Gränsdragningar i Vårdens Vardag

Hanteringen av arbetsrelaterad psykisk
ohälsa i det svenska välfärdssystemet

Réka Andersson

Linköping Studies in Arts and Science No. 723
Institutionen för Tema – Tema Teknik och Social Förändring
Filosofiska fakulteten
Linköping 2017

Linköping Studies in Arts and Science • No. 723

Vid filosofiska fakulteten vid Linköpings universitet bedrivs forskning och ges forskarutbildning med utgångspunkt från breda problemområden. Forskningen är organiserad i mångvetenskapliga forskningsmiljöer och forskarutbildningen huvudsakligen i forskarskolor. Gemensamt ger de ut serien Linköping Studies in Arts and Science. Denna avhandling kommer från Tema Teknik och Social Förändring vid Institutionen för Tema.

Distribueras av:

Tema Teknik och social förändring

Linköpings universitet

581 83 Linköping

Réka Andersson

Gränsdragningar i Vårdens Vardag

Hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa i det svenska välfärdssystemet

Upplaga 1:1

ISBN 978-91-7685-462-4

ISSN 0282-9800

© Réka Andersson

Institutionen för Tema 2017

Omslagsbild: Rebecka Elfast

Tryckeri: Liu-Tryck, Linköping 2017

Innehållsförteckning

FÖRORD	I
---------------------	----------

1. VÅRDENS HANTERING AV ETT KOMPLEXT PROBLEM	1
---	----------

Syfte och frågeställningar	3
Arbetsrelaterad psykisk ohälsa inom den svenska välfärdsstaten	5
Nya principer för organisering och styrning av hälso- och sjukvården	6
Företagshälsovårdens tvetydiga roll inom den svenska välfärdsstaten	7
Psykisk ohälsa i arbetslivet - i gränslandet mellan offentlig och privat vård	10
Sjukdom och arbets(o)förmåga: Socialförsäkringens utformning.....	13
Klassificeringssystem vid diagnostisering av psykisk ohälsa	18
Spänningsområden inom den svenska välfärdsstaten	19
Disposition.....	19

2. TIDIGARE FORSKNING.....	23
-----------------------------------	-----------

Vikten av diagnoser - utbrändhet som ett historiskt och samhälleligt fenomen.....	24
(Psykologiska) experter och verktyg	26
Professionellt arbete i förändring.....	27
Välfärdssektorns reglering och styrning av professioner	28
Studiens positionering	32

3. TEORETISKA VERKTYG	33
------------------------------------	-----------

Kunskapsinfrastruktur som plattform och begränsning.....	33
Organisationsfält	37
Gränsarbete - gränsdragningar kring ett komplext område	38

Lämplighetslogik	41
Sammanfattning	43
 4. STUDIENS GENOMFÖRANDE.....	 45
Metodologiska utgångspunkter och överväganden	45
Den empiriska studiens utformning	47
Mina informanter	48
Studiens metoder	50
Kvalitativa intervjuer	50
Observationer	55
Det empiriska materialets tolkning och analys.....	58
Etiska överväganden.....	60
Studiens bidrag till skapandet av kunskap	61
 5. GRÄNSSKAPANDE KRING ANSVAR FÖR (ARBETSRELATERAD) PSYKISK OHÄLSA.....	 63
Företagshälsovården som "en sorts vårdcentral"	65
Företagshälsovården som rättvisans kämpe	70
Företagshälsovården som " <i>bara ska dra in pengar</i> "	72
"Primärvården kan ju aldrig säga nej, vi kan aldrig stänga dörren."	73
Gränsarbete gentemot psykiatri.....	77
Vem tar ansvaret? Kompetens och resurser kring psykisk ohälsa	79
Samarbete mellan företagshälsovård och primärvård?	81
Diskussion.....	84
 6. VAD ÄR "ARBETSRELATERAT"? GRÄNSDRAGNINGAR KRING ETT KOMPLEXT PROBLEM	 87
Ett organisatoriskt problem: "rent arbetsrelaterat"	88
När arbetsrelaterat vägs emot medicinskt behandlingsbart.....	89
Individ kontra arbetsplats - Individualisering av arbetsrelaterade problem	91
Arbetsgivarens tolkning av "arbetsrelaterat"	98
Ett individuellt problem: kombinationen av "privat" och "arbetsrelaterat"	101
När individens personlighet och arbetsplatsen möts	101
"Ambitiösa damer" – vikten av genus	105
Diskussion.....	109

7. ATT FÅNGA DET SJÄLSLIGA: VERKTYG SOM UTTRYCK FÖR

KUNSKAPSINFRASTRUKTUR	111
-----------------------------	-----

Psykisk ohälsa kontra fysisk sjukdom? Verktogens roll i skapandet av objektiv kunskap	112
Det handlar om att etablera en relation: Att skapa förtroende via anamnesen	114
Skattningsskalor och personlighetstester	116
Individens uppträdande i rummet: Kroppsspråk.....	123
Behandlingsmetoder	125
Moden och trender	125
Behandlingspragmatism.....	131
Medicin, samtal, eller både och?	135
Diskussion	137

8. STRATEGIER FÖR HANDLINGSUTRYMME 141

Att omfördela resurser	143
Tid som resurs.....	143
Diagnoser som resurs.....	146
Att tänja på gränserna.....	150
Pragmatisk användning av diagnoser	150
"Alla gräver vi våra tunnlar" – Navigering runt (kunskaps)hierarkiska strukturer ...	152
Att hitta den rätta balansgången	154
Att upprätthålla professionell auktoritet	156
Att gå utanför ramarna.....	160
Diskussion	162

9. SLUTSATSER 165

Betydelsen av definitioner för hantering.....	166
Försvårar mångtydighet hantering?	167
Det organisatoriska sammanhangets betydelse för hantering	169
Kunskapsinfrastrukturens begränsningar och möjligheter	170
Psykosocialt problem i ett medicinskt (kunskaps)sammanhang	171
Evidensorientering och likriktning	172
Behandlingspragmatism och systemhantering	174
Företagshälsovårdens unika ställning i det svenska välfärdssystemet.....	176
Fortsatt forskning: Bortom vårdens hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa	178

ENGLISH SUMMARY: DRAWING BOUNDARIES IN EVERYDAY

HEALTHCARE PRACTICE.....	181
Analytical tools.....	183
Methods	184
Main empirical findings	185
Creating boundaries regarding responsibility for (work-related) mental ill health	185
What does "work-related" mean? Boundaries regarding a complex problem.....	186
Capturing the soul: tools as expressions of knowledge infrastructure	187
Strategies for manoeuvring.....	188
Conclusions.....	189
The importance of definitions.....	189
Limitations and opportunities of knowledge infrastructure	190
REFERENSER.....	193

Figur- och Tabellförteckning

Figur 1. Diagram på nybeviljad sjukersättning efter diagnosgrupp.....	12
Figur 2. Diagram över antal sjukfall längre än 60 dagar 2001-2015.....	17
Tabell 1. Intervjupersoner inom respektive vårdgivare och yrkesgrupp.....	55

Förord

Att doktorera är inte en väg att följa... det är mer som att skapa sin egen väg. Det är som att gå vilse i skogen utan någon stig eller väg inom räckhåll. Först tänker man att det löser sig nog - det är en skog, många har vandrat genom den förr. Efter några försök inser man att man har underskattat dess djup. Där står man i skogen och känner sig handlingsförlamad. Hur ska man någonsin hitta ut? Som tur är har jag haft många människor som har hjälpt mig skymta och hitta fram till skogsgläntorna. Det är dessa personer som jag nu vill tacka.

Jag vill först börja med att tacka Stockholms Läns Landsting för finansieringen av den här avhandlingen. Det var en förutsättning för att den skulle kunna bli till. Jag vill även rikta ett stort tack till informanterna i den här studien. Tack för att ni tog er tiden att berätta om era erfarenheter av att hantera arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Jag uppskattar det intresse och engagemang som jag ofta bemöttes av.

Det är två personer som jag speciellt vill tacka - mina handledare, Per Gyberg och Claes-Fredrik Helgesson. Pelle, du tog mig an med entusiasm och har stöttat och uppmuntrat mig under stunder av tvivel. Oavsett hur vilsen jag har känt mig har du påmint mig om att jag är på rätt väg. Samtidigt har ditt teoretiska intresse, din kritiska blick och ditt skarpsynta sätt utmanat mig gång på gång. Dessa egenskaper kombinerat med en stor portion humor är styrkor som både jag och avhandlingen har spirat av. Tack för allt!

CF, dig vill jag tacka för din idealistiska strävan och tålamod att visa mig vägar där jag såg hinder. Tack vare din noggranna läsning och förmågan att förmedla olika aspekter kring skrivande, har jag lärt mig att tycka om att se en text växa fram och kunna se dess potential. Jag är även tacksam över att du introducerade mig till tankesmedjan Leading Health Care. Det hjälpte mig att bredda mina vyer kring hälso- och sjukvårdsfrågor.

Ett varmt tack även till min mentor Kerstin Davidsson för våra fredagsluncher. Det har varit en förmån att få insyn i dina erfarenheter av hälso- och sjukvården som du generöst har delat med dig av.

Jag har fått mycket värdefulla kommentarer på avhandlingsmanuset vid två specifika tillfällen. Stort tack till min opponent Karin Fernler, som väckte viktiga frågor på mitt 60% seminarium, vilket senare underlättade de vägval jag stod inför. Läsgruppen, Lotta Björklund-Larsen och Karin Zetterqvist-Nelson, bidrog också med hjälpsamma kommentarer. Tack! Slutseminariet var för mig otroligt givande! Ett stort tack till min slutseminarieopponent Lena Eriksson, som bidrog med inspiration och uppmuntran till avhandlingens slutförandefas. Jag vill även tacka Håkan Löfgren, Anette Wickström och Kristin Zeiler för en noggrann och engagerad läsning och för de uppföljande diskussioner som vi har haft efter slutseminariet. Ett särskilt tack till Håkan för ytterligare kommentarer på ett av de empiriska kapitlen.

Under mina år som doktorand har jag haft förmånen att vara en del av flera seminariegrupper. Dessa har både satt prägeln på min avhandling och format mig som blivande forskare. På Tema T har jag ingått i två tvärvetenskapligt inriktade seminariegrupper: P6 och ValueS. Det är tack vare dessa tvärvetenskapliga seminariemiljöer, där mötet mellan olika perspektiv tillhör vardagen, som jag har lärt mig värdet av konstruktiv kritik och gemenskap bortom teoretiska husgudar. Tack!

Utöver Tema T's tvärvetenskapliga seminariegrupper har jag även varit del av en antropologiskt inriktad seminariegrupp på Linköpings universitet: Antroforum. Tack för livliga diskussioner och gott fika! Ett särskilt tack till Lotta Björklund-Larsen och Corinna Kruse, som har varit mina antropologiska förebilder på en tvärvetenskaplig avdelning. Sist, men inte minst, vill jag även rikta ett stort tack till medlemmarna i NAFD, Nätverket för antropologisk forskning av diagnoser. Jag är glad och tacksam över att ha haft möjligheten att möta andra som delade mitt intresse för diagnoser och diagnostisering.

Doktorandtidens berg och dalar har jag delat med doktorandgruppen D-10. Tack Maria Eidenskog, Linnea Eriksson, Mattias Hellgren, Linus Johansson-Krafve, Lisa Lindén, Katharina Reindl, Hanna Sjögren, Josefin Thoresson och Anna Wallsten för alla samtal, såväl i glädjefyllda, som i jobbiga stunder. Maria, tack för våra eskapader till biblioteket och otaliga samtal om stort och smått. Jag uppskattar även ditt sätt att balansera skarpa kommentarer på ofärdiga texter med minst lika många uppmuntrande ord. Anna och Lisa, våra "pepp-luncher" var en lyxig vana som jag kommer att sakna. Tack för goda råd, hjälp med alla möjliga och

omöjliga akademiska frågor, men framför allt vetskapen om att någon förstår. Lisa, jag är även tacksam för din detaljerade läsning av delar av avhandlingen. Kathi, vi har följts åt genom större delen av vår doktorandtid och har tillsammans upplevt varandras motgångar och framgångar. Våra oändliga samtal, skrivarstunder och skratthyllade träningspass har hjälpt mig att stå ut med doktorerandets dalar. Danke!

Mina doktorandår på Tema har flutit förbi! Det är många som har kommit och gått under den perioden, som har bidragit till att jag har trivts. Lunchpromenader, skrivarstunder och fikapauser var korta, men betydelsefulla inslag i doktorandtillvaron. Darcy Parks, jag är glad över att ha haft dig som rumskompis! Jag är tacksam för det vardagliga sällskapet och alla samtal – både de om specialutformade sparkcyklar, appar för nybakta bullar och liknande, samt de med mer akademiskt orienterat innehåll. Layal Wiltgren, det är tack vare dig som jag överhuvudtaget sökte en doktorandtjänst! Tack för många kloka råd och choklad vid rätt tillfälle. Tack Josefin Frilund för promenader, lunchutflykter och pratstunder. Selam Petersson, jag uppskattar alla våra samtal, särskilt de om dans, musik och teater – en skön paus i den akademiska tillvaron. Sarah-Jane Toledo, tack för gemenskap innan och efter slutseminariet. Jag vill även tacka Ivanche Dimitrevski, Jelmer Brüggeman, Vasilis Galis, Jenny Gleisner, Sonja Jerak-Zeuderent, Helena Karresand, Frances Lee, Nimmo Osman Elmi, Péter Füzesi, Oscar Javier Maldonado, Piotr Maron', Amelia Mutter, Johan Niskanen, Derly Sánchez Varga och Gunilla Sverneskog Hedblom för uppmuntran och för att på olika sätt ha bidragit till att underlätta min doktorandtillvaro.

Jag har även haft stöttning av många utanför akademien, som har haft minst lika stor betydelse för att den här boken nu är klar. Göran, Ilham, Johanna, Katarina, Kathi, Lollo, Lili, Maud och Styrbjörn, jag är djupt tacksam för att ni har hjälpt mig hålla tankarna borta från avhandlingen! Jag vill även tacka mina föräldrar och mina bröder, Károly och Gellért, för att jag kan vända mig till er oavsett om det handlar om omvälvande vägval eller buggproblem i Word.

Mats, Yenn, Oliver och Oskar - ingen har varit mer förstående och uppmuntrande vid skapandet av den här boken än ni! Ingen kommer heller att glädjas lika mycket över att den är klar. Oavsett vilka steg jag tar, är det tillsammans med er. Tack vare er, min finaste familj, är mina vardagar fyllda med skratt och lekfullhet.

Réka Andersson
Linköping, augusti 2017

KAPITEL 1

Vårdens Hantering av ett Komplex Problem

I nyhetsflödet upplyses vi ständigt om de ökade sjukskrivningstalen. Psykisk ohälsa är idag en av de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivningar och har uppmärksammats vara en av den svenska välfärdsstatens största utmaningar (SOU 2002:5; Prop. 2007/08:110; OECD, 2013). Psykisk ohälsa i arbetslivet, eller arbetsrelaterad psykisk ohälsa, ses som ett samhällsproblem som växer (SOU 2002:5; Socialstyrelsen, 2003; Forte, 2015; Försäkringskassan, 2016:2).

Arbetsrelaterad psykisk ohälsa associeras främst med den psykiatriska diagnosen utmattningssyndrom, eller utbrändhet (Socialstyrelsen, 2003), men det är *ingen medicinsk term*. Det är en term som binder en viss typ av ohälsa till arbetslivet, eller mer konkret arbetsplatsen. Orsaksbilden kring arbetsrelaterad psykisk ohälsa anses dock vara svår att reda ut, då den involverar ett komplext samspel mellan olika psykosociala faktorer (Forte, 2015).

Ett sätt att motverka den negativa trenden av sjukskrivningar och hitta lämpliga åtgärder, har varit att skapa sig en bild av *vilka som drabbas*. Med detta syfte har regeringen under 2013 gett Försäkringskassan uppdraget att sammanställa en analys av sjukfrånvaron. Uppdraget resulterade i en rapport som uppmärksammar att det finns skillnader i sjukfrånvaro i huvudsak relaterat till demografiska och socioekonomiska faktorer. Den visar exempelvis att trots att båda könen drabbas, är kvinnor särskilt utsatta (Socialförsäkringsrapport 2014:17). Det finns även skillnader mellan åldersgrupper. Även om sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa har stigit i alla åldersgrupper, är risken högst för personer i åldersgruppen 30 - 39 år, speciellt bland de som har barn mellan 3 - 12 år (Socialförsäkringsrapport 2014:17). Dessutom beskriver rapporten skillnader mellan samhällets sektorer,

där individer med yrken inom de så kallade kontaktyrkena är mest utsatta. Det handlar framför allt om välfärdstjänster inom skola, vård och omsorg, som är kvinnodominerade yrkesområden (Socialförsäkringsrapport 2014:17).

Samtidigt är arbetsrelaterad psykisk ohälsa föremål för en omfattande samhällsdebatt, av flera skäl (Forte, 2015). Från välfärdsstatens perspektiv är det ett angeläget problem att hantera, då psykisk ohälsa i arbetslivet resulterar i *stora samhällskostnader*. Det handlar både om kostnader i form av välfärdsstatens utgifter för hälso- och sjukvård samt social omsorg, och om kostnader i form av produktionsbortfall (Socialförsäkringsrapport 2014: 04). Ett annat viktigt skäl är det stora antalet människor som drabbas, samt de konsekvenser som detta medför för den enskilda individen (Socialförsäkringsrapport, 2014: 04). Samtidigt läggs det även en moralisk aspekt i den allmänna debatten kring ökningen av sjukskrivningar. Fokus är då på en *osund sjukskrivningskultur, fusk och individers överutnyttjande av systemet* (Kjöller, 2002; Begler & Brattlund, 2015). Från det här perspektivet speglar det ökade antalet sjukskrivningar snarare en ansvarslös läkarkår och en slapp arbetsmoral hos befolkningen. Socialförsäkringens tidsbegränsning under perioden 2008 - 2015, var exempelvis införd med syftet att motverka sådana tendenser. Ytterligare andra inlägg i debatten handlar om människors medvetenhet kring och förändrade syn på lidande, där *sjukvården inte vågar sätta gränser* (Svenskt Näringsliv, 2015).

Dessutom har det återkommande påpekats att det finns stora skillnader i sjukskrivningsmönster mellan regioner och län för psykiatriska diagnoser (SOU 2002:5; SOU 2009:89). Olikheter i sjukskrivningsmönster har bland annat kopplats samman med arbetsmarknadspolitiska frågor, där ökade sjukskrivningar har beskrivits som till viss del lösningar på arbetsmarknadspolitiska problem (SOU 2002:5).

Oavsett orsaksförklaring är arbetsrelaterad psykisk ohälsa ett komplext problem. Det innebär att det finns en oklarhet kring *vem* som ska hantera det. Under åren har det funnits flera initiativ till åtgärder, fördelade på flera aktörer. Dessa har i huvudsak resulterat i nationella strategier riktade främst mot hälso- och sjukvården, genom överenskommelser mellan Sveriges regering och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). En sådan strategi var införandet av Rehabiliteringsgarantin 2008 för att öka vårdinsatser kring psykisk ohälsa i den arbetsföra befolkningen (SOU 2011:15). En annan strategi var lanseringen av Sjukskrivningsmiljarden 2007 (Försäkringskassan, 2014b), så att sjukskrivningsprocessen kunde utvecklas. Tanken bakom båda dessa strategier har varit att förse sjukvården med mer resurser och att signalera till vårdgivare att prioritera att hjälpa människor tillbaka till arbete.

Utöver hälso- och sjukvården, har staten även undersökt företagshälsovårdens möjligheter till att vara en potentiellt relevant aktör i arbetet med att minska arbetsrelaterad psykisk ohälsa (SOU 2004:113). Det har förekommit flera försök att betona och öka vikten av företagshälsovården för att hantera arbetsrelaterad psykisk ohälsa (Prop. 1996/97: 123; Prop 1998/99:120; SOU 2004:113). Trots företagshälsovårdens generella samhällsansvar inom arbetsmiljö och rehabilitering via Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160), är företagshälsovårdens möjligheter begränsade, eftersom den numera verkar på en privat marknad och är beroende av de uppdrag som den får av arbetsgivare. Mot denna bakgrund har statens fokus skiftat till att öka medvetenhet kring psykosociala arbetsmiljöer och betona arbetsgivarens ansvar. Arbetsgivarens ansvar har länge framgått av Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160), men det har tidigare inte funnits några kontrollerande funktioner och det är generellt svårt att juridiskt knyta företag till arbetstagarnas psykosociala ohälsa. För att åstadkomma en förändring och i syfte att förebygga och minska arbetsrelaterad stress, införde Arbetsmiljöverket nyligen en förordning som förtydligar arbetsgivarens ansvar för den organisatoriska och psykosociala miljön (AFS 2015:04).

Arbetsrelaterad psykisk ohälsa är med andra ord ett komplext problem som omgärdas av en mängd föreställningar och idéer om dess orsaker, liksom hur det bör hanteras. *Men hur hanteras arbetsrelaterad psykisk ohälsa?* Den komplexa bilden av vad arbetsrelaterad psykisk ohälsa är och hur det ska definieras, i kombination med en otydlighet kring ansvarsfördelningen i det svenska välfärdssystemet, väcker frågor kring *hur* och av *vem* den hanteras. Det är dessa frågor som den här studien fördjupar sig i.

Syfte och frågeställningar

Syftet med den här studien är att undersöka hur yrkesverksamma inom vården hanterar arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Jag använder *vården* i bred bemärkelse, för att inkludera olika typer av vårdgivare som finns inom ramen för den svenska välfärdsstaten, såväl offentliga som privata.

Arbetsrelaterad psykisk ohälsa är ett särskilt intressant fenomen när det gäller att empiriskt studera vårdens hantering av komplexa problem i vardagen. Hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa präglas av att problemet är mångfacetterat och att psykisk ohälsa som sjukdomsorsak är kontroversiellt. Dessutom är flera yrkesgrupper och organisationer involverade vid dess diagnostisering och behandling, vilket ger mig möjligheten att utforska vilka konsekvenser olika vårdgivarsammanhang och

yrkesgrupper har för hanteringen. Eftersom företagshälsovården är en av dessa vårdgivare, men har en otydlig roll inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, är företagshälsovårdens ställning och kontakt med andra vårdgivare en del av frågan om hantering.

Studien bidrar även med att öka förståelsen för *arbetsrelaterad psykisk ohälsa* och utmaningarna kring dess hantering i vårdens vardag. För att närmare undersöka de yrkesverksammas hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa, har jag följande frågeställningar till hjälp.

1. Hur definieras arbetsrelaterad psykisk ohälsa? Finns det någon skillnad i hur det definieras mellan olika vårdgivare och yrkesgrupper?
2. Vilka utmaningar ställs de yrkesverksamma inför vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa? Vad har de för strategier för att hantera dessa utmaningar?
3. Vilken betydelse har organisering och styrning för hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa?

För att besvara dessa frågeställningar har jag genomfört en kvalitativ studie, med intervjuer som huvudmetod. Den här metoden har gett mig möjligheten att få tillgång till olika yrkesgruppers perspektiv och erfarenheter kring ett kontroversiellt ämnesområde. Genom att inkludera flera organisationer och yrkesgrupper, bidrar studien med en nyanserad bild av vårdens hantering av ett komplext problem. För att få en bättre förståelse av informanternas organisatoriska sammanhang, har jag även gjort observationer inom företagshälsovård och primärvård.

Studien är inspirerad av fyra forskningsområden, som relaterar till studiens olika aspekter. Utifrån fenomenet arbetsrelaterad psykisk ohälsa kopplar jag an till forskning som betonar det socio-politiska, kulturella och historiska sammanhanget kring diagnostisering och diagnoser (Brown, 1995; Fridberg, 2006, 2009; McGann, 2011; Johannisson, 2001, 2006). Gällande hanteringen av fenomenet ser jag forskning med intresse för experters inflytande och verktyg (Illich, 1975; Rose, 1991, 1996; Tunestad, 2014), samt professionellt arbete inom komplexa organisationer (Brint, 1994; Evetts, 2010) som relevanta. Slutligen, utifrån studiens fokus på vårdens organisering och styrning, knyter jag an till forskning kring New Public Management (Blomgren, 1999; Burström et al., 2017), kunskapsstyrning (Fernler et al., 2008; Eriksson et al., 2014, 2016; Alm, 2015), samt fragmentering av vården (Brunsson & Sahlin-Andersson, 2000; Lindberg, 2002; Lindberg & Blomgren, 2009). Mitt bidrag är att utifrån ett tvärvetenskapligt förhållningssätt och med

hjälp av analytiska begrepp med både struktur- och agensfokus, skapa förståelse för den yrkesverksamma hanteringen och de sammanhang där de sker. Först ska jag inleda med att ge en överblick över arbetsrelaterad psykisk ohälsa och det sammanhang som den är del av inom den svenska välfärdsstaten. Sedan avslutar jag det inledande kapitlet med avhandlingens fortsatta disposition.

Arbetsrelaterad psykisk ohälsa inom den svenska välfärdsstaten

För att ge en djupare förståelse av det historiska och politiska sammanhang som hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa är inbäddad i, kommer jag att med breda penseldrag måla upp några betydelsefulla förändringar som har skett inom den svenska välfärdsstaten sedan 1990-talet. Utmärkande för den perioden är att Sverige drabbades av en ekonomisk lågkonjunktur, som delvis blev en katalysator för omfattande reformer kring hälso- och sjukvården, företagshälsovården, och socialförsäkringssystemet. Dessa har i sin tur fått stor betydelse för hur sjukdom tolkas, samt var ansvaret för att hantera arbetsrelaterad psykisk ohälsa placeras.

Jag kommer i följande avsnitt att först redogöra för några tendenser inom hälso- och sjukvårdens organisering och styrning som har betydelse för hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Det handlar om olika principer för effektivisering av hälso- och sjukvården, samt förändrad och minskad roll för företagshälsovården. Därefter tar jag upp två statliga satsningar, Sjukvårdsmiljarden och Rehabiliteringsgarantin, som har riktats mot hälso- och sjukvården för att motverka sjukskrivningar och öka återgången till arbete. Sedan relaterar jag arbetsrelaterad psykisk ohälsa till socialförsäkringssystemet och beskriver hur det administreras via Försäkringskassan kopplat till sjukfrånvaro och rehabilitering. Avsnittet avslutas med en kort beskrivning av de klassificeringssystem som används av de yrkesverksamma inom primärvård och företagshälsovård, vid hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Nya principer för organisering och styrning av hälso- och sjukvården

Sedan den ekonomiska lågkonjunkturen under 1990-talet har den offentliga sektorn varit föremål för stora förändringar. Resurser till hälso- och sjukvården minskade, samtidigt som vårdbehoven beräknades öka. Det förändrade ekonomiska läget gjorde att uppmärksamhet riktades mot hur vården skulle effektiviseras, samt hur resurser i vården skulle fördelas, styras och följas upp (Prop. 1996/97:123). Stora besparingarkrav i kombination med en ökad styrning och kontroll av den offentliga sektorn resulterade i stora förändringar, som har gått under namnet New Public Management (Hasselblad et al., 2008; Berlin & Kastberg, 2011; Almqvist, 2006). New Public Management sätts ofta i relation till det tidigare styrningsidealet Public Administration, där den övergripande principen var att offentlig verksamhet inte skulle utsättas för konkurrens. Tankemodellen bakom Public Administration byggde på att konkurrensutsättning av offentlig verksamhet kunde riskera verksamhetens kvalitet. Den var dessutom djupt rotad i idén om professioners autonomi (Berlin & Kastberg, 2011). Karaktäristiskt för New Public Management är istället marknadslika principer som ökad konkurrensutsättning, högre resursutnyttjande, mer fokus på resultat och mätbarhet, samt vikten av ledarskap (Almqvist, 2006). Redan 1996 fanns det tankar om att privata vårdgivare skulle utökas och att deras insatser skulle ingå i sjukvårdens vårdkedja (Prop. 1996/97:123). Ökad konkurrensutsättning och privatisering sågs som lovande lösningar på en ineffektiv offentlig verksamhet. I enlighet med dessa principer infördes exempelvis Vårdvalsreformen inom primärvården (Prop. 2008/09:74; Johansson-Krafve, 2015). Dessa förändringar innebar att de rigida gränserna mellan offentlig och privat vård med tiden har suddats ut. Det är inte längre en tydlig uppdelning mellan privat och offentligt (Lindberg & Blomgren, 2009).

Statens offentliga utredningar har vid återkommande tillfällen föreslagit att det vore fördelaktigt om företagshälsovården kunde få en större roll vid rehabilitering (SOU 2006:86; SOU 2007:91). Huvudargumenten var att det skulle avlasta primärvården och därmed öka vårdtillgängligheten, vilket skulle leda till en bättre fördelning av resurser. Sedan hälso- och sjukvårdslagen har ändrats 1995, har primärvården fått i uppgift att vara första linjens vård inom den svenska hälso- och sjukvårdssystemet (Prop 1994/95:195). Med andra ord, individer förväntas vända sig till primärvården med sina första symptom på en fysisk eller psykisk åkomma. Den uppgiften har man dock konstaterat vara svår att uppfylla på grund av läkarbrist och primärvårdens brist på samverkan med andra delar av sjukvårdssystemet

(Prop. 1999/2000:149). En överbelastad primärvård är dessutom problematisk för samhället för det innebär långa väntetider för människor med ohälsa i arbetslivet, då de svårt sjuka måste prioriteras före. Företagshälsovården har framhållits kunna avlasta primärvården, samt leda till kortare väntetider för både individ och arbetsgivare (SOU 2007:91). Företagshälsovårdens insatser har poängterats vara ett sätt att prioritera människor i arbetslivet utan att det skulle ske på bekostnad av andra sjukdomsgrupper. I följande avsnitt ska jag nu vända blicken mot företagshälsovården och dess roll inom den svenska välfärdsstaten.

Företagshälsovårdens tvetydiga roll inom den svenska välfärdsstaten

Företagshälsovårdens uppdrag och omfattning har genomgått stora förändringar, speciellt sedan 1990-talet. En återkommande aspekt av betydelse har varit dess definition och organisering i relation till den offentliga hälso- och sjukvården. Detta bottenar delvis i den stående frågan om hur stor andel sjukvård företagshälsovården ska tillhandahålla och delvis i svårigheten att specificera vad arbetsrelaterad ohälsa är (SOU 2004:113).

Efter en längre period av expansion under 1980-talet och införandet av statsfinansiering 1986, privatiserades företagshälsovården 1993. Argumentet bakom statsbidragets borttagning var att det användes i huvudsak för sjukvårdsinsatser istället för förebyggande arbetsmiljöarbete, vilket motarbetade både statens och företagshälsovårdens syfte (SOU 2002:5). Efter statsbidragets avskaffning, skedde en kraftig nedgång i användningen av företagshälsovårdens tjänster. Det centrala arbetsmiljöavtalet, som var en överenskommelse om att arbetsgivare skulle erbjuda företagshälsovård, försvann och ersattes av olika branschanpassade avtal (SOU 2011:63). Dessutom sammanföll privatiseringen med den ekonomiska lågkonjunkturen under 1990-talet (SOU 2011:63), vilket troligtvis också bidrog till en stegvis nedmontering av företagshälsovården. Den negativa utvecklingen kring företagshälsovårdens användning kan exempelvis spåras genom Statistiska Centralbyråns arbetsmiljöundersökning, som sker på uppdrag av Arbetsmiljöverket vartannat år sedan 1989. Enligt den senaste arbetsmiljöundersökningen (2016), har endast cirka 58 procent av alla anställda tillgång till företagshälsovård. Detta kan jämföras med arbetsmiljöundersökningen 2009, när tillgången till företagshälsovård var 65 procent (2009) och arbetsmiljöundersökningen i slutet på 1980-talet som låg på 86 procent (SOU 2011:63). Tillgången till företagshälsovård skiljer sig

dessutom kraftigt åt mellan olika branscher och är knuten till företagens *storlek*. Det är främst anställda i statlig och kommunal sektor, samt stora företag som har tillgång till företagshälsovård, medan anställda i företag med färre än 50 anställda ofta *inte* har det (SOU 2011:63).

Företagshälsovårdens uppdrag regleras enligt Arbetsmiljölagen. Fast företagshälsovårdens uppgift är definierat i Arbetsmiljölagen, är inte användningen av företagshälsovårdens tjänster i sig lagstadgad. Enligt Arbetsmiljölagen pekas *arbetsgivaren* ut som huvudsakligt ansvarig för förebyggandet av arbetsrelaterad ohälsa, organiseringen av en god arbetsmiljö, samt hanteringen av arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet (SFS 1977:1160, kap. 3, 2 a §). Det är arbetsgivarens ansvar att se till att det finns tillgång till lämplig företagshälsovård. Med andra ord, företag är inte tvungna att använda sig av företagshälsovård (2011:63). Samtidigt är det unikt att användningen av en privat aktör som företagshälsovård finns angiven i lagstiftningen. Det kan tolkas som att företagshälsovård är en viktig aktör inom välfärdsstaten (2011:63), oavsett ägandeform. Företagshälsovård definieras idag på följande sätt:

Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa (SFS 1977:1160, kap. 3, 2 c §; SFS 2010:1543).

Den här definitionen av företagshälsovård är intressant av flera anledningar. Först är det viktigt att understryka att definitionen av företagshälsovård lades till Arbetsmiljölagen så sent som 2010 (SFS 2010:1543). Det var länge omtvistat huruvida en definition av företagshälsovård skulle få positiva eller negativa följder, då det både är stor variation i företagshälsovårdens utbud av tjänster och i arbetsplatserns behov. Samtidigt har det uppmärksammats att arbetsgivares användning av företagshälsovård ofta är ett slöseri med resurser, då företagshälsovården i första hand används till mindre kvalificerade tjänster, som exempelvis hälsotest (SOU 2004:113). Införandet av en definition av företagshälsovård som *expertresurs* kan ses som en uppmaning för ett bättre utnyttjande av företagshälsovårdens kompetens och tjänster.

En annan anledning till att den lagstiftade definitionen av företagshälsovård är intresseväckande är betoningen på företagshälsovårdens oberoende ställning. Ända sedan företagshälsovården började verka på en privat marknad, är arbetsgivare både företagshälsovårdens kunder och uppdragsgivare. Därför har företagshälsovårdens förmåga att agera som en

neutral part mellan arbetsgivare och den anställda i enlighet med den lagstiftade definitionen varit ifrågasatt (SOU 2004:113). Med tanke på att arbetsgivare sätter ramarna för företagshälsovårdens insatser kan företagshälsovård snarare uppfattas som i beroendeställning till arbetsgivaren. Företagshälsovården har dessutom ingen kontrollerande funktion gällande arbetsmiljö (SOU 2011:63).

Företagshälsovårdens och arbetsplatsernas centrala roll i förebyggandet och åtgärdandet av olika problem i arbetslivet har varit ett återkommande tema inom olika utredningar sedan 1990-talet (Prop. 1996/97:123; Prop. 1998/99:120; Skr. 2011/12: 166; SOU 2011:15; SOU 2011:63). Dessutom betonar staten vikten av att arbetsgivaren tar ansvar för rehabiliteringen av sina anställda och utnyttjar företagshälsovårdens kunskap om samspelet mellan arbetsmiljö och hälsa, som uttrycks vara unik och omöjlig att ersätta av andra vårdgivare (Prop. 1996/97:123). För att uppmuntra detta arbete införde regeringen ett statsbidrag till företagshälsovården under 2010 (SFS 2009:1423). Bidraget gavs inte till landstingsfinansierade tjänster, vilket skulle kunna tolkas som att man ville stimulera användandet av företagshälsovård istället för primärvården gällande arbetsrelaterade- och icke-arbetsrelaterade sjukdomar och skador. Den här satsningen upphörde dock den 1 januari, 2014. Anledningen till den korta bidragsperioden var att företagshälsovårdens tjänster återigen blev mer sjukvårdsinriktade än önskat. Med syfte att stärka företagshälsovårdens profil och varumärke, samt särskilja den från den allmänna hälso- och sjukvården, bytte dessutom företagshälsovårdens branschorganisation namn från *Föreningen Svensk Företagshälsovård* till *Sveriges Företagshälsor* under hösten 2012 (Sveriges Företagshälsor, 2014).

För att stärka arbetsmiljöområdet och förtydliga lagstiftningens, samt reglers betydelse, infördes olika föreskrifter som betonar arbetsgivarens ansvar för arbetsrelaterad ohälsa i allmänhet (AFS 2001:1) och psykosocial ohälsa i synnerhet (AFS 2015:4). Fast arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön är lagstiftad, har det juridiskt varit svårt att knyta företag till arbetstagarnas psykosociala ohälsa. Dessutom har en av statens offentliga utredningar från 2011 föreslagit effektivare sanktioner för att uppnå bättre arbetsmiljö (SOU 2011:57).

Ett annat sätt att stärka företagshälsovårdens ställning har varit införandet av legitimering. Syftet var att öka branschens arbete inom hälsofrämjande arbete, genom att etablera en viss kompetensnivå och att använda evidensbaserade metoder där de finns tillgängliga. Under 2015 påbörjades dessutom utvecklingen av riktlinjer som är särskilt anpassade efter

företagshälsovårdens villkor, för att skapa ett mer enhetligt sätt att utreda och åtgärda arbetsrelaterad psykisk ohälsa (Företagshälsans riktlinjegrupp, 2015).

Företagshälsovården idag

Enligt branschorganisationen Sveriges Företagshälsors hemsida (Sveriges Företagshälsor, 2017), finns det cirka 150 företagshälsovårdsföretag i Sverige idag, varav de flesta är medlemmar i branschorganisationen. Dessa medlemsföretag har tillsammans cirka 450 mottagningar i landet. Då uppköp är vanliga i företagshälsovårdsbranschen, har antalet företag gradvis minskat (Sveriges företagshälsor, 2017).

Företagshälsovården är indelad i olika typer av företagshälsovårdsföretag, som är av olika storlek och organiserade på olika sätt. Cirka 70 procent av företagshälsovårdens enheter är *externa, privata bolag* och det finns en tydlig tendens till att stora företagshälsovårdsföretag dominerar branschen. Resterande företagshälsovårdsföretag är *inbyggda* i kundorganisationens ordinära verksamhet (Sveriges Företagshälsor, 2017).

Kännetecknande för företagshälsovårdsföretag i Sverige är att de i huvudsak arbetar teambaserat. Vanliga yrken inom företagshälsovården är företagsläkare, sjuksköterska, ergonom, beteendevetare, sjukgymnast, företagshälsovårdsingenjörer och organisationskonsulter. Utöver den grundläggande yrkesutbildningen, har dessa yrkesgrupper en möjlighet till vidare specialisering kring arbetsmiljö, rehabilitering och företagshälsovård genom en påbyggnadsutbildning. Eftersom dessa grupper är inblandade i hälsofrämjande, förebyggande och vård kan företagshälsovård tillhandahålla tjänster som är riktade mot individ-, grupp- och organisationsnivå (Sveriges Företagshälsor, 2014).

Psykisk ohälsa i arbetslivet - i gränslandet mellan offentlig och privat vård

Psykisk ohälsa har varit ett särskilt uppmärksammat område inom den svenska välfärdsstaten sedan 1990-talet. Den huvudsakliga anledningen var det svenska samhällets utgifter för psykisk ohälsa. Dessa utgifter delas traditionellt upp i två olika kostnader: direkta och indirekta kostnader. Direkta kostnader syftar till de utgifter som samhället har för *hälso- och sjukvård* och social omsorg i samband med *hanteringen av ohälsan*. Indirekta kostnader

däremot, som står för majoriteten av utgifterna, är knutna till *produktionsbortfall* på grund av *sjukskrivning* (Skr. 2011/12:166). Även om viss förbättring av psykisk hälsa har noterats sedan 2004 - 2005, framhålls psykosomatiska och psykosociala besvär som framtidens största hälsoutmaningar (Prop. 2007/08:110). Ökad hälsa i arbetslivet är ett nationellt mål (Prop. 2002/03:35) och bygger på en 11-punkts program för att "förbättra arbetsvillkoren och minska ohälsan i arbetslivet" (Prop. 2001/02:1).

Dessa resonemang har bland annat resulterat i nationella strategier riktade mot hälso- och sjukvården, genom överenskommelser mellan Sveriges regering och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Två sådana strategier var införandet av Rehabiliteringsgarantin (SOU 2011:15) och lanseringen av Sjukskrivningsmiljarden (Försäkringskassan, 2014b). Tanken bakom båda dessa strategier har varit att förse sjukvården med mer resurser och att signalera till vårdgivare att prioritera att hjälpa människor tillbaka till arbete. Nedan följer en beskrivning av respektive satsning.

Sjukskrivningsmiljarden

För att prioritera sjukskrivningsfrågan och utveckla sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården, har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sedan 2006 ingått en överenskommelse om att införa stimulansmedel till landstingen (SKL, 2016). Den så kallade *Sjukskrivningsmiljarden*, gavs till hälso- och sjukvården mellan 2007 - 2015. Överenskommelsen gjordes årligen och ersättning utgick för arbete kring några centrala punkter. Ett fokusområde var exempelvis ett ökat arbete för en mer jämställd sjukskrivningsprocess, på grund av stora könsskillnader i sjukskrivning. Ett annat prioriterat område var att öka kvalitén på läkarintyg, då mindre än hälften ansågs vara korrekt ifyllda, speciellt i relation till Försäkringskassans krav (SKL, 2013). Det kunde handla om hur sjukdomen påverkar individens arbetsförmåga, eller varför läkare inte förhöll sig till det försäkringsmedicinska beslutsstödet (SKL, 2013).

Rehabiliteringsgarantin

Ett annat sätt att motverka den negativa trenden av långa sjukskrivningar och stödja sjukskrivnas återgång till arbete var införandet av *Rehabiliteringsgarantin*. Genom en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, erbjöds landstingen ersättning för evidensbaserade behandlingsinsatser. Satsningen pågick mellan 2008 - 2015 och var riktad mot

två områden. Det ena området var psykisk ohälsa, i form av lindrig eller medelsvår ångest, depression och stress. Det andra området var smärta i rörelseorganen, eller mer specifikt, ospecificerad smärta i rygg, axlar och nacke (SOU 2011:15).

Syftet med Rehabiliteringsgarantin var att individer som drabbas av psykisk ohälsa eller smärta i rörelseorganen skulle fångas upp i ett tidigt skede för att förebygga sjukskrivning, eller åtminstone minska sjukskrivningens omfattning (SOU 2011:15). Det har länge varit känt att ju längre sjukskrivning desto svårare blir det för individer att återgå till arbetet. Genom att snabbt erbjuda hjälp, skulle en långvarig sjukskrivning motarbetas och stärka individens ställning i sjukskrivningsprocessen.

Det fanns huvudsakligen två anledningar till dessa satsningar. En anledning var att psykisk ohälsa och smärta i rörelseorganen uppmärksammades vara de vanligaste orsakerna bakom majoriteten av sjukskrivningarna (SOU 2011:15). Detta illustreras även av Försäkringskassans statistik kring nybeviljad sjukersättning mellan åren 2003 - 2013.

Figur 1. Diagram på nybeviljad sjukersättning efter diagnosgrupp.
(Försäkringskassan, 2016)

Utöver att diagrammet visar ett skifte från sjukdomar i muskler som största diagnosgrupp till psykiska sjukdomar sedan 2006, är det intressant även från ett annat perspektiv. Sjukersättningen för båda diagnosgrupperna minskade

efter att Rehabiliteringsgarantins infördes 2008, men sedan har effekterna skiljts åt. Medan sjukersättning för sjukdomar i muskler fortsatte minska, har sjukersättning för psykiska diagnoser fortsatt öka. Dessutom verkar ökningen och minskningen mellan diagnosgrupperna ha följts åt.

Den andra anledningen till satsningen på just dessa två områden var att Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) argumenterade för att det finns *vetenskapligt stöd* för vissa behandlingar gällande psykisk ohälsa, som kan leda till återgång i arbete (SOU 2009:49). När det kommer till behandling och rehabilitering av psykisk ohälsa förespråkas kognitiv beteendeterapi (KBT) som en evidensbaserad metod. Vid smärta i rörelseorganen erbjöds multimodal behandling, som innebär en kombination av insatser, där flera yrkeskategorier belyser individens problematik.

Å andra sidan slog Socialstyrelsens dokument om *Utmattningssyndrom: stressrelaterad psykisk ohälsa* (2003) fast att både diagnostisering och behandling av arbetsrelaterad psykisk ohälsa är kontroversiell. Enligt underlaget finns det ingen konsensus kring orsaker eller hur det ska behandlas. Vidare påpekas det att det varken finns tillräckligt med vetenskaplig evidens eller klinisk empiri för att kunna dra några slutsatser utöver den sammanställning som ges ut av Socialstyrelsen.

Vid Riksrevisionens granskning av Rehabiliteringsgarantin riktades stark kritik mot satsningen, speciellt gällande den starka styrningen mot vissa typer av behandlingsmetoder. Detta resulterade i att Rehabiliteringsgarantin sedan 2015 har lagts ner (RIR, 2015:19). Sedan dess fortsätter statens satsning på psykisk ohälsa inom ramen för en ny överenskommelse: *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*. Även här förnyas avtalet mellan staten och Sverige Kommuner och Landsting årsvis (SKL, 2016).

Sjukdom och arbets(o)förmåga: Socialförsäkringens utformning

Välfärdspolitiken vilar på arbetslinjen, dvs. principen att den som kan också ska försörja sig själv. Vi har själva ansvar för våra liv, men välfärdspolitiken finns där för att utjämna förutsättningarna för förmågan att ta ansvar. Det vi ska ta ansvar för är det vi kan ta ansvar för. Ju mera förutsättningar och ju större stöd som ges oss, desto större blir också vår förmåga och därmed det egna ansvaret. Socialförsäkringarna finns slutligen där för dem som drabbas av omständigheter utanför den egna kontrollen som gör

att det i vissa situationer inte är rimligt att det av individen ska krävas egen försörjning (SOU 2009:89).

Citatet är ett utdrag från "Arbetsförmågeutredningen", som ger uttryck för välfärdspolitikens strävan att stärka arbetslinjen och sträma upp sjukersättningen (Prop. 2007/08:136). Utredningen uppmärksammade individens ansvar för att försörja sig och betonade att socialförsäkringen är endast till för dem som inte kan krävas egen försörjning. Arbetsförmåga beskrevs vara "i gränslandet mellan sjukdom och arbete" (SOU 2009:89) och dess bedömning ett viktigt underlag för att individen ska vara berättigad till sjukersättning.

Socialförsäkringssystemets organisering är tätt sammanlänkad med tolkningen av sjukdomsbegreppet. Synen på vad sjukdom är har varierat över tid, vilket även speglas i socialförsäkringens utformning och administrering. Eftersom sjukdom är välfärdsstatens legitimering av individens rätt till ersättning vid sjukskrivning, innebär dessa förändringar att villkoren för individens rätt är föränderliga. Därför ger jag en kort bakgrund till socialförsäkringssystemet förändring innan jag går närmare in på vad det har fått för konsekvenser för sjukskrivningar.

Socialförsäkringssystemet i Sverige regleras av Socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110) sedan den 1:a januari 2011. Det huvudsakliga argumentet för införandet av Socialförsäkringsbalken var att "Det föreligger ett stort behov av att modernisera lagstiftningen på socialförsäkringsområdet och göra den mer tydlig och överskådlig samt lättare att tillämpa." (Prop. 2008/09:200, s. 345). Socialförsäkringsbalken ersatte därmed ett 30-tal olika lagar kring försäkringsområdet, inklusive sjukförsäkring och arbetsskadeförsäkring (Prop. 2008/09:200).

Utöver förändringar i lagstiftningen har det också skett flera stora förändringar i socialförsäkringens administration de senaste åren. Medan socialförsäkringen kring sjukskrivning och rehabilitering administreras av Försäkringskassan idag (SFS 2010:110, kap 2, 2 §), var det inte förrän 2005 som Försäkringskassan etablerades som en statlig myndighet. Innan socialförsäkringen förstatligades, fanns det 21 länsförsäkringskassor i landet utöver Riksförsäkringsverket. Sammanslagningen initierades som ett led i strävan efter en enhetlig och effektiv organisation (Försäkringskassan, 2014c). Brist på enhetlighet i tillämpningen av regelsystemet kring sjukförsäkringen ansågs vara ett hinder för en effektiv organisation (SOU 2002:5). Ett annat viktigt argument var att skapa förutsättningar för att socialförsäkringen ska spela en mer aktiv roll i rehabiliteringsprocessen (SOU 2002:5).

En annan stor förändring som har haft konsekvenser för hur sjukskrivningar och rehabilitering administreras är *tidsbegränsningen av*

sjukpenningen, samt införandet av *Rehabiliteringskedjan* i sjukförsäkringen. Rehabiliteringskedjan introducerades så sent som 2008 och innebär att individens arbetsförmåga bedöms i förhållande till olika arbeten enligt en fast tidsplan (Försäkringskassan, 2014c). Från dag 1-90 bedöms om sjukdomen påverkar individens arbetsförmåga i relation till sitt arbete och huruvida individen kan återgå till sin arbetsgivare. Det betyder att om individen bedöms oförmögen till att rehabiliteras tillbaka till sitt arbete efter de första 90 dagarna, utreds olika alternativ, som exempelvis medicinsk- eller arbetslivsinriktad rehabilitering av Försäkringskassan. Dessutom provas individens arbetsförmåga mot andra arbetsuppgifter hos samma arbetsgivare fram till 180 dagar. Efter 180 dagar provas individens arbetsförmåga mot resten av arbetsmarknaden, om inte Försäkringskassan bedömer att individen med stor sannolikhet kan återvända till sin arbetsgivare senast dag 365 i Rehabiliteringskedjans. Om sjukskrivningen fortsätter kan individen från dag 366 ansöka om att få förlängd sjukpenning, som kan betalas ut i ytterligare 550 dagar, med en ersättning som motsvarar 75 procent av den tidigare lönen. Slutligen, den som fortfarande är sjukskriven vid 914 dagar behöver övergå till Arbetslöshetsförsäkringen och delta i Arbetsförmedlingens introduktionsprogram (Prop. 2007/08:136). Med andra ord, sjukpenningen var begränsad till 914 dagar.¹

En utredning av socialdepartementet slog 2009 fast att sjukdomsbegreppets tolkning behövde begränsas i relation till sjukförsäkringen (SOU 2009:89). Sjukdomsbegreppet skulle därmed användas till att inkludera psykisk och fysisk ohälsa, men inte sociala problem eller livsproblem. Trots att dessa faktorer inte anses leda till sjukdom, medges det dock att de likväl kan bidra till att individens tillstånd försämras och att individen blir sjuk. De ger dock inte individen rätt till sjukförsäkringen (SOU 2009:89). Sjukpenning kan endast ges som ekonomisk ersättning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av *sjukdom*.

Men vad är skillnaden mellan en individ som är arbetsförmögen och en individ som är arbetsoförmögen? Både den svenska och den internationella trenden vid sjukskrivningar är att diagnostisering av sjukdom ska kompletteras av en kartläggning av individens funktion och arbetsförmåga (SOU 2008:66). Enligt socialförsäkringen behöver förekomsten av sjukdom inte betyda att individen inte har någon arbetsförmåga. Huruvida en funktionsnedsättning är hindrande eller inte anses bero på den miljö som

¹ De beskrivna stegen i Rehabiliteringskedjan gäller endast personer som har en anställning vid sjukdomens start. Personer som är arbetslösa får sin arbetsförmåga prövad gentemot resten av arbetsmarknaden redan efter dag två i sjukskrivningen.

individen rör sig i. Det vill säga, det räcker inte att konstatera att en person är sjuk, det ska också bedömas vilka delar av personens förmågor som är påverkade och till vilken grad, vilket i sin tur ska relateras till personens arbete. Med andra ord, *arbetsförmåga* kan inte tillskrivas det ena eller det andra utan handlar snarare om *samspelet* mellan individens funktion och miljö (SOU 2008:66; SOU 2009:89).

Olika perspektiv och tolkningar av sjukdom och arbetsförmåga har som synes varit en källa till konflikt på det försäkringsmedicinska området. Konflikten har i första hand involverat läkarprofessionen och tjänstemän på Försäkringskassan. En sammanställning av läkares sjukskrivningspraxis har visat att sjukintygen sällan är komplett ifyllda (SOU 2010:107). Som en vägledning vid bedömningen av arbetsförmåga vid sjukskrivning har Socialstyrelsen utformat ett *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*, som är indelat i två delar. Den ena delen är av övergripande karaktär och kan sägas utgöra grunden för en god praxis vid all sjukskrivning. Den andra delen innehåller *specifika rekommendationer* gällande sjukskrivning vid skilda diagnoser (Försäkringskassan, 2014a). Beslutsstödet skapades för att bidra till en mer enhetlig sjukskrivningsprocess, men det har också beskrivits vara en paradox. Trots att det förväntas bygga på läkares expertis och praktik, är dess syfte att åstadkomma förändringar i den praktiken (Eriksson et al., 2014).

En annan faktor som är av betydelse för att individen ska vara berättigad till sjukersättning är Socialstyrelsens nationella riktlinjer. De riktas mot praktiker inom hälso- och sjukvård och finns gällande ett antal sjukdomar (t ex nationella riktlinjer vid vård av depression och ångest). Dessa riktlinjer är indelade i olika delar, alla viktiga för huruvida en sjukskrivning bedöms rimlig av Försäkringskassan eller inte. Det vill säga, praktiker inom hälso- och sjukvård behöver förhålla sig till dessa riktlinjer och motivera eventuella avvikelser från riktlinjerna. I Socialstyrelsens riktlinjer gällande psykisk ohälsa relateras allvarligheten i sjukdomen ofta till arbete och privatliv och graderas utifrån allvarlighetsgrad (symptom, lindrig grad av psykisk sjukdom, medelsvår grad av psykisk sjukdom och svår grad av psykisk sjukdom) för att man ska kunna bestämma åtgärder (Socialstyrelsen, 2013).

Diagnostisering tillskrivs ha en avgörande roll för vilken typ av hjälp eller rehabilitering individen behöver. Typen av rehabilitering är nämligen viktig för att avgöra vems ansvar det är att rehabilitera. I nuläget görs det en distinktion mellan tre sorters rehabilitering: Medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering. Var och en av dessa är knuten till olika instanser (SOU 2009:49). Vid över 60 dagars sjukskrivning, som är vanligt vid psykiatriska diagnoser, har individen rätt till arbetslivsinriktad rehabilitering och rehabiliteringspenning.

Medicinsk rehabilitering definieras som "att återställa grundläggande funktioner, bevara en uppnådd funktion, träna kompenserade funktioner" (SOU 2009:49) och är sjukvårdshuvudmännens ansvar. Social rehabilitering, som definieras som *social träning* bedöms vara kommunens ansvar. Slutligen finns arbetslivsinriktad rehabilitering, som innebär att individen behöver rehabiliteras tillbaka till arbetsplatsen för att fortsätta hos samma arbetsgivare. Detta definieras som arbetsgivarens ansvar. Trots distinktioner och ansvarsfördelningar har det uppmärksammats att det är en bristande ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna (SOU 2009:49).

Figur 2. Diagram över antal sjukfall längre än 60 dagar 2001-2015.

(Försäkringskassan, 2016)

Diagrammet visar att antalet långa sjukskrivningar (längre än 60 dagar) sjönk mellan 2002 och 2010, som kan till viss del vara till följd av insatser i form av Rehabiliteringsgarantin och Sjukskrivningsmiljarden. Sedan 2010 har dock antalet långa sjukskrivningarna ökat igen. En förklaring till ökningen ligger bland annat i att på grund av Rehabiliteringskedjan var sjukförsäkringen fram till nyligen tidsbegränsad. Med andra ord, individer som hade uppnått maximalt antal sjukpenningdagar inom Rehabiliteringskedjan utförsäkrades under en period, men återvände till sjukförsäkringen under 2011.

Klassificeringssystem vid diagnostisering av psykisk ohälsa

Det finns idag två etablerade klassifikationssystem som används av yrkesgrupper som diagnostiserar och behandlar psykisk ohälsa i Sverige. En av dem är *DSM* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), publicerad av American Psychiatric Association (APA) och den andra är *ICD* (International Classification of Diseases), publicerad av Världshälsoorganisationen (WHO). Båda dessa klassificeringssystem bygger på diagnoskategorier, men medan *DSM* har specialiserat sig på psykiatriska störningar, klassificerar *ICD* både fysiska och psykiska sjukdomar (American Psychiatric Association, 2000). Även om det finns en likhet mellan de allmänna koder och kodningsstrukturerna mellan *DSM* och *ICD*, varierar de kraftigt vilka psykiska sjukdomar de inkluderar och vad dessa kallas, samt hur de definieras och struktureras. Båda systemen betraktas som problematiska och anses vara till begränsad hjälp i klinisk praxis (Reed, 2010).

Det sker dessutom en kontinuerlig förändring av båda dessa klassificeringssystem, som kan följas genom de olika versionerna av de två systemen. Dagens klassificeringssystem för psykisk ohälsa bygger på diagnoskategorier, där varje kategori utgörs av en uppsättning kriterier som ska uppfyllas vid fastställningen av en diagnos (American Psychiatric Association, 2000). Det har dock inte alltid varit på det sättet. Under den första delen av 1900-talet dominerades de diagnostiska handböckerna av psykoanalytiska resonemang, som inte berörde diagnoskategorier. Detta speglas exempelvis av *DSM I* och *DSM II*. Båda dessa manualer lade fokus på sinnet och dess förståelse. Psykisk sjukdom ansågs då vara inom samma dimension som psykisk hälsa, snarare än kategoriskt annorlunda och avskilt. Eftersom detta system blev alltmer kritiserat för att vara ovetenskaplig och politiskt påverkat (t.ex. när det gäller homosexualitet), fanns det ett behov av att göra något för att professionalisera psykiatri i allmänhetens ögon och det medicinska området (McGann, 2011). Det var under 1980-talet som det välkända paradigmskiftet tog plats med utvecklingen av *DSM III* (Kirk & Kutchins, 1992). De senaste versionerna *DSM-V* och *ICD-11* publicerades 2013 respektive 2015.

Spänningsområden inom den svenska välfärdsstaten

Sammanfattningsvis vill jag peka på några spänningar som kan skönjas i den ovan beskrivna reformshistoria kring arbetsrelaterad psykisk ohälsa i den svenska välfärdsstaten. Ett sådant spänningsområde inkluderar sjukvården och socialförsäkringen. Spänningen har uppstått på grund av olika syn på definitionen av sjukdom, samt ökade krav på sjukvårdens professioner att anpassa sina bedömningar i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer för sjukskrivning, via till exempel det Försäkringsmedicinska Beslutsstödet.

