mental health. *Health and Social Care in the Community*, 8(6), s.425-435.

Bryman, Alan (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 3 uppl., Stockholm: Liber AB.

Cootes, Hannah, Heinsch, Milena & Brosnan, Caragh (2022). 'Jack of all trades and master of none? Exploring social work's epistemic contribution to team-based health care. *British Journal of Social Work*, 52, s.256-273.

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Ahrne, Göran (2015). Intervjuer. I Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*, uppl. 2:2. Stockholm: Liber AB, ss.34-54.

Fox, Stephanie, Gaboury, Isabelle, Chiocchio, Francois & Vachon Brigitte (2021). Communication and Interprofessional Collaboration in Primary Care: From Ideal to Reality in Practice. *Health Communication*, 36(2), s.125-135. DOI: 10.1080/10410236.2019.1666499

Försäkringskassan (2020). Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser; en registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20-69 år (Rapport 2020:8). Stockholm: Försäkringskassan. [<https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/e12b777c-e98a-488d-998f-501e621f4714/sjukfranvaro-i-psykiatriska-diagnoser-socialforsakringsrapport-2020-8.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>. Hämtat 2022-02-17.]

Försäkringskassan (2021). Försäkringsmedicin på Försäkringskassan. <https://www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/forsakringsmedicin/forsakringsmedicin-pa-forsakringskassan>. [Hämtad 2021-05-20]

Gåfvells, Catharina (2014). Socialt arbete i en medicinsk kontext. I Lalos, Ann, Blom, Björn, Morén, Stefan & Olsson, Mariann (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur, ss. 50-67

Hudson, Bob (2002). Interprofessionality in health and social care: the Achilles' heel of partnership? *Journal of Interprofessional Care*, 16(1), s.7-17. DOI: 10.1080/13561820220104122

Kangasniemi, Mari, Karki, Suyen, Voutilainen, Ari, Saarnio, Reetta, Viinamäki, Leena & Hägmann-Laitila, Arja (2022). The value that social workers competencies add to health care: An integrative review. *Health and Social Care in the Community*, 30, s.403-414. DOI: 10.1111/hsc.13266

Kim, Linda Y., Giannitrapani, Karleen F., Hyunh, Alexis K., Ganz, David A., Hamilton, Alison B., Yano, Elizabeth M., Rubenstein, Lisa V. & Stockdale, Susan E. (2019). What makes team communication effective: a qualitative analysis of interprofessional primary care

team members' perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, 33(6), s.836-838.

DOI: 10.1080/13561820.2019.1577809

von Knorring M, Sundberg L, Lofgren A & Alexanderson K. (2008). Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand j prim health care*, 26(1), s.22-28. DOI: 10.1080/02813430701747695

Kvärnström, Susanne (2007). *Interprofessionella team i vården; en studie om samarbete mellan hälsoprofessioner*. Diss. Linköping: Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet. <http://liu.divaportal.org/smash/get/diva2:24189/FULLTEXT01.pdf>

Liljegren, Andreas (2008). *Professionellt gränsarbete: socionomexemplet*. Diss. Göteborg: Göteborgs universitet

Lipsky, Michael (1980/2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.

Lundin, Annika, Benkel, Inger, de Neergaard, Gerd, Johansson, Britt-Marie & Öhrling, Charlotta (2019). *Kurator inom hälso- och sjukvården*. 3:1 uppl., Lund: Studentlitteratur AB.

Maramaldi, Peter, Sobran, Alexandra, Scheck, Lisa, Cusato, Natalie, Lee, Irene, White, Erina & Cadet, Tamara J. (2014). Interdisciplinary medical social work: A working taxonomy. *Social Work in Health Care*, 53(6), s.532-551. DOI: 10.1080/00981389.2014.905817

McGregor, Jules, Mercer, Stewart W. & Harris, Fiona M. (2018). Health benefits of a primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health and Social Care in the Community*, 26(1), s.1-13.doi: 10.1111/hsc.12337

Molander, Anders (2011). Efter eget skön: om beslutsfattande i professionellt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 4, ss.320-335.

