

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Mötet mellan ansvar och begränsningar
- etisk stress hos primärvårdspsykologer

Johanna Leander och Isabel Nellde

Examensarbete 30 Hp
Psykologprogrammet
Vårterminen 2014
Handledare: Mats Eklöf

Mötet mellan ansvar och begränsningar

- etisk stress hos primärvårdspsykologer

Johanna Leander och Isabel Nellde

Sammanfattning. Begreppet etisk stress syftar till att beskriva konflikten som uppstår när en person på grund av organisatoriska hinder upplever sig oförmögen att handla utifrån sin moral. I denna studie undersöks hur tolv primärvårdspsykologer beskriver sina upplevelser av etisk stress, i vilka situationer den uppkommer och hur de hanterar dessa. Ur de semi-strukturerade intervjuerna framkom att de tillfrågade upplevde etisk stress i relation till ett flertal olika situationer varav många härrörde från resursbrist och oklara riktlinjer. En utökad patientgrupp, brist på vidareutbildning, standardiserade interventioner och begränsade behandlingstider var exempel på orsaker till dess uppkomst. Psykologerna hanterade detta genom att bland annat gå emot riktlinjer, föra fram sin åsikt samt att inta ett öppet förhållningssätt gentemot patienten kring de rådande begränsningarna.

Svensk hälso- och sjukvård har genomgått omfattande förändringar under de senaste årtiondena. Med inspiration hämtad ifrån näringslivets styrmodeller för att öka produktivitet och lönsamhet har utvecklingen gått mot en allt högre grad av ekonomiskt fokus med krav på kostnadseffektivitet och mätbara resultat. Organisatoriska förändringar i syfte att göra vårdapparaten mer effektiv har genomförts i stor omfattning (Forsberg, 2001). Riktlinjerna för vårdprofessionernas yrkesarbete har blivit fler, likaså modellerna för kvalitetssäkring och kraven på tillämpningen av evidensbaserade metoder.

Primärvården har utöver den generella utvecklingen även genomgått en avreglering där vårdcentraler i offentlig såväl som privat regi idag konkurrerar om patienter och den vårdpeng som är knuten till varje medborgare. Psykologer som arbetar på vårdcentraler befinner sig idag mitt i detta system av organisatoriska förändringar och en ökad detaljstyrning av sitt arbete som vårdprofession. Samtidigt innebär rollen som psykolog ett inneboende moraliskt ansvar, och krav på en etisk praktik. Psykologisk kunskap härstammar också ur en humanistisk tradition som kan sägas värdesätta andra, eventuellt motstridiga, värden än effektivitet och måluppfyllelse, vilket möjligen kan skapa en motsättning mellan psykologens mål för sitt arbete och organisationens krav.

Syftet med denna uppsats är att genom användandet av begreppet etisk stress undersöka vad som uppstår i mötet mellan psykologens upplevelse av etiskt ansvar och de organisatoriska begränsningar som präglar arbetet inom primärvård.

Psykologyrket är ett ansvarsyrke

Som legitimerad psykolog och medlem i det svenska Psykologförbundet är man som enskild professionell ålagd att följa de för yrket fastlagda yrkesetiska principerna.

Dessa principer är bindande och oförmåga att leva upp till vad de föreskriver kan leda till sanktioner från förbundet. Det kan även i särskilt allvarliga fall leda till att man blir fråntagen sin yrkeslegitimation av Socialstyrelsen (Sveriges psykologförbund, 1998). De yrkesetiska principerna är att betrakta som en uppsättning generella riktlinjer som varje enskild psykolog har att förhålla sig till och använda för att pågående under sitt yrkesliv kunna reflektera kritiskt kring etiska aspekter av sitt eget arbete, snarare än tydligt fastlagda regler att följa. I dem lyfts etisk medvetenhet fram som en central och nödvändig del av psykologers kompetens, och som en grundbult för professionaliteten. Ett reflekterande och självkritiskt förhållningssätt till den egna kunskapens tillämpningsbarhet och begränsningar kan sägas ligga i professionsyrkens själva natur generellt då dess utövande ofta sker på ett sätt eller på en arena där riktigheten i hur det utförs är svårt att kontrollera för någon annan än den professionelle själv. Yrkesmässig kompetens som psykolog hänger på så sätt tätt samman med ett etiskt förhållningssätt (Øvreeide, 2002).

Principer liknande de som finns i Sverige (och som är gemensamma för nordiska psykologer) finns också i många andra länder där yrket är professionaliserat på liknande sätt (Pettifor, 2004). Behovet av att formulera gemensamma yrkesetiska principer kan kortfattat sägas hänga samman med det faktum att psykologer som yrkesgrupp har tillgång till en privilegierad kunskap som andra medlemmar ur samhället kan tänkas ha behov av eller vilja ha tillgång till. På grund av denna psykologens privilegierade kunskap är relationen mellan en professionell psykolog och den eller de som psykologen är satt att hjälpa en beroenderelation, där den sistnämnde är beroende av den förstnämndes kunskaper. Tillämpningen av en professionell etik i olika situationer där psykologer verkar är ett sätt att garantera kvaliteten på vården för patienten (Ahlin, 2008), men också ett sätt för psykologer att som kår upprätthålla och behålla samhällets förtroende för sina kunskaper eftersom de visar på en ambition att inom kåren granska och begränsa missbruk av den makt som den privilegierade kunskapen ger (Colnerud, 1997). Som professionell psykolog förbinder man sig att använda sin kunskap på ett för samhället tillitsfullt sätt, och att vara professionell innebär således i sig att fungera som en moralisk agent (Austin, Rankel, Kagan, Bergum & Lemermeyer, 2005).