Ett annat område som det finns spänningar kring är företagshälsovården. Å ena sidan är den nuvarande organiseringen grundad på idén att arbetsgivare ska ta ansvar för ohälsosamma arbetsmiljöer. Å andra sidan är organiseringen efter arbetsgivare en källa till orättvisa, där individers rätt till företagshälsovård bestäms av deras arbetsplats, respektive arbetsgivare.

Professionalism kontra evidens är ytterligare ett spänningsområde, som yttrar sig genom exempelvis Rehabiliteringsgarantin. Förespråkandet av en specifik behandlingsmetod kan ses ha en förminskande effekt på betydelsen av den professionella yrkesutövningen.

Att vikta dessa olika välfärdsprinciper mot varandra är en svår balansgång. Oavsett hur välfärdsstaten är organiserad är fördelningen av ansvaret för arbetsrelaterad psykisk ohälsa svår.

Disposition

I studiens inledande kapitel, *Vårdens hantering av ett komplext problem*, har jag presenterat studiens syfte och forskningsfrågor. Jag har även placerat arbetsrelaterad psykisk ohälsa i den svenska välfärdsstaten och introducerat de två vårdgivande organisationerna, primärvård och företagshälsovård, och de regelsystem som de är inbäddade i. Dessutom visade jag på socialförsäkringssystemets betydelse vid sjukskrivning och rehabilitering och hur olika statliga satsningar, som Rehabiliteringsgarantin och Sjukskrivningsmiljarden, har införts för att hantera det ökade antalet sjukskrivningar.

I kapitel 2, *Tidigare forskning*, presenterar jag de forskningsfält som studien förhåller sig till. Jag ger en överblick över fyra olika forskningsområden som jag i slutet av kapitlet relaterar min studie till: antropologiska och sociologiska studier av diagnoser och diagnostisering,

kritiska perspektiv på (psykologiska) experters inflytande, professionsstudier och Skandinavisk hälso- och sjukvårdsforskning.

I kapitel 3, *Teoretiska verktyg*, utvecklar och diskuterar jag studiens teoretiska verktyg. Jag presenterar de centrala begrepp som hjälper mig att analysera de sammanhang där hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa sker och hur den yrkesmässiga hanteringen ser ut. Jag utvecklar begreppet kunskapsinfrastruktur och relaterar det till mina andra centrala begrepp som organisationsfält, gränsarbete, samt lämplighetslogik.

I kapitel 4, *Studiens genomförande*, beskriver och diskuterar jag hur jag har gått till väga för att genomföra studien. Först redogör jag för min kvalitativa forskningsansats och hur jag har utformat studien för att studera hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa inom vårdens vardag. Sedan beskriver och diskuterar jag de metoder som jag har använt mig av, samt hur analysarbetet med materialet har gått till. Kapitlet avslutas med en diskussion om etiska överväganden, samt vilken kunskap den här studien kan bidra med. Avhandlingens empiriska kapitel, som sträcker sig från kapitel 5 - 8, har jag strukturerat efter teman: ansvar, betydelsen av arbetsrelaterat, verktyg och professionellt handlingsutrymme. Gemensamt för dessa teman är att de kretsar kring olika spänningsområden. Med dessa teman som utgångspunkt analyserar jag de yrkesverksammas möjligheter och begränsningar att verka inom kunskapsinfrastrukturen. Kapitel 5 och 6 handlar båda om gränsarbete vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Skillnaden är att jag i kapitel 5 lägger fokus på gränsskapande kring *ansvar* för psykisk ohälsa, medan jag i kapitel 6 skiftar fokus till gränsarbetet vid arbetsrelaterad psykisk ohälsa som ett *komplext problem*. I kapitel 7 behandlar jag de yrkesverksammas *verktyg* och det ökade kravet på "objektiv" kunskap och evidens vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Det sista empiriska kapitlet, kapitel 8, handlar om hur de yrkesverksamma skapar sig handlingsutrymme inom kunskapsinfrastrukturen utifrån sina respektive positioner. För att ge en närmare beskrivning av varje empirisk kapitel, följer en sammanfattning av varje kapitel för sig här nedan.

Kapitel 5, *Gränsskapande kring ansvar för (arbetsrelaterad) psykisk ohälsa*, är avhandlingens första empiriska kapitel, där jag belyser informanternas gränsskapande kring företagshälsovårdens och primärvårdens ansvar vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Mitt analytiska arbete i det här kapitlet bygger på begreppen gränsarbete och organisationsfält.

Det andra empiriska kapitlet är kapitel 6, *Vad är "arbetsrelaterat" Gränsdragningar kring ett komplext problem*. Det här kapitlet handlar om informanternas gränsdragningar kring arbetsrelaterad psykisk ohälsa som ett komplext problem. Ett centralt analytiskt verktyg i det här kapitlet är

begreppet gränsarbete som hjälper mig visa hur informanterna definierar och därmed hanterar arbetsrelaterad psykisk ohälsa med utgångspunkt i sin yrkesgrupp och position. Samtidigt är deras handlingar även sammanhangsberoende, vilket jag analyserar med begreppet lämplighetslogik.

I kapitel 7, *Att fånga det själsliga: Verktyg som uttryck för kunskapsinfrastruktur*, riktar jag mitt intresse mot de verktyg som informanterna använder vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Jag diskuterar vilka verktyg som är tillgängliga, hur de kan förstås, om det finns några skillnader mellan olika yrkesgruppers respektive organisationers användning av dem och vad det får för konsekvenser. Kapitlets centrala analytiska begrepp är kunskapsinfrastruktur.

I kapitel 8, *Strategier för handlingsutrymme*, analyserar jag informanternas handlingsstrategier kring kunskapsinfrastrukturen när de navigerar i det svenska välfärdssystemet. Det innebär att de yrkesverksamma både förhåller sig till sina egna organisationers villkor, men även till villkor som ställs på dem via andra organisationer, som till exempel Försäkringskassan.

Kapitel 9, *Slutsatser*, är det sista kapitlet, där jag diskuterar studiens empiriska och teoretiska bidrag. Jag kopplar tillbaka till studiens syfte och frågeställningar och presenterar de centrala slutsatser som har framkommit under studiens gång. Jag avslutar kapitlet med att ge några förslag på framtida forskning.

KAPITEL 2

Tidigare Forskning

Det mångfacetterade fenomenet arbetsrelaterad psykisk ohälsa har uppmärksammat och belysts inom många forskningsfält, med olika syften. Inom det medicinska området är särskiljandet av olika symtom och psykiatriska diagnoser centralt, med syftet att förbättra metoder för att identifiera, diagnostisera och behandla den psykiska ohälsan (Olsen, 2004; Åsberg et al., 2011; Glise, Lindegård Andersson & Jonsdottir, 2011;). Det organisationspsykologiska forskningsfältet är ett annat utbrett område för forskning, med fokus på det komplexa samspelet mellan psykisk ohälsa och arbetslivet. En vanlig ingång där är tonvikten på stress i arbetslivet. Syftet för den typen av studier är att identifiera riskfaktorer som kan leda till psykisk ohälsa på arbetsplatsen i samspelet mellan individ och arbetsmiljö (Maslach, 2003; Maslach & Leiter, 2000). Genom att definiera eventuella orsaker bakom den psykiska ohälsan, ligger fokus på hur den kan förebyggas inom organisationen. Dessutom har finns det studier som intresserar sig för de drabbades perspektiv (Eriksson, 2009; Petterson, 2012), med sjukvårdsprofessioner som särskilt utsatta (Gustavsson et al., 2008).

Mitt intresse för arbetsrelaterad psykisk ohälsa som ett komplext problem har en annan inriktning. Jag är nyfiken på hur yrkesverksamma inom olika vårdgivande organisationer definierar och hanterar ett mångfacetterat problem som arbetsrelaterad psykisk ohälsa i vardagen. Därför är jag intresserad av att undersöka vilken definition fenomenet ges av de som arbetar med att hantera det, istället för att bygga vidare på redan stipulerade definitioner.

Eftersom studien är inspirerad av och berör flera forskningsområden, placerar jag den i ett tvärvetenskapligt forskningssammanhang. Utifrån studiens fokus på den yrkesmässiga hanteringen av ett komplext fenomen inom vården, förhåller jag mig och vill bidra till fyra områden. I följande kapitel belyser jag först hur min studie

relaterar till sociologiska och antropologiska studier om diagnostisering och diagnoser generellt och utbrändhet som ett historiskt och samhälleligt fenomen i synnerhet. Sedan vänder jag blicken mot studier som pekar mot och kritiserar experters ökade inflytande i samhället, med huvudfokus på psykologisk expertis. Därefter beskriver och diskuterar jag forskning kring professionellt arbete och dess förändrade villkor inom professionsforskning. Slutligen, utifrån mitt analytiska intresse för vårdens hantering av ett komplext problem, placerar jag studien även i ett hälso- och sjukvårdssammanhang. Eftersom det empiriska fallet är tydligt förankrat i ett svenskt välfärdssammanhang, lägger jag tonvikt på studier inom Skandinavisk hälso- och sjukvårdsforskning, med fokus på forskning om ökad styrning av välfärdssektorn.

Vikten av diagnoser - utbrändhet som ett historiskt och samhälleligt fenomen

Diagnosers och diagnostiseringens betydelse har de senaste decennierna fått mycket uppmärksamhet inom samhällsvetenskaplig forskning (Brown, 1995; Hallerstedt, 2006; Johannisson, 2008; Jutel 2011; Norman & Rabo, 2015). Inom sociologisk forskning har ambitionen varit att framhäva diagnoser och diagnostisering som ett eget ämnesområde, eftersom dessa traditionellt har inkluderats inom andra områden, som medikalisering (se Conrad 2007). Initiativet togs av Brown (1990), men har endast nyligen fått gehör genom Jutel (2011).

När man närmar sig forskning kring diagnoser och diagnostisering är det relevant att betona den språkliga skillnad som uppstår mellan det svenska och engelska språket. På svenska finns det en språklig skillnad mellan termerna diagnos och diagnostisering, medan det engelska begreppet "diagnosis" är tvetydigt, då det innefattar både aktiviteten och dess resultat. Som Blaxter (1978) noterar kan det engelska begreppet referera till både diagnostikprocessen och diagnoser som kategori. Även om dessa skillnader är möjliga på teoretisk nivå är de enligt Blaxter oskiljaktiga i praktiken. På liknande sätt hävdar Jutel (2011) att man bara kan prata om en diagnostisk process ifall en diagnos är inblandad. Även jag ser diagnostisering och diagnoser som sammanlänkade, men visar att diagnosers betydelse varierar både mellan olika vårdgivande organisationer och mellan olika yrkesgrupper.

Trots den senaste tidens betoning av diagnoser och diagnostisering som ett eget ämnesområde är en del forskare angelägna om att framhäva det

socio-politiska, ekonomiska och kulturella sammanhanget för diagnoser (Brown, 1995; McGann, 2011). Brown (1995) föreslår till exempel att vi ska prata om *sociala diagnoser* (social diagnosis) och därigenom uppmärksamma vikten av sammanhang vid diagnoser, eller diagnostiseringsprocessen. McGann (2011) till och med varnar mot separationen av diagnoser från medikalisering. Han föreslår att de socio-politiska sammanhangen för diagnoser inte är synliga om vi bara studerar medicinsk praxis, eftersom de är institutionaliserade i medicinsk praxis. Dessa har i sin tur spridits till individernas vardag, vilket ofta lyfter fram de positiva resultaten av diagnoser. Dessa kan till exempel vara fördelarna med att få förklaring till olika symtom, samt öppna dörrar för behandling, sjukskrivning och socialförsäkring (Jutel, 2011). Även om de är dolda, varnar McGann oss för att ignorera de negativa effekterna av diagnoser, som traditionellt har varit i fokus inom medikaliseringslitteraturen (McGann, 2011).

En diagnos som har fått ökad uppmärksamhet och som har direkt koppling till fenomenet arbetsrelaterad psykisk ohälsa, är den utbredda diagnosen *utbrändhet*. Historiska och antropologiska studier som sätter utbrändhet i fokus, är inriktade på att visa den historiska och kulturella förankringen av diagnosen. Socialantropologen Torbjörn Friberg (2006, 2009) studerar exempelvis utbrändhet som ett *socialt begrepp*. Han intresserar sig för hur diagnosen utbrändhet etablerades och användes för att definiera och normalisera en ny människotyp i Sverige. Normaliseringsprocessen av den utbrända individen har enligt Friberg (2006) skett genom samspelet av flera områden i det svenska samhället. Han pekar bland annat på institutionalisering av diagnosen, samt människors användning av begreppet både till vardags och inom media. Friberg (2009) har även spårat hur legitimeringsprocessen kring utbrändhet har sett ut fram tills det att diagnosen introducerades i ett av klassificeringssystemen i Sverige 1997.

Även Johannisson (2001, 2006) visar på kopplingen mellan utbrändhet, arbete och samhälle. Hon argumenterar att skapandet av diagnoser, så som utbrändhet, är en social process som involverar olika aktörer som tillsammans förhandlar om vad som räknas som sjukdom. I likhet med Friberg menar Johannisson (2006) att diagnoser varierar över tid och rum och är socio-kulturellt förankrade.

I linje med studier kring diagnoser och diagnostisering anser jag att det socio-politiska, historiska och kulturella sammanhanget har stor betydelse för hur ett fenomen definieras och hanteras. Däremot, i kontrast till studier som lägger fokus på specifika diagnoser, som utbrändhet, använder inte jag en psykiatrisk diagnos som utgångspunkt. Istället har jag valt att utgå ifrån en mångfacetterad term, arbetsrelaterad psykisk ohälsa, som pekar mot en viss

typ av problem: psykisk ohälsa i relation till arbetsplatsen. Termens otydlighet får konsekvenser för ansvarsfördelningen och hanteringen inom vården. På så sätt vill jag uppmärksamma vikten av det ökade organisatoriska sammanhanget för den yrkesmässiga hanteringen.

(Psykologiska) experter och verktyg

Den yrkesmässiga hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa kan också relateras till forskning som intresserar sig för och kritiskt diskuterar hur psykologisk expertis och psykologiska verktyg har fått inflytande i samhället. En föregångare inom experters makt vid definierandet av hälsa och sjukdom är naturligtvis Foucault (se Foucault, 1973). Efterföljaren Rose (1998) har exempelvis uppmärksammat hur psykologi, psykiatri, psykoterapi och psykoanalys, vad han kallar för "psy discipliner", har förändrat samhällets syn på människan. Han uppmärksammar hur politisk makt har omdefinierats och förflyttats från statlig styrning till subjektets reglering med hjälp av olika experter. För att understryka psykologiska experters ökade roll i utövandet av politisk makt genom olika *technologies of subjectivity* som ämnar till självreglering, har Rose (1991) introducerat konceptet psykologisering. Med andra ord, psykologisering är den psykologiska diskursens spridning till den sociopolitiska arenan, där den har fått en grundläggande betydelse för hur vi definierar oss.

Den ökade influensen av psykologiska teorier och verktyg har även noterats av Tunestad (2014). Han har i sin avhandling studerat hur den "psykologiska verktygslådan" har blivit en del av organisationers managementtänkande. Tunestad drar slutsatsen att det finns en ökad tendens av terapeutisering av arbetslivet.

Flera kritiker av psykiatrisk diagnostisering (Caplan & Cosgrove, 2004) ifrågasätter exempelvis tendensen att med hjälp av olika experter medikalisera sociala problem som rasism (Profit, 2004), fattigdom och social klass (Bullock, 2004). Dessa kritiker hävdar att stämplingen av sociala problem som psykiska sjukdomar resulterar i att fokus riktas mot den enskilda individens psykopatologi och därigenom individuellt ansvar, istället för strukturella sociopolitiska problem och ansvar. Denna tendens att placera ett strukturellt problem hos individen har relevans även för min studie. Eftersom arbetsrelaterad psykisk ohälsa ofta definieras som ett individuellt problem förväntas hanteringen ske inom vården. Skulle problemet betraktas som ett strukturellt problem, då skulle orsaken till problemet sökas på ett strukturellt plan inom organisationen eller arbetslivet.

Illich (1975) kritiserar också den utökade definitionen av ohälsa. Han föreslår att det finns en sänkt tolerans mot sjukdom, på grund av läkarnas ökade egenintresse. Illich betonar att logiken att det finns en begränsad mängd sjukdomar och dessa tillsammans med kostnaderna för vården kommer att minska om vi ser till att behandla dem, inte fungerar. Han argumenterar för att vi har sett uppkomsten av beroendet av professionellt ingripande.

Professionellt arbete i förändring

Eftersom frågor om professionellt arbete ligger till grund för hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa, är professionsstudier ett annat forskningsområde som har relevans för min studie.

Ett grundläggande problem som professionsforskningen har brottats med är hur konceptet *profession* bör avgränsas. Definitioner av profession har genomgående baserats på ett antal karaktäristiska drag (se Freidson, 2001) som till exempel specialiserad akademisk utbildning, etisk kod och autonomi, som inte längre anses vara utmärkande för professioner (Brante, 2014). Skillnaderna mellan professionerna och andra yrkesgrupper har på senare tid tonats ner (Svensson & Evetts, 2010). Istället för att lägga vikt vid profession har fokus skiftat till professionalism (Fournier, 1999; Freidson, 2001; Evetts, 2010), med fokus på yrkesgruppers möjligheter att utföra sitt arbete utifrån sitt eget professionella omdöme. På liknande sätt är jag i min studie intresserad av olika yrkesgruppers handlingsutrymme i relation till de ramar som de måste förhålla sig till. För att markera att jag inte gör skillnad mellan professioner och andra yrkesgrupper har jag valt att inte använda mig av begreppet profession överhuvudtaget.

Professionsforskningen har uppmärksammat att professionellt arbete håller på att förändras, då det i större utsträckning är inbäddat i stora, komplexa organisationer (Brint, 1994). Utifrån studiens kunskapsintresse kring professionellt arbete inom olika organisatoriska sammanhang, kommer jag i följande avsnitt begränsa mig till forskning som berör detta ämne specifikt.

Brint (1994) hävdar att professionella i allt högre grad har gått från att ha en stark känsla av socialt ansvar, *social trustee professionalism*, till att bli anlitade som experter med särskild kunskap, *expert professionalism*. Brint (1994) menar på att det finns flera faktorer bakom denna förändring. En viktig aspekt är en växande marknadsanpassning och bolagisering, som han menar är viktigt att ta på allvar. Det finns nämligen sociala konsekvenser av denna förändring. Brint (1994) föreslår att den sociala betydelsen av professionellt arbete sällan är en viktig del av yrkesidentiteten. Snarare är professionellas

fokus på kompetens och komplexa kunskapsproblem som de måste ta itu med i sina yrkesroller (Brint, 1994). Med andra ord, den professionella rollen har blivit mer likställd med teknisk expertis inom ett visst område. Detta är problematiskt då det får konsekvenser för patientens välbefinnande.

Evetts (2010) pekar också på en förändring i den professionella rollen. Med utgångspunkt i två idealtypiska modeller, *yrkesprofessionalism* och *organisationsprofessionalism* visar hon på hur det professionella arbetet på senare tid har kommit att bli starkt påverkat av den organisatoriska kontexten. Evetts (2010) visar att medan professionell legitimitet skapas via utbildning och yrkesetik inom yrkesprofessionalism, bygger legitimitet inom organisationsprofessionalism istället på regler och kontroll.

Fast både Brints (1994) och Evetts (2010) synsätt bygger på en dikotomi mellan två idealtyper, är de relevanta för min studie utifrån deras betoning på organisationers ökade betydelse för det professionella yrkesutövandet.

Välfärdssektorns reglering och styrning av professioner

Ett mångfacetterat forskningsområde som har både empirisk och analytisk relevans för min studie är skandinavisk hälso- och sjukvårdsforskning, som intresserar sig för *reglering* och *styrning*. Forskningen berör i huvudsak fyra överlappande områden, som betonar olika aspekter av välfärdssektorns organisering, styrning och reglering. Jag har ordnat dessa i följande teman: *New Public Management och jämlik tillgång till vård*, *New Public Management och organisering inom och mellan organisationer*, *kunskapsstyrning*, samt *reglering*. Innan jag ger en överblick över dessa teman, ska jag först säga några ord om min studie i relation till det övergripande forskningsområdet.

Studier kring styrning inom hälso- och sjukvård är vanliga från ett så kallat *top-down-perspektiv*, där man ser på hur enskilda styrmedel påverkar hälso- och sjukvårdspraktik, till exempel implementeringsstudier (Per Nilsen, 2010). Med utgångspunkt i välfärdsstatens mål, riktas intresse mot hur dessa kan förverkligas och genomföras i hälso- och sjukvårdens praktik (Garpenby, 2010). Ett annat vanligt sätt att studera styrning är från ett *bottom-up-perspektiv*, där man problematiserar styrning utifrån hälso- och sjukvårdspraktikens vardag med fokus på enskilda styrningsformer (Fernler, 2011; Alm, 2015). Eftersom mitt syfte är att undersöka hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa i vårdens vardag, kan min studie räknas till det senare. Däremot är min

utgångspunkt inte en specifik styrningsform utan ett komplext fenomen. Den här empiriska ingången innebär att studien bidrar med att visa hur en mångfald av olika styrningsformer får betydelse i vårdens vardag. Den bygger på idén att vården karaktäriseras av en *mångfaldig styrning*, där flera, ibland motstridiga styrningssignaler (i form av olika regler, riktlinjer och standarder) möts och behöver hanteras (Helgesson, 2012).

En specifik styrningsform som har haft stor genomslagskraft och har därmed fått stort utrymme inom hälso- och sjukvårdsforskningen, är den så kallade New Public Management. Den relateras ofta till införandet av olika ekonomiska incitament för detaljstyrning, ökade marknadslösningar, ökad konkurrens mellan offentliga och privata vårdgivare, samt införandet av prestationsbaserade ersättningar (Blomqvist & Rothstein, 2008; Berlin & Kastberg, 2011). New Public Management som styrningsform har studerats från olika angreppssätt, vilket har konsekvenser för vilka frågor som sätts i fokus. Från det statsvetenskapliga angreppssättet är frågor kring demokrati, jämlikt tillgång till vård och enskildas rättigheter centrala. Vissa har därför varnat för att en alltför stark marknadsstyrning av välfärdstjänster kan motarbeta grunden för dessa välfärdsprinciper. Statsvetarna Blomqvist och Rothstein (2008) har exempelvis påpekat faran med införandet av marknadsreformer inom offentlig sektor, där ekonomiska incitament kan få negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdens jämlikhetsideal. Ett återkommande tema är konsekvenserna av privatisering av välfärdstjänster, som hälso- och sjukvården. Winblad et al. (2015) understryker att i och med det ökade antalet av privata utförare försvårar privatiseringar möjligheten till att säkerställa kvalitén inom vård och omsorg. En studie av Burström et al. (2017) undersökte exempelvis vårdvalets betydelse för primärvården och uppmärksammade att det finns indikationer på att det har fått en negativ inverkan på hanteringen av patienter med komplexa problem. I relation till dessa studier är det viktigt att definiera vad privatisering av sjukvård står för. Privatiseringsbegreppet kan nämligen användas i olika bemärkelser. Det kan både syfta på vilka som finansierar sjukvård och vilka som utför sjukvård (Fredriksson & Winblad, 2009). I min studie finns privatisering i båda bemärkelserna, eftersom företagshälsovården varken är skattefinansierad eller utförs av offentlig utförare. Inom primärvården varierar finansieringsformen, medan utförarna är offentliga.

Ett annat angreppssätt på New Public Management och dess konsekvenser är det företagsekonomiska. Utifrån ett företagsekonomiskt perspektiv är organisationer och organisering i fokus. Brunsson och Sahlin-Andersson (2000) har exempelvis argumenterat att marknadsreformer inom den offentliga sektorn har bidragit till skapandet av organisationer. Det här

synsättet framhäver organisationer som sociala konstruktioner och betonar att det för med sig ett ökat behov av avgränsande och tydliggörandet av den egna organisationens gränser och ansvarsområden gentemot andra organisationer. I liknande anda pekar Lindberg & Blomgren (2009) och Lindberg (2002) på att ökad fokus på organisatoriska gränsdragningar innebär att ansvar och arbetsfördelningen behöver tydliggöras. Lindberg (2002) föreslår dessutom att nya gränser har dragits både inom och mellan organisationer. Dessa tendenser menar Lindberg och Blomgren (2009) resulterar i en fragmentering av vården, vilket får konsekvenser speciellt vid hanteringen av komplexa problem. Lindberg och Blomgren (2009) definierar komplexa problem inom hälso- och sjukvården som problem som sträcker sig över flera organisations- och yrkesmässiga gränser. Med andra ord, komplexa problem karaktäriseras då av att de utmanar avgränsade ansvarsområden mellan vårdgivande organisationer och olika yrkesgrupper (Lindberg & Blomgren, 2009). En ökad fragmentering ställer även höga krav på samarbete mellan gränserna.

Andra studier som sätter organisering av organisationer i fokus har visat att konsekvensen av New Public Management inte är enhetlig. I en empirisk studie av vårdprofessioners reaktioner på införandet av New Public Management visar Blomgren (1999) att yrkesgrupper påverkas olika av dessa ekonomiska styrsystem. I en annan studie visar Blomgren (2003) att det professionella förhållningssättet till New Public Management reformer kan skilja sig åt även inom en och samma profession inom den svenska hälso- och sjukvården (Blomgren, 2003). Forskning med fokus på vårdens professioner har dessutom lyft fram betydelsen av sammanhanget och den lokala praktiken för yrkesgruppers handlande. Waks (1999; 2003) vänder sig emot den traditionella bilden av professioner som homogena och sinsemellan avgränsade grupper (Waks, 1999; 2003). Med omorganiseringen av en ortopedi klinik som empiriskt fall visar hon hur arbetsorganiseringen påverkade relationen mellan yrkesgrupperna (Waks, 1999).

En annan styrningsform som forskare har belyst i relation till hälso- och sjukvården är *kunskapsstyrning*, eller att styra med *evidens*. Kunskapsstyrning kan förstås som "en politisk och administrativ tillämpning av evidensbaserad medicin (EBM)" (Fernler, 2011 s. 132) med syfte att sprida "kvalitetssäkrad kunskap" till vården. Den kan betraktas som en form av standardisering. Centralt för studier om kunskapsstyrning är spänningen mellan sjukvårdens professioner och införandet av olika standardiseringsverktyg (Berg, 1997; Alm 2015). I en studie av Fredriksson et al. (2014) ansåg forskarna att det lokala beslutstagande inom sjukvården gradvis har minskat på grund av ökad fokus på evidensbaserade riktlinjer. I studien analyseras Socialstyrelsens rekommendationer, som föreslås vara ett

verktyg för staten att styra prioriteringar inom vården, både på politiker och på professionsnivå (Fredriksson et al., 2014). I en annan studie visar Eriksson et al. (2014) att införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan ses som ett standardiseringsverktyg som har fört med sig två olika, men sammankopplade konsekvenser. Den ena konsekvensen är att Beslutsstödet ger ett begränsat utrymme för läkarnas kunskap och kliniska erfarenhet vid bedömningar av sjukskrivning. Den andra konsekvensen är att sjukskrivningsförfarandet kräver att läkare gör bedömningar kring individens arbetsförmåga, vilket faller utanför läkares kunskapsområde och är ett kunskapsområde som utmanar traditionella ämnesgränser. Eriksson et al. (2014) betonar att ett viktigt inslag i denna standardiseringsprocess är användningen av olika *objektiva* mätinstrument för att stödja den kliniska bedömningen. Forskarna visar att Beslutsstödet, vars syfte var att skapa en mer enhetlig sjukskrivningspraxis, innebär att läkare förväntas lära sig fylla i sjukintyg på ett specifikt sätt. Eriksson et al. (2014) konstaterar att beslutsstödet bygger på en linjär logik, som läkare tvingas förhålla sig till. Detta får konsekvenser för läkares roll i och kunskap om sjukskrivning. Eriksson et al. föreslår att på grund av beslutstödet utformning förflyttas makten och sjukskrivningskunskapen från läkarprofessionen till Försäkringskassans handläggare. I en annan artikel föreslår Eriksson et al. (2016) att den ökade fokuset på diagnos och arbetsförmåga vid sjukskrivning har medfört svårigheter för läkare, då en bedömning av arbetsförmåga faller utanför ramen för deras medicinska expertis. En annan konsekvens av den ökade fokuset på arbetsförmåga vid sjukskrivning är arbetsplatsen betydelse vid diagnostisering, speciellt vid symtomdiagnoser som exempelvis fibromyalgi (Eriksson, 2015). Kunskapsstyrningen har också diskuterats i relation till andra styrsystem. Med empiriska exempel från den specialiserade ätstörningsvården och geriatriken (äldreården) argumenterar Fernler et al. (2008) att kunskap är mångfaldig, föränderlig och lokalt förankrad. Därför vänder de sig mot idén att det går att styra utifrån "ett objektiva och värdeneutralt "bästa vetande" (Fernler et al., 2008 s 116) och tar en försiktig inställning till att koppla kunskapsstyrning till andra styrsystem. De föreslår även en ändrad inställning till styrning, där istället för att formulera färdiga lösningar och sträva efter vårdens följsamhet, läggs tonvikten på hur man kan stödja vårdens praktiker att lokal- och situationsanpassa sina beslut.

Forskning har även uppmärksammat den senaste tidens ökade utbredning av reglering, redovisning och granskning inom den offentliga sektorn. Några har benämnt dessa som *transparenssträvande teknologier* (Sahlin Andersson, 2006; Levay & Waks 2006), andra har diskuterat dem i termer av *dokumentstyrning* (Agevall, Jonnergård & Krantz, 2017). Studier kring reglering

av offentlig verksamhet pekar ofta på en stark motsättning i relationen mellan professionalism och regleringar (Fernler & Helgesson, 2006). Motsättningen som denna forskning betonar är olika inställningar till professionell autonomi mellan de styrande och de styrda, som exempelvis regelsättare och verksamma läkare (Lagrelius, 2006). Medan de professionella strävar efter autonomi, finns det från välfärdssektorn idéer på ökad reglering. Från det här perspektivet är regleringar begränsande för de professionellas handlingsmöjligheter.

Studiens positionering

Som vi har sett ger litteraturen som studien har inspirerats av tillgång till en mångfald av relevanta perspektiv och insikter i relation till vårdens hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa som ett komplext problem. Ett drag som kan spåras är forskarnas betoning av *sammanhangets betydelse*. Det socio-politiska, historiska, kulturella sammanhanget formar hur sjukdom definieras, kategoriseras och legitimeras. Dessutom normaliserar det professionellt ingripande vid sociala problem. I linje med dessa studier är jag intresserad av sammanhangens betydelse för hur ett fenomen definieras och hanteras. Däremot använder inte jag en medicinsk eller psykiatrisk diagnos som utgångspunkt. Arbetsrelaterad psykisk ohälsa är en bredare term som snarare knyter en viss typ av problem till en viss plats: arbetsplatsen. Termens otydlighet får konsekvenser för ansvarsfördelningen och hanteringen inom vården. På så sätt vill jag uppmärksamma vikten av det ökade organisatoriska sammanhanget för den yrkesmässiga hanteringen.

Slutligen, medan tidigare studier inom hälso- och sjukvårdsforskning har riktat in sig på att undersöka hur en styrningsform påverkar vården, har jag tack vare ett komplext problem som ingång, kunnat studera hur en mångfald av olika styrningsformer spelar in i vårdens vardag. Hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa är ett fönster mot organiseringen och styrningen av vården.

KAPITEL 3

Teoretiska Verktyg

Syftet med den här studien är att undersöka hur komplexa problem hanteras i vårdens vardag, genom att studera *hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa*. Jag är intresserad av att analytiskt förstå de sammanhang där hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa sker och hur den yrkesmässiga hanteringen ser ut. Vilka gränsdragningar görs i relation till arbetsrelaterad psykisk ohälsa? Vilka dilemman ställs de yrkesverksamma personerna inför? Vad har de för strategier för att hantera dessa? Med denna utgångspunkt presenterar jag i följande kapitel de teoretiska verktyg som kan hjälpa mig att analysera både individuell handling och strukturens betydelse. För att förstå och förklara ramarna för hur de yrkesverksamma beskriver sina handlingar kring arbetsrelaterad psykisk ohälsa, tar jag hjälp av begreppet *kunskapsinfrastruktur*. De begrepp som jag använder för att sätta informanternas handlingar i fokus är *lämplighetslogik* och *gränsarbete*. Definitionen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa i den här studien är, som jag har nämnt tidigare, en empirisk fråga.

Kunskapsinfrastruktur som plattform och begränsning

Min teoretiska utgångspunkt är att yrkesmässigt arbete är inbäddat i olika kunskapssystem. Jag kommer att använda mig av begreppet *kunskapsinfrastruktur* för att analytiskt förstå informanternas handlingsutrymme och begränsningar vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa i relation till dessa system. Medan kunskapsinfrastruktur för tankarna till specifika kunskapsinstitutioner (Edwards et al., 2013), där kunskapsproduktion sker (Karasti et al., 2016), ser jag kunskapsinfrastruktur i ett bredare perspektiv. I ett kunskapsintensivt samhälle är kunskap och de

olika system vari de är inbäddade av central betydelse. Kunskap används för att legitimera handlingar, skapa och frigöra resurser, samt bidrar till att ge olika befogenheter. Kunskapsinfrastrukturen utgörs därmed av flera för den här studien intressanta komponenter. En är exempelvis yrkesgrupp, en annan är organisation. Dessutom är kunskapsinfrastrukturen inte homogen. Den inkluderar, bland annat, olika typer av professionalism.

För att illustrera hur dessa komponenter kan vara inblandade i kunskapsinfrastruktur, lånar jag Roses (1991;1998) beskrivning av den psykologiska professionen och hur dess expertis har lett till att omdefiniera oss själva i vårt samtida samhälle. Enligt Rose (1991) har psykologisk kunskap spridits till den sociopolitiska arenan, där idén om självet har blivit ett grundläggande sätt att definiera oss. Den psykologiska kunskapen har genom olika typer av teorier, procedurer och verktyg blivit en del av, vad jag benämner, kunskapsinfrastruktur, där självet nu är ett grundläggande sätt att definiera människan och utöva makt över den.

Inspirerad av teknik- och vetenskapsstudier (STS) som använder infrastrukturbegreppet för att undersöka storskaliga socio-materiella system (se t ex Hughes, 1987), utgår jag ifrån att kunskapsinfrastruktur inbegriper och förutsätter *ett samspel* mellan det mänskliga och det materiella. Kombinationen av det sociala och det materiella ger utrymme för en analytisk ingångspunkt som innebär en fokus på relationen mellan olika komponenter. Samtidigt vill jag understryka att infrastrukturer *inte* är sammanhållna, medvetet utformade system.

Rather, infrastructures are ecologies or complex adaptive systems; they consist of numerous systems, each with unique origins and goals, which are made to interoperate by means of standards, socket layers, social practices, norms, and individual behaviors that smooth out the connections among them. This adaptive process is continuous, as individual elements change and new ones are introduced — and it is not necessarily always successful (Edwards et al., 2013, s. 5).

Ekologin som metafor implicerar några aspekter som kan vara till hjälp för att förstå kunskapsinfrastruktur. Som det framgår av citatet, är *komplexitet* en sådan aspekt. Oavsett vilken typ av ekologi man studerar, skog, hav eller bara en damm, så karaktäriseras den av en mångfald av sammankopplade och samverkande komponenter, eller system. Ekologi förutsätter ett *ömsesidigt beroende* mellan systemens olika delar, exempelvis i form av rovdjur och byte (Puig de la Bellacasa, 2015). Ett ekologiskt perspektiv sätter det relationella i fokus, där ekologin eller systemet är en sammanvävd del av de relationer som

finns. På motsvarande sätt är kunskapsinfrastruktur ett komplext system, där olika kunskapssystem samexisterar och interagerar med varandra. Deras roller är avhängiga av den relation de har till varandra.

Inom sjukvårdspraktik är exempelvis samspelet mellan olika instrument, procedurer och teorier grundläggande för professionell bedömning. De tjänar olika syften och tolkas i relation till varandra. Samtidigt kan det ekologiska perspektivet lyfta fram hur olika kunskapssystem har olika mål och *konkurrerar om de tillgängliga resurser* som finns. Begreppet kunskapsinfrastruktur är därför användbart för att det ger mig utrymme att upptäcka och diskutera eventuella *motstridigheter, konflikter och kontroverser* inom kunskapsinfrastrukturens komponenter (Karasti et al, 2016). Det kan exempelvis handla om motstridigheter och konflikter mellan olika yrkesgrupper, organisationer eller kontroverser mellan olika kunskapsfält.

En annan aspekt av ekologimetaforen som är användbar att koppla till begreppet kunskapsinfrastruktur, är idén om att ekologin genomgår en kontinuerlig förändring. Med andra ord, vissa element byts ut och ersätts av andra. Att se kunskapsinfrastrukturer som ekologi lyfter fram att kunskapsinfrastrukturens delar är under *konstant förändring* och inte statiska. För den här studien innebär det exempelvis att olika typer av kunskap, lagar, förordningar, riktlinjer och rekommendationer, där intentionen är att påverka yrkesmässigt handlande i en viss riktning inom något av kunskapssystemen delar, avlöser varandra. Det som underlättar interaktionen mellan de olika kunskapssystemen är sociala normer, standarder och individuella handlingar. På så sätt möjliggör, men också begränsar kunskapsinfrastrukturen de tänkbara tolkningar som de yrkesverksamma personerna kan ha gällande arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Kunskapsinfrastruktur är vidare ett verktyg för mig att utforska hur det materiella spelar in vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Det materiella kan vara i form av olika teknologier inom sjukvården, som exempelvis blodtrycksmätare, röntgen eller datajournal. Jag är intresserad av att se om det finns materiella uttryck för kunskapsinfrastrukturen vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa och hur de yttrar sig i relation till profession och organisation. På vilket sätt är exempelvis professionell legitimitet knutet till materiella verktyg? Dessutom kan man fråga sig på vilket sätt man ska förstå olika typer av verktyg. Ska de förstås som ansvarutkrävande verktyg, i relation till New Public Management (Berlin & Kastberg, 2011)? Eller ska de förstås som verktyg för kunskapsstyrning (Berg, 1997; Eriksson, 2014), där verktygen fungerar som ett sätt att stimulera användning av den mest aktuella vetenskapliga kunskapen, så kallad evidensbaserad vård?

Begreppet kunskapsinfrastruktur har till viss del likheter till Foucault's begrepp apparatus, eller dispositif (Foucault, 1980). Den huvudsakliga likheten ligger i att båda begreppen sätter relationer mellan olika element i ett större system. Skillnaden, och därmed anledningen till att jag väljer kunskapsinfrastruktur som ett teoretiskt verktyg, ligger i att apparatus i första hand är ett analytiskt verktyg med fokus på styrning och makt medan jag i första hand vill undersöka betydelsen av kunskap. Även om styrning och makt är en aspekt i analyser av (kunskaps)infrastrukturer, är de mer underliggande. Att tala om kunskapsinfrastruktur vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa gör att jag kan uppmärksamma hur till synes enkla all dagliga aspekter, som de yrkesverksammas verktyg, eller organisatoriska ramar, möjliggör och begränsar handlande.

En annan avgörande faktor för mitt val av begrepp är därför betydelsen av strukturer i relation till individuell handling, eller handlingsutrymme. Kunskapsinfrastruktur som analytiskt begrepp ger mer utrymme till att diskutera individuella handlingars roll i det kontinuerliga omformandet av olika strukturer i ett kunskapsintensivt område och är därmed mer förenlig med ett ekologiskt perspektiv än apparatus-begreppet.

Star & Ruhleder (1996) föreslår att *kunskap om* infrastruktur är inlärd via olika grupper eller gemenskaper. De professionella får kunskap om kunskapsinfrastrukturen via olika kunskapssystem, som exempelvis sin profession och praktik. Kunskap om och erfarenhet av kunskapsinfrastrukturen, ger individen en möjlighet att vara "*flytande i infrastrukturen*" (Edwards, 2003 s. 189), eller behärska kunskapsinfrastrukturens villkor. Jag använder kunskapsinfrastruktur för att kunna upptäcka och diskutera potentiellt *osynligt arbete* som de professionella gör i relation till något av de system som de behöver förhålla sig till. Det kan exempelvis vara i relation till andra professionella grupper, eller organisationer. De professionella pekar på en rad kategorier som hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa inte passar in i, men behöver anpassas till. Individer med arbetsrelaterad psykisk ohälsa är svåra att passa in i de kategorier som det finns styrning kring. Ökad medvetenhet kring kunskapsinfrastrukturens konsekvenser gällande arbetsrelaterad psykisk ohälsa, kan vara ett sätt att fundera på hur man kan arbeta mot andra typer av infrastrukturer. Man kan se informanternas strategier som den repertoar de har och använder för att hantera kunskapsinfrastrukturens villkor kring arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Infrastructural knowledge is [...] a condition of contextuality in which understanding any parts requires a grasp of the whole that comes only through experience (Edwards, 2003 s.190).

Vilka delar av kunskapsinfrastrukturen de förhåller sig till skulle kunna relateras till de kunskapssystem som de ingår i, via exempelvis deras profession, men också organisation. Hur yttrar sig informanternas kunskap om infrastrukturen? Att använda kunskapsinfrastruktur som lens med fokus på analyser av professionellt handlande, innebär också en begränsning av professionellt arbete till vad. Konsekvensen blir att eventuella saker som *inte* hanteras kommer i skymundan.

Slutligen, med kunskapsinfrastruktur som analytiskt begrepp vill jag *rikta studiens intresse mot relationerna mellan de olika typerna av organisering* som finns kring arbetsrelaterad psykisk ohälsa. På så sätt skiljer sig infrastrukturbegreppet från begreppet styrning, där fokus läggs på en sorts organisering/styrningsprincip i taget. Dessutom kan jag tack vare kunskapsinfrastruktur också *diskutera konsekvenser av den infrastruktur som byggs* kring arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Om kunskapsinfrastruktur är till hjälp för att analysera de yrkesverksammas handlingsutrymme och begränsningar i relation till olika kunskapssystem, vad är det för aspekter som den inte uppmärksammar? Eftersom utgångspunkten med begreppet är att synliggöra strukturella möjligheter och begränsningar genom de yrkesverksammas samspel med olika kunskapssystem, inbegriper begreppet inte analyser av specifika kunskapssystem per se. Med andra ord, begreppet används inte av mig för att ge en fullständig analys av varken primärvårdens, företagshälsovårdens eller yrkesgruppernas organisering i sig. Kunskapsinfrastruktur bidrar istället med ett perspektiv inom vilket de strukturella aspekterna kring hanteringen av ett komplext fenomen synliggörs.

Organisationsfält

Jag kommer att använda mig av begreppet *organisationsfält* för att få hjälp med att undersöka om hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa varierar beroende på *var* den hanteras. Inom nyinstitutionell teori används organisationsfält för att visa på relationen mellan olika organisationer. Begreppet refererar till organisationer som verkar inom samma verksamhetsområde och därmed förutsätts påverka varandra (DiMaggio & Powell, 1983, 1991; Eriksson-Zetterquist, 2009). Jag finner organisationsfält relevant för min studie, då begreppet placerar organisationer inom ett större fält och medvetandegör dynamiken mellan organisationer.

Fält lägger fokus på organisationer och deras omgivning och visar på hur relationer mellan organisationer ger upphov till olika processer och meningsskapande aktiviteter (Eriksson-Zetterquist, 2009 s. 72).

Organisationsfält har inom nyinstitutionell teori använts för att peka på att organisationer inom samma fält har liknande syften, samtidigt som detta kan leda till ett behov av avgränsning av roller och ansvarsområden (Lindberg, 2002). Det är just i avgränsningen av roller och ansvarsområden som organisationsfält är intressant i relation till arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Eftersom en viktig aspekt i studien är hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa inom två olika typer av organisationer, är organisationsfält som begrepp centralt för att förstå dynamiken mellan primärvård och företagshälsovård. Det kan generera frågor om deras verksamheter i termer av fälttillhörighet.

Termen organisationsfält brukar användas till att visa på hur organisationer inom samma organisationsfält interagerar och påverkar varandra. Utgångspunkten är att ökad interaktion mellan organisationer leder till mer homogena organisationsstrukturer. Med andra ord, organisationer inom samma fält blir mer lika varandra. Relationen mellan olika organisationer är dock en empirisk fråga, då organisatoriska fält enbart är en analytisk konstruktion (DiMaggio & Powell, 1983; Sahlin-Andersson, 1998). Därför utgår jag ifrån att begreppet även ger utrymme för motsatt riktning, det vill säga när organisationerna blir mer differentierade med tiden, för att så småningom tillhöra olika organisationsfält. Min tolkning av begreppet inbegriper idén om att olika typer av kunskap hanteras inom olika organisationsfält och att olika fält har olika logiker. På så sätt kan organisationsfält hjälpa mig visa att organisationsfält har påverkan på hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Gränsarbete - gränsdragningar kring ett komplext område

För att sätta informanternas handlingar i fokus och analysera den yrkesmässiga hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa, kommer jag att använda mig av begreppet *gränsarbete*. Eftersom arbetsrelaterad psykisk ohälsa hanteras av flera yrkesgrupper, som dessutom har olika organisationstillhörighet, intresserar jag mig för hur handlande präglas av olika typer av avgränsningar. Det kan vara gränsdragningar kring exempelvis

yrkesmässiga och organisatoriska roller och ansvarområden. Begreppet gränsarbete hjälper mig att identifiera och analysera de gränsdragningar som informanterna gör i relation till arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Gränsarbete har introducerats av Gieryn (1983) för att analysera de retoriska argument som forskare använde för att skilja vetenskap från icke-vetenskap, med syfte att hävda legitimitet och auktoritet. Gieryn intresserade sig för både *innehållet* och *typen av* argument som forskarna använde sig av för detta ändamål. Gränsarbete har sedan dess utökats till att göra analyser av olika typer av vetenskapliga kontroverser (se Vuolanto, 2015)

Gränsarbete har även visat sig vara användbar vid analyser av professioner och kunskap (Lamont & Molnár, 2002) och har lett till identifieringen av olika former av gränsarbete. En form av gränsarbete som ofta betonas inom professionsforskning är olika yrkesgruppers strävan efter att göra anspråk på vissa arbetsuppgifter och utöva kontroll över deras utförande, så kallad *jurisdiktion* (Abbott, 1988). Allen (2001) uppmärksammade exempelvis att sjuksköterskor använde sig av "skräckhistorier" i detta syfte. Eftersom diagnostisering och behandling av arbetsrelaterad psykisk ohälsa är en process som involverar yrkesgrupper inom olika organisationer och kunskapsfält, är gränsarbete i form av *jurisdiktion* ett potentiellt inslag gällande olika organisationers samt yrkesgruppers ansvars- och kunskapsområden. I enlighet med Liljegren (2008) är jag däremot också uppmärksam på andra typer av gränsarbeten.

En viktig typ av gränsarbete har med den så kallade *jurisdiktionen* att göra, alltså frågor kring vilken yrkesgrupp som skall göra vad. Jurisdiktionen handlar också om vilken kontroll en yrkesgrupp har över en given mängd arbetsuppgifter. Gränsarbete kan dock handla om annat än *jurisdiktion*, som skapandet av en positiv identitet, inmutandet av ett kunskapsområde, handlingsfrihet, status eller ekonomiska belöningar. Även om dessa värden kan separeras av analytiska skäl så hänger de i praktiken samman. En positiv identitet bygger exempelvis på att få göra rätt arbetsuppgifter på ett sätt som yrkesutövaren själv bestämmer (Liljegren 2008 s. 46).

Gränsarbete är med andra ord ett analytiskt verktyg som kan användas för att visa på en mängd olika anledningar till skapandet av gränser, inte bara *jurisdiktion*.

Medan gränsarbete i huvudsak har använts för att visa hur yrkesgrupper *skapar* gränser i sin strävan att få kontroll över ett professionellt territorium, finns det också exempel på när yrkesgrupper istället *ifrågasätter* etablerade gränser. I sin studie av socionomer uppmärksammar Liljegren

(2008) två typer av strategier vid gränsarbete. *Särskiljande gränsarbete* innebär att yrkesgrupper framhåller skillnader för att konstruera gränser gentemot andra grupper. *Sammanhållande gränsarbete*, handlar istället om att dekonstruera gränser, med syfte att kunna ta del av andra yrkesgruppers resurser (Liljegren, 2008). Trots att de två typerna av gränsarbeten har olika syfte, kan de få liknande effekt. Liljegren (2008) visar att ett särskiljande gränsarbete kan få en sammanhållande bieffekt, medan ett sammanhållande gränsarbete istället kan ge vissa särskiljande effekter. I socionomfallet är exempelvis konstruktionen av gränser gentemot en annan yrkesgrupp, psykologer, ett sätt att minska spänningar inom den egna gruppen. På liknande sätt leder hanteringen av socionomers inre motsättningar inom ett visst område, i det här fallet privatiseringsdebatten, till tydligare gränser gentemot andra yrkesgrupper (Liljegren, 2008). Med andra ord är gränser socialt konstruerade och ändras utifrån ändamål.

Att utgå ifrån *yrkesgrupper* vid gränsarbete innebär att det finns ett grundläggande antagande om att yrkesverksamma inom samma yrke har samma utbildning, värderingar och normer, vilket resulterar i samma typ av åtgärder i förhållande till andra yrkesgrupper eller om angelägna frågor. Den här typen av resonemang har ifrågasatts och forskning har på senare tid börjat intressera sig för eventuella skillnader *inom* yrkesgrupper (Waks, 1999; Blomgren, 2003; Burri, 2008; Correia, 2013). Correia (2013) uppmärksammar exempelvis att läkare kan handla på olika sätt, trots att de tillhör samma profession. För att kunna förstå individuella handlingar i ett professionellt sammanhang, anser jag i enlighet med Correia (2013) att det idag finns ett behov av att studera *professionella*, eller yrkesverksamma personer, istället för professioner. På så sätt kan även skillnaderna inom yrkesgrupperna bli synliga.

Genom att rikta intresse mot yrkesverksamma personer, snarare än att utgå ifrån vissa yrkesgrupper, blir det möjligt för mig att utforska gränsarbetets komplexitet. På det här sättet skapas utrymme för att i analysen upptäcka *vilka grupperingar* som informanterna förhåller sig till vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Framhåller de skillnader eller likheter *mellan* eller *inom* yrkesgrupper och organisationer? Här blir det också intressant att fråga sig *när* dessa gränsarbeten uppstår. Som Gieryn (1999) argumenterar i sin studie om forskares gränsarbete kring vetenskap, uppstår gränsdragningar ofta i sammanhang där gränser är otydliga, eller där något viktigt står på spel. I samband med vetenskap var det exempelvis värden som trovärdighet, auktoritet och legitimitet (Gieryn, 1999). Med andra ord, gränsområdenas konstruktion är *strategisk*, där hur gränser dras är intressant i relation till vad det får för konsekvenser och för vem (Gieryn, 1999).

Jag kommer att använda gränsarbete för att titta på *när* och *hur* yrkesverksamma personer konstruerar eller dekonstruerar gränser. Det innebär att jag intresserar mig för både *vad* gränsarbete relateras till - som exempelvis yrkesgrupp, organisation, kunskapsområde - och *vilka medel* som används vid gränsdragningen.

Gränsarbete har i första hand använts för att analytiskt renodla en form av gränsdragning, som exempelvis mellan professioner (Abbott, 1988) eller inom professioner (Liljegren 2008). Det finns däremot studier som har visat att ibland kan flera aspekter samspela. I en studie av den svenska försvarsmakten (2010) visar Persson exempelvis hur gränsarbete färgas av ett *samspel* mellan yrkesrelationer och genus. Med tanke på att hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa sker utifrån både yrkesgrupp och organisation, ser jag möjligheten till eventuella *multipla* gränsdragningar.

Utöver det yrkesmässiga sammanhanget, har även det organisatoriska sammanhanget visat sig vara betydelsefull för professionellt arbete (Brint, 1994; Evetts, 2010). Professionsforskningen har uppmärksammat att professionellt arbete håller på att förändras, då det i större utsträckning är inbäddat i stora, komplexa organisationer. Med andra ord, att vara professionell har blivit mer komplext, vilket medför att det finns olika sätt att vara professionell på. Kan man i de yrkesverksammas gränsarbete se uttryck för *yrkesprofessionalism* eller *organisationsprofessionalism* (Evetts, 2010), alternativt *social trustee professionalism* eller *expert professionalism* (Brint, 1994)?

Eftersom jag studerar yrkesutövning i kunskapsintensiva organisationer, lägger jag fokus på yrkesmässigt handlande och förhållningssätt, snarare än på profession. Detta är i enlighet med en tendens att på senare tid tona ner skillnader mellan professioner och andra yrkesgrupper inom professionsforskning (Svensson & Evetts, 2010). Istället för att lägga vikt vid profession har fokus skiftat till *professionalism*.

Lämplighetslogik

En annan tolkningsram som jag finner användbar för att förstå professionellt handlande, utöver professionsforskningens gränsarbete, är *lämplighetslogik* (logic of appropriateness) (March & Olsen, 1989). Syftet med begreppet är att synliggöra hur handlande kan ses som grundat i individers definition av en situation i relation till regler och sin identitet. Denna logik står enligt March & Olsen (1989) i kontrast till konsekvenslogiken, där individers handlande istället anses bygga på rationella val. Lämplighetslogik som begrepp är i den här studien användbart för att det ger mig möjlighet att studera och diskutera

att *handlingar är sammanhangsberoende*. Handlingar sker alltid inom ramen för olika strukturer, oavsett om de är organisatoriska eller yrkesmässiga. Varje individ har en mängd uppsättning positioner och identiteter och givet att man har flera positioner, så finns det ett större handlingsutrymme.

Eftersom individer har multipla roller och identiteter, samt att varje situation för med sig en mångfald av regler, så är handling aldrig entydig. Vilken handling som väljs som lämplig avgörs utifrån de yrkesverksammas tolkning av en viss situation och deras identiteter, i kombination med de regler som framkallas i varje situation (March & Olsen, 1989). Lämplighetslogik som synsätt lyfter därmed fram både reglers begränsning av professionellt handlande och flexibiliteten i att förhålla sig till regler genom att utnyttja den repertoar av roller och identiteter som de yrkesverksamma har tillgång till (utifrån både yrkestillhörighet, organisation och kunskapsområde). De yrkesverksamma kan därmed besluta huruvida det i varje enskild situation är lämpligast att betona exempelvis yrkestillhörighet, eller organisationstillhörighet. På så sätt är lämplighetslogikens analytiska användbarhet särskilt relevant vid olika dilemman som de professionella ställs inför i deras hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Lämplighetslogik kan dessutom ta form på olika sätt. En version av lämplighetslogik är *moralisk lämplighetslogik*. Exempelvis kan det handla om situationer när de professionella använder moraliska argument som grund för sitt handlande. En annan variant är *teknisk lämplighetslogik*. Det kan då handla om de professionellas strategier för att kunna omdefiniera individens problem så att den ska passa in i ett visst organisatoriskt sammanhang.

Lämplighetslogikens värde som analytiskt verktyg är vidare betydelsefull i samband med professionellt handlande och *legitimitet*, både gentemot patienter, andra yrkesverksamma, samt myndigheter. De yrkesverksammas legitimitet hör ihop med både *kunskap* (vilken kunskap/expertis de anser sig behöva ha för att hantera ett visst problem), *organisation* (vilken organisation har legitimitet att hantera en viss problematik), *hierarki* (vem har rätten att göra vad) och vilka *verktyg* som finns tillgängliga. Exempelvis för olika former av tester med sig legitimitet, oavsett vilken inställning de yrkesverksamma har gentemot dem.

Slutligen vill jag påpeka att begreppet lämplighetslogik kan knytas analytiskt till begreppet gränsarbete. På så sätt kan jag uppmärksamma att de yrkesverksamma personernas gränsdragningar i vissa lägen kan anpassas efter sammanhanget. Det kan vara både på grund av deras tolkning av individens sammanhang, men också på grund av informanternas yrkessammanhang, som till exempel när individens problem definieras så att den kan legitimeras i förhållande till den yrkesverksamma personens organisation.

Sammanfattning

Den här studien har ett tvärvetenskapligt förhållningssätt och bygger på teoretiska perspektiv med både struktur- och agensfokus. Med inspiration och hjälp av analytiska begrepp från STS-studier, professionssociologi och organisationsteori, undersöker jag både yrkesmässigt handlande och de strukturella ramarna som finns kring hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. För att identifiera och analysera de gränsdragningar som yrkesmässigt handlande kring arbetsrelaterad psykisk ohälsa innefattar, kommer jag använda mig av det analytiska verktyget *gränsarbete*. För att visa hur handlanden även är sammanhangsberoende kommer jag använda mig av begreppet *lämplighetslogik*. Slutligen är *kunskapsinfrastruktur* ett hjälpsamt verktyg för att se närmare på relationen mellan de olika kunskapssystem som de yrkesverksammas arbete är inbäddat i och vad det får för konsekvenser för deras handlande.

KAPITEL 4

Studiens Genomförande

I följande kapitel fokuserar jag på mina metodologiska utgångspunkter och metodval, samt de överväganden som jag har gjort när jag har studerat hur yrkesverksamma personer resonerar kring hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Efter en närmare redogörelse av min forskningsansats och dess betydelse, presenterar jag de olika typer av vårdgivare och informanter som jag har riktat mitt intresse mot. Sedan följer en diskussion kring de metoder som den här studien bygger på. Slutligen beskriver och resonerar jag hur jag har gått till väga vid tolkandet och analysen av studiens empiriska material.

Metodologiska utgångspunkter och överväganden

Syftet med den här studien är att undersöka yrkesverksammas hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa i vården. Det är en kvalitativ studie, där jag intresserar mig för hur ett komplext problem hanteras inom olika typer av organisationer och av olika yrkesgrupper.

Studien bygger på en kombination av olika kvalitativa metoder. Min strävan har varit att förstå "den andra", vilket är en vanlig hållning inom kvalitativ forskning. Centralt i mitt angreppssätt är vikten av tolkning. Samtidigt är tolkning beroende av de metoder man använder sig av. För att studera hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa har jag valt att använda mig av intervjuer och observationer. Intervjuer som metod ger mig fördelen att jag får möjligheten att på djupet diskutera hanteringen av ett komplext problem utifrån intervjupersonernas perspektiv och erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2014). Dessutom är intervjuer särskilt lämpade i den här studien, eftersom det ger mig möjligheten att närma mig ett kontroversiellt och

känsligt ämnesområde på ett hänsynsfullt sätt. Därför är intervjuer huvudmetoden i den här studien. Observationer som metod bidrar istället med att ge mig inblick i de sammanhang där den yrkesmässiga hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa sker. De hjälper mig vidare att få grepp om hur informanterna förstår sina erfarenheter. Inspirerad av etnografisk metod lägger jag stor vikt vid informanternas perspektiv och försöker förstå den betydelse som de tillskriver sina erfarenheter (Spradley, 1999).