Molander, Anders (2016). *Discretion in the welfare state: social rights and professional judgement*. New York: Routledge.

Nilsing, Emma, Söderberg, Elsy, Beterö, Carina & Öberg, Birgitta (2013). Primary healthcare professionals' experiences of the sick leave process: A focus group study in Sweden. *J Occup Rehabil*, 23, s.450-461. DOI: 10.1007/s10926-013-9418-0

Ni raghallaigh, Muireann, Allen, Mary, Cunniffe, Rosemary & Quin, Suzanne (2013). Experiences of social workers in primary care in Ireland. *Social Work in HealthCare*, 52, s.930-946. DOI: 10.1080/00981389.2013.834030

Riksrevisionen (2018). Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar (Rapport 2018:11). Stockholm: Riksrevisionen.
[https://www.riksrevisionen.se/download/18.74e14d25162d3d1f14e4da83/1526286318651/RiR_2018_11_ANPASSAD.pdf. Hämtat 2022-02-19.]

Roope R., Parker G. & Turner S. (2009). General practitioners' use of sickness certificates. *Occupational Medicine*, 59(8), s.580-585. DOI: 10.1093/occmed/kqp147

Rowe, Jeannine M., Rizzo, Victoria M., Vail, Matthew R., Kang, Suk-Young & Golden, Robyn (2017). The role of social workers in addressing nonmedical needs in primary health care. *Social Work in Health Care*, 56:6, s.435-449.

Sernbo, Elisabet (2019). Med avstegen som arbetsplats; en etnografisk studie av hälso- och sjukvårdskuratorns arbete. Diss. Göteborg: Institution för socialt arbete, Göteborgs Universitet.

Shaw, Adrienne, De Lusignan, Simon & Rowlands, G. (2005). Do primary care professionals work as a team: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), s.396-405. DOI: 10.1080/13561820500053454

Sicotte, Claude, D'Amour, Danielle & Moreault, Marie-Pierre (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*, 55, s.991-1003.

Socialstyrelsen (2012). *Övergripande principer för sjukskrivning*.

<https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/om-forsakringsmedicinskt-beslutsstod/overgripande-principer-for-sjukskrivning> [Hämtat 2021-02-25]

SOU 2018:90. *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt; förslag för en långsiktig hållbar styrning inom området psykisk ohälsa*. Slutbetänkande av Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom område psykisk ohälsa.

SOU 2020:24. *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*. Betänkande av utredningen nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess.

SOU 2021:6. *God och nära vård – rätt stöd till psykisk ohälsa*. Betänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

Stigmar, Kjerstin, Grahn, Birgitta & Charlotte Ekdahl (2010). Work ability - experiences and perceptions among physicians. *Disability and Rehabilitation*, 32(21), s.1780-1789. DOI: 10.3109/09638281003678309

Svensson, Kerstin, Johnsson, Eva & Laanemets, Leili (2008). *Handlingsutrymme: Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Svensson, Peter & Ahrne, Göran (2015). Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*, uppl. 2:2. Stockholm: Liber AB, ss.19-35.

Swartling, Malin S, Alexanderson, Kristina A.E. & Wahlstroem, Rolf A. (2008). Barriers to good sickness certification – an interview with Swedish general practitioners. *Scand J Public Health*, 36(4), s.408-414.

Thylefors, Ingela, Persson, Olle & Hellström, Daniel (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), s.102-114. DOI: 10.1080/13561820400024159

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

https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf

Vy, Andre (2008). Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes Metab Res Rev*, 24(suppl 1), s.106-109. DOI: 10.1002/dmrr.835

Wynne-Jones G, Mallen C, Main C & Dunn K (2009). Sickness certification and the GP: what really happens in practice? *Family Practice*, 27(3), s.344-350.

Lagar

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)*

Bilaga 1: Intervjuguide

Bakgrund:

- Ålder?
- Hur länge har du arbetat som hälso- och sjukvårdskurator inom hälso- och sjukvården/primärvården?
- Har du någon tidigare yrkeslivserfarenhet?
- Vilka utbildningar har du med dig?
- När tog du din socionomexamen?
- Är du legitimerad hälso- och sjukvårdskurator?