Eftersom varje metod har sina begränsningar, bidrar en kombination av metoder med olika perspektiv på studiens intresseområde och stärker forskarens argument (Banérjee, 2009). Styrkan i det här tillvägagångssättet ligger i möjligheten att jämföra och ställa olika typer av empiri mot varandra. På det här sättet ser jag en större möjlighet till att skapa en rimlig tolkning. Jag är, trots det, medveten om att olika metoder är situerade i specifika sammanhang och bidrar med olika typer av kunskap (Silverman, 2001; Denzin & Lincoln 2011). Jag ser kombinationen av dessa metoder som kompletterande, men inte på något sätt uttömmande kring hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Användningen av olika metoder är för mig ett sätt att skapa ett rikare material.

På samma sätt som det är viktigt att vara medveten om *hur* de metoder forskaren använder påverkar tolkningen av det empiriska materialet, är det också av vikt att veta *vem* forskaren är för att se hur det påverkar kunskapsproduktionen. Det material som jag presenterar i den här studien är en produkt av samspelet mellan mig och de informanter som jag har interagerat med i vissa sammanhang. Inom antropologin används termen reflexivitet för att understryka betydelsen av forskarens socio-historiska sammanhang. Det är ett sätt att uppmärksamma att forskning är sammanbunden med den individuella forskarens intresse och den omgivande miljön (Hammersley & Atkinson, 1995). Kunskap är därmed alltid knuten till den enskilde forskarens frågor och argument. Med andra ord, " [...] "hur vi vet" är djupt förankrad i "vilka vi är" (Chua et al, 2008: 17)". Forskarens erfarenheter och upplevelser kan aldrig skiljas från de argument han eller hon lägger fram. Denna metod har en stor inverkan på vilken typ av kunskap som produceras. Kunskap tros därmed inte finnas "där ute" och vänta på att forskaren hittar och avslöjar den. Istället är kunskap skapad i en specifik historisk period genom ett nät av komplexa sociala interaktioner (Chua et al, 2008). Verkligheten är alltid en fråga om tolkning och forskning innebär att tolka både människor och situationer. Med andra ord, forskaren använder sig själv som ett verktyg för att samla in uppgifter och det råder ingen tvekan om att olika forskare kommer att få fram olika data.

En faktor som har betydelse för hur jag har närmat mig studien är mina tidigare studier inom psykologi och antropologi. Inom psykologi är kontroversen kring arv och miljö en grundläggande fråga, som jag har varit fascinerad av. Detta blir påtagligt genom mitt val av arbetsrelaterad psykisk ohälsa som fenomen, där frågor kring vad som är sjukt och friskt, normalt eller onormalt är grundläggande vid hanteringen. Min förståelse av det empiriska materialet präglas dessutom av min förförståelse av psykologiska koncept och olika kontroverser. Detta är både en fördel och en nackdel. Det är en fördel genom att jag är medveten om exempelvis olika förhållningssätt till behandling, men det finns också en risk med att jag tar vissa saker för givna. Mina studier inom antropologi kan istället spåras genom mitt intresse för sammanhangets betydelse och relationen mellan individ och struktur. Det är utifrån den här bakgrunden som jag undrar över och undersöker de yrkesverksammas handlingar inom det svenska välfärdssystemet.

Den empiriska studiens utformning

Valet av hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa för den empiriska studien växte fram ur en explorativ förstudie. Med fokus på psykiatrisk diagnostisering inom olika organisationer blev jag genom förstudien uppmärksam på att arbetsrelaterad psykisk ohälsa är ett komplext fenomen, som hanteras i flera vårdgivande organisationer och av flera yrkesgrupper. Utifrån förstudien bestämde jag mig för att rikta mitt empiriska intresse i den här studien mot hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa inom företagshälsovård och primärvård. Det är nämligen inom dessa två typer av organisationer som hanteringen av den psykiska ohälsan är placerad inom det svenska välfärdssystemet. Eftersom företagshälsovården har en tvetydig roll inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, är företagshälsovårdens ställning och kontakt med andra vårdgivare en viktig del av frågan om hantering.

En avvägning som alltid behöver göras vid en empirisk studie är valet av djup och bredd. Vid valet av företagshälsovårdsföretag har jag använt mig av hemsidan för företagshälsovårdens branschorganisation, Sveriges Företagshälsor, för att få en överblick över hur privata företagshälsovårdsföretag är organiserade och var de är lokaliserade. Att vara registrerad vid Sveriges Företagshälsor är en signal att företagen håller en viss kvalitetsnivå. Enligt hemsidan är 150 av de cirka 200 företagshälsovårdsföretag registrerade där och täcker majoriteten av den företagshälsovård som finns i Sverige (Sveriges Företagshälsor, 2014). Bortsett

från Sveriges Företagshälsas hemsida, har det funnits två andra viktiga faktorer som styrde mitt val av företagshälsovårdsföretag. En av dessa faktorer gäller *specialisering* av företagen. Eftersom företagshälsovårdsföretag är specialiserade i olika branscher, ansåg jag det viktigt att inkludera flera företag, istället för att fokusera på ett. Den andra faktorn har att göra med olika *typer* av företagshälsovårdsföretag. Det finns uppenbarligen en tendens till att små privata företagshälsovårdsföretag köps upp av stora, privata företag inom företagshälsovårdsmarknaden. Vid skrivande stund domineras företagshälsovårdsmarknaden av fyra privata bolag, som har många lokala kontor utspridda över hela landet. Av dessa fyra företag ingår tre företag i studien, utspridda över flera platser i södra Sverige. Eftersom det också finns stora privata företag med flera lokala kontor förankrade till en viss kommun, har jag även inkluderat två företag med den profilen. Valet av flera olika företagshälsovårdsföretag innebär att jag prioriterade variation, istället för att låta materialet färgas av ett specifikt bolag och dess kundkrets.

Eftersom primärvården är organiserad på ett annat sätt än företagshälsovården, följde mitt resonemang och val en annan logik. I Sverige är primärvården decentraliserad och organiseringen av primärvården varierar mellan landstingen. För att få ett bredare perspektiv kring hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa och inte låta materialet färgas av det landstingspecifika, valde jag att inkludera två landsting i studien.

För att värna om informanternas anonymitet har jag valt att varken namnge företagshälsovårdsföretagen eller landstingen som är inkluderade i studien.

Mina informanter

Informanterna som jag har varit i kontakt med, är för den här studien intressanta utifrån deras *professionella roller*. Det innebär att mitt intresse riktas mot deras yrkesmässiga perspektiv och erfarenheter i arbetssituationen. De huvudsakliga informanterna i den här studien utgörs av intervjupersoner, men jag ser även "gate-keepers" och andra personer som jag har kommit i kontakt med under studien som informanter. Mitt samspel med dem har lika mycket varit med och format studiens resultat kring hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. De har både haft inflytande över vilka vägar som har varit möjliga för mig att ta vid studiens genomförande och bidragit till att öka min förståelse för organiseringen kring hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa (se *Studiens metoder* för en mer utförlig diskussion).

Då hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa involverar flera olika typer av vårdgivare och olika yrkesgrupper, har jag i mitt val av *intervjupersoner* eftersträvat att spegla denna mångfald. Jag anser dessutom att det är viktigt att lyfta fram att hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa inte enbart sker av läkare. Medan den samhälleliga debatten domineras av sjukskrivningar kring psykisk ohälsa och därmed lyfter fram läkares roller i relation till socialförsäkringen inom väldfärsstaten, anser jag att det är viktigt att visa på den bredd som finns i både organisation och yrkesgrupper kring hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Det betyder att studien inkluderar yrkesgrupper som läkare, psykologer, arbetsterapeuter, men också andra yrkesbenämningar och roller som kurator, beteendevetare, psykoterapeut och rehabiliteringskoordinator. Gemensamt för alla intervjupersoner är att deras position gör att de agerar som mellanhänder mellan individen och vården.

Informanterna i den här studien har varit välartikulerade kring sjukdomsprocesser, yrkesmässiga roller och intresseinrättningar. Deras nyanserade, reflexiva förhållningssätt kan delvis förklaras av att majoriteten av informanterna har en lång arbetslivserfarenhet och har varit med om vårdens omorganisering genom åren. Många av informanterna har jobbat 10 - 30 år inom primärvården eller företagshälsovården. Alla läkare, utom en, har omkring 20 - 30 års erfarenhet av vården. Inom de andra yrkesgrupperna är variationen större gällande deras tidigare arbetslivserfarenhet.

Många av intervjuade personerna har en lång arbetslivserfarenhet, vilket har bidragit till att de har fått insyn i olika delar av vården. Flera informanter inom primärvård har exempelvis arbetat för andra vårdgivare. På liknande sätt har en del av informanterna inom företagshälsovård arbetat inom till exempel primärvård. Dessutom har flera av de intervjuade haft och har fortfarande olika professionella roller inom vården samtidigt. Det är inte ovanligt med delade tjänster. Exempelvis jobbade en informant inom både företagshälsovård och primärvård och hade olika roller inom respektive organisation vid intervjutillfället.

Informanterna i den här studien är av båda könen. Bland informanterna är det fler män bland de intervjuade läkarna och fler kvinnor bland psykoterapeuter, kuratorer och arbetsterapeuter. Psykologer och beteendevetare är till stor del jämnt fördelade när det kommer till kön. Om man istället ser till den organisatoriska tillhörigheten, finns det fler män inom företagshälsovården, medan informanterna inom primärvården består av en större andel kvinnor.

Studiens metoder

De intervjuer och observationer som den här studien bygger på ägde rum under en ettårsperiod. Jag påbörjade min empiriska insamling på företagshälsovården under hösten 2013 och avslutade den på primärvården under hösten 2014. Under denna period genomförde jag 28 intervjuer och observerade olika situationer där informanterna hanterade arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Nedan kommer en beskrivning av respektive metod.

Kvalitativa intervjuer

Att hitta och komma i kontakt med intervjupersoner

Huvudmetoden i den här studien är intervjuer. För att hitta intervjupersoner, har min utgångspunkt varit att komma i kontakt med yrkesverksamma som diagnostiserar och behandlar personer som drabbas av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Därför riktade jag in min sökning mot att hitta läkare, psykologer, psykioterapeuter och beteendevetare för en intervju.

Min strävan var att själv ta kontakt med intervjupersonerna. På så sätt hoppades jag kunna förmedla studiens syfte på ett tydligt sätt och fråga om deras intresse av att medverka, utan att gå över deras huvuden för att få tillgång. Detta visade sig ibland vara svårt, både inom primärvård och inom företagshälsovård. Medan det vid förstudien fortfarande var möjligt att hitta kontaktuppgifter till olika yrkesgrupper på de valda landstingens hemsidor, hade hemsidorna hunnit standardiseras på många ställen när jag letade efter intervjupersoner för huvudstudien. Det innebar exempelvis att direkta kontaktuppgifter till läkare försvann. Det fanns ibland en lista med namn på verksamma läkare på de enskilda vårdcentralernas sida, som gjorde kontakt via e-post möjlig. Men läkare svarade i regel inte på min e-post. På så sätt kunde läkarkontakt endast ske genom en sköterska, där jag inte släpptes genom eftersom jag inte hade ett ärende som patient. Ofta var det lättare att hitta kontaktuppgifter till kuratorer, arbetsterapeuter och psykioterapeuter. Direktkontakt med representanter för dessa yrkesgrupper är inte lika svårt inom primärvården, eftersom där förväntas oftast individen själv ta kontakt och berätta om sina problem, om inte det sker via remiss. Även inom företagshälsovården var det ibland möjligt att hitta kontaktuppgifter till beteendevetare, medan företagsläkare överhuvudtaget inte fanns namngivna som inom primärvården.

Även om jag var angelägen om att komma i kontakt med de yrkesverksamma direkt, behövde jag många gånger vända mig till olika "gatekeepers" först. Inom företagshälsovård har det ofta inneburit kontakt med växeltelefonister, teamledare och rehabiliteringssamordnare. Genom dem fick jag direktuppgifter till enskilda beteendevetare, som i sin tur skulle vidareförmedla kontakt till läkare. Detta var dock ovanligt. I ett undantagsfall fick jag i samband med en av mina intervjuer hjälp av intervjupersonen att tala med hennes chef, som bokade in mig hos två läkare. Inom primärvården hade jag istället kontakt med vårdcentralchefer, enhetschefer eller verksamhetsutvecklare. Några av dessa resulterade i nya deltagare, vissa av dem inte. När jag fick hjälp med att värva intervjupersoner utgick vissa "gatekeepers" ifrån att det vore mest lämpligt att intervjua yrkesverksamma som jobbade i så kallade rehabiliteringsteam. De som var involverade i dessa team jobbar i stor utsträckning med psykisk ohälsa, eftersom det är en av satsningarna bakom rehabiliteringsgarantin. Dessa informanternas erfarenhet och intresse för mitt forskningsområde gjorde dem naturligtvis till engagerade intervjupersoner, samtidigt som det också innebär att mitt material i huvudsak illustrerar ett visst perspektiv. Överhuvudtaget visade många av deltagarna i studien ett brinnande intresse för mitt avhandlingsämne, vilket troligtvis inte speglar den generella inställningen till psykosociala frågor bland yrkesverksamma inom primärvård och företagshälsovård.

Eftersom tillgången till intervjupersoner var begränsad, var användningen av informanternas nätverk ett bra sätt att utvidga listan över deltagare. Den här metoden är känd under benämningen *snöbollsmetoden* och innebär att forskaren använder sig av informanternas personliga eller professionella nätverk för att generera fler deltagare för studien (Babbie, 2010). En begränsning av den här typen av urval kan vara att informanterna hänvisar forskaren till andra likasinnade. Fördelen med snöbollsmetoden i den här studien var att det hjälpte till att synliggöra relationerna mellan olika organisationer och yrkesgrupper. Typiskt för de yrkesverksamma inom företagshälsovård var till exempel att de föreslog nya informanter från *samma företagshälsovårdsföretag*. När jag bad om hjälp med att hitta fler relevanta intervjupersoner, konstaterade flera intervjupersoner spontant bristen på kontakt med yrkesverksamma inom andra företagshälsovårdsföretag. Detta är inte förvånande med tanke på att de olika företagshälsovårdsföretagen konkurrerar med varandra om samma kunder. Det speglar snarare att det finns lite eller ingen kontakt mellan de olika företagshälsovårdsföretagen. Ett undantag var en företagsläkare som även hade jobbat inom ett annat företagshälsovårdsföretag och föreslog att jag skulle prata med någon av hans tidigare arbetskollegor. Flera av de yrkesverksamma reflekterade själva över

bristen på kontakt mellan olika företagshälsovårdsföretag. De förknippade det med företagshälsovårdens förändrade omständigheter sedan statsfinansieringen togs bort. På liknande sätt reflekterade informanternas sätt att endast rekommendera nya informanter inom den egna organisationen bristen på kontakt mellan yrkesverksamma inom primärvård och företagshälsovård.

Snöbollsmetoden speglade också relationerna *mellan yrkesgrupperna*. Att få förslag på nya läkare att intervjua var generellt svårare än att få förslag på personer från andra yrkesgrupper, särskilt inom primärvården. Dessutom, medan läkare kunde föreslå olika yrkesgrupper för ytterligare kontakt, hänvisade informanter från andra yrkesgrupper mig sällan till läkare. Det kan finnas olika förklaringar till detta. En skulle kunna vara att läkare ansågs vara överbelastade med arbete och en intervju skulle ytterligare belasta dem. Eftersom många av "gate-keepers" betonade läkarnas bristande tid när jag nämnde att jag ville intervjua läkare, verkar detta som en rimlig förklaring. En annan förklaring kan hittas i den hierarkiska strukturen av sjukvården. Läkare särskildes ofta från andra yrkesgrupper inom primärvården, med hänvisning till deras privilegierade (makt)positioner.

När det gäller primärvården, intervjuade jag i huvudsak yrkesverksamma på vårdcentraler, men också en del personal på rehabiliteringscentra, som arbetar på uppdrag av primärvården. Anledningen till detta är att genom omorganiseringar inom vissa landsting tillhör en del av yrkesgrupperna inte vissa specifika vårdcentraler längre, utan är utlokaliserade på andra ställen.

Under intervjuerna föreslog intervjupersonerna andra yrkesgrupper, samt en annan organisation. Jag har valt att undersöka dessa spår. Därför har jag inom primärvården också intervjuat kuratorer, arbetsterapeuter och yrkesverksamma i rollen som rehabiliteringskoordinatorer. Dessutom har jag också gjort en intervju inom psykiatri, för att se om jag skulle utöka min studie att inkludera psykiatri som en relevant vårdgivare. Genom dessa intervjuer har jag fått ett bredare perspektiv på hantering i mina forskningsresultat. Samtidigt har jag också fått en förståelse för komplexiteten att avgränsa hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Intervjuerna - tillvägagångssätt

De 28 kvalitativa intervjuer som jag har gjort kan beskrivas som semi-strukturerade intervjuer (Aspers, 2007). Dessa intervjuer liknade formen av ett samtal, där trots fokuset på vissa intresseområden, fanns det utrymme för intervjupersonerna att styra in samtalet på aspekter som de tyckte var viktiga (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna byggde på en i förväg förberedd intervjuguide, där jag skissade på fyra områden som jag ville diskutera: intervjupersonernas bakgrund – utbildning och erfarenheter av vårdgivande organisationer, fenomenet arbetsrelaterad psykisk ohälsa, diagnostiseringsprocessen kring arbetsrelaterad psykisk ohälsa och de yrkesverksammas samarbete med andra yrkesgrupper/ myndigheter vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Dessa fyra områden var en god grund att utgå ifrån under intervjuerna, även om det är stor variation i både strukturen och innehållet på intervjuerna. Inspirerad av grounded theory (Charmaz, 2014) uppmärksammade jag kontinuerligt aspekter som jag fann intressanta från olika intervjuer och tog med mig dessa till kommande intervjuer. Exempelvis var genus en aspekt som jag initialt inte frågade om, men började uppmärksamma då det kom upp flera gånger under intervjuerna. På så sätt förändrades och specificerades mina frågor under empiriinsamlingens gång.

För att uppmuntra intervjupersonerna till ett öppet samtalsklimat, var jag noga med att betona att jag var intresserad av deras vardagliga arbete med arbetsrelaterad psykisk ohälsa. För att visa att jag fann deras perspektiv centralt och för att få till ett mer naturligt samtalsflöde, hade jag inte någon intervjuguide med mig under intervjuerna. På så sätt var samtalen inte bundna vid en specifik struktur eller frågor. Detta underlättade även för mig när jag ställde följdfrågor.

Intervjuerna skedde på mitt initiativ och byggde på en i regel gemensam överenskommelse av tid och plats för intervjun. Ett undantag är två intervjuer inom företagshälsovården och två intervjuer inom primärvården, där informanterna blev inbokade enbart genom en *gate-keeper*. De flesta intervjuer genomfördes på informanternas arbetsplatser, med undantag av två intervjuer. Dessa intervjuer ägde istället rum på en restaurang, respektive min arbetsplats, på informanternas initiativ. Intervjuerna varade mellan 45 minuter och två timmar och blev inspelade på en diktafon. Under intervjuernas gång förde jag även översiktliga anteckningar delvis för att strukturera mina tankar och delvis för att få en överblick över de teman som samtalet täckte. Anteckningarna visade sig dessutom vara värdefulla eftersom en av intervjuerna har förlorats av tekniska skäl och vid en intervju fick jag inte

informantens tillåtelse att spela in. Tyvärr är innehållet av dessa intervjuer inte lika detaljerad och nyanserad som innehållet i de transkriberade intervjuerna, även om kärnan av intervjuerna har blivit fångad genom mina anteckningar.

Mitt intresse för de yrkesverksammas hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa, gjorde att jag även var intresserad av kontexten kring intervjuerna. Bortsett ifrån att jag förde detaljerade anteckningar kring vilka jag kom i kontakt med och hur jag slussades runt mellan olika individer fram till intervjuerna, lade jag också vikt vid att uppmärksamma och beskriva platserna för intervjun. Det var ett sätt för mig att få en bättre förståelse för informanternas organisatoriska sammanhang.

En annan aspekt som jag uppmärksammade var olika relevanta material från de platser jag har varit på. Dessa kunde vara informationsblad om sjukdomar eller symptom som informanterna tog upp under vårt samtal. Jag bad också informanterna om självskattningsskalor, listor med koder för olika diagnoser, interna dokument och statistik, samt material om olika teoretiska modeller, ifall de kom upp under samtals gång. Dessa olika typer av material har i flera fall fungerat som viktiga diskussionsunderlag med informanterna och har varit ett sätt att konkret diskutera de yrkesverksammas dagliga arbete.

Jag har sammanlagt genomfört 28 intervjuer, varav 16 var inom primärvården, 11 inom företagshälsovård och 1 inom psykiatri. Inom primärvården intervjuade jag 6 primärvårdsläkare, 4 psykoterapeuter, 3 kuratorer, 2 arbetsterapeuter och 2 rehabiliteringskoordinatorer. Inom företagshälsovården genomförde jag intervjuer med 3 företagsläkare, 1 psykolog och 7 beteendevetare. Intervjun inom psykiatri var med en arbetsterapeut. Anledningen till att jag inte har fler intervjuer inom psykiatri i huvudstudien, är att jag med hjälp av intervjuer och informella samtal har avgränsat det empiriska materialet till företagshälsovård och primärvård. För en mer detaljerad överblick över intervjuerna för respektive vårdgivare och yrkesgrupp, se tabellen nedan (Tabell 1).

Yrkesgrupp	Företagshälsovård	Primärvård	Psykiatri	Antal
Läkare	3	6		9
Psykolog	1			1
Psykiater		4		4
Kurator		3		3
Beteendevetare	7			7
Arbetssterapeut		2*	1	3*
Rehabiliterings- koordinator		2		2
Antal	11	17*	1	28

Tabell 1. Intervjupersoner inom respektive vårdgivare och yrkesgrupp.

* En av arbetsterapeuterna är även rehabiliteringskoordinator och är därför räknad två gånger i tabellen. Överlappningen är inte medräknad i slutsumman.

Tabellen ovan är en sammanställning av de intervjuer jag genomförde inom primärvård och företagshälsovård *efter* förstudien. (Förstudien byggde på fem semi-strukturerade intervjuer med informanter inom primärvård, företagshälsovård, skolhälsa och psykiatri.) Som tabellen visar är informanterna inom företagshälsovården och primärvården fördelade inom olika yrkeskategorier. Detta är en konsekvens av de två organisationernas formella organisering. Inom primärvården är kuratorer, psykiater och arbetsterapeuter vanliga professioner. Inom företagshälsovården är beteendevetare en grupp med bred kompetens. Vissa kallar sig även för organisationskonsulter, ifall de jobbar med coaching av ledningsgrupper och andra liknande uppgifter.

Samtidigt vill jag understryka att tabellen inte reflekterar informanternas roller fullt ut, då flera informanter hade flera anställningar samtidigt. Med andra ord, tabellen speglar de roller som informanterna huvudsakligen uttalade sig ifrån under intervjutillfället.

Observationer

Observationer som metod har i den här studien haft som syfte att ge mig en bättre förståelse för informanternas organisatoriska sammanhang och hur hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa kan se ut i praktiken (Davies,

2008). Min strategi har varit att använda de formella intervjutillfällena för att fråga efter potentiella observationsmöjligheter. Det här tillvägagångssättet har i sig bidragit till att jag har fått ökade insikter i informanternas handlingsutrymme och de strukturer som de är inbäddade i. Utifrån de observationstillfällen som jag har haft, kan jag konstatera att det var lättare att få tillgång till informanternas arbete inom företagshälsovården.

Inom företagshälsovård har jag fått möjlighet att vara med under ett antal olika aktiviteter som informanterna är inblandade i. Alla aktiviteter var knutna till företagshälsovårdens *förebyggande arbete* av arbetsrelaterad psykisk ohälsa hos sina klienter, det vill säga, företagen. På så sätt har jag fått närvara vid ett av företagshälsovårdsföretagens förebyggande arbete för tre grupper av anställda. Arbetet med grupperna bestod av ett program, som sträckte sig över våren 2014 och bestod av 9 träffar. Tillsammans med informationstillfället om programmet blev det sammanlagt 26 timmars observationer. Programmet leddes av en psykolog och en beteendevetare. Det var via dessa två informanter som jag fick tillgång till att följa programmet. Utöver våra informella samtal under programmets gång, hade jag och informanterna ett möte vid programmets början och slut. Dessa möten ägde rum på deras arbetsplats. Medan första mötet kretsade kring syftet med mitt deltagande, samt min roll, handlade andra mötet om mina preliminära analyser av observationerna.

En annan möjlighet till att observera informanternas arbete med arbetsrelaterad psykisk ohälsa, fick jag genom ett annat företagshälsovårdsföretag. Där fick jag följa en beteendevetare på ett av hennes uppdrag. Hon var inbjuden till en statlig myndighet för att hålla en stressföreläsning under en eftermiddag. Då stressföreläsningen skulle äga rum på uppdragsgivarens arbetsplats, fick beteendevetaren fråga arbetsgivaren, som i det här fallet var en HR-person, om jag fick närvara.

Mina observationsmöjligheter inom primärvården är betydligt mer begränsade än inom företagshälsovården. Den tillgång som jag har haft är i första hand genom mina intervjutillfällen. Jag tog korta anteckningar innan intervjutillfällena för att skapa mig en bild av de platser som jag har varit på. Utöver dessa observationstillfällen har jag haft möjligheten att visas runt på en av mina informanternas arbetsplats. Den här informanten har tagit sig tiden och visat mig det konkreta datoriserade journalsystem som hon jobbade i, gav mig tillgång till olika interna dokument samt förklarade dem. Utöver det introducerade hon mig till flera av hennes arbetskollegor och förde samtal med dem kring mitt intresseområde.

Uteblivna observationer som empiriskt material

Att få tillgång till observationer av platser av intresse har varit präglad av etiska diskussioner mellan mig och informanterna. Informanter inom både företagshälsovård och primärvård underströk återkommande att psykiska problem är känsliga till sin natur, vilket kräver sekretess och upprättande av förtroende. Flera påpekade att de inte skulle tillåta någon att delta i sina individuella möten med en patient, eftersom de inte ville göra patienten mer obekväm än nödvändigt. På liknande sätt, hänvisade flera informanter till individens utsatta position när jag hörde mig för om jag kunde få delta i rehabiliteringsmöten. Argumentet var att individen från början är i ett underläge, då rehabiliteringsmöten bygger på samarbete mellan vårdpersonal, arbetsgivare, personal från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Enligt flera av de intervjuade, är klienten redan i ett sårbart läge och det skulle vara olämpligt att även inkludera en forskare i en sådan situation. Dessa resonemang och argument var jag bekant med redan från min förstudie. De stärkte mig i mitt medvetna val att inte söka tillgång till deltagande observationer högre upp i organisationen, som annars är ett vanligt tillvägagångssätt. Jag var mån om informanternas perspektiv och förtroende och ville därför inte påtvinga dem något som de i sina professionella roller så tydligt tog avstånd ifrån.

Jag har flera gånger bjudits in av informanterna inom företagshälsovården att delta i olika sammanhang som de trodde skulle vara intressant för min studie, men som jag i slutändan inte fick tillgång till. Samtidigt gav de mig värdefulla insikter om informanternas hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa och den organisatoriska kontexten. Till exempel uteblev två tredagars kurser, där jag via ett av de mindre företagshälsovårdsföretagen skulle få observera föreläsningar och workshops för chefer, med fokus på bättre arbetsmiljö. Trots all planering, visade det sig att företagshälsovårdsföretaget var tvungen att ställa in evenemangen på grund av för få deltagare. På det här sättet fick jag insyn i att det är hård konkurrens mellan olika företagshälsovårdsföretag, där mindre företag har svårare att hävda sig.

Andra situationer som jag inte fick tillgång till inom företagshälsovården berodde på informanternas beroende av arbetsgivaren för att få tillgång. I en situation, var det min informant som tyckte att det var olämpligt. Det handlade om ett företag som hade gjort en kartläggning och fått resultat som chockerade både företagets ledning och min kontaktperson inom företagshälsovården. Då varken ledningen eller beteendevetaren ifråga någonsin hade varit med om så tydligt allvariga resultat, blev hanteringen av

problemet en diskussionsfråga i sig. Därför var det inte på tal om att en utomstående skulle få vara med, även om informanten inom företagshälsovården trodde att jag skulle finna situationen intressant. I och med detta fick jag en klarare bild av vilka typer av situationer som beteendevetarna kan ställas inför. Dessutom påmindes jag återigen att hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa kunde vara ett väldigt känsligt område.

I ett annat fall var det arbetsgivaren som avböjde min medverkan. Situationen som jag var intresserad av och där en av mina informanter var involverad, skulle ge mig inblick i företagshälsovårdens arbete med en chefsgrupp. Arbetsgivaren nekade mig tillträde, med argumentet att företagshälsovårdens arbete skulle bygga på förtroendesamtal inom en liten grupp, där det var olämpligt med en utomståendes närvaro. På det här sättet synliggjordes återigen arbetsgivarens roll som uppdragsgivare, som sätter ramarna för informanternas handlingsutrymme.

Det empiriska materialets tolkning och analys

Min analytiska process startade under insamlingen av det empiriska materialet. Parallellt med att jag gjorde intervjuer, transkriberade jag och kodade intervjuerna. Jag skrev även fältanteckningar, som inkluderar observationer kring de formella intervjuernas sammanhang, samt beskrivningar av de observationer jag gjorde.

Vid analysen av intervjuerna har valet av transkriptionssätt varit en central metodfråga för mig. Eftersom transkribering av intervjuer är en form av tolkning av det inspelade materialet, gäller det att bestämma sig för graden av noggrannhet med hänsyn till vilken typ av analys som materialet ska användas till. Om transkriberingarna ska ligga till grund för samtalsanalys eller språkliga analyser krävs det exempelvis en högre grad av noggrannhet än vid analyser som lägger vikt vid uttalandens innehåll, som vid diskursanalys (Kvale och Brinkmann, 2014). Eftersom mina analyser inte rör sig på en språklig nivå, har jag valt att transkribera intervjuerna ordagrant. Jag inkluderade även pauser, samt skratt i transkriberingarna, då jag ser dessa som ledtrådar till potentiellt intressanta uttalanden, eller teman. Subtila avbrott som skratt under intervjuerna kan ha specifika effekter, som exempelvis en form av indirekt kritik, som Sonja Jerak-Zuiderent (2014) har uppmärksammat.

Kodning av materialet har skett återkommande och i flera steg. Min första kodning av det empiriska materialet var ett sätt för mig att få en bild av

återkommande teman i intervjuernas innehåll, i relation till frågeställningarna. Den här typen av kodning kallas även "strukturell kodning" (Saldaña, 2012). Här uppmärksammade jag exempelvis vilka aspekter som informanterna tog upp i samband med hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa, som exempelvis vikten av tid för professionell bedömning. Ett annat tema var beskrivningar av olika aktörer och deras roller i den diagnostiska processen, där jag fick en närmare bild av olika yrkesmässiga och organisatoriska roller och sammanhang. För att fånga deltagarnas perspektiv och röster, samt levandegöra deras berättelser, använde jag mig av informanternas begrepp och fraser vid kodningen. Några exempel från dessa koder är "rent arbetsrelaterat", "prestationsbaserad självkänsla" och "värdekonflikt". Denna kodningsstrategi går under namnet "in vivo kodning" (Saldaña, 2012). Då det empiriska materialet innehåller mycket spänningar, tog jag även inspiration av så kallad "versus kodning" (Saldaña, 2012) och började uppmärksamma dessa. Den sista kodningsstrategin var speciellt givande, då det fanns en tydlig tendens i materialet att beskriva saker i motsats till varandra. Typiskt för mitt material var exempelvis att informanterna ställde primärvård och företagshälsovård mot varandra. Det var med hjälp av den här kodningsmetoden som olika gränsdragningar började växa fram som en grundläggande del i avhandlingen. Det är dessa spänningar som så småningom bidrog till utformningen av studiens empiriska kapitel.

Efter den första omgången av kodning började jag försöka skapa en överblick över hur olika teman relaterade till varandra. Att rangordna koderna var ett bra verktyg, som resulterade i några ytterligare omgångar av kodning. Sedan började jag koppla de teman som jag jobbade fram i empirin till olika teoretiska begrepp. Med hjälp av begreppen kunde jag sedan pröva mina tolkningar. Begreppen bidrog även till att jag gjorde nya tolkningar och fördjupade min analys. Materialets tolkning och analys skedde även genom att jag i ett tidigt stadie började skriva olika utkast och pröva olika ingångar till att berätta om materialet.

I min strävan efter att få en tydligare bild av hur hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa samspelar med olika aktörer och sammanhang, valde jag efter ett tag att strukturera det empiriska materialet efter respektive vårdgivande organisation. Jag samlade alla intervjuer från primärvård i ett dokument och gjorde likadant med intervjuerna från företagshälsovård. På det här sättet kunde jag göra sökningar utifrån de nyckelord som jag hade intresse av för att hitta mönster. Det var på det här sättet även lättare att hålla reda på likheter och skillnader. Efterhand som jag lärde känna materialet, sökte jag på de ord eller teman som jag hade under kodningen funnit intressanta.

Ett viktigt kvalitetskriterium vid analys av det empiriska materialet är huruvida forskarens frågor till texten är valida och om tolkningen är hållbar (Kvale & Brinkmann, 2014). För att uppfylla det här kriteriet är det av grundläggande betydelse att forskaren synliggör sin förförståelse och resonerar kring sitt val av analytiskt perspektiv. I studiens början hade jag en idé om att avhandlingens fokus skulle ligga på diagnostiseringsprocessen. Jag var intresserad av individens väg vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Under studiens gång skiftade fokus utifrån det empiriska materialet.

Analysarbetet av det empiriska materialet om hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa har resulterat i flera teman, som behandlas som egna kapitel: ansvar, betydelsen av arbetsrelaterat, verktyg, samt handlingsutrymme. Var och en av dessa teman kretsar kring olika spänningsområden, som i sin tur kan relateras till någon form av styrning. Exempelvis behandlar det första empiriska kapitlet spänningen mellan företagshälsovårdens och primärvårdens ansvar gällande psykisk ohälsa, som kan relateras till styrning genom privatiseringen av företagshälsovården. Andra spänningar i de empiriska kapitlen var mellan "privat" och "arbetsrelaterat", "objektiv" kunskap/ evidens och klinisk erfarenhet, samt systemiska förutsättningar och professionellt handlingsutrymme.

Slutligen, även om ansvaret för tolkningen och presentationen av materialet är mitt (Alvesson, 2011), har användning av citaten varit ett sätt för mig att visa på tolkningens rimlighet och materialets komplexitet och variation. Eftersom mina informanter tillhör olika organisationer och yrkeskategorier har min strävan varit att inkludera citat som representerar den spridningen. I och med att det talade språket innehåller mycket småord och upprepningar har jag vid presentationen av citaten varsamt redigerat bort dessa för att göra texten mer läsvänlig.

Etiska överväganden

Etiska överväganden har varit närvarande under hela forskningsprocessen. I enlighet med Bretell (1993), anser jag att det är viktigt att vara medveten om etiska aspekter vid såväl studiens utformning, såväl dess genomförande, som dess framställning i text. Med detta som utgångspunkt genomförde jag en förstudie, delvis med syftet att få de yrkesverksammas perspektiv på metodologiska frågor inför utformningen av huvudstudien. Utifrån dessa samtal, blev jag både medveten om yrkesverksammas ställningstaganden kring att ha med en utomstående under enskilda samtal med individen vid psykiatrisk diagnostisering, samt om individers underläge i

rehabiliteringsärenden. Jag tog starkt intryck av dessa etiska aspekter kring mitt intresseområde. Därför bestämde jag mig för att i huvudsak använda mig av intervjuer som metod och komplettera dem med observationstillfällen som jag kunde få tillgång till utan att enskilda individer hamnade i en utsatt position.

Mitt etiska förhållningssätt följde Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2002). Vid observationerna var det dock mer komplext att informera om studiens syfte än vid intervjuer. När jag följde beteendevetarens och psykologens arbete med olika grupper av anställda, informerade jag kort om studiens syfte och min roll som observatör inför varje grupp av anställda. När jag följde med en beteendevetare på en presentation om stress, bedömde jag att det inte var lägligt att hela arbetsplatsens anställda skulle informeras och tillfrågas om tillstånd. Jag nöjde mig med att få beteendevetarens och HR-personens godkännande. Om någon frågade mig specifikt, då berättade jag om vem jag var och varför jag var med på stressföreläsningen.

För att inte röja informanternas identiteter, har jag bytt namn på samtliga informanter. Eftersom informanternas organisatoriska och yrkesmässiga position är viktiga aspekter i studien, har jag valt att behålla dem i min framställning av materialet. Däremot har jag valt att inte ange vilka företagshälsovårdsföretag eller landsting informanterna tillhör, samt har medvetet inte angett eventuell bakgrundsinformation, för att informanterna inte ska kunna spåras. För att leva upp till konfidentialitetskravet, har jag även valt att byta kön på en informant vid framställningen av empirin. Då informanten var den enda i den yrkeskategorin som hade ett annat kön, ansåg jag det nödvändigt att byta till det kön som är dominerande för den yrkesgruppen. På samma sätt har jag valt att ange en yrkesbeteckning av en informant som han visserligen också identifiera sig med, men den var underordnad hans roll, istället för att informanten skulle hamna i en egen grupp.

Vid intervjuerna tillfrågades informanterna om jag fick spela in intervjun. Alla informanter utom en gav sitt medgivande.

Studiens bidrag till skapandet av kunskap

I det här avslutande avsnittet vill jag diskutera vilken typ av kunskap den här studien bidrar med. Begreppet *generaliserbarhet* används ofta till att skapa en diskussion om vilka sammanhang och vilka studier forskningsresultaten kan överföras till (Bryman, 2012). I början på det här kapitlet beskrev jag att min

metodologiska utgångspunkt har varit att förstå hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa utifrån de yrkesverksammas erfarenheter och perspektiv. Samtidigt argumenterade jag att arbetsrelaterad psykisk ohälsa är ett särskilt intressant fenomen när det gäller att studera vårdens hantering av komplexa problem empiriskt. Med andra ord, jag ser möjligheten till en teoretisk överförbarhet från mitt specifika empiriska fall, hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa, till andra sammanhang där man intresserar sig för hanteringen av komplexa problem. Exempelvis är hanteringen av komplexa problem ett uppmärksammat tema inom hälso- och sjukvårdsforskning (Lindberg & Blomgren, 2009; Burström et al., 2017), där olika typer av organisering kan utgöra ett hinder för hantering. Naturligtvis är hanteringen av komplexa problem inte begränsad till vården, vilket innebär att studiens bidrag även kan vara relevant för andra områden.

Slutligen, jag ser kvalitativ forskning som en sorts idéutveckling, där forskarens begrepp används för att skapa nya synsätt för att förstå avgränsade delar av verkligheten (Brunsson, 1980). Eftersom kunskap produceras genom forskarens tolkningar av verkligheten, innebär det att en mångdimensionell verklighet aldrig kan avbildas i sin helhet. Enligt den här kunskapssynen är avbildning av verkligheten ett hjälpmedel, en metod, snarare än ett syfte i sig självt (se Brunsson, 1980). Det här synsättet förutsätter att: "Resultatet av all teorigenerering beror inte bara på vilken verklighet som undersökts utan också på vem som har undersökt den – att olika forskare därmed skapar olika teorier är därmed naturligt (Brunsson, 1980, s 9)." Istället för att se olika teorier som konkurrerande beskrivningar av verkligheten, kan mångfalden av teorier ses som eftersträvansvärd. Olika teorier ger rikare tolkningsmöjligheter och de kan komplettera varandra i strävan efter att förstå ett givet fenomen. Mitt syfte har inte varit att ge en objektiv bild av yrkesmässig hantering av fenomenet arbetsrelaterad psykisk ohälsa, utan snarare att uppmärksamma vissa spänningar och dilemman som uppstår i vårdens vardag, som även kan vara användbara vid förståelsen av yrkesmässig hantering av andra komplexa problem. På så sätt bidrar den här studien med viktiga insikter om yrkesmässigt arbete, bortom det specifika empiriska fallet.

KAPITEL 5

Gränsskapande kring Ansvar för (Arbetsrelaterad) Psykisk Ohälsa

I: Företagsläkare och så, vi sätts ofta i en förväntningsmall, som om vi vore en vårdinrättning, som om vi vore en sorts vårdcentral. Hit kommer det patienter, hit ska patienter, de ska få diagnos, bedömning, behandling och läkemedel, sjukskrivning. Man har mycket de här sjukvårdsförväntningarna på oss.

R: Men du menar att det inte riktigt är rätt.

I: Det är klart att det behövs också, men jag kan ta ett exempel. Det var en person som hade blivit skickad till mig på grund av mycket korttidsfrånvaro och den enskilda personen hade förstått det som om hon skulle kolla sin ämnesomsättning hos mig, så det kan bli så skevt (Andreas, läkare, företagshälsovård)

Företagsläkaren Andreas ger uttryck för sin frustration över att företagshälsovården förväntas vara och fungera som en vårdcentral. Han betonar att det organisatoriska sammanhanget ser annorlunda ut inom företagshälsovården än inom den allmänna hälso- och sjukvården. För att illustrera skillnaden beskriver han en situation där arbetsgivaren och individen som söker hjälp har olika perspektiv på varför individen hamnade hos företagshälsovården. Andreas visar på den potentiellt konfliktfyllda relation som kan finnas mellan arbetsgivare och anställd, som han i sin roll som företagsläkare måste hantera. Att förvänta sig att företagshälsovården är som en sorts vårdcentral blir därmed problematiskt för Andreas som företagsläkare, då han i varje ärende måste ta hänsyn till *både* arbetsgivare och den anställda.

Samtidigt beskriver Ingrid, psykoterapeut inom primärvården, den omvända situationen: när primärvården förväntas och behöver agera som om de vore en företagshälsovårdsmottagning.

Vi blir ibland en liten företagshälsovård här om ett litet företag t.ex. inte har någon egen företagshälsovård. Då blir ju vi det t.ex. med doktor, sjukgymnast, kurator och ibland är arbetsterapeuten inblandad. Det blir som en liten samverkande grupp som hjälper den här patienten (Ingrid, psykoterapeut, primärvården).

Hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa är starkt kopplad till företagshälsovårdens förändrade roll i det svenska välfärdssystemet (se kapitel 1, *Företagshälsovårdens tvetydiga roll i välfärdsstaten*). Företagshälsovårdens ställning och inriktning har genomgått stora förändringar under de senaste åren, speciellt sedan de har börjat verka på en privat marknad istället för att vara statsfinansierade. Men hur ser det ut i praktiken? Vilka förväntningar finns det på företagshälsovården, respektive primärvård angående hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa? Och hur ser informanterna inom de två organisationerna på deras organisatoriska roller? Vilka gränser skapas när informanterna resonerar kring ansvar gällande arbetsrelaterad psykisk ohälsa?

I detta kapitel lägger jag fokus på informanternas resonemang kring vem som har ansvar för arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Genom att utgå från de *förväntningar* som informanterna anser finns på deras respektive organisationer, kommer jag visa hur de drar gränser mellan respektive organisations roller och ansvarsområden, med utgångspunkt i arbetsrelaterad psykisk ohälsa. För att diskutera *vilka* gränser de skapar och *hur* gränsskapandet görs använder jag begreppet gränsarbete (Gieryn, 1983; 1999).

Utifrån ansvarsfrågan är det vidare relevant att fundera på hur villkoren för ansvaret ser ut för de två organisationerna och hur relationen mellan de två organisationerna kan förstås. Som jag visar kan primärvård och företagshälsovård ses som organisationer som tillhör olika, men delvis överlappande fält. Med hjälp av begreppet organisationsfält (Eriksson-Zetterquist, 2009) utforskar jag under den senare delen av kapitlet på vilket sätt organisationerna är olika och på vilket sätt det påverkar deras gränsarbete.

Följande avsnitt handlar om informanternas gränsarbeten genom fyra olika förväntningar som de målar upp. Jag inleder med informanterna inom företagshälsovård. I *Företagshälsovården som "en sorts vårdcentral"* beskriver jag deras gränsarbete mot arbetsgivares och primärvårdens förväntningar. Sedan visar jag på deras gränsarbete gentemot individen och vissa yrkesverksamma inom företagshälsovården i *Företagshälsovården som*

rättovisans kämpe. Den sista förväntningen som resulterar i ett gränsarbete Företagshälsovården som bara ska dra in pengar är riktad mot arbetsgivare. Sedan i Primärvården kan ju aldrig säga nej, vi kan ju aldrig stänga dörren visar jag att inom primärvården är informanternas gränsarbete kring organisatoriska roller riktade gentemot företagshälsovård och psykiatri. För att visa på skillnaderna i informanternas syn på ansvarsområde utifrån deras organisationstillhörighet, tar jag ett övergripande tag om ansvarsfrågan i avsnittet *Vem tar ansvaret? Kompetens och resurser kring psykisk ohälsa*, där jag diskuterar rollfördelningen mellan organisationerna, innan jag går vidare till en avslutande diskussion.

Företagshälsovården som "en sorts vårdcentral"

Ett centralt tema som informanterna inom företagshälsovård resonerade kring i relation till företagshälsovårdens uppgift och ansvarsområde var huruvida de skulle tillhandahålla vård och i vilken utsträckning. Flera informanter underströk att definitionen av företagshälsovården har varierat under olika tidsperioder. I huvudsak betonade de skillnaden mellan företagshälsovårdens roll och uppgifter fram till 1993, då den var en del av den offentliga verksamheten genom skattefinansiering, och dagens marknadsstyrda situation, som privat aktör. Det är utifrån den här utgångspunkten som vissa informanter återkommande uppmärksammade och uttryckte motstånd mot kundföretagens, eller arbetsgivares förväntningar att företagshälsovården ska erbjuda och arbeta med sjukvård, att vara och agera som "en sorts vårdcentral".

I: Man kan ställa frågan: Ska företagshälsovård syssla med sjukvård? Det har gått i vågor det där. Tanken är att företagshälsovård i princip inte ska syssla med sjukvård. Sjukvården ska vara där sjukvården är inom allmän hälso- och sjukvården, med vårdcentralen som första instans, medan företagshälsovården ska, som jag sade, vara en resurs för företagen, deras medarbetare [...]. Det ska vara en sammanhållen resurs med olika kompetenser och de ska kunna belysa arbetssituationen framför allt det här sambandet mellan, inte bara ohälsa kanske, utan hälsa och arbetsförhållanden.

R: Men hur skulle du definiera de förhållanden där den här resursen behövs, alltså företagshälsovården som resurs? Kan du ge exempel?

I: Nu fungerar det inte riktigt så här. Jag vill också lägga till att det är väldigt många företag som också medvetet säger att "Vi vill ha sjukvård i företagshälsovården, därför att vi vill att våra anställda snabbt ska få en tid, få samma läkare", eller "Vi vet vem du är, det blir en kontinuitet, istället för olika läkare på vårdcentralen".

R: Så, i praktiken är ni också sjukvård.

I: Ja, i praktiken är det rätt mycket sjukvård (Andreas, företagsläkare, företagshälsovård).

Ett sätt som informanterna använde sig av för att skapa gränser gentemot arbetsgivares förväntningar var att betona skillnaden mellan företagshälsovårdens och den allmänna hälso- och sjukvårdens *uppgift*. Som det framgår i citatet ovan framställs hälso- och sjukvårdens uppgift vara att bedriva sjukvård. I kontrast beskrivs företagshälsovårdens uppgift vara att agera som en resurs för företag gällande arbetssituationen. Företagsläkarens tydliga gränssättning mellan den offentligt finansierade sjukvården och företagshälsovårdens formella roll sammanfaller med den formulering som kan hittas i svensk lagstiftning. Enligt Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160, kap. 3, 2 a §) definieras företagshälsovården som *en expertresurs* för arbetsgivaren inom arbetsmiljöområdet. Den offentliga sjukvårdens uppgift finns istället föreskrivet i Hälso- och sjukvårdslagen, där hälso- och sjukvården förväntas arbeta för *god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen* (SFS 1982:763, kap 1, 2 §). Dessutom är primärvården den offentliga sjukvårdens första instans, som det även framgår av företagsläkarens citat, med hänvisning till vårdcentraler.

Sedan kommer vändpunkten, då företagsläkaren påpekar att det ser annorlunda ut i praktiken. Informanternas verklighet är mer komplex och skiljer sig från den tilltänkta rollen av företagshälsovård så som den är formulerad i lagstiftningen. Gränsarbetet gentemot arbetsgivarens förväntning är intressant för att det framhäver *ett glapp* mellan hälso- och sjukvårdens och företagshälsovårdens roller i allmänhet, och mellan primärvården och företagshälsovården i synnerhet. Företagsläkarens gränsarbete visar tydligt på glappet mellan de olika organisationers roller i teori och praktik. Han beskriver hur företagshälsovården används av vissa arbetsgivare som ett praktiskt alternativ till den allmänna hälso- och sjukvården med olika argument om primärvårdens brister. Detta var vanligt även bland andra informanternas resonemang, oavsett yrkesgrupp. Det var däremot i huvudsak företagsläkarna som uttryckte en allmän frustration över att de förväntades

och behövde ge (sjuk)vård, på grund av att andra delar av hälso- och sjukvården inte fungerar. Dessutom betonade de att användningen av företagshälsovården som ett alternativ till den allmänna hälso- och sjukvården har allvarliga konsekvenser. Det motarbetar välfärdsstatens grundtanke med en jämlik tillgång till vård. Genom att vissa arbetsgivare systematiskt använder sig av företagshälsovården, oavsett vilket typ av besvär de anställda har, blir tillgången till vård beroende av individens anställning.

Skillnaden mellan företagshälsovårdens och primärvårdens roller underströks genomgående av alla informanterna inom företagshälsovård även med hänvisning till de två organisationernas olika *perspektiv*. Erik, beteendevetare inom företagshälsovård, uttryckte det på ett tydligt sätt:

Primärvården är ju mycket kring patienten, företagshälsovården är ju mycket kring arbetsplatsen och det kan också vara kring, ja, du vet, individ, grupp, organisation, vi jobbar ju på alla nivåer, primärvården jobbar ju bara kring individen (Erik, beteendevetare, företagshälsovård).

Beteendevetaren Erik beskriver primärvården som en vårdgivare, med fokus på *patienten*. Företagshälsovården framställs däremot som en organisation med fokus på *arbetsplatsen*. I motsats till primärvården anses företagshälsovårdens perspektiv vara bredare och sträcka sig bortom individens problem. Precis som alla andra informanter inom företagshälsovård, betonar Erik att arbetsplatsen är förknippat med tre delar: individ, grupp och organisation. Enligt informanterna erbjuder företagshälsovården många olika tjänster till kundföretagen, varav individens problem är bara *en del* och just den delen är starkt avtalsstyrt. Andra tjänster är mer skräddarsydda efter arbetsplatsens behov. Med andra ord, att vara vårdgivande anses bara vara *en del* av företagshälsovårdens uppdrag.

För att betona vikten av de tre delarna - individ, grupp, organisation - samt visa på hur de relateras till olika former av tjänster kring arbetsplatsen, skiljer informanterna inom företagshälsovård i allmänhet mellan *främjande, förebyggande och efterhjälpande insatser*. De främjande insatserna präglas av ett utvecklingstänkande med fokus på arbetsmiljöns framgångsfaktorer och hur de kan stärkas. Förebyggande arbete handlar istället om att upptäcka de första signalerna på problem och undvika att de blir allvarligare. Slutligen, efterhjälpande insatser är åtgärder som ges när problemen har vuxit och blivit så allvarliga att de inte längre går att undvika. Det är även ofta då som informanterna behöver utföra (sjuk)vård. Dessa tre typer av insatser kan också ses som olika stadier av arbetsmiljöarbete. Främjande insatser är på så sätt det första stadiet och sker i huvudsak på organisationsnivå genom strategiskt

utvecklingsarbete. Förebyggande insatser är det andra stadiet och sker mest på gruppnivå i form av olika typer av grupputbildningar och information kring exempelvis, stress, konflikthantering, alkohol och droger. Efterhjälpande insatser är det sista stadiet som ofta sammanfaller med individinriktade åtgärder och därmed liknar sjukvårdens arbete mest. Informanternas gränsarbete gentemot förväntningen att agera som en sorts vårdcentral behöver förstås utifrån att arbetsgivare i huvudsak använder deras tjänster för *efterhjälpande insatser* riktade mot individen (se även Schmidt & Sjöström, 2015). Med andra ord, informanterna kopplas in när ett problem redan har uppstått och måste hanteras på något sätt, såsom inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Enligt informanterna är detta det område som de minst ska vara delaktiga i. Istället vill informanterna inom företagshälsovården fokusera på *förebyggande* och *främjande* åtgärder. Företagshälsovårdens roll har enligt mina informanter gått mot att tydligare vara vinklad mot förebyggande och hälsofrämjande åtgärder. Under mitt uppstartsmöte med de två informanter som gav mig tillgång till att observera hur företagshälsovården jobbar förebyggande, påpekade de att de inom sin bransch inte längre kallar sig för *företagshälsovård*. Istället har de övergått till att använda termen "företagshälsa", med syftet att tvätta bort etiketten "vård". På samma sätt menade de att deras företagshälsovårdsföretag har infört att de anställda ska gå ifrån att använda ordet "patient" när de pratar om individen som söker hjälp hos företagshälsovården och ersätta det med ord som "kund" eller "klient". Den här typen av språkbruk menade de är ett sätt att signalera och införa ett mer affärsmässigt språkbruk och förhållningssätt, som enligt vissa av mina informanter inom företagshälsovård skiljer sig från den allmänna hälso- och sjukvårdens. Å andra sidan, var det enbart ett fåtal av mina informanter inom företagshälsovården som kallade sig för, eller använde begreppet *företagshälsa*, i kontakten med mig för den här studien. Vidare använde de flesta av informanterna sig av begreppet *patient* under intervjuerna, även de som i början på intervjun påpekade att de i första hand använder sig av begreppet klient.

En ytterligare del i företagshälsovårdens organisation kring arbetsplatsen framkom i samband med en av mina intervjuer. Under mina kontakter med företagshälsovården observerade jag, och undrade över, att det generellt var få eller inga andra individer vid mina besök på de olika företagshälsovårdsföretagen. Vid en av mina senare intervjuer, när en företagsläkare visade mig runt i en stor, modern byggnad, med många välutrustade rum utan en enda person i, explicit gjorde jag denna observation till honom. Företagsläkaren hänvisade då till att företagshälsovårdens roll inte är att ta emot patienter som inom primärvården. Deras uppgift är snarare att

åka ut till arbetsplatsen. Här underströks vikten av företagshälsovårdens organisering efter arbetsplats, snarare än individen. Det förklarar också varför det generellt är få besökare vid vissa av företagshälsovårdens lokaler - det är i huvudsak individer som kommer dit för enskilda samtal.

Slutligen, en tredje aspekt som informanterna inom företagshälsovård tog avstånd ifrån och som kan knytas till förväntningen på företagshälsovården som en sorts vårdcentral var att hantera *allt som är arbetsrelaterat*. Den här sortens gränsarbete yttrade sig gentemot yrkesverksamma inom primärvården.

Vissa distriktsläkare kan man prata med, eller skicka remiss till och få ändå en dialog endera via brev eller muntligen, andra, som är det vanliga tycker jag, de kastar bara tillbaka det här: "Det här är företagshälsovård. Det här är arbetsrelaterat. Där har vi ingenting att göra. Det är inte vårt problem." [...] Jag tror många distriktsläkare tror att vi har samma mandat som dem, det vill säga, att vi är som en hälsocentral, som har pengar att kunna sköta det här på. De förstår inte att vi gör sådant som är uppdrag från arbetsgivaren. Om arbetsgivaren inte betalar har vi inget uppdrag, så de ser inte kopplingen till köp- och säljsystemet (Ulf, läkare, företagshälsovården).

Ibland yttrade sig gränsarbetet gentemot en specifik yrkesgrupp inom primärvården. Speciellt vanligt var gränsarbetet mot primärvårdsläkare, som illustrerat av citatet ovan. Företagsläkaren Ulfs gränsarbete riktas specifikt mot läkarprofessionen inom primärvård, i och med att det formellt är läkarnas bedömningar som kan leda till en remiss. Det är en sorts *multipelt gränsarbete*, som visar på sammanflätningen mellan profession och organisation i det här sammanhanget. Ulf, som de andra företagsläkarna, ställer sig kritisk till att primärvårdsläkare kategoriskt avvisar arbetsrelaterade problem som företagshälsovårdens ansvar. Den typen av gränsdragning menar han förutsätter att de professionella inom företagshälsovård har samma befogenheter som det traditionellt finns på en vårdcentral. Ulf reagerar starkt emot den förväntningen på företagshälsovård och pekar på företagshälsovårdens begränsningar att agera på grund av arbetsgivaren. Det är också intressant hur primärvårdsläkarna framställs som både ovetandes samt oförstående till företagshälsovårdens situation.

Företagshälsovården som rättvisans kämpe

En annan förväntning på företagshälsovården, som resulterar i ett gränsarbete från informanterna, var att de ska agera för att försvara och hjälpa individen. I det här temat var gränsarbetet riktat mot både individen som söker hjälp och vissa yrkesgrupper inom företagshälsovården. Med andra ord, informanterna inom företagshälsovård skapade gränser angående sin organisatoriska roll gentemot förväntningar både *utifrån*, i form av individerna, men också *inifrån* verksamheten.

I: Nej, men jag ska bara markera det här kring, vem som har ansvar för vad, där företagshälsovården helt plötsligt står ansvarig för att det är vi som ska rehabilitera, precis som man tror att det är facken som bestämmer arbetsmiljö, de är precis som vi ur den synpunkten konsulter, men det är ett samhällsproblem [...], men det är ett dilemma som man har att det förväntas att man ska kunna göra så mycket mer.

R: Från vem?

I: Från klienterna. Men vadå? Det här är som det är och man kan ha en chef som fungerar dåligt, och då skulle man vilja göra något, men då säger klienten att "Du får inte säga att jag har sagt". Vad ska jag göra då? Jag kan inte bara säga "taskig chef", jag måste komma någonstans ifrån. Vi kan ibland ha ganska mycket information om arbetsgivaren, men som vi inte kan använda. Där är ett dilemma som vi som företagshälsovård också har, vi kan tycka en massa saker, men vi sitter inte i beslutsfunktion (Nils, läkare, företagshälsovård).

Företagsläkaren Nils är tydlig med att visa att han tar avstånd ifrån individers förväntning kring företagshälsovårdens övergripande ansvar för rehabilitering. Han berättar att individerna som vänder sig till företagshälsovården ibland har orealistiska förväntningar på företagshälsovårdens handlingsförmåga. Företagsläkarens markering för var gränsen går för företagshälsovårdens roll och ansvar är intressant, för detta var ett återkommande inslag i intervjuerna med de verksamma inom företagshälsovård. Det fanns en slående tendens hos informanterna inom företagshälsovården att vilja börja intervjun med att påpeka och förklara för mig vad de menade var de *grundläggande förutsättningarna* för deras arbete. De uppgav ofta att deras arbete inom företagshälsovård innebär att de anställs som *externa konsulter*. Detta menade de betyder att de är beroende av

kunderna, det vill säga arbetsgivarna, eller organisationerna som anställer dem. På så sätt understryker informanterna vikten av att skilja på beställar- och utförarrollen gällande ansvarsfrågan. Utifrån det här perspektivet är informanterna endast utförare av beställda tjänster, medan ansvaret för tjänsterna tillskrivs arbetsgivaren.

Informanternas gränsarbete gentemot individens förväntningar på företagshälsovården kan i det här temat knytas till förändrade professionella roller (Brint, 1994). Inom exempelvis företagshälsovård, kan de professionellas roller som konsulter liknas vid *expertprofessionalism* (Brint 1994). De anlitas av arbetsgivare på grund av deras särskilda kunskaper inom arbetsmiljö, men saknar handlingsförmåga ifall arbetsgivarna, deras uppdragsgivare, inte godkänner det. De yrkesverksammas sociala ansvar är därmed begränsat av arbetsgivarna, som har makt och legitimitet att bestämma vad de vill göra med den kunskap eller information som de får som underlag. Ifall arbetsgivarna vill, kan de exempelvis välja att ignorera ett problem.

Gränsarbetet gentemot förväntningar på att företagshälsovården skulle agera som rättvisans kämpe kom dock inte bara utifrån, utan även inifrån företagshälsovårdens verksamhet. Beteendevetaren Stefan påpekade exempelvis att många av de yrkesverksamma inom företagshälsovård har jobbat i primärvården, där de har ingått i en skattefinansierad verksamhet. Utifrån den bakgrunden kan företagshälsovårdens nuvarande roll leda till frustration hos dessa yrkesverksamma.

Det är många, framför allt sköterskor, alltså den medicinska delen, (som) har svårt för det här, därför att det ingår i deras ryggrad att de ska hjälpa, bota. Alltså det är Florence Nightingale-syndromet, att man ska göra det till varje pris och de glömmer ibland bort vem som är deras kund, det vill säga, arbetsgivaren (Stefan, beteendevetare, företagshälsovård).

Som framgår av Stefans resonemang, så är det *affärsmässiga förhållningssättet* inte alltid självklart hos personalen inom företagshälsovård. Beteendevetaren pekar på att det är framför allt yrkesgrupper med en medicinsk bakgrund som är inriktade på att "hjälpa, bota". Det här förhållningssättet framhäver skillnader mellan olika yrkesgruppers inställning gällande ansvar. Trots att det ställer olika typer av professionalism mot varandra, används det organisatoriska sammanhangets betydelse som förklaring.

Företagshälsovården som "*bara ska dra in pengar*"

Den sista förväntningen som några informanter inom företagshälsovård målade upp och som resulterade i gränsarbete mot arbetsgivare, handlade om företagshälsovården som vinstjägare. Under intervjuerna ansåg vissa informanter att det ofta finns en förutfattad mening om att företagshälsovården bara är intresserad av att få intäkter, då de nuförtiden är affärsdrivande företag. Informanterna framhävde istället att de inte har behov av att attrahera *patienter* till sig. Speciellt företagsläkare menade att de snarare är ett komplement till hälso- och sjukvården och är därmed inte positivt inställda till att utföra sjukvårdsinriktade tjänster. En beteendevetare påpekade att det finns så mycket problem att det inte finns någon brist på arbete för företagshälsovården. Andra informanter underströk att de ville hjälpa människor, men i många fall var förhindrade på grund av arbetsgivaren. Ibland framgick det att arbetsgivare kan ha en misstänksam inställning till företagshälsovården.

Därför blir jag så frustrerad när jag försöker framföra min bedömning, vad jag tycker att individen har för behov, och i syfte att de ska komma tillbaka, eller kunna öka sin prestation, må bra, känna arbetsglädje, när den jag pratar med kommer att få nytta ifrågasätter det man säger, i tron om att jag bara ska dra in pengar (Julia, beteendevetare, företagshälsovård).

Beteendevetaren Julias gränsarbete gällande företagshälsovårdens roll är tydligt riktad mot företagshälsovårdens huvudkund: arbetsgivaren. Hon är upprörd över att hennes bedömning ifrågasätts med uppdragsgivarens förväntan om att företagshälsovårdens huvudsakliga intresse är att "*dra in pengar*". Flera informanters frustration, lik Julias, bottnar i den förändrade roll som företagshälsovården har fått på senare år. Beteendevetaren Julia refererar till den "*tuffa*" förändringen som företagshälsovårdsbranschen har genomgått, från att tidigare ha varit statsfinansierade till att bli privata företag. Hon menar att rollen som säljare är en del av hennes arbete inom företagshälsovården, men det är inte det som är hennes drivkraft. Att vara säljare framställs snarare vara en ofrivillig del. Därför ser hon förväntningen på företagshälsovården som vinstjägare som felaktigt och en förolämpning.

Julias resonemang är en bra illustration av de yrkesverksammas dubbla roller inom företagshälsovården. Kombinationen av att både vara vårdgivande och säljare är problematisk för de yrkesverksamma på två sätt. Å

ena sidan kan det uppstå en intressekonflikt mellan de två rollerna. I rollen som säljare behöver de yrkesverksamma argumentera för sina tjänster, medan de i rollen som vårdgivare, gör bedömningar med fokus att hjälpa och bota. Å andra sidan får deras dubbla roller konsekvensen att arbetsgivaren kan ifrågasätta den professionella bedömningens legitimitet. Informanterna finner det frustrerande att deras motiv är ifrågasatta, men undviker att gå i konflikt med arbetsgivare på grund av rädslan för eventuella konsekvenser. En annan beteendevetare, Sofia, tydliggjorde företagshälsovårdens beroendeförhållande och inställning till arbetsgivaren när hon under intervjun sade: *man kan inte hugga den hand som föder en*. Eftersom relationen till arbetsgivaren är av stor vikt för företagshälsovården, försöker de yrkesverksamma vara tillmötesgående i den mån det är möjligt.

"Primärvården kan ju aldrig säga nej, vi kan aldrig stänga dörren."

Medan gränsarbetet hos informanterna inom företagshälsovård kretsade kring olika förväntningar från arbetsgivare, individ och de yrkesverksamma inom primärvård, upplevdes förväntningarna på primärvården vara *samma* från alla håll. Ingrid, psykoterapeut inom primärvården uttrycker det på ett enkelt, men tydligt sätt:

Primärvården kan ju aldrig säga nej, vi kan aldrig stänga dörren.

Citatet illustrerar ett dilemma som är återkommande i de resonemang som informanterna inom primärvård för angående primärvårdens roll vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Det här citatet är speciellt intressant eftersom det ligger både en förväntning och ett konstaterande i psykoterapeutens uttalande. Vad exakt betyder att primärvården aldrig kan säga nej? Låt oss se närmare på det gränsarbete som informanterna inom primärvård gör gällande primärvårdens roll och ansvarsområde.

Intervjupersonerna berättade att primärvården enligt hälso- och sjukvårdslagen är sjukvårdens första instans. Det menade de innebär att primärvårdens roll är att vara tillgänglig för alla individer som söker vård och behöver en första bedömning av sin åkomma. Detta är informanterna inom primärvård införstådda med. Primärvårdsläkaren Emma förklarade till exempel att individen inte alltid vet orsaken bakom sitt tillstånd och på så sätt är primärvården den vårdgivare som individen vänder sig till. Med andra ord,

om en individ inte mår bra, är det vanligaste att individen vänder sig till sin läkare inom primärvården, *oavsett* problem. På så sätt händer det också ofta att individen kommer till primärvården i första hand vid arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Men, det visar sig att även om individen är medveten om att problemet är direkt knuten till arbetsplatsen, så är det vanligt att man vänder sig till primärvården. Hur kommer det sig?

R: Varför går de inte till företagshälsovården? Är det för att de inte har någon?

I: Det kan vara för att de inte har någon, det kan vara för att de inte ens vet om att det finns, det kan vara så att de har en konflikt med sin arbetsledning, och som företagshälsovården fungerar nuförtiden, så är det så att den är nästan alltid inköpt på konsultbasis och den som ska bevilja att man får företagshälsovård är just en arbetsledare som man har en konflikt med. Och då går man inte så gärna dit och ber om att få kontakt företagshälsovården. Sen tror inte jag att det är en allmän kännedom i samhället att företagshälsovården är de som är den egentliga instansen för arbetsrelaterad ohälsa, det tror inte jag att folk känner vet, så där, rent generellt.

R: Okej, så man tänker sig att det första som man ska vända sig till är vårdcentralen.

I: Det tänker man nog, ja, det tror jag. (Gustav, läkare, primärvård).

I enlighet med andra informanternas resonemang, berättade primärvårdsläkaren Gustav att det kan finnas flera orsaker till att en individ söker sig till primärvården med arbetsrelaterade problem. En vanlig orsak som framhävdes är att det inte finns någon tillgång till företagshälsovård. En annan var att individen eftersom det är arbetsledningen som beviljar att individen får tillgång till företagshälsovården, undviker individen att be om företagshälsovård vid en konflikt med arbetsledningen. Orsaken som är den mest intressanta är däremot att individen kanske inte ens vet ifall företagshälsovård finns, eller att det är till företagshälsovården de ska vända sig till vid arbetsrelaterade problem. Det signalerar nämligen att det finns en stor *osäkerhet kring företagshälsovården* och dess roll och det får konsekvenser för primärvården. Ofta innebär dessa orsaker att primärvården förväntas hantera arbetsrelaterad psykisk ohälsa istället för företagshälsovården. Och det är här informanternas gränsarbete börjar. För det är ingen tvekan om att

informanterna inom primärvård anser att arbetsrelaterad psykisk ohälsa hanteras bäst av företagshälsovården. Det är på grund av fokusen på arbetsplatsen som exempelvis läkarna inom primärvården argumenterar att företagshälsovården borde ta hand om arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Det främsta argumentet för att skicka en person till företagshälsovården när en person lider av arbetsrelaterad psykisk ohälsa är enligt informanterna inom primärvården *brist på kontakt med arbetsplatsen*.

För vad jag ville komma till var också att varför företagshälsovården måste gå in, det är ju för att jag vet ju inte om problemet är att min patient är illa behandlad. Det kan ju faktiskt vara som så att det är en besvärlig person också. Men jag måste ju tro på min patient om jag inte får sådan information så att jag direkt kan se att det här inte stämmer. Men om jag ändå måste lita på patienten, vilket jag oftast gör, så kan ju då företagshälsovården gå in och se på det här problemet, för det kanske är en person som är väldigt känslig, som uppfattar sig som mobbad bara den inte får sin vilja genom i alla sammanhang. Det kanske är egentligen tvärtom, så att en hel del av problematiken ligger där, men det behöver man ändå få hjälp av utav någon som gör en bedömning. På arbetsplatsen kopplar de ofta in, de har ofta egna beteendevetare som kan gå in och stödja patienten och utreda närmare var problematiken består, för det har inte vi resurser att göra (Magnus, läkare, primärvård).

Informanterna inom primärvård påpekade ofta arbetsplatsens betydelse för hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa, som primärvårdsläkaren Magnus. Vikten av företagshälsovårdens kontakt med arbetsgivare underströks med argument om att individens berättelse är otillräcklig för att hantera arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Primärvårdsläkaren Magnus ansåg exempelvis att utan en direktkontakt med arbetsgivaren, är det svårt för honom att få en förståelse för individens arbetssituation. Han föreslog även att individernas uppfattning av situationen kan vara felaktig, men att det inte går att motbevisa utan ytterligare information om arbetssammanhanget.

Informanterna inom primärvården refererade ofta till företagshälsovården som den enda vårdgivare som har *kunskap om och tillgång till* arbetsplatsen. De menade att dessa två faktorer är avgörande för att ordentligt kunna ta itu med arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Därför hävdade informanterna inom primärvården att företagshälsovården är bättre lämpade att hantera den här typen av problematik. På så sätt tillskrev de ansvar för hanteringen av arbetsrelaterade problem till företagshälsovården.

Informanternas gränsskapande gällande kunskap och tillgång till arbetsplatsen för hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa kan ses som ett gränsarbete som är grundad i de yrkesverksammas definition av sitt kunskapsområde. Utifrån ett sådant perspektiv kan den här typen av gränsarbete tolkas på flera sätt. En tolkningsmöjlighet är att gränsskapandet är en strategisk konstruktion för att avsäga sig ansvar för arbetsrelaterade problem som kunskapsområde. Detta är speciellt intressant i relation till tidigare forskning som snarare har visat på yrkesgruppers strävan efter att göra anspråk på arbetsuppgifter och utöva kontroll, så kallad jurisdiktion (Abbott, 1988). Istället för att hävda sin egen jurisdiktion kring ett kunskapsområde, tillskriver informanterna i den här studien ansvaret till de yrkesverksamma inom företagshälsovården. En annan möjlig tolkning är att gränsarbetet är ett sätt för informanterna att markera sitt kunskapsområde och ta ansvar för de begränsningar som deras organisatoriska sammanhang och yrkesroll för med sig. Med andra ord, informanterna skapar gränser utifrån den legitimitet och auktoritet som de anser förknippas med deras organisation. Trots nyansskillnader mellan dessa tolkningar, är konsekvensen densamma. Ansvaret för arbetsrelaterad psykisk ohälsa tillskrivs en annan organisation. Samtidigt finns det hos informanterna en medvetenhet om att tillgången till företagshälsovård inte är given för alla arbetstagare. Så även om kunskapsområdet och arbetsgivaren är grunden för gränsarbetet, är dessa argument inte relevanta om individen inte har tillgång till företagshälsovård överhuvudtaget.

Utifrån ovan är det vidare intressant att lägga märke till att medan vissa informanter inom primärvården ansåg att bristen på kunskap och tillgång till arbetsplatsen resulterade i att de ville skicka den enskilde till företagshälsovården, kunde brist på kunskap om företagshälsovården och brist på samarbete få motsatt effekt. En primärvårdsläkare menade att det var *bättre* för individen att hållas kvar inom primärvården.

R: [...] har ni något samarbete med företagshälsovård?

I: Nej, det är bristfälligt, jag vet kanske inte hur jag ska få tag på företagshälsovården och patienterna, vet ofta inte om de har någon företagshälsovård. Sen finns det undantag [...] men det är olika företag i alla fall som har olika företagshälsovård och då får man be patienten om att ta kontakt, men ibland kan det vara så att, säg att patienten kommer hit första gången, man är rädd för att det är något arbetsplatsrelaterat. Ska man då koppla in vår kurator? Eller ska man försöka bolla tillbaka patienten till sin arbetsgivare för att koppla in företagshälsovården? Och då är man osäker ibland. Finns det företagshälsovård? Är cheferna

beredda att betala, och vad har de, personerna som jobbar på den företagshälsovården för kompetens? Då vet man inte vad man har att göra med där, men här vet jag ju att vi har två jättebra kuratorer, och då känns det som, då är man lite rädd att förlora tid på att om ett par veckor få reda på att "Nej, det gick inte", eller "De hade inte det" (Emma, läkare, primärvård).

Primärvårdsläkarens svar ger en uppfattning om komplexiteten i att hantera arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Genom citatet synliggörs primärvårdens dubbla roll kring ansvar på grund av den överlappning som finns mellan företagshälsovårdens och primärvårdens ansvarsområden. Fast informanterna inom primärvården vill dra en gräns mot företagshälsovården, kan de inte göra det fullt ut på grund av olika osäkerhetsfaktorer. En aspekt är informanternas brist på kunskap om företagshälsovården och deras kompetenser. En annan är bristen på kontakt med yrkesverksamma inom företagshälsovården. Ytterligare en aspekt som pekas ut är att patienterna ofta inte har någon aning om de har tillgång till företagshälsovården heller. Dessutom är arbetsgivarnas attityd till att betala för arbetsrelaterade problem, en källa till osäkerhet. Dessa faktorer pekar mot att det finns en stor osäkerhet kring företagshälsovården, inte bara hos individerna utan även hos de yrkesverksamma inom primärvården.

Gränsarbete gentemot psykiatrin

Medan informanterna inom företagshälsovård har sitt huvudsakliga organisatoriska gränsarbete riktat gentemot primärvården, har informanterna inom primärvården ofta sitt gränsarbete riktat mot både företagshälsovården och psykiatrin.

Under intervjuerna med informanterna inom primärvården, var ansvar och roller i relation till psykiatrin ett vanligt återkommande ämne. Informanterna inom primärvård gav uttryck för en frustration, ibland uppgivenhet, över omöjligheten att inom primärvård kunna säga *nej* till patienter som enligt dem borde hanteras inom psykiatrin. Informanterna menade att det ligger en förväntning i primärvårdens roll att de ska ta emot alla. Att vara den som individen kan vända sig till i första hand och att ta emot alla som ingen annan kan ta hand om, är dock två skilda saker. Det är två innebörder som har olika konsekvenser. Kuratorn Malin förklarade exempelvis att det finns många diagnosområden där både primärvården och psykiatrin kan vara inblandade. Depression är en sådan diagnos. Primärvårdens roll är enligt henne att behandla lättare och medelsvår

depression, medan psykiatrin förväntas hantera svår depression. Gränserna mellan tillstånden är däremot flytande och leder till att det finns en överlappning mellan de två organisationernas ansvarsområden. Däremot finns det en "tydlig gräns" för när psykiatrin måste ta över: vid suicidrisk. Nina, kurator inom primärvården, nyanserade även sådana *tydliga gränser*. Hon förklarade hur det kommer sig att även självmordsbenägna patienter hamnar inom primärvården.

Dem får inte vi ha i primärvården, fast vi har dem i alla fall, eftersom självmordsönskan är ett akut tillstånd. Det går över efter 72 timmar säger psykiatrin, så de kommer tillbaka hit (Nina, kurator, primärvård).

Båda kuratorerna underströk att självmordsbenägna patienter är psykiatrins ansvar. Ninas kommentar visar däremot att den organisatoriska gränsdragningen är komplex, precis som vid arbetsrelaterad psykisk ohälsa. I det här fallet handlade det om att definitionen av "självmordsbenägen" inte delades av de yrkesverksamma inom primärvård och psykiatri. Därför anser primärvården att de får ta emot patienter som borde vara psykiatrins ansvar.

Informanternas gränsarbete gentemot psykiatrin framhäver att det har skett en förskjutning i primärvårdens roll. Enligt informanterna sträcker sig primärvårdens ansvar *enbart* till att ta emot alla individer som första instans och borde inte innebära att de förväntas ta hand om alla som inte får tillgång till någon typ av specialiserad vård. Informanterna inom primärvården kunde ofta återkomma till att primärvården har *brist på resurser och kompetens* för att kunna hantera psykisk ohälsa i allmänhet och arbetsrelaterad psykisk ohälsa i synnerhet. Därför hade vissa informanter en förhoppning om att den här typen av problematik skulle kunna få gehör hos politiker eller Sverige Kommuner och Landsting genom den här studien. Villkoren för vårdgivarnas ansvar är en spännande aspekt kring hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa, som jag nu ska belysa i nästa avsnitt.

Vem tar ansvaret? Kompetens och resurser kring psykisk ohälsa

Arbetsrelaterad psykisk ohälsa hanteras av både företagshälsovård och primärvård. Hittills har kapitlet behandlat de två organisationernas roller separat, med utgångspunkt i de förväntningar som de yrkesverksamma inom respektive organisation anser ställs på dem. I följande del sätter jag *ansvarsfördelningen mellan organisationerna* i fokus. På så sätt vill jag kunna uppmärksamma de två organisationers olika villkor gällande ansvaret.

I samband med ansvarsfrågan, var *kompetens* och *resurser* ofta två kärnområden som informanterna lade fokus på. *Kompetens* var en aspekt som informanterna inom både primärvård och företagshälsovård uppmärksammade. Inom primärvård var ett återkommande tema bristen på yrkesverksamma med psykosocial kompetens.

Sedan har ju vi rehabiliteringsmässigt och det har vi pratat om så länge jag har varit doktor nästan, så i varje fall de sista 20 åren från 90-talet, det här med rehabiliteringskedjan att det får liksom inte gå ett halvår innan man kommer igång i rehabilitering. Men lik förbannat så går det nästan ett halvår hela tiden innan det händer något. Först går de ett par månader hos oss och som vi har haft, vi har ju haft vakanser här [...] kuratorstjänster som inte blir satta, så att det saknas folk som ger terapi. Så vi har nästan ett halvårs väntetid här för att få någon form av terapi, så att folk väntar på terapi och så ska de gå och vara sjukskrivna och så händer det liksom ingenting (Björn, läkare inom primärvården).

Bristen på yrkesgrupper med psykosocial kompetens var ofta uppmärksammas i relation till långa köer inom primärvården. Medan primärvårdsläkaren Björn pekade på att det saknas sökanden med rätt kompetens till kuratorstjänster, vilket orsakade fördröjningar i rehabiliteringen, ansåg andra att det de långa köerna var en konsekvens av att det fanns för få tjänster för behandlare med psykosocial inriktning inom primärvården.

Inom företagshälsovård betonade informanterna sin kompetens kring samspelet mellan arbetsplatsen och individen, men underströk dess begränsning på grund av arbetsgivarens ställning som uppdragsgivare. Det för med sig att informanternas kompetens utnyttjas i det syfte som uppdragsgivare har behov och intresse av, vilket inte alltid stämmer överens med informanternas syfte.

Brist på resurser var en annan aspekt som var gemensam för informanterna inom företagshälsovård och primärvård gällande ansvarsfrågan. Deras sätt att prata om bristerna yttrade sig dock på olika sätt. Informanterna inom företagshälsovård hänvisade till företagshälsovårdens brist på resurser på grund av deras beroende av arbetsgivarens beställning av uppdrag.

I: [...] ibland får jag känslan av att vi får en stämpel, som företagshälsovård att vara mest eftervårdande, och det ger en frustration också, att vi liksom kämpar som djur för att komma in på andra sidan och det vi verkligen vill är att faktiskt inte behövas.

R: Ja, du skulle vilja att de lät er komma in mer i företagen.

ML: I främjande syfte och det är vissa som gör, vissa har uppfattat eller förstår ju det, men...

R: Och du uppfattar det som att det är pengar som är orsaken till att ni inte får komma in?

ML: Och givetvis tid, alltså att man inte, alla är ju stressade och tänker ju inte alltid så kreativt eller så klokt, alltså man släcker bränder här och nu, det är ju det som händer i vårt stressade samhälle, kraften finns inte att tänka mera långsiktigt, eller främjande heller, så det är inte säkert att det är bara pengar, men pengar har ju ett väldigt stort fokus överallt (Julia, beteendevetare inom företagshälsovården).

Som i utdraget från min intervju med beteendevetaren Julia, byggde informanternas resonemang ofta på att företagshälsovårdens resurser är starkt begränsade för att vissa arbetsgivare inte vill investera i förebyggande och främjande åtgärder. Istället satsar de resurser på vårdgivande åtgärder när större problemområden har uppstått. Resursfrågan uppmärksammades även på ett annat sätt. Informanterna inom företagshälsovård kunde även understryka att kundföretagens resurser skiljer sig starkt åt i och med att småföretagare ofta inte har samma möjlighet att investera i företagshälsovård.

Inom primärvård förknippades brist på resurser istället med *brist på tid* och *pengar* för att kunna hantera det stora antalet människor som söker hjälp. Informanternas resonemang kring ansvar speglade ofta den samhälleliga debatten, där mer resurser automatiskt skulle leda till bättre vård (se Helgesson & Winberg, 2008). Samtidigt fanns det undantag. En rehabiliteringskoordinator ansåg att deras samarbete kring långtidssjukskrivna inte skulle vara framgångsrikt om det var för många inblandade. Från hennes

perspektiv var framgångsfaktorn bakom deras lyckade arbete att hålla ner sjukskrivningar att det byggde på en begränsad samverkande grupp som var samspelt. Det handlade med andra ord mer om organisering än om resurser (Helgesson & Winberg, 2008).

Samarbete mellan företagshälsovård och primärvård?

Ett gemensamt tema som återfanns inom både primärvård och företagshälsovård kring brist på resurser, var en önskan om ett ökat samarbete mellan dem. Sedan 1993 står företagshälsovård utanför det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet, vilket enligt informanterna har resulterat i att de vanliga kommunikationsvägarna och därmed möjligheter till samarbete mellan primärvård och företagshälsovård har begränsats och försvårats. Ett exempel som framkom i intervjuerna med informanterna inom primärvård och företagshälsovård, var att de yrkesverksamma inte kan utnyttja remissystemet som de normalt använder i förhållande till andra vårdgivare. Som primärvårdsläkaren Gustav uttryckte det:

För jag kan inte skriva remiss direkt till företagshälsovården, för det måste gå via en beviljad, ekonomisk plånboksdel Gustav, läkare, primärvården).

Primärvårdsläkarens uttalande pekar på att det inte längre finns något smidigt sätt att remittera individen till företagshälsovård. Istället behöver de yrkesverksamma gå en omväg via arbetsgivaren, vars godkännande är den enda vägen att få tillgång till företagshälsovård. Enligt informanterna, kompliceras situationen dessutom av potentiellt motstridiga förhållandet mellan arbetsgivaren och den enskilde. Därför kan läkare ibland se det som nödvändigt att utöver att informera om att söka hjälp hos företagshälsovården, även skicka med en professionell bedömning i form av ett brev till arbetsgivaren för att öka sannolikheten att individen får hjälp.

Utöver en smidigare kommunikationskanal mellan de två typerna av vårdgivare, fanns det även andra åsikter om vad ett samarbete skulle kunna bidra med. Ett perspektiv var att ett ökat samarbete skulle underlätta fördelningen kring organisatoriskt ansvar.

De gånger som jag har ringt till företagshälsovården pratade jag med läkaren, men jag känner att det borde finnas någon som koordinerar där också. Och det finns det säkert, men jag, vi, har

väldigt lite samarbete med dem och det är lite synd. Och vi, rehab koordinater, nu är vi ett 30-tal i Landsting B, vi har pratat mycket om det här, att vi vill ha, alla vill ha ökat samarbete med företagshälsovården för att man ska ha rätt patienter. För företagshälsovården har ju oftast bättre resurser än vad vi har när det gäller arbetsrelaterat, när det gäller att göra besök på arbetsplatsen och sådana där bitar. Det ska inte vi göra inom primärvården (Helen, rehabiliteringskoordinator, primärvården).

Som det framgår i citatet av rehabiliteringskoordinatören, bygger det här resonemanget på idén att ett ökat samarbete skulle resultera i att respektive organisation får "rätt patienter". Citatet illustrerar dessutom, som jag nämnde tidigare, att informanterna inom primärvården framhävde företagshälsovården kompetens kring arbetsmiljöfrågor och tillgången till mer resurser än primärvården. Enligt det här perspektivet sågs samarbete som ett sätt för primärvården att kunna föra över vissa typer av patienter till företagshälsovården. Det var ett sätt att värna om de egna resurserna.

Behovet av ett ökat samarbete mellan primärvård och företagshälsovård belystes även från ett annat perspektiv.

Kan vi se det som våra gemensamma, även kanske då med företagshälsovård, våra gemensamma patienter, klienter vad man nu vill säga, så att vi får mer ett helhetstänkande så att ska de få bästa hjälp hos er, eller hos oss, så att man har en dialog kring det och inte bara (att) det är resurs. Alltså vi måste värna om våra resurser och vi har våra, men man kan jobba mer för nätverk på det sättet – (det) tror jag vi skulle behöva. För det saknas ju någonting där mitt emellan (Selma, psykoterapeut, primärvården).

I det här resonemanget betonades istället betydelsen av ett ökat samarbete för att undvika att individen hamnar mellan stolarna, medan respektive vårdgivare enbart fokuserar på sina resurser. Psykoterapeuten Selma föreslår därmed ett förhållningssätt där alla individer ska betraktas som ett *gemensamma*, istället för att ha låsta positioner som utgår ifrån ett resurstänkande. Problemet kring rollfördelningen vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa mellan primärvård och företagshälsovård var på så sätt direkt relaterad till ett huvudproblem: ansvarsfrågan.

I: Problemet är: "Vem tar ansvaret?"

R: Ja, vem gör det?

I: Och att då kan man säga att man inte är tvungen att ha företagshälsovård. Och har man inte den, då är det tydligt vems ansvar det är: primärvården. Har man företagshälsovård, så är det diffust. Då är det upp till arbetsgivaren att avgöra litegrann om de vill betala för det (Ulf, läkare, företagshälsovård).

Det stora problemet är med andra ord vem som *tar ansvar* för psykisk ohälsa. Ansvarsfördelningen kan nämligen tolkas på olika sätt. Som vi har sett tidigare under kapitlet, hävdade informanterna inom primärvård att arbetsrelaterad psykisk ohälsa är företagshälsovårdens ansvar i första hand. På motsatt sätt menade informanterna inom företagshälsovård att primärvården måste ta sitt ansvar. I informanternas gränsarbete gentemot varandra framgick det att de primärt betraktade hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa som antingen företagshälsovårdens eller primärvårdens ansvar. Det var sällan som de resonerade i termer av samarbete, där företagshälsovården skulle tas in som ett komplement till sjukvården. En anledning kan vara behovet av en tydlig rollfördelning.

En annan möjlig anledning till att informanterna ofta tilldelar ansvar till en organisation istället för att se varandra som komplement, kan hittas i utformandet och organiseringen av så kallade avstämningsmöten, eller rehabiliteringsmöten. Dessa möten bygger på att alla relevanta myndigheter och aktörer kring den sjukskrivna individens samlas för att samverka kring ärendet. Utöver individen inkluderar rehabiliteringsmöten ofta en läkare, en eller flera andra relevanta professioner utifrån individens problemområde, samt representanter för arbetsgivaren, Försäkringskassan, eventuellt Arbetsförmedlingen. Ett tydligt mönster kring informanternas beskrivningar av den här typen av samarbetssammanhang var att det i princip aldrig inkluderade både professionella från primärvård och företagshälsovård. Det var antingen primärvården eller företagshälsovård som höll i ärendet. Ansvarsuppdelningen framgick även generellt kring hantering av ärenden. Antingen är det läkare inom primärvården eller läkare inom företagshälsovården som har ansvaret för ärendet, så att de får överblick över alla insatser. Detta menade informanterna beror på brist på tillgång till samma journalsystem.

Den här typen av samarbetssammanhang är centrala i informanternas arbete kring den sjukskrivne. Det leder till en viss överlappning kring ansvar mellan företagshälsovård och primärvård. Detta kan knytas till den ökade specialiseringen och fragmenteringen inom sjukvården, där en tydlig ansvarsfördelning även kräver ett inslag av gränsöverskridande aktiviteter för hantering (Lindberg och Blomgren, 2009). Fast tendensen har gått mot att särskilja och definiera företagshälsovårdens

och primärvårdens roller i relation till varandra, har de två typerna av organisation i nuläget en överlappande funktion för hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Diskussion

I det här kapitlet har vi sett närmare på informanternas resonemang kring vem som har ansvar för arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Ansvarsfrågan resulterade i att informanterna skapade gränser mellan i huvudsak företagshälsovårdens och primärvårdens *organisatoriska roller*, genom att framhålla skillnader. Deras gränsarbete yttrade sig genom olika förväntningar som de anser ställs på dem.

Som jag har visat riktas informanternas gränsarbete inom de två typerna av organisation mot olika grupper. Informanterna inom företagshälsovården riktar sitt gränsarbete mot arbetsgivaren, den allmänna hälso- och sjukvården, med fokus på primärvården, samt individen. Inom primärvård riktas informanternas gränsarbete mot två vårdgivande organisationer, företagshälsovård och psykiatri. Medan gränsarbetets innehåll varierar inom företagshälsovården, har informanterna inom primärvård samma typ av argument gentemot företagshälsovård, som gentemot psykiatri. Även om informanternas gränsarbete kan i huvudsak förstås utifrån deras organisatoriska tillhörighet, så är gränsarbetet ibland sammanflätat med deras yrkestillhörighet.

Informanternas gränsarbete mellan de två organisationers roller är intressant, för det speglar den förändringsprocess som har skett sedan företagshälsovården har börjat verka på en privat marknad. Medan de två organisationers roller har tidigare sammanfallit, har utvecklingen gått mot att definiera deras separata funktioner i relation till varandra. Detta kan relateras till den ökade specialiseringen och fragmenteringen inom sjukvården (Lindberg, 2002; Lindberg & Blomgren, 2009). Samtidigt visar kapitlet på *ett glapp* mellan de olika organisationers roller i teori och praktik. Informanterna inom både företagshälsovård och primärvård uttrycker en frustration över förväntningar som de anser går utöver deras roller. Med andra ord, trots olika statliga försök att förtydliga de två vårdgivarnas roller, präglas informanternas vardag av en otydlig ansvarsfördelning kring hanteringen av (arbetsrelaterad) psykisk ohälsa. De yrkesverksammas gränsarbete kan ses som ett sätt att förtydliga sina roller genom att retoriskt betona skillnader. Dessutom har informanterna inom primärvård och företagshälsovård motstridiga perspektiv om vems ansvar det är att ta itu med arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Eftersom hanteringen av psykisk ohälsa sker av flera typer av vårdgivare, är rollerna i

viss mån överlappande. Bristen på samarbete mellan dessa två typer av vårdgivare ökar osäkerheten och otydligheten kring ansvar. Därför uttrycker många informanter en önskan om ett ökat samarbete.

Gränsarbete mellan yrkesgrupper har traditionellt används för visa hur grupper hävdar den egna gruppens legitimitet och auktoritet (Abbott, 1988; Gieryn, 1983; 1999). I min studie yttrar sig gränsskapandet kring ansvar istället genom att hävda någon annans legitimitet och auktoritet. Kan det hänga ihop med den kontroversiella bild som finns kring (arbetsrelaterad) psykisk ohälsa, samt att det är ett komplext problem? Låt oss se närmare vad arbetsrelaterad psykisk ohälsa är för sorts problem i nästa kapitel.

KAPITEL 6

Vad är "Arbetsrelaterat"? Gränsdragningar kring ett Komplex Problem

Arbetsrelaterad psykisk ohälsa är ett komplext problem att definiera och hantera, eftersom det inte finns någon enhetlig definition av det. Problemet ger utrymme för en bred tolkningsmöjlighet. Yrkesmässig bedömning och hantering består av att göra avgränsningar kring ett problem och definiera om det faller inom ens kunskapsområde för hantering. Vad är orsaken till problemet? Hur kan det åtgärdas? Inom vilket område finns hjälp? Finns hjälpen inom den egna organisationen, eller behöver individen komma i kontakt med någon utanför den egna organisationens ramar? Alla dessa avgränsningar är relevanta vid bedömningar av arbetsrelaterad psykisk ohälsa som ett hälsofenomen.

Det här kapitlet handlar om informanternas gränsdragningar i relation till arbetsrelaterad psykisk ohälsa som ett komplext hälsofenomen. Jag skildrar informanternas beskrivningar av *orsakerna* till psykisk ohälsa inom arbetslivet, men visar även att dessa är sammanflätade med deras kunskapssyn och den *position* som de har. Centralt för det här kapitlet är informanternas gränsarbete (Gieryn, 1983; Liljegren, 2008) kring "arbetsrelaterat". Som det framgår i kapitlet är gränsarbete kring orsakerna till arbetsrelaterad psykisk ohälsa en viktig, men inte avgörande strategi för hur individens problem definieras och behandlas. För att förstå informanternas handlande använder jag begreppet lämplighetslogik (March & Olsen, 1989). Begreppet syftar till att belysa de olika aspekterna i ett givet sammanhang, som leder till en viss handling.

Kapitlet är strukturerat efter informanternas orsaksförklaringar till arbetsrelaterad psykisk ohälsa. I *Ett organisatoriskt problem: "rent arbetsrelaterat"*, diskuterar jag informanternas betoning av organisationers betydelse för arbetstagarens psykiska ohälsa i arbetslivet. I nästa avsnitt, *Ett individuellt*

problem: kombinationen av "privat och "arbetsrelaterat", belyser jag informanternas resonemang av individuella personligheters betydelse i förhållande till arbetsrelaterad psykisk ohälsa, genom så kallad "prestationsbaserad självkänsla". I det här temat visar jag även hur arbetsrelaterad psykisk ohälsa kopplas till genus, där vissa grupper utsatthet framhävs, delvis på grund av svårigheten att få ihop "livspusslet" i ett förändrat tempo i det moderna arbetslivet. Kapitlet avslutas med en sammanfattande diskussion.

Ett organisatoriskt problem: "rent arbetsrelaterat"

Att ta reda på huruvida individens lidande är *orsakat* av arbetsrelaterade problem eller inte är en vanlig företeelse inom företagshälsovård och primärvård. När informanterna diskuterade arbetsrelaterad psykisk ohälsa i relation till arbetsplatsen, skiljde de på psykisk ohälsa som har sin utgångspunkt i "privata" problem och psykisk ohälsa till följd av "rent arbetsrelaterade"² problem. "Privata" problem i det här sammanhanget hänvisade vanligtvis till någon typ av psykiska problem som kan härledas till en individs förutsättningar i form av genetiskt arv, socioekonomisk bakgrund och förhållanden, personliga relationer, samt svåra livshändelser. Det är inte förrän dessa faktorer utesluts av informanterna som "rent arbetsrelaterade" problem kan ses som orsaken bakom en individs problem. "Rent arbetsrelaterade" problem beskrevs som olika problem knutna till arbetsplatsen. Ofta diskuterades de i termer av bristande ledarskap, otydliga mål, fördelning av arbete, dålig kommunikation, för många arbetsuppgifter, konflikter på arbetsplatsen, brist på återkoppling och uppsägningar.

I följande avsnitt tar jag upp tre aspekter som berör arbetsrelaterad psykisk ohälsa som *ett organisatoriskt problem*. Första aspekten visar hur arbetsrelaterat vägs emot medicinskt behandlingsbart av läkare, där individens sammanhang är avgörande för informanternas beslut om hantering. Den andra aspekten belyser istället vikten av informanternas egna sammanhang inom företagshälsovården, där hanteringen av arbetsrelaterat är beroende av

² Informanterna använde även uttryck som "helt arbetsrelaterat", "endast arbetsrelaterat", "helt och hållet arbetsrelaterat" och "renodlat arbetsrelaterad problematik". Jag har valt att benämna det som "rent arbetsrelaterat", eftersom det var det vanligaste uttrycket i det empiriska materialet som helhet.

arbetsgivarens godkännande. Slutligen diskuterar jag arbetsgivares tolkning av arbetsrelaterat och vad det får för konsekvenser vid hantering.

När arbetsrelaterat vägs emot medicinskt behandlingsbart

Primärvårdsläkaren Magnus och jag sitter i ett konferensrum på hans arbetsplats. Han har precis berättat om sin långa jobberfarenhet inom primärvården. Jag är intresserad av att veta hur han går till väga när han gör en bedömning, hur han resonerar vid diagnostisering. Jag undrar om kopplingen till arbetsplatsen överhuvudtaget är något som han frågar sig om vid diagnostiseringen av psykisk ohälsa. Han lyssnar noga på mina frågor och svarar utförligt.

Det kan vara på två sätt. Antingen så söker patienten och säger att jag mår dåligt på grund av att jag har en arbetssituation som är såhär. Då har de själva presenterat det så och då får man gå vidare och höra på vilket sätt mår patienten dåligt? Finns det några andra problem runt patienten i familjen, eller ekonomiskt, eller på något annat sätt? Är det bara det här med arbetet som patienten upplever jobbigt? Det får man då penetrera.

Primärvårdsläkarens svar visar på att kopplingen till arbetsplatsen är en vanlig del av individens berättelse gällande psykisk ohälsa. Däremot anser han att det är viktigt att pröva individens förklaringsmodell med frågor om andra delar av individens liv. Jag undrar varför:

Jo, för att det kan vara i det andra läget. Att patienten inte presenterar på det sättet, utan patienten söker och beskriver kanske ångestsymtom, eller depressiva symptom. Då får man ju börja i den ändan. Är det här, så att säga, det man kallar en endogen depression, alltså en depression som inte beror på några yttre omständigheter i större utsträckning, eller är det här en depression som beror på reaktiva, alltså att det är saker runt patienten som har utlöst den där depressionen? Då får man ju då gå vidare därifrån och se. Är det arbetsplatsen som är det stora bekymret, eller är det inte?

Läkarna inom både primärvård och företagshälsovård är intresserade av att avgöra om individens problem är arbetsrelaterat *eller* av medicinsk karaktär. Detta kan delvis relateras till att det i nuläget görs en distinktion mellan tre

sorters rehabilitering - medicinsk, social och arbetslivsinriktad – och var och en av dessa är knuten till olika instanser (SOU 2009:49). Vid över 60 dagars sjukskrivning, som är vanligt med psykiatriska diagnoser, har dessutom individen rätt till arbetslivsinriktad rehabilitering och rehabiliteringspenning. Diagnostisering har på så sätt en avgörande roll för vilken typ av rehabilitering individen får och vems ansvar det är att rehabilitera (SOU 2009:49). Den här utgångspunkten innebär att läkare drar gränser mellan *inre* och *yttre* orsaker, i enlighet med primärvårdsläkarens Magnus resonemang. På så sätt definieras *inre* orsaker som sjukdom och som ska hanteras inom primärvården. Problem relaterade till arbetsplatsen definieras istället ofta som reaktioner på *yttre* omständigheter. Här skiljer sig dock hanteringen mellan läkare inom företagshälsovård och primärvård. I sådana sammanhang resonerade primärvårdsläkarna att de inte kan hjälpa patienten, för de kan inte behandla bort problemet. När ett problem definieras som ”rent arbetsrelaterat”, så går det inte att göra något *medicinskt*. Ett arbetsrelaterat problem måste hanteras på arbetsplatsen, då varken mediciner eller terapi kommer göra någon skillnad för individens problem.

Ett arbetsrelaterat problem kan ju inte hanteras någon annanstans än lösa problemet som finns på arbetsplatsen på ett eller annat sätt. Annars blir det ju aldrig bra. Man kan ju lägga in hur mycket mediciner och kuratorer som helst, men det måste lösas: grundproblemet (Gustav, läkare, primärvård).

Precis som primärvårdsläkaren Magnus, särskiljer Gustav arbetsplatsrelaterade problem från sjukdom. Han menar på att medicinsk behandling och samtalsbehandling är fel medel för att ta itu med arbetsrelaterade problem och kommer därför inte hjälpa individen. Som citatet illustrerar, finns det inom primärvården dessutom en idé om att det inom företagshälsovården finns utrymme för att hantera arbetsrelaterade problem på ett mer strukturellt plan. Som jag senare visar, hävdar de professionella inom företagshälsovården istället motsatsen. Även inom företagshälsovården hanteras arbetsrelaterade problem ofta genom individuella insatser.

Inom företagshälsovård finns det omständigheter som komplicerar särskiljandet och hanteringen av privata och rent arbetsrelaterade problem. I motsats till primärvården, kan läkarna sitta i ett dilemma när de vill behålla en patient inom företagshälsovården. Det är nämligen en förhandlingsfråga med arbetsgivaren och ingen självklarhet utifrån läkarens bedömning. Yrkesmässiga bedömningar kring arbetsrelaterad psykisk ohälsa handlar om att *särskilja orsakerna* till individens lidande för att avgöra vilken yrkesgrupp, eller organisation som ska ta itu med problemet. Detta *särskiljande gränsarbete*

(Liljegren, 2008) syftar till att synliggöra skillnader i kunskapsområde och professionell legitimitet kring hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Samtidigt visar informanternas resonemang på komplexiteten i de bedömningar de gör. Även om orsakerna till individens problem är viktiga, behöver de sättas i ett större sammanhang och vägas mot andra viktiga aspekter. Med andra ord, fast läkarnas bedömning i första hand bygger på att lokalisera *orsakerna* till individens problem, vilket ger upphov till ett särskiljande gränсарbete, finns det även andra aspekter att väga in i hanteringsbeslutet. Flera primärvårdsläkare argumenterade för att det finns omständigheter då det inte anses *lämpligt* att skicka individen till företagshälsovården, fast problemet bedöms vara arbetsrelaterat. På så sätt *dekonstrueras* gränserna mellan arbetsrelaterat och privat. Lämpligheten väger tyngre än gränсарbetet mellan arbetsrelaterat och medicinskt, eftersom uppdelningen på ett uppenbart sätt inte gynnar individen. En sådan situation som flera informanter nämnde var exempelvis när individen redan har varit i kontakt med arbetsgivare och företagshälsovård, kanske även fackliga ombud, utan att några åtgärder har satts in. Å sådana fall ansåg läkare att individens utsatta situation vägde tungt och kunde leda till att de tog på sig ansvaret att behålla individen inom primärvården trots allt.

En annan aspekt av betydelse vid bedömningar kring arbetsrelaterat var att göra skillnad mellan olika problemområden. Primärvårdsläkaren Kristina gjorde explicit skillnad på olika *typer* av arbetsrelaterade problem. Hon menade att det inte är lämpligt att skicka individer med *vissa typer* av arbetsrelaterade problem till företagshälsovården. Det här resonemanget framkom även vid samtal med andra yrkesgrupper inom primärvård, där exempelvis mobbing eller konflikter mellan anställd och arbetsgivare ansågs vara ett vanligt undantag till att skicka individen till företagshälsovård. Vid andra typer av organisatoriska problem, som till exempel arbetstider, resonerade de att arbetsgivaren är den enda lämpliga instansen.

Individ kontra arbetsplats - Individualisering av arbetsrelaterade problem

Medan informanterna inom primärvård satte orsakerna till individens lidande i relation till deras sammanhang, vägde informanterna inom företagshälsovård orsakerna till individens problem snarare i relation till arbetsgivaren och sina egna sammanhang. Inom företagshälsovården avgör nämligen inte orsakerna hur arbetsrelaterad psykisk ohälsa hanteras. Eftersom informanterna är konsulter kan de inte behandla individen utan arbetsgivarens godkännande.

Det innebär att beslutet om hantering i slutändan tas av arbetsgivare och inte av informanterna. I följande avsnitt redogör jag och analyserar mina informanternas argument kring varför de inte kan, eller får, hantera arbetsrelaterat som ett organisatoriskt problem.

I motsats till informanterna inom primärvården hade informanterna inom företagshälsovård ett annat förhållningssätt till termen "arbetsrelaterat". De problematiserade idén om att arbetsrelaterade problem behöver hanteras inom företagshälsovården. Som jag snart belyser är det inom företagshälsovården varken givet att arbetsgivaren tar itu med de så kallade *grundproblemen* eller att företagshälsovården får något uppdrag överhuvudtaget. Trots alla ansträngningar att definiera orsakerna till arbetsrelaterad psykisk ohälsa, finns det enligt mina informanter inom företagshälsovård sällan utrymme för dem att hantera arbetsrelaterade problem på något annat sätt än genom individuella insatser, om inte arbetsgivaren tar initiativ till det. Informanterna pekade istället på att även vid organisatoriska problem väljer arbetsgivarna att sätta den enskilda individen i fokus, precis som inom primärvården. På så sätt, menar de, blir organisatoriska problem individualiserade.

Jag skulle önska att det blir en förändring i att man tar ett större ansvar på arbetsplatsen när det gäller arbetsrelaterad ohälsa - att man inte bara individualiserar problemen, utan att man sätter sig ner och funderar på finns det något vi kan göra här [...]. Jag saknar det här tänkesättet - i sammanhang - alltså vad är det som gör att människor mår dåligt? Det tar ganska lång tid att tänka i sammanhang det är mycket lättare att ge en snabb "quick fix". Så där och sedan har man gjort sitt. Det kan man känna ibland för vissa arbetsgivare "Nu har ju hon fått gå här tre gånger, då har vi gjort vårt." Så enkelt är det ju inte, utan det är mycket mer. Det tänker jag väldigt ofta på. Varenda dag tänker jag på det (Sofia, beteendevetare, företagshälsovård).

Enligt i huvudsak beteendevetarna inom företagshälsovård, är arbetsrelaterade problem ofta *individualiserade*. Som det framgår av citatet, yttrar det sig genom att arbetsgivare ofta lägger fokus på individen och att individen ska lära sig sätta gränser, fast enligt mina informanter är det ofta inte grundproblemet. Trots informanternas ansträngningar att definiera källan till individens problem, påpekade de att problem på arbetsplatsen sällan uppmärksammas och hanteras av arbetsgivare.

Det är intressant att lägga märke till att det enbart är informanterna inom företagshälsovården som pratar om individualisering av arbetsrelaterade problem. Av den anledningen är individualisering av det arbetsrelaterade ett

centralt tema som hör ihop med deras unika position som mellanhand mellan arbetsgivare och individ. I motsats till informanterna inom primärvården har informanterna inom företagshälsovård långsiktiga erfarenheter och samarbeten med arbetsgivare och deras anställda. På så sätt har de en bra inblick i organisationer. De pekade ut totalt *fem* särskilt viktiga orsaker till varför problem på arbetsplatsen inte behandlas på en strukturell nivå. Alla är knutna till arbetsgivaren.

En av de vanligaste orsakerna som informanterna inom företagshälsovården angav till att organisatoriska problem inte tas upp är att arbetsgivarna inte är beredda att göra strukturella förändringar inom en organisation.

R: [...] jobbar du mest mot organisationer eller är det individer?

I: Jag skulle vilja påstå att det är någon slags 60 – 40 läge för individ

R: Okej

I: ... mot organisation

R: Jaha

I: Det är nog fler individer än vad det är organisationer. Däremot så tror jag nog att man borde göra tvärtom.

R: Okej?

I: Mmm - det var en sådan där cliffhanger (skratt).

R: Ja (skratt). Vad tänker du?

I: Jag tänker alltså att individen mår ju naturligtvis dåligt på grund av, många gånger att organisationen inte är sjuk, men organisationen är inte lika intresserad av att ändra på sig, så får man ändra på individ.

R: Ja, just det.

I: Sen är inte det skrivet i sten, det är naturligtvis både och, men det kan man väl ändå uppleva att företagen kan uppleva det som farligt att kanske gå in och göra för mycket jobb i en organisation (Daniel, beteendevetare inom företagshälsovård).

Dessutom är insatser på organisatorisk- och gruppnivå resurskrävande, eftersom flera yrkesgrupper inom företagshälsovård involveras. Ett vanligt uppdrag som alla informanterna nämnde i samband med den organisatoriska nivån är *kartläggningar* av en arbetsplats. Både beteendevetare och företagsläkare ansåg att arbetsgivare ofta undviker den här typen av insatser på grund av kostnadsskäl. Beteendevetaren Julia uppskattade exempelvis att deras företagshälsovårdsföretag i genomsnitt får två till tre kartläggningar om året i uppdrag.

Flera beteendevetare inom företagshälsovård underströk att det nyligen har skett en förskjutning när det gäller vilka typer av problem som är i fokus i deras dagliga arbete. Beteendevetare har normalt sett uppdrag på individ-, grupp- och organisationsnivå, men flera av dem förklarade att deras uppdrag är mer individuellt orienterade nu än för ett par år sedan. Informanterna underströk att arbetsrelaterade problem uppmärksammas genom att fokusera på individens lidande och erbjuda individen någon form av professionell hjälp. Det kan handla om att lära sig mental och kroppslig avslappning, samt terapi. Att sätta individens lidanden i centrum är enligt de beteendevetarna en viktig insats, men kan vara problematiskt om det används för att ersätta insatser på ett strukturellt plan. Individuella insatser, som beteendevetaren Sofia påpekade, är bara en kortsiktig lösning om strukturen på arbetsplatsen förblir densamma.

Denna tendens att placera strukturella problem hos individen har exempelvis uppmärksamrats inom medikaliseringsforskning (Conrad, 2007; Caplan & Cosgrove, 2004; Bullock, 2004). Att definiera strukturella problem som psykisk ohälsa omdirigerar fokus från strukturella problem och ansvar, mot individuell psykopatologi och därmed individuellt ansvar. Eftersom psykisk ohälsa definieras som ett individuellt problem, är det förväntat att det ska behandlas inom (sjuk)vården. Skulle psykisk ohälsa definieras som ett organisatoriskt problem, kan det leda till insikten att problemet behöver hanteras på ett mer strukturellt plan och orsaken till problemet sökas inom ramen för organisationen.

En annan orsak till arbetsgivarnas individfokus vid arbetsrelaterade problem som speciellt beteendevetarna Erik och Charlotte angav, var att organisatoriska problem ofta kommer till uttryck genom några individer. Dessa individer tolkas av beteendevetarna inom företagshälsovård som ett symptom på något problem som finns mer utbrett på arbetsplatsen. Deras tolkning bygger på att de i sina insatser ser flera individer inom samma arbetsplats vänder sig till dem på grund av samma anledning, som till exempel stress. Beteendevetarna underströk att individerna är språkrör för den arbetsmiljö som de befinner sig i, men hanteras av arbetsgivare (och därmed

företagshälsovården) som om problemet är specifikt för dem. Ett sätt för informanterna att sätta problemet i sitt organisatoriska sammanhang, är att i sådana lägen uppmuntra individen att medvetandegöra chefen om problemet. På så sätt hoppas informanterna kunna komma i kontakt med chefen och väcka en diskussion kring arbetsmiljön på arbetsplatsen.

För det är lätt för både chef och omgivningen att göra det till individens problem: "Ja, vi vet ju att hon ska alltid vara så himla duktig" och "Tänk då alla hennes barn". "Det är klart att hon inte mår bra". Och sen blir det individens problem. Utan nej, gör det inte så enkelt! Utan: "Hur ser det ut på arbetsplatsen? Hur ser det ut runt omkring? Finns det andra som (har problem)?" Som en företagsläkare en gång sade: "Egentligen ska man kanske sätta till en haverikommission om någon går in i väggen på en arbetsplats. Att man verkligen går in där och undersöker" (Erik, beteendevetare, företagshälsovården).

Beteendevetaren Eriks uttalande pekar på att det vanliga sättet att söka förklaringar när en individ har arbetsrelaterade problem är hos individen. Han uppmanar istället till att betrakta problemet som ett *gemensamt* problem. Den inställningen menar beteendevetarna hjälper till att lyfta blicken från individens problem till att det handlar om allas, eller arbetsplatsens problem. Dessutom speglar det företagshälsovårdens strävan att jobba förebyggande och främjande, snarare än med efterhjälpande insatser. Samtidigt är situationen komplex, för trots individens medgivande, gäller det för informanterna inom företagshälsovård att få chefens godkännande till ett större uppdrag. De har inte legitimitet att gå in på en arbetsplats utifrån en individs klagomål. Är det flera individer som har problem, så kan det bli ett uppdrag att jobba med hela gruppen eller göra en kartläggning för att se vad problemet är, men de måste få ett uppdrag från arbetsgivaren. Konsekvensen blir att problemet hanteras genom efterhjälpande insatser riktade mot individen. Den slutsatsen dras även i en studie kring hur företagshälsovårdens tjänster användes i offentlig sektor (Schmidt & Sjöström, 2015). Det innebär att företagshälsovården används endast i begränsad utsträckning för förebyggande arbetsmiljöarbete.

Ytterligare en orsak som beteendevetaren Sofia knöt till individualisering av organisatoriska problem, är arbetsgivarnas åtskiljande av de anställdas hälsa och drivandet av ett företag. Med andra ord, enligt beteendevetarnas perspektiv betraktar och behandlar arbetsgivare de anställdas hälsa och det organisationsstrukturella som separata domäner. Företagshälsovårdens tjänster används vanligtvis i samband med de enskilda anställdas hälsoproblem, men inte i samma utsträckning vid organisatoriska

problem eller affärsrelaterade frågor. Företagshälsovårdens roll och legitimitet är begränsat till hälsoaspekter.

Den fjärde orsaken som majoriteten av informanterna inom företagshälsovård relaterade till att organisatoriska problem inte hanteras, var också knuten till arbetsgivaren. Den här förklaringen ger en annan bild av arbetsgivaren, även om det fortfarande är ett negativt intryck. Istället för att peka på arbetsgivaren som ovillig att genomföra strukturella förändringar inom organisationen, noterade informanterna att många arbetsgivare *saknar kunskap* om ansvaret att rehabilitera de anställda och att upprätthålla en god arbetsmiljö.

I: Det är ju alltid arbetsgivaren som är ansvarig för rehabilitering, det är det ju. Sedan kanske inte alla arbetsgivare är riktigt med på tåget där.

R: Okej.

I: Men då handlar det ju mer om att man är ny, man kanske inte vet det, de tror att det är Försäkringskassan som skall driva det och det är det ju inte.

R: Okej.

I: Men det handlar ju om okunskap (Charlotte, beteendevetare inom företagshälsovården).

Informanterna inom företagshälsovård återkom ofta till arbetsgivarens *rehabiliteringsansvar* enligt Arbetsmiljölagen i diskussionerna om arbetsrelaterad psykisk ohälsa, men hävdade att det finns stor okunskap kring rehabiliteringsansvaret. Enligt informanterna är detta problematiskt, då tillgången till företagshälsovård är begränsad till de arbetsgivare som har *kunskap om* och *möjlighet* att erbjuda företagshälsovård.

Som jag nämnde tidigare har företagshälsovården ingen kontrollerande funktion gentemot arbetsgivare, vilket sätter dem i en jobbig position. Mina informanter inom företagshälsovården upplever sig i vissa fall handfallna i relation till arbetsgivaren, då de inte har några medel till att få arbetsgivaren att leva upp till rehabiliteringskravet. Deras enda verktyg är att upplysa arbetsgivaren om deras ansvar via arbetsmiljöutbildningar. På så sätt blir det en förhandlingsfråga vad arbetsgivaren har ansvar för att rehabilitera och hur länge. Samtidigt är det svårt med arbetsmiljöutbildningar, då arbetsgivare aktivt behöver investera tid och resurser i dessa. Genom ett av mina företagshälsovårdsföretag fick jag erfara hur svårt det kan vara för dem att få tillräckligt många intressenter för att hålla en arbetsmiljöutbildning. Utbildningen som jag fick tillgång till att observera skulle bestå av ett visst antal

kurstillfällen och riktade sig mot chefsnivån. Trots planering och förberedelser fick utbildningen ställas in två år i rad på grund av för få intresseanmälningar.