- Hur många är ni i det psykosocialteamet på din vårdcentral? Vilka professioner ingår i ert psykosociala team?

Vägen till sjukskrivning:

- Hur ser beslutsprocessen kring sjukskrivning av patienter med upplevd psykisk ohälsa ut på din vårdcentral?
- Ungefär hur ofta träffar du patienter som är aktuella för sjukskrivning?

Hälso- och sjukvårdskuratorns professionella roll i sjukskrivningsprocessen:

- Hur skulle du beskriva din roll som hälso- och sjukvårdskurator i sjukskrivningsprocessen?
- När brukar du som hälso- och sjukvårdskurator bli inblandad i sjukskrivningsärenden och hur brukar det gå till (t.ex. vem tar initiativet)?
- Hur upplever du att läkare tar vara på din kompetens som hälso- och sjukvårdskurator i sjukskrivningsärenden?
- Finns det några förväntningar från läkare på dig som hälso- och sjukvårdskurator i sjukskrivningsprocessen och i så fall vilka?
- Finns det skillnader i era bedömningar kring en patients arbetsförmåga?

Hälso- och sjukvårdskuratorns eventuella handlingsutrymme:

- I vilka situationer kan det uppstå skillnader i din och läkares bedömningar kring sjukskrivning? I vilka situation brukar du uppleva att det finns en samsyn?
- Hur använder du dig av ditt handlingsutrymme för att eventuellt påverka ett beslut om sjukskrivning? Vad brukar kunna bli utfallet? (informellt/informellt)
- Vad eventuellt begränsar ditt handlingsutrymme att påverka läkare i deras beslut om sjukskrivning?
- Har du vid något tillfälle erfarenhet av att det uppstått konflikter i förhållande till oenighet kring ett sjukskrivningsärende? (vid beslut eller behandling) I så fall vad hände då?
- Upplever du att ditt handlingsutrymme i sjukskrivningsärenden utvecklats/förändrats under de år som du arbetat som hälso- och sjukvårdskurator? I så fall, vad har det kunnat bero på?

- Är det något annat som du upplever är viktigt att nämna i förhållande till ämnet som jag har missat ta upp i mina frågor?

Bilaga 2: Informationsbrev

Kuratorer inom primärvården i Skåne sökes för deltagande i intervjustudie!

Förfrågan om deltagande i studie för examensarbete för hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet.

Hej!

Jag heter Kim Svenstrup och är just nu student på andra och sista terminen på Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet vid Lunds universitet. I utbildningen ingår det att genomföra ett vetenskapligt examensarbete om 15 HP. Jag har idag praktik på en vårdcentral varför jag vill **undersöka hur hälso- och sjukvårdskuratorer inom primärvården resonerar om sin profession och handlingsutrymme vid överväganden om sjukskrivning av patienter med psykiska ohälsa.**

Jag söker hälso- och sjukvårdskuratorer inom primärvården som vill intervjuas om sitt arbete. Intervjuerna beräknas ta ca 45–60 minuter och sker via videosamtal om inte annat önskas. Svaren kommer att behandlas anonymt och det kommer inte att framgå vilken vårdcentral som deltagarna hämtats från. Vid samtycke kommer jag att spela in intervjuerna för att sedan transkribera innehållet. Ljudfilerna kommer att raderas efter uppsatsens godkännande. Som deltagare i studien har du rätt att dra tillbaka ditt samtycke till medverkan utan förklaring. Materialet kommer bara att användas till denna studie.

Om du undrar något går det bra att kontakta mig (se kontaktuppgifter nedan) eller ansvarig handledare för studien Maria Söderberg, universitetslektor vid Lunds universitet.

Jag ser fram emot att få kunna intervju dig och är tacksam för svar med vändande mail senast den 18:e mars. Om du är intresserad av att medverka i studien skulle jag uppskatta om du kontaktar mig via mail eller telefon.

Vänliga hälsningar,

Kim Svenstrup

(kontaktuppgifter är borttagna)