Den femte och sista orsaken som alla informanter tog upp var att organisatoriska problem inte hanteras på arbetsplatsen till följd av motsatta ståndpunkter mellan arbetsgivare och individen. Den här bilden förmedlades starkt även av informanterna inom primärvården. Enligt både läkare, psykologer, beteendevetare, kuratorer och psykoterapeuter är meningsskiljaktigheter mellan arbetsgivare och anställda vanliga gällande arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Samtidigt vill jag understryka att informanternas perspektiv inom primärvården både kompletterar och skiljer sig från informanternas inom företagshälsovård. Fast de delar samma syn på relationen mellan individ och arbetsgivare, artikulerade informanterna inom primärvård inte individualiseringen av organisatoriska problem explicit. Istället associerade de individers tendens att söka hjälp inom primärvården delvis till anställdas motvilja att vända sig till arbetsgivaren. Informanterna inom primärvården tyckte att individer ofta betraktar företagshälsovården som arbetsgivarens bundsförvant. Detta resulterar i en viss försiktighet eller till och med motvilja mot att vända sig till företagshälsovården för hjälp. Många individer vill undvika att arbetsgivaren får reda på deras problem på grund av rädsla för eventuella negativa konsekvenser.

Det är intressant att notera att termen *arbetsgivare*, som den användes av informanterna innefattar åtminstone tre olika organisatoriska roller: chef, HR-personal och avdelningschef. Av dessa tre är det i huvudsak den senaste som pekas ut som problematisk i förhållande till individen. Därför är det i första hand en särskild organisationsstruktur som pekas ut som problematiska: arbetstagarens relation till sin avdelningschef. Man kan ju fråga sig varför det är just den här specifika organisationsrollen som är viktig. Svaret ligger i att det ofta är avdelningscheferna som utgör länken mellan individen och företagshälsovård. Medan avdelningscheferns ansvar inom organisationer är etablerat som problematiskt i relation till individen och företagshälsovården, finns det också viss förståelse för chefernas situation hos informanterna inom företagshälsovård. Även avdelningschefer framställdes ibland som människor som lider av organisatoriska omständigheter, med tanke på bristen på resurser och ökade krav på effektivitet på organisationer framställs. Det kan handla om att de inte har någon tid avsatt för enskilda samtal eller för att jobba med konflikter i grupp. Otillräckligt ledarskap kan i det här ljuset ses som en direkt följd av brist på tid och utrymme för avdelningschefer att utöva sitt ledarskap. Organisatoriska problem får allvarliga konsekvenser på alla nivåer inom en organisation, men enligt de professionella, är dessa sällan explicitgjorda. Flera beteendevetare betonar omedvetenheten som finns runt dessa typer av

organisatoriska problem. Ett belysande exempel på detta är att beteendevetarens Sofia noterade att chefer blir förvånade när de själva drabbas av arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Arbetsgivarens tolkning av "arbetsrelaterat"

Som jag nämnde i början på kapitlet, finns det ingen enhetlig definition av termen *arbetsrelaterad psykisk ohälsa*. Detta speglas både av informanternas egna tolkningar, men också av deras reflektioner om vad andra lägger i begreppet. Vissa informanter anser att det endast går att använda termen "arbetsrelaterad" när den psykiska ohälsan är *orsakad* av arbetet. Andra menade på att psykisk ohälsa även kan tolkas som arbetsrelaterad om det *påverkar* arbetet. Den här tolkningsflexibiliteten (Pinch and Bijker, 1984) är speciellt relevant i relation till arbetsgivarnas tolkning av arbetsrelaterat. Arbetsgivarens tolkning av arbetsrelaterat är avgörande gällande arbetsrelaterad psykisk ohälsa, i och med att det är arbetsgivarens beslut som avgör huruvida individen ska få hjälp inom företagshälsovård.

Att termen arbetsrelaterad är svårfångad är inte bara problematiskt. I organisatoriska sammanhang kan just dess svårfångade karaktär även vara fördelaktig. Termens otydlighet bidrar till att gränserna för vad som är "arbetsrelaterat" går att tänja på. Med andra ord, arbetsgivare kan välja att ha en strikt hållning till termens betydelse eller använda en flexibel tolkning av termen arbetsrelaterat, beroende på situation. Exempelvis menade flera av beteendevetarna att om de har bra kontakt med patienten kan arbetsgivaren bestämma att företagshälsovården får fortsätta att hjälpa individen, trots att individen egentligen inte har problem som är orsakade av arbetet. Då väljer arbetsgivaren att tolka arbetsrelaterat som att det *påverkar arbetet negativt*. Konsekvensen av den här tolkningsflexibiliteten innebär, på gott och ont, att individer inom en och samma organisation kan få olika tillgång till behandling.

Oavsett hur arbetsgivarna väljer att tolka arbetsrelaterat är det samtidigt tydligt att det professionella handlingsutrymmet är starkt begränsat av arbetsgivarens definition av arbetsrelaterat, samt deras fokus på hur problemet ska åtgärdas. Företagshälsovården är starkt präglad av *expertprofessionalism* (Brint, 1994), där samspelet mellan varje individuell arbetsgivare och de professionella är avgörande för handlingsutrymmet. Detta är i linje med tidigare studier om företagshälsovård som intresserat sig för relationen mellan företagshälsovård och deras kunder i Sverige (Schmidt et al, 2015; Schmidt & Sjöström, 2015). I en studie av "goda exempel" på samarbete mellan olika former av företagshälsovård och kundföretagen inom den privata

sektorn, underströk Schmidt et al (2015) att relationen mellan aktörerna var av avgörande vikt för ett bra samarbete. De identifierade tillit, förtroende och kontinuerlig kommunikation som särskilt viktiga aspekter. Företagshälsovårdens form, det vill säga huruvida företagshälsovården var extern eller inbyggd, var enligt deras studie inte av lika stor betydelse (Schmidt et al, 2015).

I kombination med att det är stor variation i avtal mellan arbetsgivare och företagshälsovården, innebär det att villkoren för den enskilda individen varierar kraftigt. Detta resulterar i stora skillnader i olika individers behandling.

Arbetsgivarens tolkning får konsekvenser i form av en *ojämn tillgång* till företagshälsovård belyses även från ett annat perspektiv av informanterna. Inom både företagshälsovård och primärvård uppmärksammade informanterna vikten av individens *socioekonomiska situation* när det kommer till tillgången till företagshälsovård. En uppfattning som de gav uttryck för är att tillgången till företagshälsovård präglas av klass.

Min egen personliga reflektion av de jag träffar är att det är en sorts klassfråga. En välutbildad, väavlönad med ett akademiskt högkvalificerat arbete, där finns företagshälsovård och chefer som är engagerade och vill ha tillbaka sina medarbetare i full kapacitet. Och då är man beredd att koppla in företagshälsovården. Lågutbildade, små företag, ja, där folk är mer utbytbara - de är inte så sugna på att satsa pengar på företagshälsovård, när man mer kan ta nästa medarbetare från gatan och stoppa in någonstans (Emma, läkare, primärvården).

Tillgången till företagshälsovård beskrivs av flera informanter gå hand i hand med utbildningsnivå och högkvalificerat arbete. Utifrån primärvårdsläkaren Emmas uttalande, kan tillgången till företagshälsovård delvis ses som en sorts strategisk tänkande från arbetsgivarnas sida. Om arbetsgivare ser potentialen hos kompetenta medarbetare och ser nyttan med företagshälsovård, finns det tillgång till företagshälsovård. Om arbetsgivaren har möjlighet att på ett enkelt sätt ersätta den anställda, till exempel när det gäller lågutbildad personal, är det ovanligt med att företagshälsovård kopplas in. Exempelvis nämnde en kurator busschaufförens arbetsvillkor som ett typiskt fall där företagshälsovården inte används.

Primärvårdsläkarens uttalande kan även delvis ses som ett konstaterande av att *vissa typer av företag* medför sämre arbetsvillkor för individen. Som det framgår av citatet är små företag ett typiskt exempel. Vissa informanter kopplade även ihop sämre arbetsvillkor med olika typer av ohälsa.

Beteendevetare Sofia, som har jobbat inom både kommunal och privat företagshälsovård, betonade att det är en stor skillnad i arbetsvillkor och därmed arbetsrelaterad ohälsa mellan olika sektorer. Hon nämnde kvinnodominerande yrken som skola, vård och omsorg, som sektorer som har särskilt slitsamma arbetsförhållanden och mycket ohälsa. I kontrast beskrev hon att anställda inom exempelvis statliga verk har både bättre arbetsförhållanden och mer tillgång till företagshälsovårdens tjänster.

Beteendevetaren Daniel påpekade istället att sedan arbetsgivaren har fått ökat ansvar för rehabilitering, finns det *en* stor skillnad i hantering. Arbetsgivaren har fått möjligheten att kräva en utvärdering av en anställds arbetsförmåga. Enligt Daniel innebär förändringen att arbetsgivaren har möjlighet att avsluta en anställning med *brist på arbete* som argument. Daniel förklarade att när rehabiliteringen var Försäkringskassans ansvarsområde var rehabiliteringsprocessen generellt längre, till och med oändliga. Försäkringskassan förväntningar på både den anställda och de insatser som skulle finnas vid rehabilitering tidigare mycket högre. Konsekvensen av det tidigare socialförsäkringssystemet, menar beteendevetaren Daniel, var att det nästan var omöjligt för arbetsgivaren att bli av med en anställd. Väl medveten om både de positiva och negativa konsekvenserna av socialförsäkringssystemets utformning, ansåg beteendevetaren att det är bättre för både arbetsgivaren samt arbetstagaren att det idag finns en möjlighet att avsluta en process som inte leder någonstans. Han underströk att utslagningen har ökat, men man kan också se det som att det nu finns möjligheter till att avsluta en ohållbar process.

En del drabbas, andra är det nog ok att de drabbas. Så cynisk tror jag att man kan bli när man jobbar. För man kan alltså se personer som utnyttjar systemet och det tycker jag, då är det lättare att se att det blir ett slut. Men personer som drabbas därför att de är svaga och har problem, det kan jag tycka, då känns det inte bra. Men vi ska nog vara klara över att det finns ett gäng personer som utnyttjar systemet. Så det är svårt att vara svart eller vitt, man blir ganska grå (Daniel, beteendevetare, företagshälsovård).

Som vi har sett, illustrerar det här avsnittet om arbetsgivarens tolkning av arbetsrelaterat att det finns en utbredd uppfattning om att många individer har begränsad eller ingen tillgång till företagshälsovård. Arbetsgivaren beskrivs som en "obligatory passage point" (Callon, 1981), en aktör som individen måste gå via för att individen ska få hjälp hos företagshälsovården. Detta skapar ojämlikhet när det gäller tillgång till vård på grund av en rad olika faktorer: olika arbetsgivare har olika avtal, inställningen till att erbjuda hjälp vid

arbetsrelaterad psykisk ohälsa varierar mellan chefer, okunskap kring rehabiliteringsansvaret, samt att det är en resursfråga som företaget behöver ta ställning till. Det här perspektivet dominerar inom företagshälsovården, men det finns även till viss del hos informanterna inom primärvården. Även de anser att vissa arbetsgivare inte erbjuder företagshälsovård till sina anställda, att vissa arbetsgivaren saknar resurser för att ha företagshälsovård för individen, samt att individen inte vill vända sig till företagshälsovården för hjälp på grund av riskerna att arbetsgivaren blir inkopplad. Dessa resultat pekar mot befarande att privatisering av välfärdstjänster kan få negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdens jämlikhetsideal (Blomqvist & Rothstein, 2008).

Ett individuellt problem: kombinationen av "privat" och "arbetsrelaterat"

Enligt informanterna är *kombinationen* av arbetsrelaterade och privata problem den vanligaste orsaken till arbetsrelaterade psykisk ohälsa. Som jag nämnde i förra avsnittet, skiljer informanterna mellan "rent arbetsrelaterade" problem och "privata" problem för att avgöra om problemet är orsakat av arbetsplatsen. Om de kan utesluta privata problem definieras arbetsrelaterat som ett organisatoriskt problem som behöver hanteras via arbetsplatsen. När det gäller informanternas förståelse av arbetsrelaterad psykisk ohälsa som ett *individuellt problem*, talar de om en *kombination* av arbetsrelaterade och privata problem. På så sätt handlar det här avsnittet snarare om ett sammanhängande gränsarbete (Liljegren, 2008). Detta betyder att gränsen mellan arbetsrelaterat och privat suddas ut.

Det här avsnittet är indelat i två delar. I första delen visar jag att när informanterna pratar om arbetsrelaterad psykisk ohälsa i termer av "*prestationsbaserad självkänsla*", används personlighet som ett medel för att hänvisa till en viss typ av individer. På liknande sätt är hänvisningar till *genus* ett återkommande tema, som ofta kopplas till en viss familjesituation, vilket jag tar upp i den andra och sista delen av avsnittet.

När individens personlighet och arbetsplatsen möts

Det är enligt mina informanter ofta svårt att skilja arbetsrelaterade problem från privata problem. Informanterna inom både primärvård och företagshälsovård anser att arbetsrelaterad psykisk ohälsa sällan handlar om antingen eller, utan

att det oftast är en *kombination*. För att förklara det här tankesättet använder de i regel begreppet personlighet. De refererade då till individer med en viss typ av personlighet. En typisk benämning de då använde var "prestationsbaserad självkänsla". Deras resonemang byggde på att en individs personlighet är densamma i dess yrkesroll och privatliv. Informanterna beskrev med andra ord "prestationsbaserad självkänsla" som ett personlighetsdrag som en person har i alla delar av livet. I begreppet inkluderade de en personlighet som strävar efter orealistiska mål och karaktäriseras av en överdrivet hög ambitionsnivå. Flera av mina informanter underströk att det finns ett behov hos dessa individer att lära sig nya strategier för att hantera livet, både på jobbet och privat.

Ibland kanske man hävdar "Arbetsförhållanden, arbetsförhållanden, arbetsförhållanden", som gör att man blir utmattad och många gånger är det det, men jag brukar säga att som regel så finns det bidrag från tre områden" det handlar ju om arbetsförhållanden, det handlar om sociala förhållanden och det handlar om personlig läggning, de tre finns alltid med. Jag vill inte säga personlighet, jag vill ju inte ändra en människans personlighet som kommer hit, men jag brukar säga att det är väldigt viktigt med den inre resan. Om man har kört en viss strategi i 27, 37, 47 eller 57 år då är man Agneta 1.0 och vad jag menar att för att komma genom det här [...], så menar jag att man bör sluta med 2.0. Det behövs en programvaruuppdatering. Den inre resan är det absolut viktigaste, att man lär sig ett annat förhållningssätt (Andreas, läkare, företagshälsovård).

Citatet illustrerar ett karaktäristiskt sätt som mina informanter diskuterade den komplexa relationen mellan *arbetsrelaterade* och *privata* problem. Det här kunde nämnas på flera olika sätt. En del refererade till detta i termer av sådant som familjeförhållanden, medan just Andreas talade om hur de sociala förhållandena hade stor betydelse. Andreas uttalande utmärkte sig också i det att han pratade om *personlig läggning*, snarare än personlighet. Å andra sidan liknar hans beskrivning av "den inre resan" och individens behov att lära sig ett nytt förhållningssätt till hur andra resonerade kring individer med prestationsbaserad självkänsla.

Individer med prestationsbaserad självkänsla beskrevs ofta som att de hade en "skör" personlighet, något som informanterna i regel knöt till individens uppväxt. På grund av avsaknaden av grundtrygghet, ansågs dessa individer vilja vara till lags och göra bra ifrån sig på arbetet. Paradoxalt beskrevs individer med prestationsbaserad självkänsla också som starka. Styrkan hos dessa personer ansågs yttra sig genom en inre drivkraft, som gör att de är lösningsfokuserade och vill framåt. De beskrevs kort sagt som *resursstarka*.

Beteendevetaren Sofia menade att trots att sådana här individer kan rasa totalt på grund av otillräcklighet, och genomlida en personlig kris, så reser de sig automatiskt och styr siktet mot nästa mål om de får tröst och stöttning.

Enligt informanterna har kombinationen av styrka och skörhet konsekvenser för individer med prestationsbaserad självkänsla i deras relation till arbetsplatsen. Primärvårdsläkaren Kristina pekade exempelvis på att det är vanligt att arbetsgivare utnyttjar och dränerar den här typen av individer. Från det här perspektivet är *samspelet* mellan arbetsplatsen och individens personlighet central. Vissa informanter betonade att människor tål olika mycket, men att en välfungerande arbetsplats måste ha någon slags spännvidd för vad man kräver att personalen. Primärvårdsläkaren Gustav menade till exempel att en arbetsplats som inte fungerar väl har en slags mall för hur alla ska prestera, vilket gör att alla kanske inte kan leva upp till den. Med andra ord, informanterna resonerade att arbetsplatsen behöver vara flexibel för att det ska finnas utrymme för olika typer av individer.

Om vi säger en god arbetsplats, som då i min värld betyder ett öppet system, det vill säga att det är höga trösklar och man får vara den man är i sin person. Då kan man vara ung och ambitiös och ganska så prestationsinriktad och ändå må bra när du går hem, för att klimatet ger plats för båda de här. Men om vi tar en riktigt destruktiv kombination, då är det ett slutet system på arbetsplatsen, men mycket dolda budskap och repressalier och sen är det en person med låg självkänsla, kanske ung, ny, oerfaren, otroligt hög prestationsnivå, kravbild på sig själv, sätt in en sådan person i en sådan här miljö och du får en sjukskriven (Malin, kurator, primärvård).

Citatet av kuratorn Malin illustrerar ett tankesätt där det är en kombination av en speciell typ av arbetsplats och en viss personlighet som resulterar i en destruktiv situation för individen. Det är enligt det här sättet att resonera just kombinationen av en slutet arbetsplats och en skör individ som leder till sjukskrivning. En fungerande arbetsplats leder med det här perspektivet inte till sjukskrivningar, oavsett individens personlighet. Malin underströk att det är en ledningsfråga att fånga upp individer med hög kravbild och dåligt självförtroende och att låta dem veta att de har presterat tillräckligt.

Flera av mina informanter framhävde att dagens arbetsliv karaktäriseras av en ökad otydlighet och gränslöshet kring arbetssituationen. De underströk att arbetsrelaterade problem handlar om att många drabbade ser det som att arbetsplatserna ger dem för många arbetsuppgifter, men inte tillräckligt med tid för att sköta dem. Här resonerade informanterna om att lösningen då ligger i att individer behöver lära sig att sätta gränser på

arbetsplatsen. Det kan exempelvis vara genom att be om hjälp, eller att delegera arbete. Här definierade de således problemet som orsakat av att individer med prestationsbaserad självkänsla är för stolta för att be om hjälp. Med andra ord, problemet kommer av att de vill visa sig duktiga och klara arbetsuppgifterna själva. Psykoterapeuten Ingrid poängterade att i de här sammanhangen är lösningen att individen lär sig ett nytt förhållningssätt.

Då kanske man skall lära sig mera acceptans och (ett nytt) förhållningssätt. Man kanske inte kan rädda hela världen utan man får se till sitt eget. Bli lite mer att tänka på sig själv i de lägena: "Okej, jag behåller jobbet, men det är inte okej med personalpolicyn som den är, eller att man inte anställer folk ordentligt som det behövs." Jag tänker på omsorger och skola och dagis. Många lärare och förskollärare som (jag träffar) mår jätte, jättedåligt och ser hur barn far illa, det är inte så kul för dem men de behåller ju jobbet ändå. För att vad ska man göra när det inte finns så mycket att välja på? Då får man väl jobba med hur man skall förhålla sig till fenomenet eller sina tankar och det som kommer upp. En del de kämpar på tappert och andra, de går dit och får sin lön och går hem när de ska. Så det är lite olika hur de förhåller sig (Ingrid, psykoterapeut, primärvård).

Psykoterapeuten Ingrid underströk att det finns många negativa arbetssituationer som individen inte kan förändra. Eftersom valmöjligheterna är begränsade utifrån dagens arbetsmarknad, gäller det enligt henne att hitta ett förhållningssätt som fungerar för varje enskild individ. Nyckeln till att inte bli sjuk, menade hon, ligger i att ändra sitt eget förhållningssätt: att lära sig acceptans.

Samma problematik som Ingrid beskriver, benämner kuratorn Malin som en värdekonflikt. Malin underströk att en värdekonflikt ofta är något som är svårt för individen att sätta ord på. Hon menade på att ofta har vare sig personen eller omgivningen tänkt i de banorna, utan man pratar på ett konkret plan. Ett typexempel är att individen beskriver sig jobba under krävande arbetsförhållanden och känner sig påtvingad ett arbetssätt som den anser är påfrestande för alla inblandade. Malin menade på att den här situationen kan tolkas som att individens värdegrund är att göra ett bra jobb och vara lojal mot arbetsplatsen, men förutsättningen har blivit sådan att det inte går av någon anledning. Efter ett tag upplever individen att det inte längre går att fortsätta på det här sättet då det i förlängningen leder till psykisk ohälsa. Med andra ord, glappet mellan den individen *är* och *gör* kan leda till en värdekonflikt. Det här perspektivet understryker relationen mellan olika delar av individens liv.

Arbetsrelaterad psykisk ohälsa är med andra ord ett hälsofenomen som delvis uppstår på grund av bristande resurser inom organisationer. Människor har inte resurser att sköta sina jobb på ett för dem tillfredställande sätt. Det innebär delvis att de ställs inför dilemmat att göra sitt jobb på sitt sätt, men utsätta sig för risken att inte hinna med alla sina arbetsuppgifter, alternativt att låta resurserna, eller bristen på dessa, avgöra arbetets kvalitet.

Medan bristen på gränssättning kring mängden arbetsuppgifter är en dominerande bild som informanterna ger av varför individer med prestationsbaserad självkänsla får problem, finns det även andra förklaringar. Kuratorn Malin argumenterade att stress inte behöver handla om *för mycket* arbetsuppgifter. Det kan lika gärna handla om *för lite* arbetsuppgifter. Det beror på relationen mellan individens personlighet och arbetsplatsen. Det är inte mängden aktivitet som avgör. Fast det generellt är högre stress inom arbetslivet, så menade kuratorn Malin att så länge individens värdegrund stämmer överens med arbetsplatsens, så kommer individen inte få negativ stress. Hon exemplifierar med att vissa personlighetstyper blir stimulerade av arbetsplatser med högt tempo och höga krav. De kan istället bli stressade av arbetsplatser där de har alldeles för lite arbetsuppgifter och där arbetsuppgifterna känns meningslösa.

Sammanfattningsvis finns det ett återkommande mönster av att betrakta arbetsrelaterad psykisk ohälsa som orsakad av en kombination av arbetsplats och personlighet. Det är kombinationen individ och organisation som skapar ohälsa tillsammans. Samtidigt finns det en tendens att framhäva individer med en *risk-personlighet*, som behöver lära sig att bättre hantera situationen i arbetslivet. Det talas om att dessa individer ska sätta gränser, eller uppdatera sig till en bättre version av sig själva. Lika slående som att arbetsplatsen är en återkommande del av vad som skapar problemet, lika frånvarande är den i dessa diskussioner om lämpliga åtgärder. Det är närmast som individen, i en uppdaterad 2.0 version föreslås som en behandling av en sjukdomsalstrande arbetsplats.

"Ambitiösa damer" – vikten av genus

Informanternas skildringar av arbetsrelaterad psykisk ohälsa relaterades återkommande till könsskillnader. Resonemang kring "prestationsbaserad självkänsla" berörde ofta könsroller både i fråga om arbetsmiljön, familjeliv och i samhället i stort. Många av informanterna påpekade att det är flest kvinnor som drabbas av psykisk ohälsa i arbetslivet. Dessa informanter menade att det handlar om att kvinnor tar mer ansvar för barn och hem, vilket innebär att de

har en större belastning. Företagsläkaren Andreas pekade exempelvis även på forskning som visar att det finns skillnader i stressnivå mellan könen under arbetsdagen. Han betonade att medan männens stressnivå går ner vid arbetsdagens slut, stegras kvinnornas stressnivå istället.

När informanterna gav exempel på individer med prestationsbaserad självkänsla pratade de i huvudsak om individen som en kvinna, både direkt och indirekt. Det var exempelvis vanligt med hänvisningar till småbarnsmammor och ensamstående mammor, som behöver lära sig sätta gränser, eller be om hjälp. Företagsläkaren Ulf och kuratorn Nina använde sig av uttrycket "duktig flicka". De situationer när prestationsbaserad självkänsla indirekt knöts till kvinnor, var när de professionella exemplifierade personlighetstypen genom att inkludera detaljer som tydliggjorde att de pratade om en kvinna. Exempelvis kunde det handla om att den här individen tar mer ansvar för barnen än mannen, eller att de refererade till individen som "hon". I sådana sammanhang var det inte uttalat att individen är en kvinna, men det var underförstått. Här är ett exempel på hur informanterna kunde resonera kring betydelsen av genus. Det är ett utdrag från en intervju där informanten gav uttryck för flera av de nämnda aspekterna kring arbetsrelaterad psykisk ohälsa och könsskillnader.

I: Det som har varit nu, det är utmattningsdepressionerna som vi har haft någon slags epidemi av sista halvåret. Det har lugnat ner sig något här nu, men det var väl i januari, februari. Då var det nästan som en epidemi. Kvinnor i 30 års ålder, utmattningsdepressioner. Det kom flera varje vecka.

I: Men du säger kvinnor i 30 års ålder. Är det en specifik grupp?

R: Ja 30-40 år, ambitiösa damer som har familj och som har barn och som har olika sorters arbeten, flera som har haft lite mellanchefställningar så där. Lite arbetsledare, men även en grupp som har haft mera okvalificerade arbeten med lite tyngre arbeten då, arbeten som på äldreboende i vården och hemtjänst. Ambitiösa damer.

I: Men det låter på dig som att...

R: Vad då..?

I: Nej, men det låter lite på dig som att det är inte så konstigt, eller vad man ska säga. Hur kommer det sig att just de här patienten...?

R: Ja, det kan man göra, men det här är inte någon vetenskap på något sätt. Men min upplevelse av det där är väl som jag säger. Det

är ambitiösa kvinnor som har skapat sig familj och barn och det är bara det (att det) kostar massa energi förstås att ta hand om. Och sedan ska de dessutom göra en yrkeskarriär och så kanske de har fått lite sådana här ansvarsuppdrag [...] Sedan är det klart att det finns utbrända män också, det finns det, men den här gruppen som har varit just här har varit kvinnor. Men min bild är kanske just att de har det här, att de ändå tar mest ansvar kanske för, ja för familjen och barnen och så där. Att trots det som man kanske vill att det ska vara så tror jag kvinnorna fortfarande...

I: Du menar att det kanske är genus... ?

R: Ja, lite grand. Jag ska inte säga att man har tokiga män och sådant. Det kanske är jättetrevliga män som hjälper till allt vad de orkar, men det är ändå på något sätt så får man känslan av att det finns något där. Någon slags ambition att man har ansvar för familj och så skall man göra karriär och så kämpar man som attan och så håller det och det har ju varit flera sådana där. Det finns någon punkt på något sätt där det liksom, ja, där det rinner över på något sätt, att det brakar ihop. De kämpar till en viss punkt och sedan så tar det slut. Och när det tar slut, då tar det slut liksom. Det är väldigt ofta långa sjukskrivningar och att de kanske aldrig kommer tillbaka till sina jobb. Och ganska långa terapier och medicinerings. Det är inget som går över på ett par veckor, utan det handlar om halvår då (Björn, läkare, primärvård).

Den första aspekten som är intressant att lägga märke till i citatet ovan är primärvårdsläkarens liknelse av utmattningsdepressionen med en "epidemi". Det tyder på att antalet fall av utmattningsdepression spred sig snabbt under en specifik period för att nå kulmen under januari och februari och sedan avta. Fast andra informanter inte lade vikt vid specifika tidsperioder på samma sätt, framhävde flera att *sjukdomsperioder* kunde orsaka mycket stress hos föräldrar, för att de behövde prioritera mellan barn och arbete. Detta knyter direkt an till primärvårdsläkarens uttalande om att sjukdomen är begränsad till en specifik grupp: kvinnor i åldersgruppen 30-40 år, som har både familj och ska göra karriär. Läkaren är försiktig i sina uttalanden och betonar att detta är bara hans erfarenhet, som inte är "vetenskap på något sätt". Han föreslår att det kan handla om könsroller, där kvinnor av någon anledning tar ett större ansvar för familjen än männen. Även de flesta andra informanterna såg kvinnor som mest drabbade, men det fanns även en mindre grupp informanter inom primärvård och företagshälsovård, som istället ansåg att *vissa samhällsgrupper* är mer sårbara och utsatta, särskilt *familjer med (små) barn och ensamstående föräldrar*. Kännetecknande för dessa grupper är enligt några informanter svårigheterna

med att "lösa livspusslet". I de fall där informanterna talade om "livspusslet", påpekades det vanligen att det inte finns några större skillnader mellan könen. Beteendevetaren Sofia och psykoterapeuten Selma menade exempelvis att det har skett en förändring mellan generationerna, där även yngre män har börjat att ta ansvar för familjen och har problem med att få ihop familj och arbete. På grund av stressade livsomständigheter kämpar dessa vuxna, oavsett kön, för att behålla sin prestationsnivå på jobbet. Här kommer ett utdrag från en av mina intervjuer, där jag precis har ifrågasatt om "livspusslet" kan ses som sjukdom.

Nu blir det på något sätt en sjukstämpel på att vara stressad. Det är precis som du säger att inte få livspusslet att gå ihop det är ingen sjukdom, men det blir en sjukdom när man inte fungerar, när det har tippat över till att man får sådana symtom så att man fungerar inte vare sig i arbete eller i sin privata situation. Så det här med funktion tycker jag är viktigt. Men vad får det för resultat om inte livspusslet går ihop? Då kan det bli en sjukdom om man blir deprimerad för att som en del komponent man inte får livspusslet att gå ihop (Magdalena, psykoterapeut, primärvården).

Psykoterapeuten Magdalena förklarar att även om "livspusslet" inte är en sjukdom i sig självt, definieras det som en sjukdom när den sänker individens funktionsnivå. I ett samhälle där hälsa likställs med maximal prestation, är alla andra tillstånd definierade som ett tecken på sjukdom. Ett vanligt tankesätt hos informanterna sammanfattas på ett enkelt sätt av en beteendevetare inom företagshälsovård:

Man kan inte sjukskriva sig från sin familj, men man kan sjukskriva sig från jobbet (Charlotte, beteendevetare, företagshälsovård).

Citatet ovan illustrerar, precis som företagsläkaren försöker beskriva, att vissa behöver sjukskrivas på grund av att de har tagit på sig för mycket. Beteendevetaren Charlottes uttalande förtydligar dessutom det samhälleliga sammanhanget. Eftersom det inte finns något socialt accepterat sätt att minska kraven på individen (oftast kvinnan) inom familjesituationen, blir sjukskrivning från arbetet ett sätt att minska bördan.

En intressant kontrast till de här resonemangen, är några beteendevetares beskrivningar kring arbetsgivares tolkningar vid sjukskrivning. Till exempel hävdade beteendevetaren Sofia att mäns psykiska ohälsa oftare tolkas som på grund av *arbetsrelaterade* problem, medan kvinnors problem mer ses som knuten till *privata* problem. Om en kvinna blir sjukskriven för exempelvis utbrändhet finns det alltid en medvetenhet kring kvinnans liv

utanför arbetsplatsen. Det kan handla om antalet barn, jobbiga hemförhållanden eller andra omständigheter som kopplas till att kvinnan har fått problem. Om en man blir sjukskriven för utbrändhet, söks förklaringar till mannens sjukskrivning i strukturer på arbetsplatsen. Det kan handla om organisationsförändringar, dålig ledning eller liknande. Fast det är en grov generalisering och det finns många undantag, så menade beteendevetaren att män oftare sätts i ett arbetssammanhang och kvinnor i ett familjesammanhang. Tolkningen av individens problem får konsekvenser för hur de behandlas av arbetsgivaren.

Jag vill låna beteendevetarnas iakttagelser gällande vikten av genus vid prestationsbaserad självkänsla och föreslå att den även är användbar för att analysera de tolkningar som görs av flera av informanterna själva i sjukvårdssammanhang.

Diskussion

Informanterna har olika strategier för att ta reda på vilken typ av problem som ska åtgärdas. En av de saker som informanterna inom företagshälsovården och primärvård i regel måste ta i beaktande är huruvida problemet är *arbetsrelaterat* eller *privat*. Deras berättelser tyder på att det är svårt att göra en sådan avgränsning då det psykosociala finns längs med ett spektrum, snarare än att det kan delas in i friskt eller sjukt. Komplexiteten hos det psykosociala blir påtaglig genom exempelvis att patienten själv inte vet, att vissa typer av problem är svåra att sätta ord på, att individens berättelse är subjektiv, samt att individen kanske inte ger hela bilden av situationen. Flera informanter understryker svårigheterna med att bedöma orsakerna till arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Det finns inga linjära samband. Detta illustreras även av deras skiftande syn på orsakerna till varför människor drabbas av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Många informanter pratar i termer av sociala, individuella och arbetsrelaterade problem, samtidigt som de återkommande resonerar att det är en kombination mellan dessa faktorer som bidrar till arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Dessutom är relationen mellan de olika delarna inte givna, utan högst individuella.

Genom att väga arbetsrelaterat mot medicinskt behandlingsbart, har läkarna en tendens att utgå ifrån att det går att skilja på olika delar av individens liv. Detta kan knytas till ett biomedicinskt perspektiv. Yrkesgrupper som kurator, psykoterapeut och beteendevetare uttrycker ofta ett intresse för relationen mellan de olika delarna av individens liv, istället för att skilja dem åt. Det här synsättet präglade även avsnittet om personlighet och genus, men blir

speciellt tydligt genom informanternas resonemang kring värdekonflikter. Intressant att kurator och psykoterapeut nämner *värdekonflikt* mellan individ och arbetsgivare som en viktig aspekt, där relationen mellan individ och arbetsplatsen står i fokus. Detta är speciellt intressant i relation till läkarnas resonemang, då läkarna anser att om problemet är knutet till arbetsplatsen finns det inget som varken läkare eller kuratorer kan göra. Här förstår jag det som att de syftar på att varken mediciner eller samtalsterapi kommer att hjälpa individen om det handlar om strukturella organisatoriska faktorer på arbetet. I motsats till läkarnas synsätt, så menar kuratorer och psykoterapeuter att när en värdekonflikt finns mellan individ och arbetsplats, är det viktigt att hjälpa individen. Antingen genom att hjälpa individen ta ett beslut om att byta arbetsplats, eller genom att hitta ett, för individen, lämpligt förhållningssätt.

Fast informanterna skiljer mellan olika orsaker till arbetsrelaterad psykisk ohälsa, finns det även en inkonsekvens mellan informanternas synsätt på vad som är "arbetsrelaterat". När arbetsrelaterad psykisk ohälsa betraktas som *ett organisatoriskt problem*, kan informanterna uppmärksamma individualisering av det organisatoriska. Utifrån det synsättet ifrågasätter de fokusen på individen och de åtgärder som arbetsgivare riktar mot individen, med resonemanget att det inte är individen som är grundproblemet. När arbetsrelaterad psykisk ohälsa istället betraktas som *ett individuellt problem* utifrån begreppet prestationsbaserad självkänsla, kan informanterna istället själva använda sig av moraliseringar kring exempelvis en viss personlighetstyp, där individer anses behöva lära sig sätta gränser och sänka ambitionsnivån. Med andra ord, i praktiken förblir lösningen densamma oavsett hur problemet definieras.

KAPITEL 7

Att Fånga det Sjäsliga: Verktyg som Uttryck för Kunskapsinfrastruktur

Det som vi jobbar med är ju otroligt svårt att mäta - det kan väl bli ditt nästa jobb! Kan du inte hjälpa oss med att göra mätningar? Alltså "Vad håller vi på med?", "Fungerar det här bra för patienterna?", "Skulle de bli friskare fort om de inte träffade en enda människa?". Alltså, vi vet ju inte vad det är vi gör (Helen, rehabiliteringskoordinator, primärvården).

Citatet av rehabiliteringskoordinatören väcker en grundläggande fråga som de yrkesverksamma inom primärvård och företagshälsovård brottas med: Hur kan man mäta resultaten av insatser gällande den typen av komplex problematik som arbetsrelaterad psykisk ohälsa är? Kan man bedöma effekterna av den typen av insatser?

Detta kapitel handlar om hur kvantifierbarhet och mätbarhet kring sjukdomar genomsyrar vårdens vardag. De yrkesverksamma brottas med att anpassa hanteringen av en komplex problematik som arbetsrelaterad psykisk ohälsa till en kunskapsinfrastruktur som är utformad efter tydligt avgränsade problem som förväntas bedömas, ses, mätas och behandlas med hjälp av tillförlitliga verktyg. Kapitlets fokus är de yrkesverksammas verktyg och vilken betydelse de får vid hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

I kapitlet använder jag mina informanternas resonemang kring *verktyg* för att visa på en viss kunskapsinfrastruktur och fånga deras handlingsfrihet och begränsningar vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Utgångspunkten är att det finns strukturer av en kunskapsinfrastrukturell karaktär, där verktyg i form av procedurer, formulär, teorier och behandlingar finns. Jag intresserar mig för *vilka verktyg* mina informanter hänvisar till vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa och om det finns några

spänningar kring de tillgängliga verktygen. En central fråga jag ställer mig är om det finns *skillnader* mellan informanternas användning av de olika verktygen och huruvida de kan relateras till deras yrkesmässiga eller organisatoriska tillhörighet.

Kapitlet är indelat i två delar. I den första delen, *Psykisk ohälsa kontra fysisk sjukdom? Verktygens roll i skapandet av objektiv kunskap*, målar jag upp olika verktyg för yrkesmässig *bedömning* av psykisk ohälsa, med fokus på relationen mellan informanternas kunskap och kravet på "objektiv" kunskap. I den andra delen, *Behandlingsmetoder*, använder jag behandlingsmetoder som exempel på hur evidensorientering präglar kunskapsinfrastrukturen.

Psykisk ohälsa kontra fysisk sjukdom? Verktögens roll i skapandet av objektiv kunskap

Yrkesmässiga bedömningar i samband arbetsrelaterad psykisk ohälsa sker enligt mina informanter oftast genom individuella samtal. Under intervjuerna påpekade läkarinformanterna återkommande *skillnaden i hantering* av somatiska och psykiska tillstånd med hänvisning till att psykiska problem är av känslig natur. Kontrasten mellan fysiska och psykiska tillstånd blev speciellt tydlig när jag bad informanterna att ge exempel på de verktyg eller strategier som de använder sig av för att bedöma individens problem. Flera läkare menade att medan det vid somatiska, eller fysiska sjukdomar är möjligt att använda sig av olika typer av verktyg för att ta reda på vad individen lider av, finns det egentligen inga liknande verktyg vid psykiska besvär.

För att diagnostisera psykisk sjukdom så finns det egentligen inte så många andra hjälpmedel att ta till än det som jag sade. En del skattningsskalor, så att säga, för att väldigt mycket inom psykiatri är diagnoserna: kriteriediagnoser, att man ska uppfylla vissa kriterier, till skillnad för kroppslig sjukdom. För där kan man understödja att man ser det, om man har (sjukdom X) är det här blodvärdet lågt. Men när det gäller om en person exempelvis har ADHD, så bygger det ju på symtomkriterier som man bara får fram genom samtal och intervju. Därför när det gäller psykisk ohälsa så finns det inga egentliga blodprover att förlita sig till, eller några andra, att man kan mäta hjärnans aktiviteter för att se om det är psykisk sjukdom (Magnus, primärvårdsläkare).

Citatet ovan illustrerar de skilda förutsättningar som i huvudsak läkarinformanterna ansåg finns vid bedömningen av somatisk och psykisk sjukdom. I relation till somatisk sjukdom, där läkare resonerade att det finns tillförlitliga verktyg för att bedöma individens tillstånd, framställs psykisk ohälsa ha *brist på sådana verktyg*. Det var en anledning till att bedömningen av psykiska tillstånd ansågs vara svåra.

Även informanter inom andra yrkesgrupper reflekterade över komplexiteten och känsligheten gällande bedömningar av individens tillstånd. Däremot underströk arbetsterapeuter, kuratorer, beteendevetare och psykolog ofta att det fysiska och psykiska inte kan särskiljas. Ett vanligt exempel var smärttillstånd. Arbetsterapeuten Nora menade exempelvis att långvariga smärttillstånd inkluderar både det fysiska och psykiska, oavsett vad som först orsakade problemet. Dessutom associerade några av dessa informanter min fråga om verktyg ibland till kravet på evidens inom vården, snarare än till deras behov av hjälpmedel vid bedömning.

I: [...] sedan är det så här att i vården måste vi jobba evidensbaserat - det måste vi - därför måste alla de här skattningsskalorna till. Jag skulle inte behöva det. (Nina, kurator, primärvården).

Inom företagshälsovården kunde dessutom beteendevetare och företagsläkare ta upp bedömningen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa som *ett dilemma*. Genom kontakt med både arbetsgivare och individ, kan dessa informanter ha tillgång till motsägelsefulla perspektiv, vilket komplicerar och försvårar bedömning eftersom det inte finns några objektiva sätt för att avgöra problemets orsak.

Det här avsnittet handlar om verktygens betydelse för de yrkesverksammas bedömning. Jag visar att det finns olika verktyg vid bedömningen av psykisk ohälsa och att vikten av "objektiv" kunskap och tillförlitlighet inom kunskapsinfrastrukturen för med sig att vissa typer av verktyg premieras. Med denna utgångspunkt kommer jag i följande avsnitt ta upp tre verktyg som de informanterna sade sig använda sig av vid bedömningar gällande psykisk ohälsa: skapandet av en förtroendefull relation till individen via anamnesen, användningen av skattningsskalor och avläsningen av individens kroppsspråk.

Det handlar om att etablera en relation: Att skapa förtroende via anamnesen

Det är slående att alla informanter som jag har kommit i kontakt med trycker på vikten av att vid psykisk ohälsa *skapa en förtroendefull relation* till individen. Då bedömningen av individens problem i huvudsak bygger på samtalet mellan individen och en yrkesverksam, anser informanterna att det är centralt att få till ett så bra samtal som möjligt. Av detta skäl är de måna om att etablera en relation där individen känner förtroende för dem. I detta syfte använder informanterna olika strategier. En viktig strategi som de återkommande beskrev var att visa öppenhet och nyfikenhet. Genom att visa intresse för individens perspektiv försöker de få individen att känna sig bekväm med att berätta om sitt problem. Anledningen till detta är att individens berättelse, anamnesen, beskrivs vara ett viktigt verktyg för bedömningen. Det är genom anamnesen som individen får möjlighet att uttrycka sitt perspektiv. Informanterna understryker att utan en förtroendefull relation finns risken att individen förringar eller inte berättar om sina besvär. Därför menar de att det är viktigt att lyssna på individen utan att lägga värderingar i vad individen säger.

Viktigaste verktygen tycker jag, i min roll, är att ha god förmåga att lyssna, att fritt lyssna, utan att lägga i egna värderingar, att inte värdera människor. Och empatisk förmåga. Sen givetvis, metodiken, men man kan inte bara använda metodik och nå framgång: Utan de flesta som kommer hit har ju ett behov, av att både bli sedda och lyssnade på (Julia, beteendevetare, företagshälsovården).

Beteendevetaren Julia berättade exempelvis att i hennes professionella roll är det i första hand förmågan att *lyssna utan att döma* och att *vara empatisk* som är hennes viktigaste verktyg. Hon påpekade att fast metodiken också är av vikt, så är förhållningssättet av större betydelse än en viss metodik. Detta förhållningssätt framhålls av många. Exempelvis argumenterade beteendevetaren Daniel att en förutsättning till ett bra samtal är att den professionella visar respekt gentemot individen. Överhuvudtaget påpekade informanterna ofta att ett professionellt bemötande av individen innebär att den yrkesverkssamma är intresserad av individens berättelse och inte värderar individen. Det handlar om att skapa förtroende genom att bemöta individen med intresse, förståelse och utan fördomar. Den yrkesverkssammans uppgift ansågs dessutom vara att bekräfta individen och återkoppla till individens

berättelse för att sedan skapa förståelse för den situation som individen befinner sig i.

Informanternas uttalanden om vikten av att skapa en förtroendefull relation till individen vid psykisk ohälsa är återkommande i mina intervjuer. Samtidigt uttryckte flera läkare en tendens att snabbt skaffa sig en hypotes om individens tillstånd som egentligen står i *kontrast* till idén om en öppen och fördomsfri inställning till individen.

Det är den intuition man har när man arbetar att man är ju väldigt snabb, för man kanske är för snabb att man gör ju bedömningar så fort man ser patienten i väntrummet och när de reser sig upp och när de kommer in på rummet här och när de sätter sig. Man gör ju massor med bedömningar. Man tittar hur de är klädda, det är sådant som man inte ens tänker på. Det är sådana där intuitiva grejer som hur rör de på sig och hur uttrycker de sig. När man arbetar så här, så är det väldigt många som man har träffat förut och de har sökt för andra grejer så man har miljoner fördomar och förutfattade meningar (Björn, primärvårdsläkare).

Björn berättelse om att läkare skaffar sig en hypotes direkt när de ser patienten i väntrummet är vanlig i läkarnas berättelser. Dessutom kan den här bilden redan ha börjat ta form via exempelvis tidigare telefonkontakt, eller en kort beskrivning av individens problem via en sjuksköterska. Inom företagshälsovården kan läkare dessutom ha fått mer ingående information från arbetsgivare innan mötet med individen sker, vilket kan färga företagsläkarens uppfattning av individen och dess symptom innan de ens har träffats. Företagsläkare Andreas underströk därför vikten av att vara medveten om tendensen att för tidigt bestämma vad individen har för problem, då det mycket väl kan vara fel.

En annan situation som står i kontrast mot informanternas beskrivning av ett öppet och fördomsfritt förhållningssätt, men exemplifierar informanternas syn på vikten av att skapa förtroende hos individen, är när läkaren och individen har *olika förklaringar* till individens symptom. Enligt primärvårdsläkarens Gustav, ju mer hans och individens förklaringsmodeller skiljer sig åt, desto viktigare är det att få individen att känna sig ordentligt undersökt. På så sätt är det lättare att få individen att tro på läkarens bedömning.

Om man tar exemplet, t ex någon slags diffusa magbesvär som patienten tänker sig att det är någon sorts kroppslig sjukdom och jag tänker mig att jag tror inte att det är en kroppslig sjukdom,

utan att jag tror att det är en psykosomatisk åkomma. Då, vad jag brukar göra är att tidigt introducera ett dubbelt spår i tanke och utredning, berätta för patienten att jag har träffat många med den här typen av besvär och det finns liksom två olika förklaringsmodeller till det här. Dels kan det vara en psykisk problematik som kan sätta sig i kroppen och dels en somatisk problematik och vi ska se till att jobba på bägge fronterna eftersom vi inte vet det riktigt än. Även om jag kanske vet det redan, så säger jag att man måste jobba med båda fronterna. Och sen gör man en del kroppsliga utredningar och det var just i det fallet som jag menade att man får vara väldigt nogga med att göra kroppsliga utredningar för att patienten ska börja tro på mitt andra spår, så att säga. När man sen kommer ihop igen och ska lägga ihop det till en förklaringsmodell och då handlar det liksom bara om att man ska skapa ett förtroende; att patienten ska känna lyssnad på, att man inte avfärdar den modellen på något tidigt stadium som patienten kommer med, utan tar in den och lyssnar och liksom återkopplar den (Gustav, primärvårdsläkare).

Det finns flera intressanta aspekter att lägga märke till i det här citatet. En aspekt handlar om läkarens övertygelse om att hans förklaring till individens problem är mer trolig. Han är inte fördomsfull, men är inte heller öppen för individens tolkning. En annan aspekt är att utifrån de argument som han ger, handlar noggrann kroppslig undersökning inte om de båda ska se vad som orsakar individens problem, utan snarare om att få sitt resonemang bekräftat. Det innebär att läkaren tar hänsyn till individens berättelse med syftet att få denne att känna sig lyssnad på, men att för att skapa förtroende gör han även en kroppslig undersökning, eftersom det skapar auktoritet och leder till en medgörlig patient.

Skattningsskalor och personlighetstester

Utöver att skapa en förtroendefull relation, var skattningsskalor ett återkommande verktyg som mina informanter inom både primärvård och företagshälsovård hänvisade till vid hanteringen av psykisk ohälsa. Däremot var de delade kring skattningsskalors användbarhet. Vissa informanter hade en positiv inställning till skattningsskalor och beskrev att de använder dem regelbundet. Andra påstod att skattningsskalor bara är användbara ibland. De informanter som använder skattningsskalor påpekade vikten av att endast använda dem som *komplement till den kliniska bedömningen*, så att de inte styr bedömningen. Det fanns även informanter som tog avstånd ifrån

användningen av skattningsskalor. Låt oss se närmare på informanternas olika förhållningssätt till självskattningsskalor. Jag börjar med att presentera de kritiska perspektiven på skattningsskalor, för att sedan röra mig mot de ambivalenta och positiva inställningarna mot slutet av avsnittet.

"Som du ropar får du svar"

Det fanns en grupp informanter som explicit uttryckte sig vara *emot* användningen av skattningsskalor. Skälen till deras negativa inställning till skattningsskalor varierade. En vanlig inställning var att det är den kliniska bilden, det vill säga samtalet mellan den yrkesverksamma och individen, som är av vikt för deras bedömning och att skattningsskalor inte bidrar med något särskilt. Kuratorn Malin menade exempelvis att hon strävar efter att lära känna personen framför henne och att "se genom patientens ögon". Med andra ord, hon intresserar sig för individens situation och perspektiv för att sedan kunna utforma en passande behandling. Detta implicerade att samtalet var ett passande verktyg för det här syftet, medan skattningsskalor som verktyg var överflödiga.

Vissa informanter ställde den kliniska bedömningen *mot* självskattningsskalor. Diskussionen kring professionell bedömning av psykisk ohälsa byggde då på en spänning mellan informanternas *kliniska bedömning* och användningen av skattningsskalor. I dessa sammanhang beskrevs den kliniska bilden i positiva- och skattningsskalor i negativa ordalag. Utifrån det här resonemanget är den kliniska bedömningen ett mer humant sett att förhålla sig till människor, då den utgår ifrån att man lyssnar till individens berättelse. Terapeuten Petra var en av dem som var mer kritisk till användningen av skattningsskalor. Från hennes perspektiv är skattningsskalor och de frågor som de består av ett sätt att leda människor:

Som du ropar får du svar. Och de här frågorna är ju, tänker jag, alltså de leder till ett svar. Alltså de leder människor (Petra, terapeut, primärvården).

Terapeuten förklarade att de flesta människor har svårt att berätta om sitt psykiska tillstånd och skattningsskalorna är ett sätt att styra samtalet i en viss riktning. Skattningsskalor är från det här synsättet inte neutrala hjälpmedel för bedömning. De framställs som konstruerade med ett specifikt syfte. Kritiken är därmed även riktad mot de möjliga förklaringsmodeller som skattningsskalorna för med sig och bygger på. Dessa förklaringsmodeller är nämligen av avgörande vikt vid hanteringen av individens tillstånd.

En annan kritik mot skattningsskalors användning var *avsaknaden av sammanhang*. Enligt företagsläkaren Ulf är skalors utformning begränsad till att endast fånga upp individens subjektiva upplevelser av sitt nuvarande tillstånd. Företagsläkaren underströk att individens besvär är relativa och därför kan skattningsskalor vara missvisande. Med andra ord, om en individ har lidit av samma tillstånd över en lång period, är det individens normaltillstånd, som inte kan fångas upp av en skattningsskala. Istället är en professionell bedömning av avgörande vikt för att sätta individens tillstånd i ett sammanhang. Återigen ser vi att betydelsen av den yrkesmässiga bedömningen betonas genom att visa på skattningsskalors brister.

I några enstaka fall beskrevs skattningsskalor även som manipulerbara av individen. Primärvårdsläkaren Björn argumenterade att skattningsskalor inte tillför något till hans bedömning, utan *snarare är vilseledande*. Han ansåg att skattningsskalor bidrar till en tendens hos individen att skatta sig *sjukare* än vad han bedömer att personen är. Primärvårdsläkaren Magnus hade ett liknande resonemang. Han förklarade att *skattningsskalors begränsning* ligger i att vissa patienter medvetet kan manipulera resultatet för att uppnå ett visst syfte. En skattningsskala som mäter depression består exempelvis av frågor som försöker belysa hur nedstämd patienten är, om den är initiativlös, har dåligt självförtroendet, tankar och planer på självmord och så vidare. Dessa informanter menade på att det inte är svårt för individen att förstå hur man ska svara på dessa frågor om man vill framställa sig som sjuk. För att undvika obefogade sjukskrivningar försökte informanterna bilda sig en uppfattning av patientens förväntningar på besöket.

Skattningsskalor som komplement till den kliniska bedömningen

Medan en del av informanterna ansåg att skattningsskalor inte fyller någon funktion för deras bedömning, fanns det även en grupp informanter som ställde sig ambivalenta till skattningsskalors användning. De menade på att de kan använda skattningsskalor *vid behov*. Beteendevetaren Erik, jämförde användningen av skattningsskalan HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) vid en *temperaturtagning*.

I: Det är ett vanligt instrument som man använder inom primärvården och företagshälsovården för att skapa sig någon uppfattning om depression och ångestproblem. Det är lite såhär, det ska vara vetenskapligt beprövat, så det ska ju vara en viss tillförlitlighet.

R: Du tycker inte att den är bra, eller?

I: Jo, jag tycker att den är helt okej, alltså för att mäta nivån på ohälsan. Det funkar ju, så... Det är symtomfrågor. Man får kryssa i och så får man en poäng, och så får man då utifrån poängen kan man då... har jag rättningsmallen här någonstans?

R: Brukar du använda den så att de får fylla i själva?

I: De fyller i själva. Så lägger man i det här, så elegant och enkelt, så räknar man poäng såhär, och sen ser man här. Så får man olika poäng här. Här ser man skalan och hamnar de här, långt ner, då är det kanske depression. Då är det en deprimerad patient jag har (Erik, beteendevetare).

Det här utdraget från min intervju med beteendevetaren Erik fångar när han visar mig en av de vanligaste skattningsskalorna, det så kallade HAD-testet. Det som intresserar mig i hans sätt att berätta om skattningsskalan är att innehållet av det han säger motsägs av sättet som han uttrycker det på. Därför är hans förhållningssätt till skattningsskalan intressant. Erik har en ambivalent inställning som förstärks genom att han ger uttryck för två förhållningssätt samtidigt, vilket är ovanligt. Å ena sidan verkar han argumentera för att han använder sig av HAD-skalan för att det är vetenskapligt beprövat och därför är tillförlitligt. Å andra sidan ger formuleringar som "det ska vara vetenskapligt beprövat", "det ska ju vara en viss tillförlitlighet", "så elegant och enkelt" intrycket av att beteendevetaren inte håller med om dessa uttalanden, eller ställer sig frågande kring dess tillförlitlighet. I ljuset av Eriks beskrivning blir resultatet av HAD-skalan svårt att tolka. Testets enkelhet är nästan en paradox, med tanke på tillståndets komplexitet. För vad betyder det att testet är "vetenskapligt beprövat"? Vad står "vetenskapligt beprövat" för? I det här sammanhanget tolkar jag det som att den vetenskapliga utformningen legitimerar dess användning.

Det är intressant att lägga märke till att den vanligaste skattningsskalan som informanterna inom både primärvård och företagshälsovård refererade till var HAD-skalan. Det är en skattningsskala för ångest och depression, som består av 14 frågor, där hälften av frågorna handlar om depression och hälften om ångest. Skalan värderar ångest och depression samtidigt och ger separata poäng för varje område. En annan skattningsskala som var vanlig inom båda vårdgivande organisationerna är MADR-S (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale). Skalan består av nio frågor. I motsats till HAD-skalan används MADR-S enbart för bedömningen av en typ av tillstånd: depression. Trots att det finns en mängd olika skattningsskalor,

enligt en kurator *upp mot tre tusen*, så är det i huvudsak dessa två skattningsskalor som alla informanter pratade om, oavsett yrkesgrupp. Hur kommer det sig? Och hur väljer informanterna vilken skattningsskala de ska använda? Svaret på dessa frågor är att deras valmöjligheter är mer begränsade än vad man först får intryck av. Enligt kurator Nina finns det två orsaker som bestämmer vilken skattningsskala hon använder: de med *tillräckligt evidens* och de som *landstinget godkänner*. Detta betyder att informanterna sällan behöver ta ställning själva. Det förklarar även varför mina informanter oftast refererar till HAD-skalan och MADR-S vid användningen av skattningsskalor. Samtidigt framgår det att informanterna ibland kan få förslag på nya skattningsskalor av handledare eller kollegor. Det kan exempelvis handla om skattningsskalor för specifika tillstånd, som de inte jobbar så ofta med. Framför allt verkar det däremot som att det handlar om att vara *uppdaterad kring skattningsskalor med ny evidens*, då det forskas mycket kring det här området. I strävan mot att bredda läkarnas diagnostiseringsrepertoar, berättade exempelvis terapeuten Selma att de på deras vårdcentral har jobbat med att få läkare att använda flera skattningsformulär för att få ett bättre underlag för bedömning.

Skattningsskalor beskrevs även som ett *kompletterande verktyg* när individens berättelse och den yrkesverksammas bedömning av individens tillstånd inte stämmer överens. Primärvårdsläkaren Emma poängterade exempelvis att skattningsskalor kan vara användbara när hon inte tycker att relationen mellan individ och läkare klarar att man frågar individen om varför individens och läkarens bedömning skiljer sig åt. Psykologen David argumenterade istället för användningen av skattningsformulären i de fall där individen är avvaktande med att berätta om problemet vid anamnesen, vilket försvårar bedömning eftersom han inte får något helhetsintryck. David berättade att de svåra fallen vid bedömningar är personer som av någon anledning inte kommunicerar. I sådana situationer är det svårt att avgöra vad det beror på och då kan skattningsskalor vara ett bra alternativ. Det kan vara ett sätt att komma åt något som individen inte uttrycker, men den yrkesverksamma behöver få reda på för att göra sin bedömning. Då behöver individen inte själv sätta ord på det, utan får olika alternativ att fylla i. Psykologen David underströk dock att det är sällan som det händer inom företagshälsovården.

Som vi har sett, kan skattningsskalor användas som komplement till den kliniska bedömningen. Skattningsskalor används då med syftet att bredda den kliniska bedömningen för att de yrkesverksamma ska kunna skapa sig en helhetsbild av individens tillstånd. På så sätt representerar skattningsskalor en ackumulerad kunskap som är vetenskapligt legitimerat i testet. Relationen

mellan olika typer av verktyg är ett sätt för informanterna att stärka bedömningen.

Skattningskalor som mätverktyg

Slutligen fanns det en grupp informanter som påpekade fördelarna med skattningskalor. Vissa informanter poängterade att om skattningskalor används "sanningsenligt" av patienten, kan den typen av frågor ge värdefull information om individens tillstånd. Företagsläkaren Andreas hänvisade exempelvis till skattningsskalans fördel i att styrka den professionella bedömningen:

I vår värld så är man rätt benägen att kvantifiera saker. Då blir det liksom en check utöver den bedömning man själv gör (Andreas, läkare, företagshälsovård).

Från det här perspektivet är skattningskalor användbara verktyg på grund av att de kan validera den professionella bedömningen.

Några informanter ansåg att skattningskalor var användbara verktyg för att *följa upp och utvärdera behandling*. En del informanter, som psykoterapeuten Magdalena, påpekade att skattningskalor är värdefulla verktyg för att se om behandlingen leder i rätt riktning, samt för att få ett mått på individens tillstånd. Primärvårdsläkaren Emma berättade exempelvis att oavsett om det handlar om samtalsbehandling eller läkemedel, så är skattningskalor ett bra verktyg för att *följa upp* behandling. Detta ansågs vara speciellt relevant i relation till att behandling av individer ofta beskrevs som att prova sig fram för att se hur behandlingen utvecklas över tid. Skattningskalan var på så sätt ett verktyg för att kontinuerligt jämföra individens tillstånd med hur den mådde vid första besöket. Utöver att de yrkesverksamma själva ville veta om behandlingen ger effekt, menade de att skattningskalor var ett sätt att förmedla till andra yrkesgrupper och Försäkringskassan om behandlingen hade någon effekt.

Några få informanter menade även att skattningskalor har en "läkande effekt" för individen. Skattningskalor var enligt dessa informanter ett sätt att uppmärksamma individen på förändringar och förbättringar i hur dennes tillstånd förbättras över tid. Genom att återkommande relatera individens tillstånd till en skala, ansåg informanterna att individens tillstånd lättare kunde förklaras. Med andra ord, skattningskalor används även för att visuellt illustrera individens tillstånd över tid.

Så man tänker sig att idag för patienten säga så här: "Ja, nu är du 43 deprimerad på den här skalan". "Uuh ja, det här känner jag igen, det här är inte jag" och då säger jag "Ja, men nu har du en svår depression, jag förstår att det är ledsamt" och då jobbar man och sedan efter två månader så kanske "Ja, nu har du 13 i depression" "Ja, det är otroligt att man kan se! Tänk att jag mädde så här förut och så mår jag inte så längre" (Nina, kurator, primärvården).

Skattningsskalan beskrivs av kuratorn Nina som ett kommunikationsmedel mellan individen och den yrkesverksamma. I och med att psykisk ohälsa är ett abstrakt problem är ett materiellt verktyg för att konkretisera individens tillstånd.

Informanternas olika resonemang kring skattningsskalor visar att det finns spänningar kring verktygets användning. En spänning är mellan idén att använda verktyg för att få en "bredare" bedömning och att se verktyg som något som patienten kan manipulera. Medan vissa informanter understryker användbarheten av skattningsskalor fokuserar andra på deras brister.

Personlighetstester

Precis som vid skattningsskalor så används personlighetstest som ett komplement till den professionella bedömningen av individen. Några få informanter samt psykologen nämnde att de använder sig av personlighetstest i sina samtal med individen. Beteendevetaren Daniel berättade exempelvis att den personlighetstest som han använder sig av består av 30 frågor. Det är en enkät som individen får fylla i, där de möjliga personlighetstyperna är: *dominant, undvikande* eller *tillmötesgående*. Frågorna ställs emot varandra och är formulerade på varierande sätt för att se vad individen oftast svarar, så att den professionella får en ledtråd om individens personlighet. Samtidigt är användningen av personlighetstest inte en självklarhet bland yrkesgrupperna, eftersom det ofta krävs licens för att använda sig av dem. Detta gör att användningen av det här verktyget inte hade en central roll i mina intervjuer. Enligt flera läkare och terapeuter är det i första hand psykologer som använder sig av olika personlighetstester vid *arbetsförmågebedömningar*.

Individens uppträdande i rummet: Kroppsspråk

Ett återkommande tema som de professionella tog upp i samband med professionell bedömning var *individens kroppsspråk*. Att avläsa individens kroppsspråk beskrevs som ett betydelsefullt verktyg, med syftet att få information om individen utöver individens berättelse. På så sätt framställdes kroppsspråket som mindre kontrollerbart, i kontrast till individens berättelse. Därmed använde informanterna kroppsspråket, precis som självskattningsformulär, som kompletterande information om individen. Läkarnas intresse riktades mot att se om det finns någon skillnad mellan hur patienten uppger sig må och hur han eller hon uppträder i rummet. Exempelvis påpekade primärvårdsläkaren Magnus att om en individ är pratsam, skrattar och är livlig, samtidigt som den beskriver sig väldigt deprimerad, ger det dubbla budskap. Därför handlar det för de yrkesverksamma om att värdera inte bara vad individen ger uttryck för *verbalt* utan även vad individen uttrycker på andra sätt.

Ett intressant tema i relation till psykisk ohälsa och kroppsspråk var informanternas beskrivningar av att upptäcka hur individens psykiska tillstånd reflekteras i individens sätt att vara. Informanterna beskrev ofta att vid en bedömning är de intresserade av att *se* om individen lider av psykisk ohälsa. Utöver individens berättelse ansågs kroppsspråk kunna tillföra en annan dimension till bedömningen.

I: Sedan är det klart när de berättar då, ja man är ju med och iakttar och ser hur patienten beskriver sina symtom. Patienten blir ju undersökt kan man säga automatiskt i och med att man sitter och iakttar och är med

R: Vad är det för saker som du iakttar?

I: Ja, just om det gäller psykiska saker så tittar man på hur pratar patienten. Finns det hämning? Det kan ju vara hämning både fysiskt och psykiskt s.a.s. - om de rör sig sakta och stelt eller om de svarar om man frågar något och det tar jättelång tid innan de svarar och mimik och rörelsemönster. Ängest kan ju också ta sig uttryck i hur man ser ut (Björn, primärvårdsläkare)

Primärvårdsläkaren Emma ställde sig frågande till hur man ska värdera att en individ inte ger intrycket av att lida av sitt tillstånd, fast individen hävdar det via sin berättelse.

I: [...] det är väl en gråskala vad som är sjukdom och vad som bara är psykisk ohälsa. Är det normalt att må psykiskt bra? Är det normen att man ska känna sig, är det normalt att man ska ha en sorts välbefinnande mest hela tiden? Och vad ska man acceptera och när ska man behandla? Ja, det är sådana frågor vi funderar på hela tiden. Men det är ju enkelt på så sätt, sen har ju psykiatrien sina svårigheter, men det är ju enklare att se att någon verkligen är sjuk

R: där?

I: Ja, för där är människor med psykossjukdomar eller kanske bipolära sjukdomar, djupa depressioner, man ser på hela varelsen hur deprimerade de är, och det är inte svårt att se att de är sjuka. Men våra patienter här som kommer in och liksom tycker att de har harvat på och nu går det inte längre och nu orkar jag inte med det här, men som ser friska ut, ja, vad är rätt för dem? Är det att tänka att man får liksom acceptera att såhär är livet ibland, jag kanske ska slå av på takten, jag kanske får minska mina åtaganden, eller ärenden, eller säga nej, eller är det sjukt, ska man behandla? Det är inte så lätt (Emma, primärvårdsläkare).

Medan läkare i första hand var intresserade av skillnaden mellan individens berättelse och uppträdande i rummet, kunde avläsandet av kroppsspråket användas i andra syften av andra yrkesgrupper. Beteendevetaren Daniel ansåg att kroppsspråket ger viktig information om individens personlighet.

Jag tittar väldigt mycket på kroppsspråk. Jag vet ju det att om det kommer in en livlig person, då finns det mycket som händer och aktiviteter så att säga. Om du kommer in mer på den vänstra sidan som inte är så pådrivande, då är det mera coolt på något sätt. Mer rullande, och relaterande, kanske lite mer konflikträdsla finns det på den sidan. Det är också ett sätt att kolla om det är en person som är rädd för konflikter. Då blir det en undvikande person, mycket undvikande svar (Daniel, beteendevetare, företagshälsovård).

Genom att studera individens personlighet får beteendevetaren en bättre förståelse av individens upplevelse av sin situation.

Behandlingsmetoder

Behandlingsmetoder är ett annat verktyg som informanterna tog upp i samband med hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Det här verktyget var central i huvudsak i mina intervjuer med yrkesgrupperna kuratorer, psykoterapeuter och beteendevetare, vilket även kommer att reflekteras i följande avsnitt. Genom att uppmärksamma de spänningar och skillnader som framkom i hur informanterna inom primärvård respektive företagshälsovård pratade om behandlingsmetoder, använder jag det här verktyget som exempel på evidensorienteringens utbredning inom kunskapsinfrastrukturen.

I följande avsnitt presenterar jag först informanternas beskrivningar av kognitiv beteendeterapi (KBT) som en behandlingsform som är på modet, såväl inom primärvård som inom företagshälsovård. Sedan diskuterar jag informanternas pragmatiska förhållningssätt till behandling inom primärvården, respektive och företagshälsovården. Jag avslutar avsnittet med att visa på spänningen mellan de psykosocialt inriktade yrkesgruppers verktyg och läkarnas verktyg.

Moden och trender

I: De här långtidssjukrivningarna ökar ju markant nu i hela Sverige. Vi hade en sänkning då när vi började med de här, och nu ökar det och det är framför allt psykisk ohälsa som ökar. Så nu skulle man tillsätta någon grupp och så skulle man göra någon utredning och så skulle man plocka in allting från olika behandlare i hela Sverige och se vad det är som hjälper bäst i behandling, vilken form av behandling för de här patienterna. Så ska man satsa på det, för det vet man inte idag. Någon jobbar med KBT och det säger man funkar jättebra, men det går i perioder. Någon jobbar med psykoanalys och man vet ju inte alltid vad det är som (fungerar). Människor som är arbetsföra blir sjuka och för att komma tillbaka till arbete, vad är det som behövs då? Det är ingen som vet.

R: Men det har ju funnits lite olika förslag på vad det är för typ av behandlingar man ska ha.

I: Nu är det KBT (Helen, rehabiliteringskoordinator, primärvården).

Som det framgår av rehabiliteringskoordinatören Helen är hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa ett diffust område med olika behandlingsinriktningar och där mer kunskap behövs. I enlighet med citatet, finns det en stor spridning i informanternas utbildning och användning av behandlingsformer. Informanterna inom primärvård och företagshälsovård hade olika sätt att närma sig hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Därför börjar jag först med att rikta fokus mot primärvården, innan jag går vidare till företagshälsovård.

Kuratorerna och psykoterapeuterna som jag intervjuade inom primärvården sade sig vara utbildade i, och använda sig av, olika psykoterapeutiska inriktningar som sina verktyg, däribland psykodynamisk terapi, kognitiv beteendeterapi (KBT) och existentiell psykoterapi. Samtidigt hävdade majoriteten av kuratorerna och psykoterapeuterna att de använder sig av KBT som ett verktyg, oavsett vilken psykoterapeutisk behandlingsmetod de hade sin grundutbildning i. Det var nämligen vanligt bland informanterna att de hade någon typ av vidareutbildning inom KBT, ibland via Landstinget. Alla kuratorer och psykoterapeuter utom en beskrev sig jobba med KBT på något sätt. Hur kommer det sig?

Svaret på frågan kan återknytas till citatet ovan. KBT var den terapeutiska behandlingsform som förespråkades under den period som jag utförde intervjuerna. Detta hörde ihop med införandet av Rehabiliteringsgarantin (2008 – 2015), där *evidensbaserade behandlingsmetoder* framhävdes i enlighet med bedömningar och rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), samt Socialstyrelsens riktlinjer (SOU 2009:49; Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om Rehabiliteringsgaranti, 2011). Därför tog flera av informanterna inom primärvården upp Rehabiliteringsgarantin i samband med att vi diskuterade behandlingsmetoder som ett verktyg. En kurator beskrev Rehabiliteringsgarantin på följande sätt:

Jo, så här är det: Regeringen vill inte att människor skall vara sjukskrivna och då tänkte de: "Vad ska vi göra nu då? Vi tillsätter massa pengar." Så de har gett en massa miljoner till alla landsting för att jobba med psykisk ohälsa och då har KBT:are, kognitiva beteendeterapeuter, har lobbat jättemycket med regeringen och sagt att deras metoder är så himla bra och då säger regeringen "Nu måste alla jobba med KBT." Det är därför alla är steg 1 i KBT i landstinget. Alla måste jobba med KBT på något sätt. "Här har ni pengar, lös det!" Och då har olika landsting gjort på olika sätt. I (Landsting B) har de gjort så att de anställde en halvtid psykoterapeut på varje vårdcentral [...] och sedan är det så här

att för varje patient som jag behandlar med KBT får vårdcentralen
12 000 kronor (Nina, kurator, primärvården).

Som citatet illustrerar är några av informanterna inom primärvården negativt inställda gentemot statens styrning mot en specifik behandlingsmetod genom Rehabiliteringsgarantin. Medan kuratorn Nina hänvisade till att KBT:s framgång är knuten till lobbying, snarare än metodens kliniska användbarhet, påpekade exempelvis psykoterapeuten Petra att kunskap inte är neutralt, inte heller vetenskaplig kunskap. Psykoterapeuten argumenterade att vetenskapliga studier kan utformas på många olika sätt och att det inte alltid är klart vad de kommer fram till. Dessa resonemang visar på den vetenskapliga kontroversen mellan olika psykoterapeutiska behandlingsformer, samtidigt som den förgivettagna idén om evidens blir ifrågasatt. Några informanter framhävde att behandlingsmetoders evidens inte i sig självt är tillräcklig som argument för behandling. Istället behöver beslut om behandlingsmetod relateras till varje enskilt fall och alltid utformas utifrån en yrkesmässig kunskap och bedömning av situationen.

I: Men för mig blir det ju så här att man måste ju faktiskt ha förmågan att kunna ifrågasätta saker och ting utifrån den profession man har. Det ålägger ju oss inom sjukvården att faktiskt jobba utifrån evidens, men också erfarenhet.

R: Tycker du att de går emot varandra?

I: Nej det gör det inte, men de ställs emot varandra.

R: Av vilka?

I: Oftast - ja, av den som vill. Du kan göra hur mycket studier som helst och du kan lägga upp studier hur som helst och du kan få dem publicerade och sedan när man tittar extra noga så börjar man att se hur var den här studien upplagd? Och hur mycket bias fanns det i det? Det är ju många studier som läggs upp och man har selekterat bort det som inte är klart, eller hur? Alltså statistik kan man ju få ut hur man vill, så det är klart, men däremot en människa som har en grundläggande utbildning verkligen på de teorier som faktiskt finns, plus en lång erfarenhet då kan du koppla ihop det där och man kan faktiskt få ut bra mycket mer av det. Alltså på något sätt så är det precis som att erfarenhet i dagens samhälle inte värdesätts – (det) har inte samma dignitet som den senaste studien på något sätt (Petra, psykoterapeut, primärvården).

Psykoterapeutens Petra sätter ord på en central aspekt kring yrkesmässigt arbete. I vilken mån ska de yrkesverksammas bedömningar styras av evidens och i vilken mån ska de baseras på professionell bedömning? Psykoterapeuten framhäver att evidens och yrkesmässig erfarenhet är två typer av kunskap som ofta ställs emot varandra, där vetenskapliga studier har fått en framträdande roll. I likhet med psykoterapeuten påminner även forskare kring styrning av hälso- och sjukvården att vetenskapliga studiers signifikans betyder å andra sidan per definition inte att studiers resultat är tillämpbara i varje specifik situation, utan det är en bedömningsfråga (Helgesson, 2012; Fernler et al, 2008).

Förespråkandet av KBT är enligt informanterna synligt inte minst genom att KBT är den enda terapeutiska metod som vårdcentraler får ersättning för. Konsekvensen är att alla informanter behöver förhålla sig till KBT som behandlingsmetod. Informanterna inom Landsting B berättade att de kan få ersättning för sin användning av KBT som terapimetod. Samtidigt finns det vissa ramar för vad som räknas som KBT. En aspekt som alla informanter inom primärvården uppmärksammade var att det läggs särskild vikt vid *KBT-behandlingens längd*. Det är enbart behandlingar som faller inom ramen för åtta till tjugo behandlingar som det utgår ersättning för. Med andra ord, behandlingar av människor som exempelvis inte har en djupare problematik och botas av färre än åtta behandlingar räknas inte som ersättningsgrundande. På samma sätt utesluts även behandlingar av människor som har svåra problem och kräver fler behandlingstillfällen än de föreskrivna. Rehabiliteringsgarantins syfte att erbjuda behandling mot lindrig eller medelsvår ångest, depression och stress (SOU 2011:15), har översatts till att innebära ett visst antal behandlingstillfällen.

Dessutom framgår det av informanterna att även *ersättningssystemen har förändrats över tid*. Både kuratorer, psykoterapeuter och en rehabiliteringskoordinator hänvisade explicit till ändringen av kriterier för att det ska anses vara KBT. Kuratorn Malin påpekade exempelvis att kraven för antalet interventioner var lägre förut, men sedan de har ändrats uppfyller inte deras vårdcentral längre kriterierna för KBT. Ändringen av kriterierna tolkades av informanterna som ett sätt att behålla KBT:s kvalitet. Samtidigt argumenterade flera informanter för att kriterierna bygger på "a textbook version" av KBT, där de förväntas agera i enlighet med hur metoden är beskrivet på ett teoretiskt plan, istället för att utgå ifrån deras praktiska verklighet. Vikten av erfarenhet vid terapeutisk behandling är en aspekt som informanterna ofta hänvisade till i samband med resonemang om KBT som ett föreskrivet verktyg inom primärvården.

Kuratorn Nina berättade vidare om KBT-behandling som ett "koncept" inom primärvården. Om behandlingen ska räknas som en KBT-behandlingsserie, måste KBT användas kontinuerligt vid varje behandlingstillfälle och på ett *accepterat sätt*. Det är med andra ord inte tillräckligt om informanterna använder KBT för någon enstaka intervention. Till koncepttänkandet hör också kravet på att de ska använda sig av en KBT-terminologi vid journalföring, som sedan granskas av en myndighet. För att få ersättning för en KBT-behandlingsserie, behöver informanterna visa att de har använt KBT tillräckligt mycket och på "rätt" sätt. Kuratorn Nina förklarade att hon har en KBT-handledare, som hjälper henne att få journalen att se mer "KBT-aktig" ut.

Att KBT som behandlingsmetod är på modet framgick även i informanternas berättelser kring individers förhållningssätt till KBT.

I: Och sedan är det många som har hört talas om KBT-behandling och så ringer de och säger jag vill ha en KBT-terapeut. Många läser ju om det och har hört talas om det. Många vet kanske inte exakt vad det är, men de vet att det är något bra och så söker de på det så "Tacksam (för) KBT-behandling" står det på remissen (Ingrid, psykoterapeut, primärvården).

Psykoterapeutens uttalande visar på att många individer ber om KBT-behandling för att det har uppmärksamats. Trots att dessa individer inte direkt vet vad behandlingen innebär, finns det ändå en idé om att behandlingsmetoden är bra.

Även inom företagshälsovården finns det en medvetenhet kring olika behandlingsmetoders popularitet. Beteendevetaren Julia beskrev exempelvis att arbetsgivare kan specificera vilken yrkesgrupp som ska utföra behandlingen, som ett sätt att försäkra sig att den som sköter behandlingen har KBT-kompetens. Eftersom det i regel är arbetsgivaren som gör en beställning av företagshälsovårdens tjänst, kan kravet på KBT framgå vid deras beställning av behandlingsmetoder. Samtidigt som informanterna inom företagshälsovård använder sig av olika verktyg vid behandling, är det ingen tillfällighet att alla informanter refererade till att deras förhållningssätt präglas av ett "KBT-tänk" eller ett "kognitivt förhållningssätt". Psykologen David berättade att idag kräver man formell tydlighet gällande terapeutisk inriktning, även inom företagshälsovård. Kunden vill ha formell dokumentation kring de yrkesverksammas inriktning.

R: Finns det någon speciell anledning till att man vill ha en formell tydlighet just inom företagshälsovård kring (behandlingsformen)?

I: Jag skulle säga, jag tycker att det är en kvalitetssäkring. Den första kvalitetssäkringen är ju legitimationen. Sen är ju viktigt att man också har genomgått en utbildning som man faktiskt kan värdera i relation till andra utbildningar.

R: Men är det något specifikt av den här utbildningen som föredras av företagshälsovård?

I: Alltså idag är ju KBT något som används, kan jag tycka, lite slentrianmässigt. Vi får ju ofta, eftersom företagshälsovården bygger på ganska korta insatser, de kunder vi har, om man kallar det så, de har ju en ganska stabil grund att stå på. Det är ju ofta en tillfällig variation i måendet, och där är det naturligtvis så att det finns många inslag i KBT som slår an till just de här avgränsade kontakterna.

R: Ok.

I: För det är som sagt, oftast inga djupterapi, eller långdragna terapi (David, psykolog, företagshälsovård).

Enligt David används KBT "slentrianmässigt" inom företagshälsovården. Han påpekar att företagshälsovårdens sätt att jobba med individer med arbetsrelaterad psykisk ohälsa går väl hand i hand med den kognitiva beteendeterapiens fokus på begränsade interventioner och resultatorientering, då det inom företagshälsovården inte finns utrymme för några djupare samtalsformer.

Sammantaget kan vi se att intervjuerna inom både primärvård och företagshälsovård tyder på att det finns olika moden och trender gällande behandlingsmetoder. Dessutom framhävs statens styrning mot en viss sorts kunskap, som för med sig vissa utmaningar i informanternas vardagspraktik speciellt i och med att de är kopplade till olika belöningssystem. Även forskare inom hälso- och sjukvårdsforskning har uppmärksammat statens kunskapsstyrning och har ställt sig kritiska till användandet av olika administrativa ersättningssystem för att detaljstyra vårdens verksamhet (Fernler et al. 2008; Alm, 2015). En alltför strikt styrning, menar de, kan resultera i att den situationsbundna och lokalt förankrade kunskapen går förlorad (Fernler et al, 2008). Istället understryker de betydelsen av att låta yrkesverksamma få utöva sin profession utifrån den komplexa verklighet som de arbetar inom.

Behandlingspragmatism

I den här delen analyserar jag informanternas resonemang och förhållningssätt kring deras användning av behandlingsmetoder. Eftersom kraven kring behandling skiljer sig mellan primärvård och företagshälsovård, är även informanternas förhållningssätt olika. I *Verktug efter individens behov och förmåga* diskuterar jag först KBT som ett föreskrivet verktyg inom primärvården och analyserar informanternas förhållningssätt till behandlingsmetoder i relation till idén om "den bästa metoden". Jag visar att informanterna argumenterar för anpassningen av behandling efter individens förmåga och behov, vilket jag här benämner som behandlingspragmatism. Sedan, i *KBT som ett förhållningssätt inom företagshälsovården*, sätter jag fokus på hur informanterna inom företagshälsovården talade om behandlingsmetoder.

Verktug efter individens förmåga och behov

Flera kuratorer och en psykoterapeut inom primärvården var kritiska till att en specifik behandlingsmetod premieras av staten och är direkt kopplad till administrativa ersättningsystem. Det menade de sätter press på dem att använda sig av den metoden för att exempelvis vårdcentralen ska få in pengar. Problemet är, betonade dessa informanter, att det inte finns någon metod som fungerar för alla människor.

Du får ha max 20 gånger för att avropa KBT pengar. Så är det. Men förra månaden avslutade jag 12 patienter, då kanske min chef vill att då ska vi ha 12 x 12 i KBT-pengar. Det är 244 000 in. Så blev det inte, det blev tre. Det blev 36 000, för de andra gick inte att jobba KBT med. Nej, men eftersom jag har flera verktyg i min låda, eftersom jag är utbildad i den andra stora grenen, också psykodynamiskt så jobbar ju jag med det också (Nina, kurator inom primärvården).

Kuratorn Nina påpekade exempelvis att hon har möjligheten att välja behandlingsmetod själv utifrån det behov som individen har. Samtidigt är hon medveten om att hon skulle sitta i en besvärlig situation ifall hennes chef förväntade sig och vore mer påstridig om att hon i större utsträckning ska använda sig av KBT som behandlingsmetod.

Informanternas resonemang kring behandlingsmetoder är speciellt intressant att relatera till idén om "den bästa metoden" som rehabiliteringskoordinatören Helen refererade till i början på det här kapitlet.

Medan de informanter som enbart hade KBT som inriktning framhöll KBT:s fördelar, argumenterade de informanter som använder flera terapeutiska behandlingsmetoder för vikten av att välja verktyg efter *individens förmåga* istället för att alltid använda samma behandlingsmetod.

Flera av kuratorerna inom primärvård argumenterade att deras val av metod beror på *individens förmåga*. Kuratorn Malin underströk att bedömningen av *individens grundresurser* är avgörande vid val av behandlingsmetod. Aspekter som hon fann av intresse var utbildningsnivå, social situation, bakgrund, psykisk mognad, och förmågan att tänka teoretiskt. Malin menade att flera av dessa aspekter kan innebära att individen inte har förmågan att jobba kognitivt. Exempelvis nämnde hon att en person som är svårt deprimerad inte är kapabel till att arbeta kognitivt, för under en djupare depression tappar människor de högre funktionsnivåerna. Med andra ord, nivån på depressionen är ännu en viktig aspekt. En annan kurator inom primärvården, Nina, gjorde inte skillnad på dessa faktorer. Hon konstaterade att det är stora skillnader i individens förmågor, men vad det beror på menade hon är inte hennes sak att bedöma. Med andra ord, vissa terapeuter uttryckte tydligt att kognitiva tekniker inte är lämpliga för alla. Dessa informanter menade att denna typ av terapi kräver en viss nivå av abstrakt tänkande, vilket är problematiskt på flera sätt:

Det finns en stor, stor grupp där KBT skjuter över målet, kan man säga. Och det kan man hålla sig kritiskt till såklart, och det här är min uppfattning. Den är lite hemmablind, den är skapad och utprovad i universitetsmiljö. De har prövat den på universitetsstudenter, människor med hög förmåga att tänka i teori, tänka abstrakt, sätta upp teorier, falsifiera, verifiera och sådana saker. Den bygger på att du har en ganska hög mognadsnivå och utbildningsnivå, men sen finns det gott om människor som inte har den här förmågan (Malin, kurator inom primärvården).

Kritiken som kuratorn framför har allvarliga implikationer för KBT som ett användbart behandlingsverktyg. Informanterna hävdar att metoden är användbar för endast en begränsad grupp av individer och det minskar dess användbarhet inom primärvården. Då vissa individer inte har förmågan att ta till sig metoden, gäller det för den professionella att ta reda på om individen har förmågan att tänka i termer av kortsiktiga och långsiktiga mål och konsekvenser. Ett vanligt inslag i KBT är hemuppgifter och enligt informanterna är just hemuppgifter ett sådant moment som brukar utvisa ifall KBT är passande för individen. Flera informanter betonade att hemuppgifter

ställer krav på att individen kan tänka abstrakt och tillämpa teoretiska moment i praktiken. Individens förmåga blir i de här sammanhangen speciellt uppenbara, eftersom individen behöver klara av att hantera kortsiktiga och långsiktiga mål när den ska utföra hemuppgiften.

Nina, kurator inom primärvården, ansåg att det är en tillgång att hon har *flera verktyg* som hon kan använda sig av vid behandling. Detta blir speciellt värdefullt menade hon när hon möter individer som är negativt inställda gentemot KBT som behandlingsmetod. Hon påpekade att hon nu börjar få individer som har erfarenhet av KBT och tydligt tar avstånd från metoden. Enligt informanterna inom de behandlande professionerna är det viktigt att behandlaren är lyhörd för individens förhållningssätt till KBT, annars kan individen avbryta behandlingen utan att återvända.

Som det har framgått utifrån flera av informanternas resonemang finns det en spänning mellan idén om att det finns *en bästa metod* som alla behandlare ska använda och tanken att individer är olika och behöver olika typer av hjälp. Flera informanter är måna om att påpeka att det inte finns *ett* verktyg som alltid är användbart, även om det handlar om samma problematik och samma patientgrupp. Enligt dem finns det även en variation mellan enskilda individer, inte bara mellan olika patientgrupper. Problemet är alltså inte huruvida KBT som behandlingsmetod är en effektiv behandlingsmetod i sig eller inte. Informanternas kritiska förhållningssätt handlar snarare om att individer är olika och behandlingsmetoder måste kunna anpassas till varje enskild situation beroende på det specifika sammanhanget. Dessa resultat är i enlighet med forskning som argumenterar för att låta yrkesverksamma ha friheten att kunna situationsanpassa sina beslut och vänder sig mot idén om att det går att styra utifrån "ett objektivt och värdeneutralt 'bästa vetande'" (Fernler et al., 2008:116).

KBT som ett förhållningssätt inom företagshälsovården

Medan informanterna inom primärvården ofta refererade till användningen av en specifik behandlingsterapi som ett verktyg, använde informanterna inom företagshälsovård ett mer diffust språkbruk kring sina behandlingsverktyg. Beteendevetaren Erik talade om att han använder sig av ett "KBT-tänk" som ett verktyg vid behandling. Han illustrerade vad han menade med "KBT-tänk" genom att ta ett exempel om en individ som söker hjälp hos honom på grund av stress. Erik berättade att han kanske konstaterar att ett problem är att individen har svårt att sätta gränser och att säga ifrån på arbetet. Då jobbar han ifrån en modell som kallas STORK (Situation, tanke, känsla, reaktion och

konsekvens). Modellen bygger på att individen ska få insikt i vad det är som händer i en viss situation och reflektera över beteendet, för att kunna hitta alternativa sätt att agera. Genom ett "*KBT-tänk*" får individen lära sig att ändra sitt beteende steg för steg. Erik beskrev att till detta verktyg hör också att jobba med skattningsskalor för att uppskatta individens beteende och spåra förbättringar.

På liknande sätt beskrev beteendevetaren Julia att hon har ett "kognitivt förhållningssätt", där hon sätter vikt vid individens vilja till förändring. Hon hänvisade också till en *förändringsprocess* som individen behöver gå genom. Fast hon använder sig av en annan metod än Erik beskrev, är andemeningen densamma. Julia tränar individen i att uppnå olika mål genom att träna individen att möta de hinder som individen kämpar med.

Det innebär en samtalsmetodik som kommer från idrottspsykologin. Det är en blandning av idrottspsykologi och kognitivt förhållningssätt, som egentligen alla handlar om att man ska få individen att mer ta ett eget ansvar kring sin förändringsprocess, kring vart man vill, och genom det skapa mer motivation för att genomföra en förändringsprocess. Det handlar ju mycket om att förändra tankarna och beteendet och knyta upp sådana här små knutar, som vi har lagt oss till med utifrån att vi har våra negativa erfarenheter, som egentligen är bara för det mesta dåliga förutsättningar, som egentligen inte handlar om en själv, men som man lägger på sig själv (Julia, beteendevetare).

Eriks och Julias språkbruk och resonemang är typiska för de professionella inom företagshälsovården. Behandlingsformerna som informanterna beskriver inom företagshälsovård varierar. Framför allt ger informanterna inom företagshälsovården inte intrycket av att vara lika formellt uppstyrda kring en behandlingsmetod som primärvården. Detta reflekteras i informanternas sätt att prata om behandling. Det är sällan som de pratar om en specifik terapeutisk metod. Istället hänvisar de till ett "*tänk*" eller ett "*förhållningssätt*". Informanterna inom företagshälsovård påpekade ofta att de använder sig av olika verktyg vid samtalsbehandling. De menade att de kan anpassa vilket verktyg de använder efter individens behov och förmågor.

Det här är ju en form av behandling, men det är inte så styrt utav en metod eller en teori. Kommer man till mig så går man genom de här stegen, dt, dt, dt. Så är det inte. Utan det är mer, att ha lite verktyg som jag tror passar (Erik, beteendevetare).

Beteendevetaren Eriks beskrivning visar att han utformar sin behandling utifrån sammanhanget. I motsats till exempelvis kuratorn Nina inom primärvården, behöver han inte förhålla sig till en specifik metod som utförs på ett givet sätt. Informanterna inom företagshälsovården är på så sätt friare kring användningen av behandlingsmetoder som ett verktyg.

Medicin, samtal, eller både och?

I samband med informanternas resonemang om behandlingsmetoder som verktyg inom primärvården, fanns det en ibland en uttalad spänning mellan de psykosocialt inriktade yrkesgruppers verktyg och läkarnas verktyg. I det här sammanhanget ställde vissa kuratorer och psykoterapeuter samtalsbehandling mot användningen av mediciner.

Traditionellt sett så det finns en jättestark kultur av att gå till en doktor när man är sjuk och man tittar på de verktygen som man har i sin verktygslåda. Har man en hammare, då provar man den på en skruv också, d.v.s. har man en medicin, så skriver man ut den. Jag vill inte att mina patienter skall äta mediciner om de kan vara utan, därför att mediciner är till för att krympa känslövrlden. Jag kan inte jobba med affekt med någon som inte känner någonting, därför att de är avskurna av mediciner (Nina, kurator inom primärvården).

Kuratorn Nina ansåg att läkarnas verktyg, mediciner, begränsar individens känslotillstånd. Från hennes perspektiv försvårar mediciner hennes arbete, då hennes verktyg, samtalsbehandling, bygger på individens känsloliv. Flera informanter inom de behandlande professionerna ställde sig kritiska till läkares medicineringspraktiker och argumenterade att medicinbolagen har fått en alltför betydelsefull påverkan på vårdens praktik. Vissa hävdade att medicinering dessutom används av läkare som ett villkor för sjukskrivning. Överhuvudtaget framställde flera av psykoterapeuterna och kuratorerna inom primärvården läkare som handfallna och ibland oempatiska när det kommer till psykosomatik. Psykoterapeuten Petra förklarade att när läkare inte hittar något kroppsligt fel hos individen, fast individen säger sig ha ont, kan det

ibland resultera i moraliseringar eller nedvärderande yttranden om individen: "Ja, doktorn sade att det satt mellan öronen', alltså det finns faktiskt så uttryckt till patienter." Petra menade att på det här sättet kan sjukvården skuldbelägga individen för sin smärta: "Felet är egentligen ditt. Du står fel, du är på fel arbetsplats, du har valt fel i livet."

Att den medicinska professionens verktyg porträtterades som i konflikt med behandlande professioners verktyg är kanske inte förvånande. Även forskning belyser de diagnostiska svårigheter i samband med diffusa tillstånd, som exempelvis ryggsmärtor. De är ofta svåra att kombinera med den biomedicinska modellen inom medicin (Lillrank, 2003). Lillrank (2003) visar att på grund av brist på biomedicinska bevis, resulterar den diagnostiska processen av diffusa symptom ofta i sociala och moraliska fördömanden av individen. Det som är oväntat i informanternas berättelser är däremot att flera av informanterna inom primärvården argumenterade att KBT är en "medicinvänlig terapimetod". KBT beskrevs som en terapimetod som kom till Sverige på 1980-talet för att medicinföretagen letade efter en terapeutisk metod som var förenlig med medicinering. Dessa informanter uttryckte ett starkt motstånd mot att använda sig av KBT. Ofta refererade de till att det är en behandlingsmetod som går hand i hand med diagnoser och medicinering. Psykoterapeuten Petra beskrev det som ett sätt att få människor att "gå den lätta vägen" och att "lägga locket på". Utifrån det här perspektivet ifrågasätts KBT som behandlingsmetod genom att förknippa den med tendenser till medikalisering.

Den negativa inställningen till KBT som uttrycktes hos dessa informanter, kan till stor del förklaras av att informanterna med psykosocialt inriktade yrken inom primärvården är tvungna att förhålla sig till KBT som metod, oavsett vilken inriktning de själva har. De är medvetna om att det finns förväntningar på att de ska kunna erbjuda hjälp via KBT. Vissa informanter nämnde exempelvis att många individer har hört talas om KBT och önskar därför behandling av någon med KBT-kompetens. I sådana situationer ses KBT som en lämplig metod, då det bygger på individens behov.

R: Men om du slapp jobba med KBT, skulle du göra det?

I: Jobba med KBT? I princip aldrig.

R: Aldrig?

I: Aldrig.

R: Nej, du skulle aldrig göra det?

I: Nej, inte om det inte var någon som väldigt gärna ville ha det, för då funkar det jättebra. Nej, jag tror inte det. Nej, men alltså en del människor behöver göra saker, för jag tror också att mycket av arbetet gör man hemma. Det är en extremt begränsad tid man träffas här, men jag förstår hela tiden KBT:n utifrån en psykodynamisk referensram, det kan jag säga. Annars skulle jag omöjligtvis vilja förhålla mig till det här tekniska, fyll i papper här, fyll i papper där (Nina, kurator, primärvården).

Det är intressant att kuratorn Nina i början på citatet så tydligt tar avstånd från att arbeta med KBT. Fast hon mot slutet av citatet uttrycker en villighet att överväga KBT som metod om det är individens preferens, är det ingen tvekan om att hon själv gärna undviker den. Kuratorns huvudargument till varför hon inte vill jobba med KBT är att metoden är väldigt "teknisk". Det här förhållningssättet finns även hos andra av mina intervjupersoner som har sin grundutbildning inom någon annan terapeutisk inriktning. De anser att deras intresseområde är individens inre liv och de vill jobba med hela individen. Från deras perspektiv är KBT metodens inriktning på avgränsade, specifika, situationsbundna beteenden varken intressant eller långsiktigt hållbart för individen. Istället betonar dessa informanter att KBT som terapeutisk metod snarare bidrar till att individen återkommer till vården, då man inte har undersökt vad individens problem bottnar i. Ett bra terapeutiskt verktyg definieras istället som en behandlingsmetod som leder till bestående, långsiktiga resultat. Enligt vissa informanter är KBT en metodologi som är instrumentellt och går hand i hand med kvantifiering, då till metoden hör användningen av skattningsskalor. Från dessa informanters perspektiv är människans känsloliv mer komplext än att man kan kvantifiera det. De refererar ofta till att man istället ska ta individens problem på allvar.

Diskussion

Som vi har sett under kapitlet finns det en viss spänning mellan verktyg som anses bygga på yrkesmässig bedömning och erfarenhet, samt verktyg som associeras med vetenskapligt beprövad kunskap, eller evidens. Professionellt omdöme beskrivs av informanterna vara grundat i erfarenhet, i form av klinisk bedömning, eller anamnes och kroppsspråk. Vetenskaplig kunskap karaktäriseras istället ofta som mätbar och verifierbar och som har kommit att likställas med tillförlitlighet, som exempelvis genom skattningsskalors betydelse för Försäkringskassan, eller KBT som föreskriven metod via staten. Därför sammanfaller ofta vetenskapligt beprövad kunskap med kunskap som

auktoriseras av olika myndigheter, chef eller landsting. Vissa av dessa verktyg premieras av kunskapsinfrastrukturen vid resurstilldelning genom att de ges av en objektiv bedömning, som t ex självskattningstester. Vikten av objektiv kunskap och tillförlitliga verktyg inom kunskapsinfrastrukturen innebär att informanterna förväntas underbygga sina bedömningar med "objektiv kunskap", eller *evidens*. Bristen på verktyg kan utifrån den här bakgrunden snarare förstås som brist på *tillförlitliga* eller *objektiva* verktyg. Det här synsättet utgår ifrån fysisk sjukdom som norm, där sjukdom går att mäta, se, bevisa.

Professionellt omdöme och vetenskaplig kunskap behöver däremot inte gå emot varandra. Istället för att ställa de olika verktygen mot varandra, kan informanterna använda sig av en kombination av olika verktyg, till exempel genom *triangulering* av olika verktyg, som anamnes, kroppsspråk och skattningsskalor.

Ett centralt tema gällande verktygen, som framgick från mina informanter inom både företagshälsovård och primärvård, var att bedömningen av psykisk ohälsa handlar mycket om samspelet mellan individen och de yrkesverksamma. Det finns inga tester som bevisar att en individ lider av psykisk ohälsa. Den typen av komplex problematik är inte synlig eller kan röras vid, det är inte materialiserat som vid somatiska sjukdomar. Det innebär att bedömningen av individens tillstånd för med sig olika aspekter av osäkerhet. En vanlig orsak till osäkerhet vid psykisk ohälsa var idén om att individen kan vara vilseledande i sin beskrivning av tillståndet. Det kan vara medvetet eller omedvetet och av olika skäl. Informanterna menade att individen kan vilseleda med en önskan om att bli sjukskriven, alternativt låtsas vara i bättre tillstånd för att den inte litar på den yrkesverksamma, vilket för med sig problem i den vardagliga hanteringen av arbetsrelaterad psykisk.

Sammanfattningsvis kan vi se att vetenskaplig beprövad kunskap inom kunskapsinfrastrukturen har fått en mer framträdande roll och har en avgörande roll vid just fördelning av resurser. Yrkesmässig hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa kan ses som en typ av kunskapsproduktion, där informanterna har olika typer av verktyg till sitt förfogande för att skapa kunskap. Dessa verktyg kan knutas till olika typer av kunskap, där viss typ av kunskap för med sig större *legitimitet* inom kunskapsinfrastrukturen, vid exempelvis fördelning av resurser. Fokus på vetenskaplighet likställs ofta med mätbarhet, verifierbarhet och därmed tillförlitlighet och kan undergräva professionell bedömning som istället ses som subjektiv. Men vilken typ av kunskap för skattningsskalor och evidensbaserad bedömning med sig? Ett svar kan sökas utifrån den kritik som vissa informanter riktade mot den här typen av verktyg.

Psykoaterapeuten Petra hävdade exempelvis att även vetenskapliga studier kan utföras på olika sätt, så att man kan få de svar man vill ha. Den här kritiken riktar sig mot idén om att vetenskaplig kunskap kan likställas med "objektivt" vetande, eller att vetenskaplig kunskapsproduktion sker utifrån en sorts neutral position. Ett annat svar går att hitta bland tidigare forskning som har beskrivit evidensbaseringsens ökade betydelse som en sorts transparensverktyg, där evidens inte bara används för att stärka den vetenskapliga grunden för vårdens arbete utan även för att granska och reglera professionell praxis (Hult, 2006).

KAPITEL 8

Strategier för Handlingsutrymme

Jag brukar säga att det här har våra politiker beslutat. Prata med det parti du tror på för att påverka systemet. För, antingen så kan man göra, alltså följa systemet, det är bara att köpa (eller), jag har kollegor som tyckte att det var så bökigt med systemet att de gjorde FN tjänst istället (Nils, läkare, företagshälsovård).

Vilket system pratar företagsläkaren Nils om? Välfärdssystemet? Hälso- och sjukvården? Företagshälsovården? Det här kapitlet berör alla dessa. Informanterna som jag har intervjuat - läkare, kuratorer, beteendevetare, terapeuter, psykologer, och arbetsterapeuter - uttrycker ofta en frustration över de förutsättningar som de har för att utföra sitt arbete. Anledningarna till frustrationen varierar, delvis beroende på vilken yrkesgrupp de intervjuade tillhör och delvis utifrån vilken vårdgivande organisation de jobbar för. Primärvårdens och företagshälsovårdens världar är delvis olika på grund av olika organisationslogiker, men informanternas strategier att handskas med förutsättningarna vid hanteringen av ett komplext problem som arbetsrelaterad psykisk ohälsa, är likartade. Det här kapitlet handlar om de strategier som informanterna använder sig av för att skapa handlingsutrymme för sig själva och individen som söker hjälp i de system som de måste förhålla sig till. Det kan vara hälso- och sjukvården, företagshälsovården eller Försäkringskassan. Jag kommer att beskriva de förhållanden som primärvårdens respektive företagshälsovårdens yrkesverksamma ser som centrala i sin vardag och hur de hanterar dessa utifrån arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

För att skapa förståelse för informanternas strategier för handlingsutrymme³ knyter jag i det här kapitlet an till begreppet kunskapsinfrastruktur. Jag visar att de yrkesverksammas kunskap om, och erfarenhet av, kunskapsinfrastrukturen ger dem en möjlighet att vara "flytande i infrastruktur" (Edwards, 2003: 189), eller behärska kunskapsinfrastrukturen. Jag ser informanternas strategier som återkommande handlingsmönster, snarare än genomtänkta målinriktade handlingar. Strategierna som jag tar upp i kapitlet är på så sätt den repertoar som informanterna har och använder för att navigera i relation till kunskapsinfrastrukturens villkor. Vilka delar av infrastrukturen de förhåller sig kan relateras till både deras yrke och organisation.

Följande kapitel är indelat i fyra delar, där jag i varje del tar upp en form av informanternas handlingsstrategier. Dessa är delvis sinsemellan överlappande, vilket blir särskilt tydligt gällande informanternas användning av diagnoser som återkommer i flera delar. I första delen, *Att omfördela resurser*, visar jag först enskilda läkares användning av tid som resurs med utgångspunkt i deras prioriteringar. Sedan diskuterar jag informanternas förhållningssätt till diagnoser som resurs inom primärvården. Den andra delen, *Att tänja på gränserna*, handlar om strategier som informanterna använder sig av inom någon av systemens gränser. Det är en vanlig strategi som inom primärvården framför allt yttrar sig genom pragmatisk diagnosättning och arbete runt hierarkiska (kunskaps)strukturer, medan det inom företagshälsovården yttrar sig genom ett visst förhållningssätt till arbetsgivaren. I den tredje delen, *Att upprätthålla professionell auktoritet*, behandlar jag hur läkarna inom både primärvård och företagshälsovård förhåller sig till de ramar som sätts via Försäkringskassan. Slutligen, i del fyra, *Att gå utanför ramarna*, visar jag på en handlingsstrategi som används mer sällan, men som har mer kraft och handlar om hur informanterna inom både företagshälsovård och primärvård ibland tar medvetna risker gentemot något av systemen.

³ Nära frågan om professionellt handlingsutrymme är begreppet *discretion*. Termen *discretion* används ofta inom professionsforskning för att uppmärksamma professionellas auktoritet och självbestämmanderätt, samt för att visa på att det finns en inneboende spänning mellan professionellt utövande och ansvar i relation till statlig styrning (Molander, 2016)

Att omfördela resurser

I det här avsnittet lägger jag fokus på informanternas strategier att omfördela resurser med utgångspunkt i två resurser: *tid* och *diagnoser*.

Tid som resurs

En av de saker som alla informanter framhöll som centralt i sitt möte med individen är bedömningen av individens tillstånd. Informanterna menade att bedömning har en avgörande roll för den fortsatta proceduren. Alla yrkesgrupper gör en bedömning, men i formella sammanhang anses läkarnas bedömning väga tyngst. Det beror delvis på att juridiskt sett är det läkarna som är medicinskt ansvariga. Därför är det bland annat bara läkarna som kan sjukskriva någon. I praktiken innebär det att läkarna träffar väldigt många patienter. Primärvården har dessutom flera mottagningsformer, beroende på vilken typ av besvär individen söker för. Primärvårdsläkarna - Magnus, Gustav, Emma, Björn, Kristina och Lilian - berättade att de har mellan fem minuter och upp till en halvtimme till förfogande för att göra en individuell bedömning.

I: Alltså en bokning på en stressrelaterad sjuklighet på en kvart är felbokad, det ska vara en halvtimme i alla fall, annars går det inte bra alltså, då måste man på något sätt ta tillbaka.

R: Varför det?

I: Ja men, man hinner inte. Du hinner inte kartlägga livssituationen, göra fysikalisk undersökning, diktera, skriva eventuella sjukskrivningar, remisser, ta labbprover på en kvart (Gustav, läkare, primärvård).

Citatet ovan pekar på att tidsaspekten är en viktig faktor vid en bedömning. Det finns olika typer av sjukdomar, och besvär med psykosocial karaktär framhölls genomgående av informanterna vara mer komplexa och därmed mer tidskrävande att bedöma än somatiska besvär. Men Gustavs första kommentar antyder också något mer. Han säger nämligen inte att bokningen ska vara en halvtimme istället för en kvart, utan väljer att uttrycka det på ett annat sätt: "det ska vara en halvtimme i alla fall". Kommentaren ger intrycket av att inte heller den tidsramen nödvändigtvis är tillräcklig. Men om en

halvtimme är den maximala gränsen för ett läkarbesök inom primärvården, vad kan läkarna göra? Det finns olika sätt att hantera det. Ett sätt är att använda den utsatta tiden efter bästa förmåga, men det finns andra sätt. En vanlig strategi hos primärvårdsläkare är att ta sig den tid de anser sig behöva för att bilda sig en uppfattning om individens tillstånd. Primärvårdsläkaren Emma berättade att speciellt vid första besöket behövs mer tid än en halvtimme. Även hon var tydlig med att hon ser bedömningen av psykosociala problem som tidskrävande, samtidigt som hon påpekade att tid är en bristvara inom primärvården. Konsekvensen av att läkarna tar den tid de behöver orsakar ofta förseningar för andra patienter, men flera av primärvårdsläkarna menade att det är nödvändigt. Istället resonerade de att det under, eller i slutet, av dagen förhoppningsvis finns möjligheter att påskynda andra arbetsuppgifter och hinna ifatt. Slutligen, fanns det ytterligare ett sätt för informanterna att skapa mer tid för bedömning. Det involverar informanternas utnyttjande av sina egna resurser. Den här strategin drabbar informanterna själva, då de minskar eller tar bort den egna tiden för fika eller lunch under arbetsdagen. Det är alltså genom att fördela om tillgängliga resurser på olika sätt, som enskilda primärvårdsläkare kompenserar för sjukvårdens organisering som utgår ifrån fysisk sjukdom gällande besökstidens längd.

Tidsbrist vid bedömningar av komplexa problem av psykosocial karaktär var ett återkommande tema i intervjuerna med primärvårdsläkarna. Det är ett villkor som lyftes fram och förknippades med vardagen inom primärvården – både av primärvårdsläkare och av andra yrkesgrupper. Trots dess utbreddhet, verkar tidsbrist vara ett villkor som i huvudsak hanteras genom individuella handlingsstrategier. Medan primärvårdsläkarnas egna handlingsstrategier kan vara verksamma vid varje enskild situation, kan de också förhindra att problemet lyfts fram inom primärvården. Att strukturella problem kontinuerligt löses på en individuell nivå kan bidra till att problemet består. Samtidigt finns det tecken på att primärvårdens problem med besökstiderna inte är helt osynligt och har uppmärksammats på vissa ställen. En av psykoterapeutinformanterna påpekade exempelvis att på deras vårdcentral utökades läkarnas besökstider till 45 minuter för psykosociala bedömningar. Orsakerna till förändringen ligger enligt informanten delvis i alltför otydliga läkarbedömningar och slentrianmässiga diagnoser kring olika typer av psykisk ohälsa. Ett längre läkarbesök förväntas kunna förbättra möjligheten till en mer precis bedömning. Men hur ser villkoren för bedömningen av ett komplext problem som arbetsrelaterad psykisk ohälsa ut inom företagshälsovården?

Tidsramen för en bedömning av arbetsrelaterad psykisk ohälsa kan även upplevas som problematisk av läkare inom företagshälsovården. I motsats till primärvården är psykosociala besvär däremot den huvudsakliga anledningen till att individer vänder sig till företagshälsovården, enligt mina informanter inom företagshälsovården. Detta reflekteras i besökstidens längd, som i regel är dubbelt så lång som inom primärvården. Trots detta, kan läkare inom företagshälsovården också uppleva sig ha svårt att hinna med att göra en rimlig bedömning på den tiden och tycker sig behöva bolla med resurserna på olika sätt. Nils, en av företagsläkarna, förklarade:

Man behöver en timme att prata och sen behöver man 20 minuter att skriva journalanteckningar på. Ofta är det så att man har en timmes besök och sen får man bjussa journalanteckningarna på...
- man gör det på något annat (sätt) - som man kör in lite mer pengar, vad ska jag säga, lagstiftade undersökningar som teoretiskt tar 15 minuter, men man fakturerar mycket mer och då hinner man med att skriva (Nils, läkare, företagshälsovård).

Nils kommentar visar på ett annat sätt att omfördela resurser, som är anpassad efter företagshälsovårdens villkor. Citatet illustrerar hur Nils känner sig tvungen att hitta olika sätt för att jämna ut villkoren. Som det framgår av hans resonemang är det en strategisk lösning att be om mer tid för tjänster som är lagstiftade och därmed automatiskt godkända av arbetsgivaren, istället för att utöka besökstiderna, som arbetsgivaren med större sannolikhet skulle ifrågasätta eller avfärda.

Men varför är just tidsaspekten viktig i samband med bedömningar? Informanternas strategi att skapa sig mer tid för bedömning kan knytas till tidsaspektens betydelse för att kunna göra en professionellt grundad bedömning av patientens tillstånd för att få en chans att genomföra de arbetsuppgifter som ingår vid ett läkarbesök. En sådan situation är grunden för att kunna ge god vård. Sammantaget kan vi se att även om tidsaspekten ses som ett hinder för professionellt utövande, hittar de yrkesverksamma olika organisationspecifika sätt för att skapa handlingsutrymme.

Läkarnas tidsbrist har även uppmärksammats inom forskning som intresserar sig för hur marknadsorienterade influenser har påverkat primärvården. Exempelvis föreslog Winblad (2017) att vårdvalet har bidragit till ökade besök inom primärvården, med konsekvensen att läkarprofessionen får en allt större vikt (Winblad et al, 2017). Fast tidsproblemet kan knytas till strukturella förändringar i form av exempelvis vårdval, menar jag dock att sådana aspekter inte fullt ut förklarar det problem som mina informanter brottas med. Läkarnas tidsbrist är i det här sammanhanget även nära

sammankopplad med problemets komplexa karaktär. Psykosociala problem är tidskrävande att bedöma och primärvårdens besökstider är ofta inte anpassade efter den typen av mångfacetterade problem.

Diagnoser som resurs

Informanterna inom primärvården gjorde mig uppmärksam på att deras bedömningar alltid utmynnar i någon sorts diagnos. Enligt informanterna är primärvårdens journalsystem utformat så att de vid varje patientbesök är tvungna att ange en diagnos för att de ska kunna gå vidare inom det datoriserade journalsystem som de använder vid patientbesök. Primärvårdsläkaren Emma påpekade också att en diagnos har en annan betydelse för personalen inom primärvården än vad den gängse uppfattningen är hos patienterna. Hon underströk att medan patienter ofta förknippar en diagnos med en specifik åkomma, det vill säga en sjukdom, ser primärvårdspersonalen flera, olika syften med diagnoser. Inom primärvården ger diagnoser information om patientens hälsostatus och de är organisatoriska och administrativa medel som ger ekonomisk ersättning, samt bidrar med underlag för forskning. Det betyder att diagnoser har en central roll i informanternas vardag.

I: Vi måste diagnosätta allting vi gör, i princip.

R: Allt.

I: Allt.

R: All kontakt med...

I: Allt, så kommer det en patient som kommer med något som jag tycker, det där är ingen sjukdom, det är inget fel, kanske söker för en knöl, som visar sig vara ett revben, eller vad det kan vara, då får man sätta diagnoser som "Oro för sjukdom", en sorts Z-diagnos, eller "Hälsokontroll" (Emma, läkare, primärvård).

Emmas berättelse spelar på att diagnosättning inom primärvården är på gränsen till absurd. Hon förklarar vidare att även alla telefonsamtal diagnosätts med diagnoser som "Rådgivning, ospecificerat" eller "Receptbedömning". Därför är det inte förvånande när hon fortsätter med att säga:

Ordet (diagnos) är inte lika värdeladdat, eller magiskt. Vi måste sätta en diagnos, så får vi sätta den som passar bäst (Emma, läkare inom primärvården).

En diagnos fungerar alltså som namngivning av en aktivitet. Med andra ord, utöver att diagnosen är ett sätt att kategorisera och definiera individens problem, är det också inom primärvården ett sätt att *namnge resursanvändning*. Vikten av diagnossättning behöver alltså förstås utifrån diagnosernas roll som organisatoriska och administrativa medel. Detta är på grund av att det finns direkta länkar mellan diagnoser och primärvårdens ekonomi.

R: Finns det något organisatoriskt med att sätta en diagnos?

I: Ja, det är ett krav att vi ska göra det.

R: Varför är det viktigt?

I: Ja.... (är tyst länge)

R: Om du inte sätter en diagnos, vad händer då?

I: Då får jag påbackning.

R: På vilket sätt då?

I: Då får jag "Du har glömt att sätta en diagnos".

R: Varifrån då?

I: Från en administratör.

R: Jaha, ok. Men vad sade du, vad är syftet med att ge en diagnos? För man kan ju tänka sig att i och med att du inte är färdig med din bedömning, så skulle du inte...

R: Sätta en diagnos, nej, det är ju egentligen logiskt. Men nu är det så att man får ju pengar för diagnoser.

I: Ok

R: Så tyvärr så styrs det av det. Det är min uppfattning i alla fall. Eller, det är så (Linda, kurator, primärvården).

Läkare, psykoterapeuter, kuratorer och arbetsterapeuter inom primärvården förklarade alla att det finns en direkt koppling mellan antal och typer av diagnoser de sätter och den mängd pengar som den enskilda verksamheten, till exempel vårdcentralen, får. Enligt informanterna är därför diagnossättning av varje patient, vid varje besökstillfälle ett krav inom primärvården för alla yrkesgrupper. Att kopplingen mellan diagnoser och ekonomisk ersättning vid diagnostisering var ett tema bland intervjuerna har sin förklaring i införande av vårdvalssystemet, som sedan 2010 har blivit obligatoriskt för primärvården (Prop. 2008/09:74; SKL, 2012). I och med vårdvalet har olika ersättningssystem införts inom primärvården med syfte att anpassa fördelningen av resurser mellan olika primärvårdsenheter (SKL, 2017b). Huvudprincipen har varit att ersättningssystemen ska leda till en rättvis fördelning av resurser genom att exempelvis ta hänsyn till vilka patientgrupper, eller vilka typer av tillstånd, som respektive primärvårdsenhet har hand om. I ett av dessa ersättningssystem, ACG-systemet (Adjusted Clinical Groups) används diagnoser som ett viktigt underlag för att beräkna ersättning (SKL, 2017a).

Vikten av diagnoser som resursanvändning blev tydlig i relation till hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Informanterna inom primärvården resonerade att de egentligen inte borde ta emot patienter med arbetsrelaterade problem inom primärvården ifall individens arbetsgivare har tillgång till företagshälsovård. Flera reflekterade dock att de inte är konsekventa i sitt förhållningssätt. I praktiken tar de ändå emot patienter med sådana besvär, ofta för att de ser att arbetsgivaren inte är villig att koppla in företagshälsovård av ekonomiska skäl, eller för att individen inte känner sig bekväm med att vända sig till arbetsgivaren. För att kunna legitimera patientens behandling inom primärvården läggs fokus på något annat (bi)problem som individen har, till exempel stress. Detta möjliggör att en behandling utformas. Flera informanter inom primärvården underströk att många av de individer som kommer till dem egentligen har problem som till en början var orsakade av arbetssituationen, men som har övergått till mer allvarliga tillstånd på grund av arbetsgivarens vägran att göra något och då hamnar patienterna hos primärvården.

Informanternas handlingsstrategier vid användningen av diagnoser är även tydligt knutna till *olika typer av diagnoser*. Vissa typer av diagnoser, som "Livssituationsproblem" får verksamheterna inom primärvård inte någon ekonomisk ersättning för. Dessa diagnoser anses inte tillhöra den mer allvarliga sortens diagnoser som till exempel depression eller ångest, vilket anses vara mer krävande vid behandling. Några av informanterna poängterar att de egentligen borde sätta den diagnos som passar bäst, men att vetskapen om huruvida en diagnos ger pengar eller inte påverkar deras vardag. Om de

exempelvis får en individ som har problem i sina relationer och saknar anställning så skulle diagnosen "Livssituationsproblem" vara mest lämplig, men det går även att tolka det som stress och diagnosen "Stress" ger vårdcentralen mer pengar. Därmed är inte bara kravet på att sätta en diagnos som kan vara av vikt för den enskilda verksamhetens ekonomi, utan även vilken typ av diagnos som sätts.

Att diagnoser är knutna till ekonomisk ersättning framgår inte bara utifrån informanternas resonemang kring typen av diagnos, utan även utifrån beskrivning av *antalet* diagnoser som sätts. På så sätt fanns det variationer i hur betydelsen av diagnoser som resurs kom till uttryck. Följande citat är ett utdrag från en intervju där jag och primärvårdsläkaren Emma diskuterar ACG-systemet och hur specifika diagnoser är knutna till ersättning.

R: Ja, till exempel depression eller ångest, tänker jag ju ger mycket mer pengar än om man sätter en Z-diagnos som "Oro för sjukdom" eller "Livssituationsproblem", skulle jag tro, men det är inget jag tänker på när jag sätter diagnoser.

I: Nej, ok.

R: Däremot är vi ju tillsagda och som ger ersättning, att om folk söker både för sitt höga blodtryck och ont i foten och oro och ångest, då är det bra att sätta diagnos på alla tre, för att överlag ska vi försöka sätta diagnoser på allt folk söker på och det de har för att få mer pengar.

I: Jaha, så ett besök...

R: Jag kan ju sätta fem diagnoser på ett besök (Emma, läkare inom primärvården)

Som vi har sett varierar diagnossättningen utifrån olika lokala primärvårdsenheter. Utifrån intervjuerna framkommer det att vissa informanter är tillsagda att diagnossätta alla besvär som individen söker för. Samsjuklighet, det vill säga att ha flera sjukdomar samtidigt är vanligt, speciellt vid psykiska sjukdomar. Att benämna varje enskilt besvär hos individen bidrar därmed även till att ge mer ersättning. Exempelvis, om en person söker för både fysiska och psykiska besvär, kan informanterna sätta flera diagnoser och på så sätt får vårdcentralen mer ersättning. Följaktligen är det inte ovanligt att ett besök resulterar i flera diagnoser.

Sammantaget kan vi se att användningen av diagnoser som resurs var en handlingsstrategi som är specifikt knuten till de förhållanden som finns inom primärvården. Diagnosers betydelse som organisatoriska och

administrativa medel för ekonomisk ersättning togs därför endast upp av informanterna inom primärvården. Inom företagshälsovården har inte diagnoserna samma ekonomiska funktion, eftersom uppdragsgivaren inom företagshälsovården är arbetsgivaren. Därför är det istället avtalet och relationen med arbetsgivaren som står i fokus för informanterna inom företagshälsovård, vilket jag tar upp i nästa avsnitt under rubriken *Att hitta den rätta balansgången*.

Att tänja på gränserna

I det här avsnittet beskriver och diskuterar jag informanternas strategier *inom* primärvårdens respektive företagshälsovårdens gränser. De är delvis yrkes- och delvis organisationsspecifika och yttrar sig på tre sätt: *pragmatisk användning av diagnoser, navigering runt (kunskaps)hierarkiska strukturer, samt förhandling med arbetsgivaren genom att hitta den rätta balansgången*.

Pragmatisk användning av diagnoser

Medan primärvårdsläkarna som jag har intervjuat tyckte att diagnossättning är en självklar del av deras profession, påpekade informanter inom andra yrkesgrupper - kuratorer, psykoterapeuter och arbetsterapeuter – att olika yrkesgruppers diagnostisering skiljer sig åt. Exempelvis betonade arbetsterapeuten Nora att de diagnoser hon sätter heter "symtomdiagnoser" och inte kan likställas med läkares medicinska diagnoser, som är kriteriediagnoser i enlighet med exempelvis klassifikationssystemet DSM och som finns som motivering på sjukintyg. Kuratorn Linda hänvisade till Socialstyrelsens bestämmelse för att förklara skillnader gällande diagnossättning mellan yrkesgrupperna. Hon menade att vissa diagnoser endast kan utfärdas av läkare. Några informanter underströk även att det är en statusskillnad mellan de olika typerna av diagnoser. Arbetsterapeuten Rebecca berättade exempelvis att vid utformningen av en behandling kan hon välja att kopiera läkares diagnos, eller så kan hon sätta en egen diagnos utifrån den behandling som hon ger. Hon argumenterade att läkares medicinska diagnos har en tyngre status ur diagnossynpunkt, men att en egen diagnos stämmer mer överens med hennes specifika åtgärd. Detta bidrog till att hon föredrar att sätta en egen diagnos.

Utöver skillnaden mellan olika typer av diagnoser, påpekade några informanter att diagnossystemet kan vara problematiskt för dem. I regel ansåg sig dessa informanter behöva flera möten med individen innan de var färdiga med sin bedömning.

R: Måste du sätta en diagnos på varje patient, eller?

I: Mmm...

R: Är det varje gång?

I: Varje gång.

R: Men om du inte är färdig med din bedömning?

I: Då kan jag ta... "Stress" kan jag ta, det är ju också en diagnos.

R: Jaha, ok...

I: Eller "ångest", eller "sömnstörning", eller "livssituationsproblem" (Linda, kurator, primärvården).

Som en konsekvens av det elektroniska journalsystemets utformning menade flera av dessa informanter att diagnosen de sätter första gångerna ofta är tillfällig. På grund av detta argumenterade både kuratorer, psykoterapeuter och arbetsterapeuter att de väljer bredare och därmed vagare diagnoser, som kan täcka de flesta tillstånden som en patient kan tänkas ha, som exempelvis "Livsstilsproblematik", "Sömnstörning", "Ångest" eller "Stress". Vid ett av mina observationstillfällen inom primärvården förklarade en psykoterapeut och en arbetsterapeut att det finns en hel del "slaskdiagnoser", som "Livssituationsproblem" och "Bristande coping", som kan fungera på alla individer. Det här resonemanget framkom även bland en del av intervjuerna. Psykoterapeuten Petra betonade att hon inom ramen för sin yrkesutövning inte har behov av att kategorisera individen för att kunna hjälpa den. Diagnostisering sågs på detta sätt ofta som ett nödvändigt steg för att motivera resursanvändning. Det är endast på grund av det elektroniska journalsystemet som de yrkesverksamma kände sig tvingade till att ta ett diagnostiseringsbeslut.

De yrkesverksammas resonemang kring diagnostisering och diagnosers betydelse är speciellt intressant i relation till deras hänvisning till användningen av så kallade "slaskdiagnoser". Å ena sidan verkar slaskdiagnoser användbara för att det ger de yrkesverksamma möjlighet till

mer handlingsutrymme. Slaskdiagnoser kan användas när inga andra diagnoser verka passa (Rosenhan, 1975). Å andra sidan har "slaksdiagnoser" ofta just kopplats till (medicinskt) omtvistade sjukdomstillstånd (Chirico, 2015; Casey, 2006). De används då i betydelsen diagnoser som saknar evidensbaserad, som till exempel fibromyalgi och får på det här sättet en negativ klang (Eriksson, 2015). Medan den negativa stämpeln som en "slaskdiagnos" ger upphov till skulle kunna vara en anledning för att informanterna inte ska använda dem, behöver dessa diagnoser sättas i ett större sammanhang. Flera informanter hävdade, däribland arbetsterapeuten Rebecka, att psykiska problem generellt har låg status inom hälso- och sjukvården, eftersom de är otydliga och svåra att förstå, samt att hantera. I relation till depressioner och utmattningssyndrom beskrevs fysiska sjukdomar, som hjärtinfarkt, ha hög status för att man inom hälso- och sjukvården vet vad man ska göra. Det finns åtgärder att sätta in. I och med detta, framstår användningen av "slaskdiagnoser" som av mindre betydelse.

"Alla gräver vi våra tunnlar" – Navigering runt (kunskaps)hierarkiska strukturer

Följande strategi för handlingsutrymme kretsar kring informanternas förhandling av hierarkiska relationer mellan olika yrkesgrupper, i huvudsak inom primärvården. Den här strategin är speciellt intressant vid hanteringen av komplexa problem som arbetsrelaterad psykisk ohälsa, eftersom detta hanteras av en mängd olika yrkesgrupper inom olika typer av kunskapsområden.

I samband med diskussioner om hantering av psykisk ohälsa, argumenterade flera av informanterna inom primärvården att vården präglas av en hierarkisk struktur. I huvudsak psykoterapeuter och kuratorer beskrev olika scenarier som kan uppstå när olika professioner möts och där markering av den hierarkiska strukturen sker. Informanterna, däribland kuratorn Malin, hänvisade återkommande till (makt)skillnader mellan olika yrkesgrupper med hänvisning till "medicin" kontra "paramedicin". Informanterna konstaterade att läkare definieras som "medicin", medan resten av yrkesgrupperna faller in under "paramedicin". Den symboliska betydelsen av den kunskapsuppdelningen var ännu ett sätt för informanterna att betona läkarnas överordnade position.

Samtidigt påpekade flera informanter att även läkare är en heterogen grupp. Informanterna kunde reflektera kring läkares olika intresseområden, som i sin tur även knöts till skillnader mellan läkarnas inställning till

psykosomatik. Flera informanter uppmärksammade att det bara är enstaka läkare som är intresserade av psykisk ohälsa inom primärvården. Utmärkande i mina intervjuer var en läkare som flera informanter inom andra yrkesgrupper var väldigt positivt inställda till, i motsats till många andra läkare som informanterna berättade om.

Den här uppdelningen mellan olika typer av läkare är central, då det ligger till grund för informanternas strategi att skapa sig ett ökat handlingsutrymme. Relationen mellan yrkesgrupperna kan nämligen vara en källa till konflikt kring problem med psykosomatiska orsaker. I sin strävan att kunna hjälpa individer med psykosocial problematik, utnyttjar informanter sin kunskap om läkarnas intresseområden för att jobba runt det hierarkiska kunskapssystemet. Till exempel, beskrev flera terapeuter hur de styr om individer så att de hamnar hos läkare som är intresserade av psykisk ohälsa och den typen av frågor överhuvudtaget. *"Alla gräver vi våra tunnlar"*, som terapeuten Petra uttryckte det.

I motsats till informanterna inom primärvård, gav informanterna inom företagshälsovården inte uttryck för behovet av handlingsstrategier i samarbetet med andra yrkesgrupper. Fast skillnader mellan olika yrkesroller var även där uttalade, fanns inte samma spänning mellan yrkesgruppernas förhållningssätt till varandra. Snarare uppmärksammade exempelvis en företagsläkare och förhöll sig cyniskt kring den betydelse som läggs vid läkares signatur i relation till andra yrkesgrupper i formella sammanhang. Hierarki mellan yrkesgrupper inom företagshälsovården verkade snarare vara ett fenomen som konstruerades utifrån, via andra myndigheter eller arbetsgivare. Exempelvis berättade företagsläkaren Ulf att hans underskrift används för att validera sjukgymnasternas bedömning vid en arbetsförmågebedömning, fast han anser att sjukgymnaster är bättre på att göra den bedömningen själva. Med andra ord, Ulf argumenterade att det läggs stor vikt vid en läkares underskrift inom kunskapsinfrastrukturen i formella sammanhang, något som han ställde sig ytterst kritisk till. Läkarens signatur i sig har betydelse.

Det är vidare intressant att lägga märke till att läkarnas specialisering och intresse för det fysiska eller psykiska var uttalat inom ett av företagshälsovårdsföretagen, där en informant påpekade att det inom företagshälsovårdsföretaget finns en läkare som är anställd för *"psykiska ärenden"* och en läkare med fokus på *"fysiska ärenden"*. Den typen av specialisering är inte uttalad inom primärvården, även om informanterna inom primärvården också kunde reflektera kring läkarnas engagemang inom exempelvis rehabiliteringsteam som beroende av deras intresse för psykosomatik.

Som vi har sett målar informanterna inom primärvården och företagshälsovården upp olika villkor i samarbetet mellan yrkesgrupperna i respektive organisation. I kontrast till primärvårdens hierarkiska struktur mellan olika yrkesgrupper, framstår relationen mellan företagshälsovårdens yrkesgrupper som mer jämlik på grund av deras positioner som konsulter.

Att hitta den rätta balansgången

Av avgörande betydelse för informanternas arbete inom företagshälsovården är avtalen med och relationen till arbetsgivaren. Därför är det föga förvånande att ett mönster av handlingsstrategier som framkom i mina intervjuer med informanterna inom företagshälsovården var riktade mot arbetsgivaren.

För att exemplifiera arbetsgivarens betydelse i relation till de yrkesverksammas arbete, kommer jag först ge en kort beskrivning från ett av mina observationstillfällen. Situationen utspelade sig på en arbetsplats under en stressföreläsning. En av mina beteendevetarinformer var inbjuden att föreläsa för de anställda på en arbetsplats och jag fick tillåtelse att följa med. Beteendevetaren inledde med att ge publiken information om stress, men skapade under föreläsningens gång återkommande utrymme för diskussion både i små grupper och i helgrupp. Gruppdiskussionerna i de små grupperna var livliga - publiken var tydligt aktiva i samtalen. Däremot uppstod det en konstig stämning så fort beteendevetaren försökte skapa helgruppsdiskussioner. Det fanns knappt något samspel mellan beteendevetaren och publiken, vilket var en stor kontrast till diskussionerna i de små grupperna. Efter mötet var jag nyfiken på hur beteendevetaren hade uppfattat stressföreläsningen och vad hon hade för tankar om det som hände. Då framkom det att beteendevetaren i efterhand fick reda på att arbetsplatsens chefer hade varit närvarande under hennes föreläsning. De satt längst bak i publiken. Enligt beteendevetaren var detta både ovanligt och inte förväntat. Hon tolkade chefernas närvaro som anledning till de anställdas motvilja att diskutera stress i helgrupp. Arbetsgivarens närvaro var på så sätt en begränsning för beteendevetarens yrkesutövande, som hade kunnat undvikas.

Relationen till arbetsgivaren gavs en central roll i alla mina intervjuer med de yrkesverksamma inom företagshälsovården. Informanterna underströk vikten av en bra relation till arbetsgivaren, av flera skäl. Huvudanledningen var att företagshälsovården är beroende av arbetsgivaren för att få beställningar. Som beteendevetaren Daniel påpekade, finns det två anledningar till att företagshälsovården kan få ett uppdrag: att kunden skickar individen till företagshälsovården, eller att individen har fått tillåtelse av

kunden att komma dit. Det innebär att det krävs att arbetsgivaren litar på företagshälsovården. Det gäller att ha "trogna kunder", där man har lärt känna varandra väl och har en stabil grund för diskussion av uppdragen. En viktig aspekt som flera informanter tog upp i relationen till arbetsgivaren var balansgången mellan arbetsgivarens och individens perspektiv. "Vi får ju vara väldigt försiktiga med att inte gå in och ta parti", som beteendevetaren Daniel uttryckte det. Informanter inom företagshälsovården betonade ofta vikten av att inte stå på någon specifik sida. Det var grunden till deras professionella legitimitet. Att hitta den rätta balansgången var därmed avgörande för att kunna ha ett fortsatt bra samarbete med arbetsgivaren. Så här uttryckte beteendevetaren Sofia relationen till arbetsgivaren:

R: Ibland är det en balansgång på slak lina. Det är ganska svårt ska jag säga, på tal om det.

I: Ja, på vilket sätt?

R: Ja, alltså arbetsgivaren vill ju ha mer koll på något sätt. "Vad är det de gör nu? Vad är det de pratar om" och "Nu betalar jag för detta, vad är det som händer?" Och det kan man ju inte säga om inte den enskilda människan vill. Jag har ju tystnadsplikt, jag kan ju säga att vi pratar om det och det. Alltså vi har samtal, vi håller på med stresshantering och så där, men man kan ju inte säga för mycket. Och då känner man ibland att det skulle de ju vilja från arbetsgivares håll. Då är det ju bättre om man har en bra relation med arbetsgivaren för då kan man ju vara mer öppen och alltså man sitter tillsammans och så där, annars kan det vara ganska svårt. Det kan vara svårt när chefer inte fungerar bra, och de vill att enskilda människor skall komma till en, så sitter den där enskilda och säger att chefen är en idiot och när hon slutar ska ju allting lösa sig och det kan man ju inte säga. Man kan ju inte hugga den hand som föder en, utan då får man gå någon slags balansgång (Sofia, beteendevetare, företagshälsovården).

Några informanter inom företagshälsovården ansåg att samarbetet med arbetsgivaren fungerade bra för dem. Beteendevetaren Charlotte ansåg att hon arbetade närmast arbetsgivaren utifrån att hon regelbundet återrapporterar om hur individen mår, samt hur och när man tror att det är dags att börja arbetsträna, eller komma tillbaka i arbetet.

Som jag nämnde tidigare (se kapitel 5) är arbetsgivarnas definition av *arbetsrelaterat* avgörande för företagshälsovården insatser och sätter ramarna för det professionella handlingsutrymmet. Det innebär att det är i det

individuella samspelet mellan varje individuell arbetsgivare och de professionella som det finns utrymme för förhandling.

Ett annat tema som några informanter tog upp i relationen till arbetsgivaren var arbetsgivarens (o)kunskap kring arbetsrelaterad psykisk ohälsa och ansvaret för förebyggande arbetsmiljöarbete samt rehabilitering. Företagsläkaren Ulf uppmärksammade exempelvis att det finns en stor okunskap hos många arbetsgivare om deras skyldigheter enligt Arbetsmiljölagen och menade att det var ofta upp till honom att lyfta dessa frågor med arbetsgivaren.

Det man inte ser, vet man ingenting om. När man väl har tagit upp det, så måste man göra något åt det (Ulf, läkare inom företagshälsovården).

Likt Ulf, påpekade några andra informanter inom företagshälsovården fördelarna med att informera om ansvaret för förebyggande arbetsmiljö och rehabilitering av arbetsrelaterade problem, då dessa insatser ökar sannolikheten för förhandling med arbetsgivaren. Samtidigt underströk andra, som beteendevetaren Sofia, att arbetsgivarna har blivit bättre på att jobba främjande och fångar upp individer med problem tidigare genom arbete med exempelvis arbetsgrupper.

Sammanfattningsvis, som jag visade i det här avsnittet är informanternas tre strategier av handlingsutrymme knutet till både deras yrkesroll och den organisation som de verkar i. I likhet med informanternas multipla grännsarbete i kapitel 7, innefattar handlingsstrategin "att tänja på gränserna" en kombination av vissa yrkespositioner och en viss organisation. Med andra ord, de olika yrkesgruppernas strategier kring diagnostisering och diagnoser, samt deras samverkan sinsemellan, är direkt knutna till primärvården som organisation. Inom företagshälsovården är omständigheterna annorlunda utformade, vilket speglas i handlingsstrategins fokus på arbetsgivaren.

Att upprätthålla professionell auktoritet

I det här avsnittet lägger jag fokus på en handlingsstrategi som mina läkarinformanter har i relation till Försäkringskassan och individen. Anledningen till att den här strategin är begränsat till läkarprofessionen är att det är de som utfärdar sjukintyg vid sjukskrivningar och utgör länken mellan individen och socialförsäkringssystemet. Utgångspunkten för den här strategin

är läkarinformaternas beskrivningar av förändrade idéer kring professionellt utövande, som de menade har lett till ett ökat ifrågasättande och granskning av deras professionella auktoritet.

Tidigare hade vi ju någon sådan där vit rock som gjorde att folk trodde på en och sjukintyget var "Det är jag som säger att du är sjuk" och då ska alla köpa det för jag har sagt det. Idag är det inte så. Idag ger vi ett underlag till Försäkringskassan och det är en handläggare, som kanske inte har medicinsk kompetens, men tar beslut [...] Antingen får man göra så att man köper det eller så får man syssla med något annat. (Nils, läkare, företagshälsovård).

Företagsläkaren Nils konstaterar att det har skett stora förändringar gällande läkarnas position som medicinska auktoriteter. Precis som citatet antyder, ansåg flera läkare som jag har intervjuat, att det nya sjukförsäkringssystemet har gett upphov till stor frustration. Att bli granskad och ifrågasatt av en myndighet med begränsad medicinsk kompetens betraktades dock av mina läkarinformatanter som ett faktum, som man i sin roll som läkare måste förhålla sig till. För även om läkarna inte har beslutsrätt gällande sjukersättning, kan de ofta förutse vad det medicinska underlaget som de förser Försäkringskassan med kommer att resultera i. Andreas, företagsläkare, påpekar att det är stor skillnad om han skriver att en individ är *trött* eller *deprimerad* i sjukskrivningssammanhang. "Vad man kallar de här sakerna kan ju verka betydelselöst, men det kan ha rätt stor betydelse för hur man behandlas på Försäkringskassan." I praktiken innebär det att många av läkarna är noga med att förhålla sig till det Försäkringsmedicinska beslutstödet, Socialstyrelsens rekommendationer om sjukskrivningslängd för olika sjukdomar och tillstånd. Beslutsstödet används nämligen av handläggarna på Försäkringskassan för att bedöma rimligheten av en sjukskrivning. Olika diagnoser värderas på olika sätt, vilket i sin tur påverkar individens rätt till sjukersättning. Exempelvis beskrev primärvårdsläkaren Emma att om hon bedömer att en individ är för sjuk för att jobba heltid under en längre period, behöver hon vara medveten om vilken diagnos hon sätter för att intyget ska godkännas av Försäkringskassan. Diagnosen "Livssituationsproblem" är i sådana fall inget bra alternativ, medan en *depressionsdiagnos* fungerar som en bra grund. Skillnaden mellan de två diagnoserna är att depression är accepterat som ett sjukdomstillstånd, medan Livssituationsproblem, som syftar till individens sociala och livsproblem, inte längre ingår i sjukdomsbegreppet (se även SOU 2009:89). Därmed uppfyller endast diagnosen depression Försäkringskassans kriterier för tillgång till sjukförsäkringen. Jag undrade om vetenskapen kring diagnosernas betydelse

påverkar hennes diagnossättning. "Mmm, i enstaka fall gör det det, tyvärr. Det skulle man ju inte vilja att det påverkade, men lite så är det ju" (Emma, läkare inom primärvården). Läkarnas medvetenhet om diagnosernas vikt vid sjukskrivning gör att de ibland kan välja diagnoser som höjer patientens förutsättningar att få ekonomisk ersättning av Försäkringskassan. Men det är inte bara diagnosen som är viktig. Gustav, läkare inom primärvården, berättade om vikten av att kunna backa upp sin bedömning och den psykiatriska diagnos man har ställt via av Försäkringskassans godkända verktyg, som till exempel en skattningsskala.

Om jag t ex ska diagnostisera depression så är det så här: jag vet ju vilka symptomen är på egentlig depression och jag frågar om dem. Det är i princip precis samma frågor som en skattningsskala har. Skillnaden är att om man ska sjukskriva en patient, om jag skriver att den här patienten har depression och skickar in till Försäkringskassan, så blir det oftast avslag. Skriver jag 21 poäng på Madras-skalan så går det alltid genom. För de är så formalistiskt stelbent fyrkantiga att de kräver någon form av siffror eller någonting för att det ska vara riktigt stringent. För mig är det blaha, blaha (Gustav, läkare, primärvård).

Citatet ovan indikerar att den professionella bedömningen värderas lågt av Försäkringskassan. Istället förväntas den kompletteras av "någon form av siffror" eller andra former av underlag, som bekräftar och stärker orsaken till sjukskrivning. Primärvårdsläkaren anser sig därför behöva lägga ner onödigt med arbete vid diagnostisering, för att leva upp till Försäkringskassans krav på en godkänd sjukskrivning.

Sjukdomsbegreppets begränsning och kravet på ökad dokumentation är delvis en konsekvens av uppmärksammandet av stora skillnader i professionell bedömning, både mellan olika regioner, men också mellan enskilda läkare (SOU 2009:89). Införandet av mallar och vikten av kvantifiering vid bedömningar behöver förstås som ett sätt att styra upp professionell utövning. Inom hälso- och sjukvårdsforskning har den här tendensen uppmärksamats både i termer av standardisering (Eriksson et al, 2014; Berg, 1997), transparens (Levay & Waks, 2006) och dokumentstyrning (Agevall, Jonnergård & Krantz, 2017). Det Försäkringsmedicinska beslutsstödet har exempelvis beskrivits som ett standardiseringsverktyg i en standardiseringsprocess (Eriksson et al, 2014). Den har kritiserat för att tvinga läkare fylla i sjukintygen på ett specifikt sätt och därmed begränsa vikten av läkarnas kunskap och kliniska erfarenhet vid bedömningar av sjukskrivning. Ett inslag i denna standardiseringsprocess är just användningen av *objektiva*

mätinstrument för att stärka den professionella bedömningen. Konsekvensen av beslutstödets utformning har föreslagits leda till att makten och kunskapen om sjukskrivningar förflyttas från läkarprofessionen till Försäkringskassans handläggare (Eriksson et al, 2014).

Att Försäkringskassan har infört en striktare tolkning av sjukdomsbegreppet kopplades av läkarinformerarna även till reglerna kring rehabilitering via rehabiliteringskedjan. Rehabiliteringskedjan var en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, som skulle underlätta individers rehabilitering tillbaka till arbetet enligt en tidsplan. Inom Rehabiliteringskedjan fanns bestämda tidsangivelser för olika typer av åtgärder (se *Kapitel 1, Sjukdom och arbets(o)förmåga: Socialförsäkringens utformning och administrering*), där läkare var tvungna att motivera om de avvek från dessa, precis som vid sjukskrivningar. Den generella ökningen av de långa sjukskrivningarna inom den svenska välfärdsstaten har bidragit till att de ses som kontroversiella. Emma, läkare inom primärvården menade att "En kort sjukskrivning går oftast igenom, det är när det blir en lång sjukskrivning som det blir ifrågasatt". I och med att det är arbetsgivaren som betalar för individen vid sjukskrivnings första två veckor, är det inte förrän sjukskrivningen blir längre än två veckor som sjukförsäkringen slår in och Försäkringskassan kommer in i bilden. Läkarinformeranter ansåg att Rehabiliteringskedjan var relativt enkel att följa om det gällde individer som hade sin anställnings inom stora företag, men inte fungerade för individer som arbetade inom mindre företag med få anställda. Det fanns helt enkelt inte samma möjligheter för dessa företag att erbjuda rehabilitering inom andra delar av företaget. Det innebar att dessa individer blev då utsatta genom att de tvingades byta jobb, istället för att så småningom kunna återgå till sin arbetsplats. Rehabiliteringskedjan var ett sätt att minska sjukskrivningslängden genom kontinuerliga tidsramar. I likhet med sjukskrivningar var rehabiliteringsområdet en administrativt krävande aktivitet, speciellt ifall läkare av någon anledning avvek från mallen.

Trots frustrationen kring ökade regler och sjukförsäkring argumenterade flera läkare att det även fanns fördelar med Försäkringskassans höga krav vid sjukskrivning och rehabilitering. Tack vare de skärpta sjukskrivningsreglerna och samhällsdebatten som det har fört med sig, menade läkare att de kan utnyttja Försäkringskassans omedgörlighet till sin fördel. Det ger de möjligheten att använda dem som argument *mot* individen, när de upplever att individer kräver sjukskrivning trots de yrkesverksammas motsatta bedömning. Både primärvårdsläkare och företagsläkare beskrev situationer när de mötte individer som utgick ifrån att de har rätt till sjukskrivning. Vid fall då informanterna ansåg att individen

ställde orimliga krav på sjukskrivning, kunde Försäkringskassans regler och praxis vara en uppskattad tillgång. Det var ett sätt att upprätthålla professionell auktoritet gentemot individen. Förändrade regler och praxis kring socialförsäkringssystemet kunde därför även knytas till förändrade attityder till sjukskrivning bland allmänheten. Flera läkarinformeranter underströk att det var en positiv bieffekt. Från det här perspektivet underlättar Försäkringskassans auktoritet läkares arbetssituation, eftersom sjukskrivningar inte är förgivettagna. Idén kring sjukskrivningar är enligt läkarna nu generellt mer problematiserad.

Som vi har sett, består informanternas handlingsstrategi mot Försäkringskassan och individen av att på olika sätt upprätthålla sin professionella auktoritet. Jag föreslår att det är just på grund av att arbetsrelaterad psykisk ohälsa är ett komplext problem som de professionella har problem med upprätthållandet av sin auktoritet. Med andra ord, det är problem av psykosocial natur som gör att deras auktoritet ifrågasätts, eftersom det handlar om en tolkning av ett diffust tillstånd.

Att gå utanför ramarna

Den sista handlingsstrategin som jag nu ska illustrera, används sällan av informanterna. Den har emellertid desto mer kraft, när den väl används. Jag ska nu visa hur de ibland tar medvetna risker gentemot något av de system som de behöver förhålla sig till. Inom exempelvis företagshälsovården beskrev en av företagsläkarna hur hans engagemang för att hjälpa individen får negativa konsekvenser för honom själv och kanske även för den som han försöker hjälpa.

I: Men det är ju mitt dilemma, att träffar jag en 50-årig kvinna på natthälsokontroll som ser jätteledsen ut och säger att hon sover dåligt, då frågar jag hur hon mår, men jag har inget uppdrag att göra det egentligen. För jag har i uppdrag att bara kolla om det är problem med att jobba natt.

R: Så du går lite utöver...

I: Jag går utöver ramarna och då får jag problem, i och med att jag ser möjlighet till att behandla och hjälpa.

R: På vilket sätt får du problem?

I: Jag får problem genom att arbetsgivaren kanske inte vill ställa upp och betala för det. Det tar längre tid så det tar mer stress. Sen får jag ta ställning till: antingen får jag säga "Sök din primärvård för de här besvären" och ge information, "Kan du titta på nätet", med vetskap om att 90 % kommer inte behandla ett generaliserat ångestsyndrom, för de förstår inte vad det är. Så jag får ju problemet att jag vet någonting som kan hjälpa, dem ser att de kanske kan bli hjälpta, de får hopp, och jag blir frustrerad över att man skulle kunna hjälpa och man inte kan göra det. (Ulf, läkare, företagshälsovård).

Ulf lyfter ett dilemma som han ställs inför i sin vardag och relaterar det till företagshälsovårdens villkor. Han pekar på problematiken med att närmare utreda orsaken till individens problem, när hans uppdrag begränsas till att avgöra om problemet är relaterat till arbetet eller inte. I och med att de yrkesverksamma inom företagshälsovård endast har mandaten att behandla det arbetsgivaren finansierar, så behöver de arbetsgivarens godkännande för att gå vidare med ärendet.

Psykoterapeuten Petra, som jobbar inom primärvården säger sig också ha gått utanför ramarna ibland för att öka patienters förutsättningar för att få hjälp. Petra berättade att hon kan be om fler behandlingstillfällen än vad som är föreskrivet, då hon ser att antalet inte räcker för individen. På samma sätt som Ulf, ansåg Petra att hennes handling för individens välmående får negativa konsekvenser för henne, då hon sätter sig själv i en besvärlig position i relation till de ramar som sätts av primärvården. Samtidigt argumenterade Petra att det ingår i hennes professionella roll att ta ansvar för individens tillstånd och kämpa för mer tillgång till hjälp om det behövs.

Informanterna inom både företagshälsovård och primärvård ger uttryck för en maktlöshet i relation till arbetsgivare. Från deras perspektiv får individer ofta lida på grund av olika varianter av arbetsmiljöproblem och det finns inget sätt att ändra grundproblemet om inte arbetsgivaren är samarbetsvillig, eftersom varken informanterna inom företagshälsovård eller primärvård har legitimitet att göra något. Informanterna pekade på att det inte finns något sätt att i dagsläget få arbetsgivaren att leva upp till sina skyldigheter. Det finns nämligen inga direkta sanktioner mot företagen om de bryter mot Arbetsmiljölagen. Enligt en av mina informanter finns det exempelvis arbetsgivare som trots starka påtryckningar från företagshälsovården om grova arbetsmiljöproblem vägrar att åtgärda problem. Nils, företagsläkare berättade om en situation när företagshälsovårdsföretaget som han jobbade för valde att säga upp avtalet med ett klientföretag. Nils berättelse förstärks av att han tillägger att det var en kund som innebar mycket

pengar för företagshälsovården. På grund av den ekonomiska beroendeställning som företagshälsovården har i relation till sina kunder, hamnar företagshälsovården i ett dilemma när en kund inte följer lagstiftningen.

Diskussion

I det här kapitlet har vi sett närmare på de yrkesverksammas strategier för handlingsutrymme inom både primärvård och företagshälsovård. Ett tema som genomsyrar alla strategier är de yrkesverksammas hantering av psykosomatiska problem inom system som har fysiska problem, eller mer avgränsade problem, som norm. Detta blir särskilt tydligt inom primärvården och i relation till socialförsäkringssystemet via Försäkringskassan. Ett komplext problem med en mångfacetterad och otydlig orsaksförklaring är exempelvis mer resurskrävande än det finns utrymme för i den nuvarande organiseringen av besökstider inom hälso- och sjukvården. Å andra sidan, tack vare informanternas kunskap och erfarenhet av dessa förhållanden, skapar de olika möjligheter att hantera dessa villkor.

Som vi har sett under kapitlet domineras strategierna för handlingsutrymme av informanterna inom primärvården. Det kan tolkas på två sätt. Å ena sidan kan det tolkas som att primärvården som organisationstyp leder till ett större behov av olika handlingsstrategier. Å andra sidan kan det även betyda att det professionella utrymmet för förhandlingar är större inom primärvården. Medan företagshälsovården som vårdgivande organisationstyp inte förknippas med en hierarkisk (kunskaps)struktur, finns det samtidigt stora begränsningar i informanternas handlingsutrymme på grund av deras beroende av uppdragsgivare. Informanterna inom företagshälsovården har inget uppdrag utan arbetsgivares beställning.

Ett annat tema som går att spåra genom kapitlet är den hierarkiska relationen mellan olika typer av diagnoser, yrkesgrupper och därmed även typer av kunskap. Medicinsk kunskap ges en överordnad roll till kunskap av psykosocial natur inom både hälso- och sjukvården och gällande socialförsäkringen. Läkares auktoritet kring sjukskrivningar är problematisk just på grund av att det handlar om en komplex problematik av psykosocial karaktär. Det är det som är kontroversiellt, inte sjukskrivningar i allmänhet. Primärvårdens organisering efter fysisk sjukdom innebär exempelvis att läkarnas mötestider är strukturerade efter mindre komplexa bedömningsförfaranden.

De handlingsstrategier som informanterna använder sig av grundas i deras kunskap och erfarenhet av de system som de ingår i. Som vi har sett, innebär det att informanternas handlingsstrategier är färgade av deras positioner inom kunskapsinfrastrukturen. Olika positioner innebär att informanterna möter olika villkor inom kunskapsinfrastrukturen. Detta exemplifieras tydligt genom att läkarprofessionens nyckelroll i relation till sjukförsäkringssystemet. Deras medicinska expertis i välfärdssamhället är en position som är betydelsefull för att individen ska få tillgång till resurser från socialförsäkringssystemet. Samtidigt är deras auktoritet inte längre given – varken för Försäkringskassan eller för individen.

Slutligen vill jag återvända till citatet av företagsläkaren Nils i början på kapitlet. Andemeningen av citatet är att de yrkesverksamma har två alternativ när det gäller den nuvarande organiseringen av vården – acceptera den eller lämna den. Jag vill däremot hävda, med utgångspunkt i de resonemang som informanterna för kring de villkor som de förhåller sig till, att det i vårdens vardag finns även ett annat alternativ. De yrkesverksamma använder sin erfarenhet och förståelse av systemet för att på olika sätt skapa sig handlingsutrymme, de är *"flytande i infrastruktur"* (Edwards, 2003, s. 189).

KAPITEL 9

Slutsatser

Studiens syfte var att undersöka och bidra med ökad förståelse för hur yrkesverksamma i vården hanterar arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Eftersom ansvaret för hanteringen är fördelat mellan flera aktörer, använde jag vårdbegreppet i bred bemärkelse, så att det inkluderade olika typer av vårdgivare inom ramen för den svenska välfärdsstaten. Med detta som utgångspunkt har jag i den här studien undersökt hur yrkesverksamma inom företagshälsovård och primärvård brottas med hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa och ansvarsfrågan i det svenska välfärdssystemet.

Genom semi-strukturerade intervjuer som min huvudsakliga metod har jag studerat hur yrkesverksamma inom olika yrkesgrupper och organisationer resonerar kring arbetsrelaterad psykisk ohälsa, vilka utmaningar de ställs inför och de strategier de har för att hantera dessa. Intervjuer som huvudmetod var för den här studien fördelaktigt, för att det tillät mig att få insyn i olika yrkesgruppers perspektiv kring ett kontroversiellt ämnesområde. För en närmare förståelse för hur informanterna arbetade med arbetsrelaterad psykisk ohälsa i deras respektive organisation, har jag även gjort observationer inom företagshälsovård och primärvård. Hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa i informanternas vardag präglas av att orsaksbilden till problemet är komplex, ansvarsfördelningen otydlig och att psykosociala orsaker till sjukdom är kontroversiellt. Studiens bidrag är att med hjälp av ett tvärvetenskapligt förhållningssätt ge ökad kunskap om hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa och ansvarsfrågan, samt att på så sätt skapa förståelse för hanteringen av komplexa problem.

I det här kapitlet diskuterar jag de aspekter som har framkommit som centrala för hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Först diskuterar jag definitioners betydelse för hanteringen av ett mångfacetterat problem som arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Sedan ser jag närmare på organiseringens och styrningens betydelse för hanteringen. Jag lyfter fram

kunskapsinfrastrukturen och de utmaningar som den för med sig i form av kunskaphierarkier, ökat antal rekommendationer och riktlinjer, samt organisatoriska begränsningar. Den sista aspekten berör företagshälsovårdens unika ställning inom det svenska välfärdssystemet. I slutet på kapitlet ger jag några förslag på vidare forskning.

Betydelsen av definitioner för hantering

Min studie har visat att definitioner av arbetsrelaterad psykisk ohälsa är centrala för dess hantering. Detta är särskilt viktigt eftersom orsakerna till arbetsrelaterad psykisk ohälsa är mångtydiga och ger upphov till en bred tolkningsrepertoar för dess hantering. Otydligheten som karaktäriserar arbetsrelaterad psykisk ohälsa i kombination med en otydlig ansvarsfördelning kring dess hantering innebär att definitioner är avgörande för *hur* det kategoriseras och *var* det hanteras.

Med utgångspunkt i professionsforskning utgick jag i den här studien ifrån att informanternas definitioner av arbetsrelaterad psykisk ohälsa involverar gränsdragningar kring deras kunskaps- och ansvarsområden i relation till andra yrkesgrupper och vårdgivare (Gieryn, 1999; Liljegren, 2008). Med hjälp av begreppet gränsarbete (Gieryn, 1983; 1999) visade jag i kapitel 6 att informanterna definierade arbetsrelaterade problem på två sätt. När arbetsrelaterad psykisk ohälsa definierades som *ett organisatoriskt problem*, så kunde orsaken till problemet sökas inom ramen för individens arbetsplats. Individens lidande tolkades då vara del av ett strukturellt problem, med företagshälsovården som lämplig aktör för hantering. När psykisk ohälsa definierades som *ett individuellt problem*, förväntades hanteringen göras av yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården, med hänvisning till primärvården.

Fast definitioner är av central betydelse för var arbetsrelaterad psykisk ohälsa som problem hamnar, är *hanteringen inte given*. Trots informanternas ansträngningar att definiera arbetsrelaterad psykisk ohälsa, framhövde de att organisatoriska problem på arbetsplatsen sällan hanteras inom företagshälsovården, som framgår i både kapitel 5 och 6. Istället pekade beteendevetare inom företagshälsovården på att även organisatoriska problem relateras till enskilda anställdas personliga brister, och hanteras genom individuella insatser. Med andra ord blir de organisatoriska problemen individualiserade. Å andra sidan, som jag diskuterade i kapitel 6, finns det även en *inkonsekvens* mellan informanternas synsätt på vad som är "arbetsrelaterat". När arbetsrelaterad psykisk ohälsa betraktas som ett

organisatoriskt problem, kan informanterna uppmärksamma individualisering av det organisatoriska. Utifrån det synsättet ifrågasätter de fokusen på individen och de åtgärder som arbetsgivare riktar mot individen, med resonemanget att det inte är individen som är grundproblemet. När arbetsrelaterad psykisk ohälsa istället betraktas utifrån begreppet prestationsbaserad självkänsla, kan informanterna istället själva använda sig av moraliseringar kring exempelvis en viss personlighetstyp, där individer anses behöva lära sig sätta gränser och sänka ambitionsnivån. Med andra ord, i praktiken förblir lösningen densamma oavsett hur problemet definieras.

Med koppling till tidigare forskning om psykologisering (Rose, 1991; Rose, 1998), terapeutisering av arbetslivet (Tunestad, 2014) och medikalisering av sociala problem som framhäver experters inflytande över definitioner av hälsa och sjukdom, vill jag understryka relationen mellan fokusen på individuella insatser och ansvar. Som jag visade i kapitel 6, oavsett vilket sätt informanterna beskriver arbetsrelaterad psykisk ohälsa, har individen en central roll i båda versionerna. När en person har problem på arbetsplatsen, riktas fokus i första hand mot den enskilde individen och inte organisationen. Det är inte förrän "privata" faktorer utesluts som "rent arbetsrelaterade" problem kan ses som orsaken bakom en individs problem. Dessutom finns det mycket begränsade sätt att hantera dessa "rent arbetsrelaterade" problem. Den enskilde uppmuntras därför att vidta olika åtgärder för att ändra sin inställning till situationen. Arbetsrelaterad psykisk ohälsa görs till individens problem och ansvar genom att fokus läggs på individens dysfunktion istället för arbetsplatsens utformning. I ett samhälle där hälsa likställs med maximal prestation, är alla andra tillstånd definierade som ett tecken på individens brist och sjukdom.

Försvårar mångtydighet hantering?

Att arbetsrelaterad psykisk ohälsa som problem är mångfacetterat med en otydlig orsaksbild och ansvarsfördelning kring dess hantering, innebär även att definitioner av problemet är formbara och kan användas för att uppnå ett visst syfte. Dessa otydligheter för med sig att det finns ett visst utrymme för att anpassa definitionen, vilket *kan vara en fördel* för de yrkesverksamma och individen som söker hjälp. Med andra ord, eftersom definitioner är avgörande för var problemet hamnar kan de även användas för att legitimera hantering. I samband med hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa blev betydelsen av definitioner tydlig utifrån de yrkesverksammas olika strategier att *forma* de

definitioner de använde efter den egna organisationens ramar (se kapitel 6 och 8), respektive arbetsgivarnas tolkning av "arbetsrelaterat" (kapitel 6).

Inom primärvården analyserade jag exempelvis informanternas sätt att problematisera gränser och *ta hänsyn till individens sammanhang* vid hantering. Trots att vissa informanter först definierade individens problem som att det låg utanför den egna organisationens kunskaps- och ansvarsområde, valde de att omdefiniera eller etikettera om individens problem för att det ska vara legitimt att hantera inom den egna organisationen. Exempelvis kunde vissa läkarinformanter först konstatera att individens problem var orsakat av organisatoriska faktorer på arbetsplatsen och att individen därför borde vända sig till arbetsgivaren och företagshälsovården för hjälp. När det sedan blev tydligt att individen redan hade haft kontakt med arbetsgivare och företagshälsovård utan att några åtgärder hade satts in, ansågs det *olämpligt* att skicka tillbaka individen till arbetsgivaren och företagshälsovården igen. Istället kunde primärvårdsläkare resonera att sammanhanget gav upphov till omständigheter som krävde att individen erbjöds hjälp inom primärvården, trots att organisatoriska problem definierades vara utanför primärvårdens kunskapsområde. Med andra ord, beroende på sammanhang, kunde läkare välja att utnyttjade den repertoar av roller och identiteter som de hade tillgång till (March & Olsen, 1989). När de bedömde att företagshälsovården inte skulle erbjuda hjälp till individen, växlade läkare från att resonera utifrån sin organisatoriska tillhörighet till att resonera utifrån sin yrkesmässiga identitet. De använde läkarrollen för att betona ansvar och legitimera hantering. På liknande sätt kunde vissa kuratorer och arbetsterapeuter ta hänsyn till att individen inte fick tillgång till företagshälsovård via arbetsgivaren och anpassa sina diagnoser så att det legitimerade behandling inom primärvården. Detta trots att de bedömde att individens problem var orsakat av organisatoriska problem, vilket inte kunde förändras genom behandling inom primärvården.

Även inom företagshälsovården kunde mångtydighet vara fördelaktig för hantering. I kontrast till primärvården, var det däremot relationen mellan de yrkesverksamma och arbetsgivare samt arbetsgivarnas tolkning av termen "arbetsrelaterat", i fokus. Om informanterna hade en bra relation till arbetsgivaren, kunde vissa arbetsgivare tänja på gränserna för vad de ansåg var "arbetsrelaterat". Anledningen till arbetsgivarnas tolkningsföreträde är att informanterna inom företagshälsovården har konsultuppdrag. Det innebär att hanteringen inom företagshälsovården är arbetsgivarens beslut.

Utifrån dessa resultat föreslår jag att otydligheter både försvårar och förenklar hantering. Som vi har sett i exemplet med primärvårdsläkare,

kuratorer och arbetsterapeuter, blir de yrkesverksammas ansvarstagande betydelsefullt inom primärvården. De kan till viss del välja hur de ska definiera problemet, vilket i sin tur leder till om det ses som hanterbart eller inte inom den egna organisationens ramar. Inom företagshälsovården däremot, är ansvarstagandet för hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa istället upp till arbetsgivaren, där informanternas relation till arbetsgivaren är en viktig del.

Det organisatoriska sammanhangets betydelse för hantering

En central fråga i studien har varit huruvida det finns skillnader i de olika organisationers och yrkesgruppers definitioner av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Jag har funnit att informanternas resonemang kring hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa är starkt färgat av deras organisatoriska sammanhang. Den yrkesmässiga hanteringen är sammanflätad med informanternas kunskapssyn och organisatoriska tillhörighet. På så sätt blottlägger studien komplexiteten inom och mellan yrkesgrupp och organisation. Som jag visar i de första två empiriska kapitlen (kapitel 5 och 6) är de yrkesverksammas gränsdragningar ibland *multipla* till sin karaktär. Med andra ord, i likhet med tidigare studier kring professionellt arbete (se t ex Evetts, 2010), så har även denna studie visat hur den yrkesmässiga rollen är starkt präglad av det organisatoriska sammanhanget och att det finns ett kontinuerligt samspel mellan yrkesmässiga och organisatoriska identiteter, eller mellan yrkes- och organisationsprofessionalism (Evetts, 2010).

Medan tidigare forskning kring yrkesmässiga gränsdragningar har utgått ifrån specifika yrkesgrupper (Gieryn, 1983; Allen, 2001; Liljegren, 2008), har jag istället intresserat mig för vilka grupperingar informanterna förhåller sig till. Med utgångspunkten att informanternas gränsdragningar är en strategisk konstruktion (Gieryn, 1999), har jag använt mig av begreppet gränsarbete (Gieryn, 1983; 1999). Inom både företagshälsovård och primärvård var de yrkesverksammas gränsarbete fokuserat på respektive organisations kunskapsområde och var hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa passar in. I kontrast till professionsstudier som har uppmärksammat yrkesgruppers strider om att lägga anspråk på nya uppgifter och utöva kontroll (Abbott, 1988; Allen, 2001; Liljegren, 2008), pekade resultaten i den här studien mot att informanterna strävade mot det motsatta. Informanterna inom både primärvård och företagshälsovård *avsade sig* auktoritet och organisatoriskt ansvar för hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Inom primärvård

framhöll de yrkesverksamma företagshälsovårdens expertroll gällande arbetsmiljö, samt hänvisade till primärvårdens avsaknad av tillgång till arbetsplatser. Informanterna inom företagshälsovården framhävde istället primärvårdens ansvar med hänvisning till deras roll som första linjens vård inom den allmänna hälso- och sjukvården. Det senare resonemanget framhävde dessutom begränsningarna i företagshälsovårdens handlingsförmåga på grund av att de yrkesverksamma inom företagshälsovården enbart fungerar som externa konsulter till arbetsgivarna. Det innebär att ansvarsrollen förflyttas från de professionella till arbetsgivarna, som har makt och legitimitet att bestämma huruvida några åtgärder ska sättas in. De professionellas roll är på så sätt begränsad till att ge arbetsgivaren ett underlag för beslut. Det här temat knyter tydligt an till tidigare studier inom professionsforskning som pekar på förändrade professionella roller, med fokus mer på teknisk expertis och mindre på socialt ansvar (Brint, 1994).

Vad har dessa resultat för betydelse för ansvarsfrågan gällande arbetsrelaterad psykisk ohälsa? Tendensen mot en ökad betoning av arbetsgivarens ansvar i det svenska välfärdssystemet, genom exempelvis Arbetsmiljöverkets förordning för organisatorisk och psykosocial miljö (AFS 2015:04), kan utifrån den här studien både ifrågasättas och välkomnas. Den kan ifrågasättas, eftersom jag i studien visar flera tecken på att arbetsgivare sällan tar det sociala ansvar som de är tilldelade exempelvis genom Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160). Samtidigt kan förtydligandet av arbetsgivarens ansvar välkomnas, om det i förlängningen väcker medvetenhet och ökar intresset för ansvarsfrågan.

Kunskapsinfrastrukturens begränsningar och möjligheter

Slutligen har jag även intresserat mig för vilken betydelse organisering och styrning har för hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Medan tidigare studier inom hälso- och sjukvårdsforskning har fokuserat på att undersöka hur en specifik styrningsform påverkar vården (Blomgren, 2003; Fernler, 2011; Alm, 2015), har jag tack vare ett komplext problem som arbetsrelaterad psykisk ohälsa som ingång, kunnat studera hur en mångfald av olika styrningsformer spelar in i vårdens vardag. För att förstå ramarna för de yrkesverksammas handlingar har jag använt mig av begreppet kunskapsinfrastruktur. Det har möjliggjort analyser av de yrkesverksammas

förhållningssätt till olika typer av kunskapssystem, de utmaningar de möter och de strategier som de använder sig av för att skaffa sig handlingsutrymme i sin vardag.

Följande avsnitt är indelad i fyra delar och diskuterar olika typer av begränsningar, men även möjligheter inom kunskapsinfrastrukturen som blev synliga genom att studera hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Jag diskuterar relationen mellan olika kunskapssystem inom vården, ökade rekommendationer och riktlinjer för yrkesmässig bedömning, samt vårdens organisering efter avgränsade problem. Avsnittet avslutas med en analys av relationen mellan de två organisationer som har ingått i den här studien: primärvård och företagshälsovård. Ökad medvetenhet om kunskapsinfrastrukturen kring hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa är ett första steg i arbetet att skapa andra infrastrukturer.

Psykosocialt problem i ett medicinskt (kunskaps)sammanhang

Kunskapsinfrastrukturen som begrepp har bidragit till att synliggöra den hierarkiska *relationen mellan olika kunskapssystem*. Vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa har yrkesgrupper med medicinsk kunskap mer formell makt och definitionsföreträde inom kunskapsinfrastrukturen än yrkesgrupper med kunskap om psykosomatik. Kunskapsinfrastrukturen bidrar till att olika yrkesgrupper har olika befogenheter. Den medicinska kunskapen har en legitimerande roll inom det svenska välfärdssystemet, trots att arbetsrelaterad psykisk ohälsa är ett komplext psykosocialt problem, som inte entydigt faller inom ramen för en specifik yrkesgrupp (eller organisation). Bedömningar kring individers arbets(o)förmåga, är i praktiken ett kunskapsområde som utmanar traditionella ämnesgränser (Erikson et al, 2014).

Den medicinska kunskapens legitimerande roll yttrar sig inom både primärvård och företagshälsovård, men olika starkt och på olika sätt. Inom primärvården är det synligt genom exempelvis diagnossystemet, där läkarnas diagnossystem är både det som legitimerar individens sjukdom och sjukskrivning, vilket därmed ger tillgång till ersättning från Försäkringskassan. Läkarnas starka position inom kunskapsinfrastrukturen inom primärvården är även synlig i relationen till de andra yrkesgrupperna. Det är delvis en källa till konflikter mellan yrkesgrupperna. Samtidigt har andra yrkesgrupper utvecklat olika strategier för att komma runt läkarnas maktposition. Exempelvis navigerar några psykoterapeuter runt individuella

läkare för att patienter med psykisk ohälsa ska få den hjälp psykoterapeuterna anser att individen behöver. Flera informanter inom olika yrkesgrupper pratade om (enstaka) läkare som var intresserade av psykisk ohälsa, vilket de menade var utmärkande. Vissa av informanterna berättade om hur de styr om patienter så att de hamnar hos läkare som är intresserade av ämnet eller den typen av frågor överhuvudtaget. Några informanter uttryckte stolthet över en läkare som de samarbetade med, vilket var väldigt unikt i mitt empiriska material.

Inom företagshälsovården är läkarnas position inte lika starkt framhåvd i relationen mellan de olika yrkesgrupperna. Det förekommer även att företagsläkare ställer sig tveksamma till vissa krav på att som läkare godkänna eller stärka utlåtanden eller beslut av andra yrkesgrupper, där läkarens godkännande enbart har en legitimeringseffekt.

Sammantaget tyder dessa skillnader mellan företagshälsovård och primärvård på att relationen mellan yrkesgrupper är till viss del påverkade av arbetets organisering, som även Waks (1999) har påpekat.

Evidensorientering och likriktning

Kunskapsinfrastruktursbegreppet som analysverktyg har även varit hjälpsamt för att lyfta fram *den kontinuerliga förändringen* som präglar vårdens vardag. Vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa var det i första hand införandet av nya riktlinjer och rekommendationer kring sjukskrivning, samt förespråkandet av en viss behandlingsform genom Rehabiliteringsgarantin som framkom som betydelsefulla för informanterna.

När det gäller hanteringen av psykisk ohälsa var införandet av Socialstyrelsens rekommendationer för sjukskrivning genom *det Försäkringsmedicinska Beslutsstödet*, en viktig förändring som många informanter tog upp. Syftet med Beslutsstödet var ett sätt för staten att minska skillnaderna kring sjukskrivningar och skapa en mer enhetlig sjukskrivningspraxis. Som framgår i kapitel 8, är det Försäkringsmedicinska Beslutsstödet viktigt för att individen ska kunna få ersättning vid sjukskrivning, vilket för med sig att läkarinformanterna i regel är noga med att förhålla sig till det. Samtidigt var Beslutsstödet införande en källa till frustration hos flera av läkarinformanterna, då de såg det som ett tecken på deras avprofessionalisering. Tidigare forskning har exempelvis föreslagit att eftersom läkares bedömningar endast är underlag för Försäkringskassans bedömning om sjukersättning, har läkares auktoritet överförts till Försäkringskassan (Eriksson et al, 2014). I enlighet med Fredriksson et al.

(2014) och Eriksson et al (2014) styrker den här studien att det Försäkringsmedicinska Beslutsstödet innebär *en begränsning* av de yrkesverksammas beslutstaganden. Samtidigt föreslår jag att Beslutsstödet konsekvenser för yrkesmässigt utövande inte enbart är negativa. Flera läkarinformer hade strategier för att hantera Beslutsstödet. Dessutom kunde läkarinformer i den här studien även använda Försäkringskassans regler och riktlinjer till sin fördel, genom att legitimera sina beslut gentemot individer som ifrågasatte deras bedömning. På så sätt var Beslutsstödet snarare *ett medel* för informanterna att upprätthålla sin professionella auktoritet än en begränsning.

Den ökade betydelsen av att arbeta evidensbaserat, det vill säga att inom vården använda sig av den senaste vetenskapliga kunskapen, har också visats föra med sig vissa utmaningar för en del av informanterna. Som jag visade i kapitel 7, finns det en tendens till *likriktning av terapeutiska metoder* inom både företagshälsovård och primärvård. Däremot framhålls olika anledningar till likriktningen. Informanterna inom primärvården betonade statens styrning. Informanterna inom företagshälsovård förhöll sig inte till staten som aktör gällande behandlingsmetoder. Istället hänvisade de till kunderna, det vill säga arbetsgivarna.

Vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa var införandet av Rehabiliteringsgarantin en förändring som i huvudsak påverkade informanternas arbete inom primärvården. Genom Rehabiliteringsgarantin uppmärksammades psykisk ohälsa som ett problemområde, vilket bidrog till att vården fick ekonomiska medel för att hantera vissa typer av psykiska besvär. Samtidigt innebar Rehabiliteringsgarantin att vissa typer av behandlingsmetoder förespråkades med hänvisning till vetenskapligt stöd. Vid behandlingen av psykisk ohälsa var det i första hand Kognitiv Beteendeterapi (KBT) som ansågs effektiv för att rehabilitera människor tillbaka till arbetet. Styrningen mot en viss typ av behandlingsmetod var synlig bland mina informanter inom primärvård, speciellt bland informanterna inom Landsting B. Alla kuratorer och psykoterapeuter inom Landsting B har genomgått någon sorts vidareutbildning inom KBT, oavsett deras grundläggande behandlingsinriktning. Den starka styrningen mot en viss behandlingsmetod har även uppmärksammats och fått stark kritik vid Riksrevisionens granskning och resulterade i att Rehabiliteringsgarantin lades ner (RIR, 2015:19). Istället fortsätter statens satsning på psykisk ohälsa inom ramen för den nya överenskommelsen: *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*. Även här förnyas avtalet mellan staten och Sverige Kommuner och Landsting årsvis, sedan 2015.

Kravet på evidens var inte uppmärksammat av informanterna inom företagshälsovården, fast de också var involverade i rehabiliteringsinsatser. Trots det fanns det även inom företagshälsovården en tendens att förhålla sig till KBT vid diskussioner om behandling. Influensen av KBT inom företagshälsovården yttrade sig under mina intervjuer mer i form av *ett specifikt förhållningssätt*, snarare än en specifik metodik. Informanterna beskrev sig ha ett "KBT-tänk" eller "KBT-förhållningssätt". Fast det framgick att även inom företagshälsovård kunde KBT-insatser vara efterfrågade, var behandlingar av individer inom företagshälsovården, som jag tog upp i kapitel 7, mindre uppstyrda än inom primärvården. Detta är emellertid också under förändring. Sedan mina intervjuer 2013 – 2014, har det även utvecklats evidensbaserade riktlinjer inom företagshälsovården med specifik inriktning mot behandlingen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa (Jensen & Företagshälsans riktlinjegrupp, 2015). Kunskapsinfrastrukturen har en begränsande effekt på de yrkesverksammas handlingsutrymme, men den är inte homogen.

Slutligen, intervjuerna med informanterna inom företagshälsovård och primärvård bekräftar tidigare studier som pekar mot att det finns en trend mot genererandet av fler rekommendationer och riktlinjer, vilket har bidragit till en ökad granskning av vården (Sahlin Andersson, 2006; Levay & Waks 2006; Agevall, Jonnergård & Krantz, 2017). Ett inslag i den här trenden är *betydelsen av materiella verktyg* för att legitimera professionell bedömning. I kapitel 7 diskuterade jag hur kunskapsinfrastrukturen materialiseras genom exempelvis skattningsskalor. På så sätt är hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa nära knuten till frigörandet av resurser i vårt kunskapsintensiva samhälle, i form av exempelvis självskattningsskalor.

Behandlingspragmatism och systemhantering

Hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa karaktäriseras av komplexitet. Informanterna verkar inom en kunskapsinfrastruktur som ordnar, kategoriserar och drar gränser. Med andra ord, kunskapsinfrastrukturen är med och formar var gränserna går för vad de yrkesverksamma personerna kan göra. Informanterna konfronteras med hur de ska passa in bedömningen och behandlingen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa inom sina respektive kunskapssystem. Dessa utmaningar som informanterna ställs inför har genomsyrat hela avhandlingen, men blev särskilt tydliga i relation till informanternas verktyg i kapitel 7, samt deras handlingsstrategier i kapitel 8.

När det gäller informanternas verktyg var exempelvis en av utmaningarna att det fanns en tydlig statlig styrning mot en viss

behandlingsmetod inom kunskapsinfrastrukturen. Styrningen yttrade sig starkast inom primärvårdens, genom exempelvis prestationsbaserade ersättningssystem, men fanns även inom företagshälsovården. Som jag visade i kapitel 7 hanterade de yrkesverksamma dessa utmaningar genom ett pragmatiskt förhållningssätt till behandling, som jag benämnde behandlingspragmatism. Inom primärvården kunde det här förhållningssättet yttra sig genom att man anpassade valet av behandlingsmetod efter individens behov och förmåga. Till exempel såg vi hur kuratorer inom primärvården betonade skillnader i individers förmåga att ta till sig abstrakta resonemang, vilket kunde vara en anledning för dem att inte använda KBT som behandlingsmetod. Inom företagshälsovård framgick det att informanterna var friare kring val av behandlingsmetoder och valde metod efter situation, men även här var det betydelsefullt att kunna relatera behandlingar till KBT.

En annan utmaning för de yrkesverksamma vid hanteringen av (arbetsrelaterad) psykisk ohälsa var att de olika kunskapssystemen hade fysiska åkommor som sin utgångspunkt. För att kompensera för denna organisering använde informanterna sig av olika handlingsstrategier. De olika handlingsstrategierna – att omfördela resurser, att tänja på gränserna, att upprätthålla professionell auktoritet och att gå utanför ramarna – tyder på en professionell hållning, där hantering involverar att *skapa sig själv ett handlingsutrymme* i relation till de strukturer som man verkar inom för att kunna ge individen god vård. Det kan exempelvis innebära att förhandla fram mer tid för bedömning, att skapa fler behandlingstillfällen, eller att fråga om individens allmäntillstånd trots bristen på mandat att göra det. Ibland finns det även lokala anpassningar. Exempelvis hade vissa vårdcentraler infört förlängd tid för diagnostisering av psykisk ohälsa. De yrkesverksamma, som en informant uttryckte det, "gräver tunnlar" runt kunskapsinfrastrukturen för att skapa vägar som inte finns.

Hur ska man då tolka de yrkesverksammas behandlingspragmatism och systemhantering? Är de ett uttryck för att kunskapsinfrastrukturen inte fungerar? En tolkningsmöjlighet är att trots kunskapsinfrastrukturens kontinuerliga föränderlighet är dess delkomponenter, kunskapssystemen, i viss mån rigida. Det finns exempelvis vissa organisatoriska ramar som är tillfälligt givna, som de yrkesverksamma måste förhålla sig till. För att hantera dessa ramar behöver de yrkesverksamma använda sig av ett flexibelt förhållningssätt. Som Helgesson (2012) föreslår, är vårdens vardag föremål för olika och ibland motsatta styrningssignaler, vilket ställer krav på en ökad självständighet i de yrkesverksammas bedömningsförmåga. Det innebär däremot att trots att informanternas strategier hjälper i varje enskild situation, utmanar de inte den befintliga kunskapsinfrastrukturen. En annan, relaterad

tolkning skulle kunna vara att kunskapsinfrastrukturen inte alltid ger de yrkesverksamma de verktyg som de behöver. Det kanske inte enbart handlar om att förse de yrkesverksamma med de senaste vetenskapliga resultaten, utan snarare att ge dem förutsättningar att förhålla sig kritiska mot systemet, så att de kan göra välgrundade beslut utifrån varje enskilt sammanhang (Fernler et al, 2008). Ett fungerande system behöver vara tillräckligt stabilt så att det håller samman, men tillräckligt dynamiskt så att det rymmer ett visst mått av flexibilitet.

Företagshälsovårdens unika ställning i det svenska välfärdssystemet

Det har genom åren funnits olika politiska lösningar för organiseringen av företagshälsovård. Företagshälsovårdens förändrade roll i det svenska välfärdssystemet har i den här studien framgått genom informanternas gränsarbete kring ansvar för arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Medan företagshälsovårdens och primärvårdens roller tidigare sammanföll, har fokus nu flyttats till att formellt definiera deras separata funktioner i relation till varandra. Detta reflekteras i de yrkesverksammes förhållningssätt till varandra och kan kopplas till forskning kring ökad fragmentering av vård och därmed ökad fokus på gränserna mellan organisationer (Lindberg, 2002). I gränsarbetet mellan de olika organisationers ansvarsområde framgår det att de yrkesverksamma tycker att hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa är primärt *antingen* företagshälsovårdens eller primärvårdens ansvar. Dessutom finns det inga etablerade samarbetsytor mellan vårdgivarna, vilket försvårar hantering och för med sig osäkerheter kring ansvar. Informanterna har vissa idéer på att möjligheten till samarbete skulle vara fruktbar för båda parterna, samt individen, men det finns få sådana möjligheter i deras vardagliga praktik.

Min studie visar att det är svårt med hanteringen av ett komplext problem som arbetsrelaterad psykisk ohälsa inom den nuvarande organiseringen av vården. Det förutsätts en organisatorisk uppdelning mellan sjukdom och arbetsmiljöorsakade problem, medan informanternas resonemang tyder på att den gränssättningen är svår att göra. Psykosociala orsaker är inte enkelt avgränsningsbara utan dessa aspekter sammanfaller hos individen. Organiseringen av företagshälsovård efter arbetsplats, eller arbetsgivare, är problematisk, då det får konsekvenser för hanteringen av individer på grund av att arbetsgivare har olika förutsättningar och förhållningssätt till problemet.

Trots tendensen att avgränsa och definiera olika organisationers ansvarsområden gentemot varandra (Brunsson och Sahlin-Andersson, 2000; Lindberg, 2002; Lindberg & Blomgren, 2009), pekar resultaten i den här studien mot att det finns en överlappning mellan företagshälsovårdens och primärvårdens ansvarsområde. Begreppet organisationsfält har gjort det möjligt för mig att analysera relationen mellan olika organisationer.

Företagshälsovård är en privat vårdgivare, som trots bristen på offentlig finansiering eller offentliga uppdrag, enligt svensk lagstiftning har en nyckelroll i den svenska välfärdsstaten. I praktiken resulterar företagshälsovårdens tvetydiga roll i att det svenska välfärdssystemet att arbetsrelaterad psykisk ohälsa även hanteras av primärvården. Sedan privatiseringen av företagshälsovård har arbetsrelaterad ohälsa gjorts till arbetsgivarnas ökade ansvarsområde, vilket gör att arbetsrelaterade problem i teorin faller utanför den offentligt finansierade hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. Detta speglas i den organisatoriska uppdelningen som finns mellan företagshälsovård och primärvård vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Organiseringen av vården är tätt sammanbunden med synen på vad som ses som sjukdom.

I enlighet med tidigare forskning kring privatisering av hälso- och sjukvårdstjänster fann jag att privatisering av företagshälsovården försvårar hantering av komplexa problem (Burstrom et al., 2017). Vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa innebär privatiseringen att företagshälsovården har hamnat utanför den allmänna hälso- och sjukvårdens gränser. Detta har resulterat i att företagshälsovården har exkluderats från de etablerade kommunikationsvägarna inom hälso- och sjukvården, vilket är problematiskt för både informanterna och individerna vid hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Företagshälsovårdens privatisering innebär att företagshälsovården är en tillgång för arbetsgivaren att vända sig till *ifall* arbetsgivaren *kan* och *vill* betala för företagshälsovårdens tjänster. Dessutom är det upp till arbetsgivaren att bestämma vilka tjänster som de anser att arbetstagarna är i behov av. Med andra ord, arbetsgivaren sätter ramarna för företagshälsovårdens insatser. Som jag har visat i kapitel 5 och 6 är detta problematiskt, eftersom utan arbetsgivarens tillåtelse har företagshälsovården inte kapaciteten, auktoriteten och legitimiteten att agera vid strukturella problem.

Privatiseringen av företagshälsovård har även resulterat i att anställda har olika tillgång till företagshälsovård. Enligt informanternas berättelser är det stora klyftor mellan vilka arbetsgivare som erbjuder företagshälsovård, men även stora skillnader i vilka typer av tjänster som arbetsgivare erbjuder. I huvudsak framhövdes skillnader mellan olika

sektorer, med hänvisning till bättre möjligheter för anställda med högre utbildningsnivå. Dessutom framkommer det att vissa arbetsgivare använder sin position till att erbjuda anställda sjukvård och företräde inom hälso- och sjukvården, medan andra arbetsgivare inte ens tillhandahåller det som är lagstadgat. Konsekvenserna av detta blir ett orättvist system. Ökad medvetenhet om kunskapsinfrastrukturen kring hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa är ett första steg i arbetet att skapa andra infrastrukturer. Det finns dock inga givna lösningar om hur organiseringen av (företagshälsa)vården ska se ut, utöver att den i större utsträckning behöver inkludera gränsöverskridande samtal (Helgesson & Winberg, 2008).

Fortsatt forskning: Bortom vårdens hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa

Den här studiens utformning har inneburit att jag har empiriskt begränsat hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa till vården. Anledning till detta är att hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa i första hand har uppmärksamrats som en rehabiliteringsfråga. Samtidigt, som studien har visat, är det svårt att hantera arbetsrelaterad psykisk ohälsa inom vården, speciellt med tanke på att det formella ansvaret för arbetsrelaterad ohälsa enligt Arbetsmiljölagen är förlagt på arbetsgivare. En annan möjlig väg för framtida forskning om arbetsrelaterad psykisk ohälsa skulle kunna vara att undersöka och ge kunskap om *hur arbetsplatser arbetar med att hantera problemet*. Med utgångspunkt i den här studiens resultat som pekar mot arbetsgivares olika inställning till ansvar för arbetsrelaterad ohälsa, samt mot en växande tendens att professionalisera HR-rollen, skulle det vara intressant att undersöka hur hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa ser ut på arbetsplatsen. Uppstår det även konflikterande roller mellan HR-personalen i relation till personalen och arbetsgivare vid den här typen av komplexa problem? Ett annat sätt att studera arbetsrelaterad psykisk ohälsa skulle kunna vara att *följa hanteringen inom den svenska välfärdsstaten*. På så sätt skulle man även kunna inkludera andra aktörer som har visats sig vara betydelsefulla i min studie, som exempelvis Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

I den här studien har jag studerat vårdens hantering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa, som är ett komplext problem. Komplexitet i det här sammanhanget var att fenomenet var mångtydigt och att ansvarsfördelningen för dess hantering var otydlig. Komplexa problem finns däremot i många former, som exempelvis genom andra fenomen som kräver

samarbete över organisations- och professionsgränser. Därför är en annan möjlig väg för framtida forskning att studera *komplexitet genom andra empiriska ingångar*. Finns det andra områden inom välfärdssystemet där man skulle kunna undersöka en liknande hanteringsproblematik? Några exempel på områden som skulle kunna visa på liknande problematik på grund av flera yrkesgruppers och organisationers inblandning är exempelvis olika typer av beroendeproblem, kriminalitet, samhällsplanering och integration.

Slutligen, ur ett vetenskapssociologiskt perspektiv vore det intressant att studera *hur kunskapsförsörjningen ser ut och organiseras*. Är forskningen också fragmenterad så att kunskapsinfrastrukturen fortsätter att ge begränsningar?

ENGLISH SUMMARY

Drawing Boundaries in Everyday Healthcare Practice

Mental ill health in working life is a major and growing problem in the Swedish welfare society. The problem is multifaceted and raises many questions about responsibility, the nature of the phenomenon and how it should be managed. Work-related mental ill health is a complex problem.

Over the years, there have been several initiatives for action, distributed among various actors. These initiatives have mainly resulted in national strategies aimed primarily at healthcare, through agreements between the Swedish government and the Swedish Municipalities and County Councils (SKL). One such strategy was the introduction of the Rehabilitation Guarantee in 2008 to increase care efforts regarding mental health issues for the working population (SOU 2011: 15). Another strategy was the launch of the Sickness Billion (Sjukskrivningsmiljarden) in 2007 (Försäkringskassan, 2014b), so that the sick leave process could develop. The idea behind both strategies was to provide healthcare with more resources and to signal the importance of helping people return to work.

In addition to healthcare, the state has also examined the possibility of occupational healthcare to be a potentially relevant actor in reducing work-related mental ill health (SOU 2004: 113). There have been several attempts to emphasize and increase the importance of occupational health care in order to deal with work-related mental ill health (Prop. 1996/97: 123; Prop 1998/99: 120; SOU 2004: 113). Despite the general social responsibility of occupational healthcare for safety in the work environment and rehabilitation through the Work Environment Act (SFS 1977: 1160), the possibilities for occupational healthcare to act are limited. Since it has been privatized, occupational healthcare is dependent on the assignments it receives from employers.

Against this background, the focus of the state has shifted to raising awareness about psychosocial work environments and emphasizing the employer's responsibility. The employer's responsibility has for a long time been stated in the Work Environment Act (SFS 1977: 1160), but there have previously been no controlling functions and it is generally difficult to legally bind companies to the psychosocial ill health of employees. In order to achieve a change and to prevent and reduce work-related stress, the Work Environment Authority recently introduced a regulation clarifying the employer's responsibility for the organizational and psychosocial environment (AFS 2015: 04). Against this background, how is work-related mental ill health managed?

The aim of this study is to explore the management of work-related mental ill health by care professionals. I use the term care in a broad sense, including both private and public care providers within the framework of the Swedish welfare state. Work-related mental ill health as a phenomenon is particularly interesting to study, since its management is characterized by the fact that the problem is multifaceted and that mental illness as a cause of illness is controversial. Another reason behind my choice of this particular phenomenon is that several occupational groups and organizations are involved in its diagnosis and treatment. It therefore gives me the opportunity to explore the consequences of different care providers and occupational groups for its management. Since occupational healthcare is one of these care providers, but has an unclear role in the Swedish healthcare system, the position of occupational healthcare and its contact with other healthcare providers is a vital part of the issue of management. Apart from contributing to the understanding of work-related mental ill health and the challenges surrounding its management in everyday healthcare practice, the study is further relevant for the understanding of the management of complex problems.

In order to investigate the everyday management of work-related mental ill health, I pose three research questions. The first question is directed towards how care professionals define work-related mental ill health. Of interest is whether there are any differences between various occupational groups and care providers. The second research question is about what challenges the care professionals face when dealing with work-related mental ill health. I further ask what strategies they employ to manage these challenges. The last research question focuses on what importance organizing and governance have for the management of the empirical phenomenon I study.

Analytical tools

In this study, I make use of a multidisciplinary perspective, combining several theoretical approaches to explore various aspects of the management of a complex problem like work-related mental health. With the help of analytical concepts from Science and Technology Studies (STS), sociology of professions and organizational theory, I investigate both professional action and structural frameworks that surround the management of work-related mental health.

My theoretical point of departure is that occupational work is embedded in different knowledge systems. I make use of the concept of *knowledge infrastructure* to analytically understand the informants' scope and limitations in dealing with work-related mental health related to these systems. While knowledge infrastructure brings specific knowledge institutions to mind (Edwards et al, 2013), where knowledge production occurs (Karasti et al, 2016), I see knowledge infrastructure in a broader perspective. In a knowledge-intensive society, knowledge and the different systems in which it is embedded are of central importance. Knowledge is used to legitimize actions, create and free resources, as well as to contribute to distributing various levels of power. Knowledge infrastructure thus consists of several interesting components for this study. One of these is for example occupational groups, another is organizations. In addition, the knowledge infrastructure is not homogeneous. It includes, among other things, different types of professionalism.

Inspired by Science and Technology Studies (STS), where the concept of infrastructure is used to investigate large-scale socio-material systems (see, for example, Hughes, 1987), I assume that knowledge infrastructure involves and requires interaction between the human and the non-human, or the material. This combination of the social and the material provides space for an analytical entry point that focuses on the relationship between different components. At the same time, I emphasize that infrastructures are not coherent, consciously designed systems. I make use of the ecology metaphor to point towards some aspects that help us to understand knowledge infrastructure. One of these aspects is *complexity*. In other words, as any type of ecology, knowledge infrastructure is characterized by a multiplicity of interconnected and interacting components, or systems. Another useful aspect of the ecology metaphor is that it puts the *relational* in focus. I argue that knowledge infrastructure, similarly to an ecology, is a complex system, where different knowledge systems coexist and interact with each other. Their roles depend on their relation to each other. Yet another aspect of importance is the *continuous change* that characterizes an ecology. In

other words, its elements are constantly changing and not static. The same holds true for knowledge infrastructure. Within any of the knowledge systems, where the intention is to influence professional action in a certain direction, different types of knowledge, laws, regulations, guidelines, and recommendations, replace each other. What facilitates the interaction between the various knowledge systems is social norms, standards and individual actions. Consequently, knowledge infrastructure enables, but also limits the possible interpretations that the care professionals may have regarding work-related mental ill health.

In order to emphasize the actions of the informants and analyze the professional management of work-related mental ill health, I make use of the concept of boundary work (Gieryn, 1983). This concept helps me to study *when* and *how* professionals create or deconstruct boundaries. This means that I am interested in both what boundary work is related to - such as occupational group, organization, area of expertise - and the means used for drawing these boundaries. By directing my interest towards *care professionals*, rather than having certain occupational groups as my starting point, I explore the complexity of boundary work. In this way, there is an opportunity for broadening the analysis concerning which groups the informants relate to when dealing with work-related mental illness.

Finally, in order to show that the care professionals' actions are also contextual, I make use of the concept of logic of appropriateness. The definition of work-related mental health in this study is an empirical question.

Methods

The main method of this qualitative study is semi-structured interviewing (Kvale & Brinkmann). The advantage of this method is that it allowed me to approach various occupational groups regarding a controversial phenomenon and gave me access to their perspectives. I conducted 28 interviews with care professionals within primary care and occupational health care.

To get a better understanding of the informants work with work-related mental ill health and their organizational context, I also conducted observations within primary care and occupational health care. By incorporating several organizations and occupational groups, the study gives a nuanced image of how care organizations deal with a complex problem.

The informants I have been in contact with are relevant for this study based on their professional roles. This means that my interest is directed towards their professional perspective and experience in their work situations.

Since the management of work-related mental ill health involves several types of care providers and different occupational groups, I have sought to reflect this diversity in my choice of informants. The study therefore includes occupational groups such as physicians, psychologists, occupational therapists, but also other occupational roles such as counselors, psychotherapists, behavioral scientists, and rehabilitation coordinators. Common to all informants is that their position makes them act as intermediaries between the individual and the healthcare system.

Main empirical findings

Creating boundaries regarding responsibility for (work-related) mental ill health

Work-related mental ill health is managed by various occupational groups within primary care and occupational healthcare. However, responsibility for dealing with (work-related) mental ill health is not straightforward. In chapter 5, I focus on the informants' reasoning about who is responsible for work-related mental health. Based on the informants' reasoning about the perceived expectations on their respective organization, I analyze how they create boundaries between the roles and responsibilities of each organization, based on work-related mental ill health. In order to discuss *which* boundaries they create and *how* these boundaries are made, I employ the concept of boundary work (Gieryn, 1983; 1999).

The chapter shows that the informants' boundary work is directed towards different groups, depending on which organization the informants belong to. The informants in occupational healthcare draw boundaries in relation to the employer, general healthcare, in particular primary care, and the individual. The informants' creation of boundaries in primary care focus on two care-giving organizations, occupational healthcare and psychiatry. While the content of the boundary work varies within occupational healthcare, the informants within primary care have the same type of argument against occupational health care as against psychiatry. Although the informants' boundary work can mainly be understood on the basis of their organizational membership, it is sometimes intertwined with their occupational role.

Throughout the chapter I discuss how the management of work-related mental ill health is strongly linked to the changing role of occupational healthcare in the Swedish welfare system. The position and direction of

occupational healthcare has undergone major changes in recent years, especially since it has become privatized instead of being government-financed. Based on the question of responsibility and with the help of the concept of organizational field (Eriksson-Zetterquist, 2009), I argue that primary care and occupational healthcare can be seen as organizations belonging to different, but partly overlapping, fields.

At last, I also discuss the question of responsibility in relation to the informants' reasoning about competence and resources regarding the management of work-related mental ill health. I suggest that the informants within both care organizations *renounce* responsibility for dealing with work-related mental ill health. This is an empirical finding that is of particular importance, since earlier research has often showed that occupational groups make use of boundary work when striving to *expand* their professional boundaries (Abbott, 1988; Griern, 1983; Liljegren, 2008).

What does "work-related" mean? Boundaries regarding a complex problem

Work-related mental ill health is a complex problem to define and manage, as it has no uniform definition. The problem gives scope for a broad interpretation. Professional judgement and management consist of delimiting a problem and defining whether it falls within one's area of expertise. What is the cause of the problem? How can it be dealt with? In what area is help available? Is help available within one's own organization, or does the individual need to get in contact with someone outside the organization's framework? All these delimitations are relevant in assessing work-related mental ill health as a health phenomenon.

In chapter 6 I analyze the informants' creation of boundaries regarding work-related mental ill health as a complex problem. I describe the informants' reasoning about the causes of mental health in working life, but show that they are intertwined with the informants' knowledge and position. Central to this chapter is the informant's boundary work (Gieryn, 1983; Liljegren, 2008) around "work-related". As shown in the chapter, boundary work regarding the causes of work-related mental health is an important, but not crucial strategy for how the individual's problems are defined and treated. In order to understand the actions of the informants, I use the concept of logic of appropriateness (March & Olsen, 1989). The term aims to highlight the different aspects in a given context, which lead to a certain action.

Although the informants distinguish between different causes of work-related mental ill health, there is also an inconsistency between informants' views on what is work-related. When work-related mental health is considered an organizational problem, informants can pay attention to the individualization of the organizational. Based on this approach, they question the focus on the individual and the employers' actions in targeting the individual, reasoning that the individual is not the basic problem. However, when work-related mental ill health is viewed as an individual problem through the concept of "performance-based self-esteem", the informants themselves can moralize around, for example, a certain personality type. Through this reasoning the individuals are considered in need of learning to set limits and lowering ambition levels in their lives. In other words, in practice, the solution for managing work-related mental ill health remains the same, regardless of how the problem is defined.

Capturing the soul: tools as expressions of knowledge infrastructure

How can you capture a complex problem such as work-related mental ill health? Is it possible to measure and assess the impact of the various methods employed to manage the problem? In chapter 7 I discuss how the informants deal with increased demands in healthcare on quantifying and justifying their decisions. Care professionals are wrestling with adapting the management of work-related mental ill health to a knowledge infrastructure that is designed for clearly defined problems that are expected to be assessed, seen, measured and treated by making use of reliable tools. I put emphasis on the tools of the care professionals and the importance they receive in managing work-related mental ill health.

In this chapter, I show that there is some tension between the tools described as based on professional judgment and experience and the tools associated with scientifically proven knowledge, or evidence. The informants often view professional judgment as based on *experience*, where clinical assessment, anamnesis and body language are vital tools. Scientific knowledge, however, is often characterized as *measurable and verifiable*, which has become associated with reliability, for example, through the importance of the assessment-scales for the Swedish Social Insurance Agency, or Cognitive Behavioral Therapy as a prescribed treatment method by the state. Therefore, scientifically proven knowledge coincides with knowledge that is authorized by different authorities, managers or county councils. Based on the

informants' reasoning regarding work-related mental ill health, I describe how the use of certain tools is preferred within the knowledge infrastructure for resource allocation through providing an "objective" assessment, such as self-assessment tests. The importance of "objective" knowledge and reliable tools in the knowledge infrastructure means that the informants are expected to substantiate their assessments with "objective knowledge" or evidence.

Strategies for manoeuvring

The care professionals in this study often express a frustration about the conditions for carrying out their work. The reasons for their frustrations vary, depending partly on which occupational group and partly on which type of organization they work for. The worlds of primary care and occupational healthcare are partly different due to different organizational logics, but the informant's strategies to deal with these conditions in managing work-related mental health are similar.

In chapter 8, I describe and analyze four strategies of maneuvering that the informants employ. These strategies are partly mutually overlapping, which becomes particularly clear regarding the use of diagnoses by the informants. The first strategy concerns the redistributing of resources and includes how informants make use of time and diagnosis for reallocating resources based on their priorities. The second strategy involves various strategies used by informants within the framework of primary care, occupational healthcare and the Swedish welfare system. It is a common strategy that primarily consists of pragmatic diagnosis and work around hierarchical (knowledge) structures within primary care. In occupational healthcare, it is rather expressed through a particular approach to the employer. It also involves a strategy for physicians in both primary care and occupational health to maintain their professional authority, both towards the Swedish Social Insurance Agency and the individual who seeks help. The last strategy that I discuss is used less often, but is more powerful. It involves the informants taking conscious risks towards their organizational frameworks.

In order to create an understanding of the informants' maneuvering strategies, in chapter 7, I make use of the concept knowledge infrastructure. I show that the knowledge and experience of knowledge infrastructure give the care professionals an opportunity to be "fluid in infrastructure" (Edwards, 2003 s. 189), or to master the knowledge infrastructure. I see the informants' strategies as recurring action patterns, rather than intentionally devised actions. The strategies that I address in this chapter are thus the repertoires

that the informants use to navigate in relation to the conditions of the knowledge infrastructure. The parts of the knowledge infrastructure that they relate to are tied to both their occupation and organization. It may for example mean negotiating more time for assessment, creating more treatment opportunities, or asking for the individual's general health status despite the lack of mandate to do so. The professionals, as an informant expressed it, "dig tunnels" around the knowledge infrastructure to create new paths.

Conclusions

Several aspects have emerged as central to the management of work-related mental ill health. First, I discuss the importance of definitions for managing a multifaceted problem such as work-related mental ill health. Then I will look more closely at the importance of organizing and governance for management. I highlight the knowledge infrastructure and the challenges it entails in the form of knowledge hierarchies, the increased number of recommendations and guidelines, as well as organizational constraints. The last aspect concerns the unique position of occupational healthcare in the Swedish welfare system.

The importance of definitions

My study has shown that definitions of work-related mental health are central to its management. This is particularly important because the causes of work-related mental ill health are ambiguous and give rise to a broad interpretation repertoire for its handling. The ambiguity that characterizes work-related mental ill health, combined with an unclear division of responsibility around its management means that definitions are crucial for how it is categorized and managed.

The fact that work-related mental ill health as a problem is multifaceted with unclear causes and unclear division of responsibility also means that definitions of the problem are malleable and can be used to achieve a particular purpose. These ambiguities mean that there is some room for adapting the definition, which may be an advantage for the professionals and the individual seeking help. In other words, because definitions are crucial for where the problem ends up, they can also be used to legitimize the managing of the problem. In the context of the management of work-related mental ill health, the meaning of definitions became clear from the different strategies

the care professionals employ to adapt the definitions to the framework of their own organization (see chapters 6 and 8), and employers' interpretation of "work-related" (Chapter 6). Based on these results, I propose that ambiguities both complicate and simplify managing.

Limitations and opportunities of knowledge infrastructure

One of my area of interest in this study was the importance of organizing and governance for the management of work-related mental ill health. While previous studies in healthcare research have focused on examining how a specific form of governance affects healthcare (Alm, 2015), I have instead made use of a complex problem as work-related mental ill health as an entry-point. In this way, I have been able to study how a variety of governance forms come into play in the everyday-life of care professionals. In order to understand the actions of the care professionals, I have made use of the concept of knowledge infrastructure. It has enabled me to analyze care professionals' approach to different types of knowledge systems, the challenges they face, and the strategies they use to maneuver in everyday practice. There are four themes in particular that emerged as important. I describe these below.

A psychosocial problem within a medical (knowledge) context, is a theme that draws attention to the hierarchical relation between different types of knowledge. In dealing with work-related mental ill health, occupational groups with medical knowledge have more formal power and the principal right of definition in the knowledge infrastructure in relation to occupational groups with expertise in psychosomatics. Knowledge infrastructure leads to different professions having different authorities. Medical knowledge has a legitimizing role in the Swedish welfare system, although work-related mental ill health is a complex psychosocial problem that does not easily fall within the framework of a specific occupational group (or organization). The legitimizing role of medical knowledge manifests itself in both primary care and occupational health care, but to various extent and in different ways. In primary care, it is for example apparent from the diagnostic system, where the physician's diagnostic system legitimizes the individual's illness as well as sick leave and thus gives access to compensation from the Social Insurance system. The physicians' strong position in primary care is also visible in relation to the other occupational groups. This is partly a source of conflicts between the occupational groups. At the same time, other occupational groups have

developed different strategies for getting around the physicians' position of power. In the field of occupational healthcare, the position of the physicians is not as strongly emphasized in the relationship between the different occupational groups. It also occurs that occupational healthcare physicians are hesitant about the requirement of approving or strengthening the decisions of other occupational groups, as the physician's approval has a legitimation effect.

Evidence orientation and standardization, is another theme that this study highlights. The increased importance of working according to an evidence-based approach, that is, using the latest scientific knowledge in healthcare has also posed some challenges for some of the informants. As I demonstrated in Chapter 7, there is a tendency to standardize therapeutic methods in both occupational health care and primary care. On the other hand, the professionals within the two types of care providers emphasized different reasons for this standardization. Primary care informants stressed governance by the state. Occupational healthcare professionals did not refer to the state regarding treatment methods. Instead, they referred to the customers, that is, the employers. Overall, this study is in line with previous studies pointing towards a trend of the generation of more recommendations and guidelines, which have contributed to an increased auditing of healthcare (Sahlin Andersson, 2006; Levay & Waks 2006; Agevall, Jonnergård & Krantz, 2017).

Treatment pragmatism and system management, is yet another theme that I discuss. The management of work-related mental ill health is characterized by complexity, as the informants act within a knowledge infrastructure that arranges, categorizes and draws boundaries. In other words, the knowledge infrastructure shapes what the care professionals can do. The informants are therefore confronted with how to fit the assessment and treatment of work-related mental ill health into their respective knowledge systems. These challenges faced by the informants have permeated the entire dissertation, but became particularly clear in relation to the informants' tools in chapter 7, as well as their action strategies in chapter 8. Regarding the informants' tools, for example, one of the challenges was that there was governance towards a certain treatment method within the knowledge infrastructure. This was mainly visible in primary care, but also within occupational healthcare. As I showed in chapter 7, the care professionals handled these challenges by having a pragmatic approach to treatment, which I termed treatment pragmatism. In primary care, this approach was for example expressed by adapting the choice of treatment method to the individual's needs and abilities. Another challenge for the care

professionals in dealing with (work-related) mental ill health was that the knowledge infrastructure had physical illnesses as a norm. To compensate for this organization, the informants made use of different manoeuvring strategies, which suggests a professional attitude, where management involves creating space for manoeuvring in relation to the knowledge infrastructure. For example, this could mean negotiating more time for assessment, creating more treatment opportunities, or asking for the individual's general state despite the lack of mandate to do so. Sometimes there were local adaptations. For example, some healthcare centres had introduced extended time for diagnosing mental ill health. The professionals, as an informant expressed it, "dig tunnels" around the knowledge infrastructure to create new paths.

The unique role of occupational health care is the last aspect of importance in the management of work-related mental ill health. Over the years, there have been various policy solutions for the organization of occupational health care. The changing role of occupational health care in the Swedish welfare system has become apparent in this study through the informants' boundary work regarding responsibility for work-related mental ill health. While the roles of occupational healthcare and primary care coincided earlier, focus has now shifted to formal definition of their mutually separate functions. This tendency is reflected in the care professionals' approach towards each other and can be linked to previous studies that point towards an increased fragmentation of healthcare and thereby an increased focus on the boundaries between organizations (Lindberg, 2002). In the boundary work between the different organizations regarding responsibility, it appears that the professionals view the management of work-related mental as primarily the responsibility of either occupational healthcare or primary care. In addition, there are no established areas of cooperation between caregivers, which complicates the management of a complex problem. The informants suggest that the possibility of cooperation would be fruitful for both parties, as well as the individual, however there are few opportunities for collaboration in their everyday practice.

Referenser

- Abbott, A.D. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- AFS (2001:1). *Systematiskt arbetsmiljöarbete*. Solna - Stockholm: Elanders Gotab.
- AFS (2015:4). *Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om organisatorisk och social arbetsmiljö*. Stockholm: Elanders Sverige AB.
- Agevall, L., Jonnergård, K. & Krantz, J. (2017). *Frihet under ansvar eller ansvar under tillsyn?* Växjö: Linnaeus Academic Press.
- Alm, M. (2015). *När kunskap ska styra: Om organisatoriska och professionella villkor för kunskapsstyrning inom missbruksvården*. Doktorsavhandling. Linnéuniversitetet.
- Almquist, R. (2006). *New Public Management – om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Malmö: Liber AB.
- Alvesson, M. (2011). *Intervjuer: genomförande, tolkning och reflexivitet*. Malmö: Liber.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR*. (4th ed.). American Psychiatric Association: Washington, DC.
- Aspers, P. (2007). *Etnografiska metoder: Att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber.
- Babbie, E. L. (2010). *The Basics of Social Research*. (5th ed). Wadsworth: Cengage Learning.
- Banérjee, M. (2009). Democracy, sacred and everyday. An ethnographic case from India. I *Anthropological Approaches*. Santa Fe: SAR Press.

- Begler, A-M. & Brattlund, L-Å. (2015). Sjukfrånvaron fortsätter att öka i snabb takt. DN. 27 november. <http://www.dn.se/debatt/sjukfranvaron-fortsatter-att-oka-i-snabb-takt/> Hämtad 9 september, 2016.
- Berg, M. (1997). *Rationalizing medical work: decision-support techniques and medical practices*. Cambridge, Mass: MIT press.
- Berlin, J., & Kastberg, G. (2011). *Styrning av hälso-och sjukvård*. Malmö: Liber.
- Blaxter, M. (1978) Diagnosis as category and process: The case of alcoholism, *Social Science and Medicine*, 12, 9-17.
- Blomgren, M. (1999). *Pengarna eller livet? Sjukvårdande professioner och yrkesgrupper i mötet med en ny ekonomistyrning*. Doktorsavhandling. Uppsala universitet.
- Blomgren, M. (2003). Ordering a profession: Swedish nurses encounter new public management reforms. *Financial Accountability & Management*, 19(1), 45-71.
- Blomqvist, P. & Rothstein, B. (2008). *Välfärdsstatens nya ansikte: demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*. Agora: Stockholm.
- Brante, T. (2014). *Den professionella logiken. Hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället*. Stockholm: Liber.
- Bretell, C.B (1993). Introduction. I *When They Read What We Write – The Politics of Ethnography*. Westport: Bergin & Garvey.
- Brint, S. (1994). *In an age of experts: The Changing Roles of Professionals in Politics and Public Life*. New Jersey: Princeton University Press.
- Brown, P. (1990). The name game: Toward a sociology of diagnosis. *The Journal of Mind and Behavior*, special issue. Challenging the Therapeutic State: Critical Perspectives on Psychiatry and the Mental Health System, 11 (3/4), 385-406.
- Brown, P. (1995). Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness. *Journal of health and social behavior*, extra issue. Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future, 34-52.
- Brunsson, N. (1980). *Företagsekonomi - Avbildning eller språkbildning*. Rapport. Uppsala universitet.
- Brunsson, N. and Sahlin-Andersson, K., (2000). Constructing organizations: The example of public sector reform. *Organization studies*, 21(4), 721-746.

- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. (4th ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Bullock, H.E. (2004). Diagnosis of Low-Income Women. I *Bias in psychiatric diagnosis*. Oxford: Jason Aronson.
- Burri, R.V. (2008). Doing distinctions: Boundary work and symbolic capital in radiology. *Social Studies of Science*, 38 (1), 35-62.
- Burström, B., Burström, K., Nilsson, G., Tomson, G., Whitehead, M., & Winblad, U. (2017). Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden—a scoping review. *International journal for equity in health*, 16(1), 29.
- Callon, M. (1981). Struggles and Negotiations to Define What is Problematic and What is Not. I K. D. Knorr (ed.), *The Social Process of Scientific Investigation*. Dordrecht: Springer.
- Caplan, P.J. & Cosgrove, L. (2004). *Bias in psychiatric diagnosis*. Oxford: Jason Aronson.
- Casey, P. (2006). The ‘afterthought’ diagnosis: rehabilitating adjustment disorders. *Expert review of neurotherapeutics*, 6 (2), 145-151.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Chirico, F. (2015). Adjustment Disorders in DSM 5: Implications for Occupational Health Surveillance. *Acta Psychopathologica*, 1 (2) 1-4.
- Chua, L., High, C. & Lau, T. (2008). Introduction: Questions of Evidence. I *How Do We Know? Evidence, Ethnography, and the Making of Anthropological Knowledge*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, Md.; London: Johns Hopkins University Press.
- Correia, T. (2013). The interplay between managerialism and medical professionalism in hospital organisations from the doctors’ perspective: A comparison of two distinctive medical units. *Health Sociology Review*, 22(3), 255-267.
- Davies, C. A. (2008). *Reflexive ethnography: A guide to researching selves and others*. London: Routledge.

REFERENSER

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE.
- Dickson, B. (2015). Så ska ökningen av sjukskrivningar stoppas. SVD. 23 september.
<http://www.svd.se/sa-ska-okningen-av-sjukskrivningar-stoppas>
Hämtad 9 september, 2016.
- DiMaggio, P. J. & Powell, W.W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review* 48(2), 147-160.
- Edwards, P. N. (2003). Infrastructure and modernity: Force, time, and social organization in the history of sociotechnical systems. I *Modernity and Technology*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Edwards, N., Jackson, S.J., Chalmers, M.K., Bowker, C.G., Borgman, L.C., Ribes, D., Burton, M., Calvert, S. (2013). *Knowledge infrastructures: Intellectual frameworks and Research Challenges*. Ann Arbour: Deep Blue. <http://hdl.handle.net/2027.42/97552>. Hämtad 4 mars, 2016.
- Eriksson, U. B. (2009). *Man är ju inte mer än människa: Långtidssjukskrivning ur ett emotionellt, relationellt och strukturellt perspektiv*. Doktorsavhandling. Karlstad universitet.
- Eriksson, L. (2015). Diagnosis at work – on sick leave in Sweden. *Social Theory & Health*, 13 (2), 162-179.
- Eriksson, L., Sager, M., Staland-Nyman, C., & Hensing, G. (2014). Kunskap och bedömningar i sjukskrivning: En vetenskapsteoretisk studie av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. *Socialmedicinsk tidskrift*, 91(4), 332-338.
- Eriksson, L., Sager, M., Staland-Nyman, C., & Hensing, G. (2016). Expertis, sjukskrivning och mötet mellan normal och post-normal vetenskap. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 21 (2), 70-84.
- Eriksson-Zetterquist, U. (2009). *Institutionell teori-idéer, moden, förändring*. Malmö: Liber.
- Evetts, J. (2010). Reconnecting professional Occupations with Professional Organizations: risks and opportunities. I L.G Svensson & Evetts, J. (red.), *Sociology of professions: Continental and Anglo-Saxon Traditions*. Göteborg: Daidalos AB.

- Fernler, K. (2011). Kunskapsstyrningens praktik - kunskaper, verksamhetsrationalitet och vikten av organisation. I I. Bohlin & M. Sager (red.), *Evidensens många ansikten: Evidensbaserad praktik i praktiken*. Lund: Arkiv.
- Fernler, K. & Helgesson, C.-F. (red.). (2006) *Kloka regler? Kunskap i regelsamhället*. Lund: Studentlitteratur.
- Fernler, K., Sjögren, E., & Helgesson, C.-F. (2008). Utan tvivel är man inte klok - kunskapsstyrningens problem. I Helgesson, C.-F. & Winberg, H. (red.), *Detta borde vårddebatten handla om*. Stockholm: IFL Executive Education.
- Forte (2015). *En kunskapsöversikt: Arbetsliv, psykisk ohälsa, sjukfrånvaro*. <http://forte.se/wp-content/uploads/2015/04/psykisk-ohalsa-arbetsliv-sammanfattning.pdf>. Hämtad 9 september, 2016.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. London: Tavistock publications.
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972–1977*. (Ed.) C. Gordon, L. Marshall, J. Meplam and K. Soper. Brighton: Harvester Press.
- Fournier, V. (1999). The appeal to "professionalism" as disciplinary mechanism. *The Sociological Review*, 47(2), 280-307.
- Fredriksson, M., Blomqvist, P. & Winblad, U. (2014) Recentralizing healthcare through evidence-based guidelines-striving for national equity in Sweden. *BMC health services research*, 14 (509), 1-9.
- Fredriksson, M., & Winblad, U. (2009). Den privata vården: En ideologisk skiljelinje i svensk politik. I K. Lindberg & M. Blomgren (red.) *Mellan offentligt och privat. Om styrning, praktik och intressen i hälso- och sjukvården* Stockholm: Santérus Academic Press.
- Freidson, E. (2001) *Professionalism: The third logic*: University of Chicago Press: Chicago.
- Friberg, T. (2009). Burnout: from popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 33 (4), 538-558.
- Försäkringskassan (2014a). Sjukskrivning och sjukpenning. https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/sjukskrivning_och_sjukpenning. Hämtad: 28 december, 2014.
- Försäkringskassans (2014b). Sjukvårdsmiljarden.

REFERENSER

- <https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/sjukskrivning/gsmiljarden>. Hämtad: 28 december, 2014.
- Försäkringskassan. (2014c). Socialförsäkringens historik.
https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/omfk/om_socialforsakringen/historik. Hämtad: 28 december, 2014.
- Försäkringskassan (2016). Socialförsäkringen i siffror. Stockholm: Lenanders Grafiska AB.
- Försäkringskassan (2016:2). Psykisk ohälsa. Korta analyser.
https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f90275d4fe6ad/korta_analyser_2016_2.pdf?MOD=AJPERES&CVID= Hämtad 9 september, 2016.
- Garpenby, P. (2010). Perspektiv på implementering. I *Implementering: teori & tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Gieryn, T. F. (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review*, 48 (6), 781-795.
- Gieryn, T. F. (1999). *Cultural boundaries of science: Credibility on the line*: Chicago: University of Chicago.
- Glise, K., Lindegård Andersson, A. and Jonsdottir, I. H. (2011). Fysisk aktivitet bra mot stressrelaterad psykisk sjuklighet. *Läkartidningen*, 108 (36), 1692-1695.
- Gustafsson, G., Norberg, A. & Strandberg, G. (2008). Meanings of becoming and being burnout – phenomenological-hermeneutic interpretation of female healthcare personnel's narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22: 520–528. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00559.x Hämtad 3 mars, 2016.
- Hallerstedt, G. (Ed.) (2006). *Diagnosens makt: om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1995). *Ethnography: Practices and principles*. New York: Routledge.
- Handler, J. F. (1992). Dependency and discretion. I *The nature of service organizations*. Newbury Park: Sage.

- Hasselbladh, H. Bejerot, E. & Hustavsson, R. (2008). *Bortom New Public Management: Institutionell transformation i svensk sjukvård*. Halmstad: Bulls Graphics AB.
- Helgesson, C.-F. (2012). Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Några viktiga orsaker till mångfaldighet och vad det innebär för de statliga myndigheternas roll. Bilaga i *SOU 2012:33, Gör det enklare!*
- Helgesson, C.-F., & Winberg, H. (red.) (2008) *Detta borde vårddebatten handla om*. Stockholm: IFL och EFI vid Handelshögskolan i Stockholm.
- Hult, E. (2006). Vetenskap i paketerad form: Framväxten av evidensbaserad medicin. I C. Levay, & C. Waks (red.), *Strävan efter transparens*. Stockholm: SNS förlag.
- Hughes, T. P. (1987). The Evolution of large Technical Systems. I (ed). M.Biagioli, *The Science Studies Reader*. New York och London: Routledge.
- Illich, Ivan (July 1975). The medicalization of life. *Journal of Medical Ethics* 1 (2): 73–77.
- Jensen I. & Företagshälsans riktlinjegrupp (2015). *Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen. En sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp 2/2015*. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet.
- Jerak-Zuiderent, S. (2014). Keeping Open by Re-imagining Laughter and Fear. *The Sociological Review*, 63 (4), 897-921.
- Johannisson, K. (2001). Den moderna tröttheten. Från överansträngning till stress, kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet. Bilaga 2 i Ds 2001:28, *Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv – en handlingsplan för att förnya arbets-miljöarbetet*. Stockholm: Fritzes.
- Johannisson, K. (2006). Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I G. Hallerstedt (red.) *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Daidalos: Göteborg.
- Johannisson, K. (2008). Om begreppet kultursjukdom. The concept of cultural disease. *Läkartidningen*, (44), 3129-3132.
- Johansson-Krafve, L. J. (2015). *Valuation in Welfare Markets: The Rule Books, Whiteboards and Swivel Chairs of Care Choice Reform*. Doktorsavhandling. Linköpings universitet.

- Jutel, A. (2011), *Sociology of Diagnosis: A Preliminary Review*. I P.J. McGann & D. J. Hutson (ed.) *Sociology of Diagnosis* (Advances in Medical Sociology, Vol. 12, s. 3 – 32) Emerald Group Publishing Limited. <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/S1057-6290%282011%290000012006> Hämtad 5 oktober, 2013.
- Karasti, H., Millerand, F., Hine, C. M., & Bowker, G. C. (2016). Knowledge infrastructures: Part I. *Science & Technology Studies*, 29 (1).
- Kirk, S. A. & Kutchins, H. (1992) *The selling of DSM: the rhetoric of science in psychiatry*. New York: De Gruyter.
- Kjöller, H. (2002). Systemfel i siffror. DN. 5 april.
<http://www.dn.se/ledare/signerat/systemfel-i-siffror/> Hämtad 9 september, 2016.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur: Lund.
- Lagrelius, A.-M. (2006). Den ostyrige doktorn regelsättande och regelföljande i en kunskapsintensiv praktik. I K. Fernle, & C.-F. Helgesson (red.), (2006). *Kloka regler? Kunskap i regelsamhället*. Lund: Studentlitteratur.
- Leicht, K. T. & Fennell, M. L. (1997). The changing organizational context of professional work. *Annual review of sociology*, 23 (1), 215-231.
- Levay, C. & Waks, C. (2006). *Strävan efter transparens: granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. SNS Förlag: Stockholm.
- Liljegren, A. (2008). *Professionellt gränsarbete-socionomexemplet*. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet.
- Lillrank, A. (2003). Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives, *Social Science & Medicine*, 57, 1045 - 1054.
- Lindberg, K. (2002). *Kopplandets kraft. Om organisering mellan organisationer*. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet: Bokförlaget BAS.
- Lindberg, K. & Blomgren, M. (2009). *Mellan offentligt och privat: om styrning, praktik och intressen i hälso-och sjukvården*. Stockholm: Santérus Academic Press.
- March, J.G. & J. P. Olsen (1989). *Rediscovering Institutions*. New York: Free Press.
- Maslach, C. (2003) *Burnout: The cost of caring*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, NJ.

- Maslach C & Leiter M. P. (2000). *Sanningen om utbrändhet: Hur jobbet förorsakar personlig stress och vad man kan göra åt det*. Stockholm: Natur & Kultur.
- McGann, P. J. (2011). Troubling Diagnoses. I P.J. McGann & D. J. Hutson (ed.) *Sociology of Diagnosis* (Advances in Medical Sociology, Vol 12, s. 331–362) Emerald Group Publishing Limited. <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/S10576290%282011%290000012006> Hämtad 5 oktober, 2013.
- Molander, A. (2016). *Discretion in the Welfare State: Social Rights and Professional Judgment*. New York: Routledge.
- Nilsen, P. (2010). *Implementering: teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Norman, K., & Rabo, A. (2015). Sönderdela eller sammanfoga: En antropologisk syn på diagnoser. *Socialmedicinsk tidskrift*, 92(1), 38-46.
- OECD (2013). *Mental Health and Work: Sweden*, Mental Health and Work, OECD Publishing: Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en>. Hämtad: 28 december, 2014.
- Olsen, A. M. (2004). *Omhändertagande av patienter med arbetsrelaterad psykisk ohälsa*. Företagsläkare Projektrapport. Göteborgs universitet. <http://hdl.handle.net/2077/23398> Hämtad 9 september, 2016.
- Persson, A. (2010). Soldiers and secretaries: Gendered boundary work in the Swedish Armed Forces. *Scandinavian Journal of Management*, 26 (2), 166-175.
- Petersson, G. (2012). Utbrändhet som arbetsskada och motståndsberättelse. *Sociologisk forskning*, 211-226.
- Pinch, T. J., & Bijker, W. E. (1984). The social construction of facts and artefacts: Or how the sociology of science and the sociology of technology might benefit each other. *Social studies of science*, 14 (3), 399-441.
- Profit, W.E. (2004) Should Racism Be Classified As A Mental Illness? In *Bias in psychiatric diagnosis*. Jason Aronson: Oxford.
- Prop. (1994/95: 195). Primärvård, private vårdgivare m.m.
- Prop. (1996/97:123). Privata vårdgivare.
- Prop. (1998/99:120). Företagshälsovård.
- Prop. (1999/2000:149). Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.

REFERENSER

- Prop. (2001/02:1). En strategi för ökad hälsa i arbetslivet (Ingår i budgetpropositionen).
- Proposition (2002/03:35). Nationellt mål för ökad hälsa i arbetslivet (Ingår i budgetpropositionen för 2003).
- Prop. (2007/08:110). En förnyad folkhälsopolitik.
- Prop. (2007/08:136). En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.
- Prop. (2008/09:74). Vårdval i primärvården.
- Prop. (2008/09: 200). Socialförsäkringsbalk.
- Puig de la Bellacasa, M. (2015). Ecological thinking, material spirituality, and the poetics of infrastructure. I *Boundary objects and beyond: working with Leigh Star* (ed. by G. C. Bowker, S. Timmermans, A. E. Clarke, & E. Balka) MIT Press: Cambridge, Massachusetts.
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11- Improving the Clinical Utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. I *Professional Psychology: Research and Practice*, 41 (6), 457-464.
- Regeringskansliet (2014). Socialförsäkringen.
<http://www.regeringen.se/sb/d/14794> Hämtad: 28 december, 2014.
- RIR (2015:19). *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tank om eller lägg ner*.
- Rose, N. (1991). *Governing the soul: the shaping of the private self*. London: Taylor & Francis/Routledge.
- Rose, N. (1998). *Inventing ourselves: Psychology, power, and personhood*. New York, Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosenhan, D. L. (1975). The contextual nature of psychiatric diagnosis. *Journal of Abnormal Psychology* 84 (5), 462-474.
- Sahlin-Andersson, K. (1998). Imitation by editing success: The construction of organizational fields. I B. Czarniawska & G. Sevón (ed.), *Translating organizational change*. New York: Walter de Gruyter.
- Sahlin-Andersson, K. (2006). Transparensens former. I C. Levay, & C. Waks (red.), *Strävan efter transparens*. Stockholm: SNS förlag.
- Saldaña, J. (2012). *The coding manual for qualitative researchers*. Los Angeles, CA: SAGE Publications Ltd.

- Schmidt, L., Sjöström, J. & Antonsson, A.-B. (2011). *Vägar till framgångsrikt samarbete med företagshälsovård*. IVL, Stockholm: Svenska Miljöinstitutet AB.
- Schmidt, L. & Sjöström, J. (2015). *Användning av företagshälsovård i kommuner och landsting*. IVL, Stockholm: Svenska Miljöinstitutet AB.
- SFS (1977:1160). Arbetsmiljölagen. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- SFS (1982:763). Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- SFS (2009:1423). Förordning om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet. Sverige Riksdag.
- SFS (2010:110). Socialförsäkringsbalken. Sveriges Riksdag.
- SFS 2010:1543 Lag om ändring i arbetsmiljölagen (1977:1160). Sveriges Riksdag.
- SKL (2013). Sjukskrivningsmiljarden 2013 Vad innebär den nationella överenskommelsen?
<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/5299.pdf?issuusl=ignore>
 Hämtad: 31 augusti, 2016.
- SKL (2016). Överenskommelse om sjukskrivning och rehabilitering. 17 Mars.
<http://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/overenskommmelse2016.5228.html>. Hämtad: 31 augusti, 2016.
- SKL (2017a). ACG, Adjusted Clinical Groups, nätverk.
<https://skl.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemersattningssystem/halsoochsjukvard/ersattningssystem/acgnatverk.11263.html>. Hämtad 30 april, 2017.
- SKL (2017b). Ersättningssystem inom primärvården.
<https://skl.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemersattningssystem/halsoochsjukvard/ersattningssystem/ersattningssystemiprimarvard.2061.html>. Hämtad 30 april, 2017.
- Skr. (2011/12:166). En folkhälsopolitik med människan i centrum. Sveriges Regering.
- Silverman D. (2001). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. (2nd ed.) Sage: London.
- Socialstyrelsen (2003). *Utmattningssyndrom*. Stockholm: Elanders Gotab AB.

REFERENSER

- Socialstyrelsen (2013). Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.
- Socialförsäkringsrapport (2014:4). Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år.
- Socialförsäkringsrapport (2014:17). Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid. Försäkringskassan: Analys och prognos.
- Socialstyrelsen (2014). Försäkringsmedicinskt beslutsstöd.
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>. Hämtad: 28 december, 2014.
- SOU (1999:66). God vård på lika villkor? – Om statens styrning av hälso- och sjukvården. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2002:5). Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2004:113). Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2006:86). Mera försäkring och mera arbete. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2007:91). Ny företagshälsovård – ny kunskapsförsörjning. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2008:66). Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2009:49). Bättre samverkan. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2009:93). Inkluderande arbetsliv. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2009:89). Gränslandet mellan sjukdom och arbete: Arbetsförmåga/ Medicinska förutsättningar för arbete/ Försörjningsförmåga. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2011:15). Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2011:57). En bättre arbetsmiljö genom effektivare sanktioner. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2011:63). Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder. Stockholm: Fritzes.

- Star, S. L. & Ruhleder, K. (1996). Steps toward an ecology of infrastructure: Design and access for large information spaces. *Information systems research*, 7(1), 111-134.
- Sundberg, M. (2015). Dramatisk ökning av stressrelaterade sjukskrivningar. DN. 1 april. <http://www.dn.se/ekonomi/dramatisk-okning-av-stressrelaterade-sjukskrivningar/> Hämtad: 9 september, 2016.
- Sveriges Företagshälsor (2014). Branschinfo. <http://www.foretagshalsor.se/foretagshalsovard>. Hämtad: 18 december, 2014.
- Svenskt Näringsliv (2015). *Sjukskrivning kan stjälpa mer än det hjälper*. 28 april. http://www.svensktnaringsliv.se/fragor/sjukfranvaro/sjukskrivning-kan-stjalpa-mer-an-det-hjalper_616933.html. Hämtad: 6 september, 2016.
- Svensson, L. G., & Evetts, J. (Eds.). (2010). *Sociology of professions: Continental and Anglo-Saxon traditions*. Göteborg: Daidalos.
- Tunestad, H. (2014). *The Therapeutization of Work: The Psychological Toolbox as Rationalization Device during the Third Industrial Revolution in Sweden*. Doktorsavhandling. Stockholms universitet.
- Upmark, M. (2002). Sjuk eller bara trött? SVD. 31 maj. <http://www.svd.se/sjuk-eller-bara-trott> Hämtad 18 september, 2016.
- Vuolanto, P. (2015). Boundary work and Power in the Controversy Over Therapeutic Touch in Finnish Nursing Science. *Minerva*, 53, 359-380
- Waks, C. (1999). Arbetsorganiseringens betydelse för gränsdragningar mellan professioner. I E. Zeuthen Bentzen, F. Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersson (red). *När styringsambitioner moder praxis*, Köpenhamn: Handelshøjskolens Forlag.
- Waks, C. (2003). Arbetsorganisering och professionella gränsdragningar: Sjukgymnasters samarbete och arbetets mångfald. Doktorsavhandling. Uppsala universitet.
- Winblad, U., Mankell, A., & Olsson, F. (2015). Privatisering av välfärdstjänster: hur garanteras kvalitet i vård och omsorg? *Statsvetenskaplig tidskrift*, 117(4), 531-554.
- Åsberg, M., Wahlberg, K., WiKlander, M. & Nygren, Å., (2011). Psykiskt sjuk av stress. Diagnostik, patofysiologi och rehabilitering. *Läkartidningen*, 108(36), 1680-1683.