Etiken och det etiska reflekterandet kring det egna agerandet står på så sätt i centrum för psykologers yrkesidentitet. Det finns också forskning som visat att psykologer i högre utsträckning än andra yrkesgrupper identifierar sig med sina yrkesetiska principer. I en jämförelse mellan psykologers och läkares etiska ideologier fann Hadjistavropoulos, Malloy, Sharpe och Fuchs-Lacelle (2003) att psykologer i högre utsträckning sade sig vara påverkade av sin yrkesetik, och i lägre utsträckning än läkare uppgav sig vara påverkade av sådant som familjevärderingar, religiös bakgrund eller attityder bland vänner. Den tonvikt som i utbildningar i psykologi läggs på etiska frågor förmodades av författarna kunna leda till ett mer konsekvent och principorienterat beslutsfattande i etiska frågor (Hadjistavropoulos et al., 2003). Lennart G. Svensson (refererad i Malmström, 2005) fann i sin undersökning av professionella identiteter att psykologer upplevde en större anknytning till och identifikation med yrkets etiska regler än med de juridiska eller teknologiska regelsystem som organiserade psykologernas arbete.

Men även med en stark identifikation med yrkeetiken kvarstår dock det faktum att dessa erbjuder utgångspunkter för handlandet snarare än tydliga regler, vilket innebär att när psykologer möter olika situationer som skapar etiska frågeställningar är lösningen avhängigt det egna samvetet. En grundförutsättning för att kunna bedöma det

etiska i det egna yrkesutövandet är just ett känsligt samvete som förmår att signalera när ett brott mot etiska principer sker (Dahlqvist, Söderberg & Norberg, 2009). Således är den professionella psykologen ensam i sina moraliska beslut och det finns heller ingen tydlig gräns mellan den professionella identiteten och den privata (Austin et al., 2005).

Etisk stress som begrepp

Stress relaterad till etiska dilemman, så kallad etisk stress (*ethical stress*) eller moralisk stress (*moral distress*) är från början ett filosofiskt begrepp som betecknar när någon är hindrad att handla utifrån ett moraliskt beslut (Austin et al., 2005). Litteraturen har använt dessa begrepp överlappande och etisk stress används här för att beteckna samtliga av dessa (*ethical stress, ethical distress, moral stress, moral distress*). Upplevelsen av etisk stress förutsätter en medvetenhet kring att etiska principer står på spel i en specifik situation men då externa faktorer hindrar personen att agera utifrån dessa. Begreppet har sitt ursprung i filosofen Jametons litteratur om omvårdnad (Kälvemark, Höglund, Hansson, Westerholm och Arnetz, 2004) och användes ursprungligen i syfte att särskilja etiskt problematiska situationer från etiska dilemman, men i den senare användningen är åtskillnaden av de två begreppen inte helt tydlig. Jameton inför även begreppet moralisk osäkerhet (*moral uncertainty*) för att beskriva situationer då det råder en osäkerhet kring om det föreligger ett etiskt dilemma eller inte, eller då det finns oklarheter kring vilka principer eller värderingar som bör tillämpas i den etiska konflikten (Kälvemark et al., 2004).

Etisk stress uppkommer när man måste agera på ett sätt som går emot personliga övertygelser och värderingar till följd av institutionella begränsningar som hindrar personen från det som upplevs som det etiskt riktiga och nödvändiga i en situation (Kälvemark et al., 2004). Det är en känsla av obehag som följer av att inte göra det man kan för att uppfylla sina upplevda moraliska förpliktelser (Kjellin, Thorsén, Bäckström, Wadefjord & Engström, 2013). Enligt Jametons definition av begreppet så uppstår den etiska stressen inte utan att det finns en tydlighet kring att det just föreligger ett etiskt dilemma. Upplevelsen av ansvar och att identifiera situationen som just etisk är således en förutsättning för upplevelsen av etisk stress (Kälvemark et al., 2004). Begreppet har fram för allt undersökts i relation till sjuksköterskors upplevelse, och i den ursprungliga betydelsen av begreppet särskiljs två typer av etisk stress: initial och reaktiv där föregående ämnar beskriva den initiala känslan av stress som innefattas av de negativa känslor som uppstår till följd av ett reellt eller upplevt hinder. Den reaktiva stressen i sin tur är den oro, ångest och stress som uppstår när personen inte agerat på sin ursprungliga känsla (Kjellin et al., 2013). Vidare framhäver forskare vikten av att påminna sig om att upplevelsen av vad som anses etiskt riktigt varierar beroende på situation och person (Austin et al., 2005).

Wilkinson (1988) bygger vidare på Jametons begreppsdefinition och definierar i sin tur etisk stress som: ”den psykologiska jämnviktsrubbnings och de negativa känslor som upplevs när en person fattar ett moraliskt beslut men inte handlar utifrån detta beslut” (s. 16). Anledningen till svårigheterna i att fullfölja sitt beslut beror även i hans definition på organisatoriska begränsningar. Han undersökte vidare förekomsten av etisk stress empiriskt genom att intervjua 24 sjuksköterskor, och skapade utifrån dessa konceptuella kategorier som kan betraktas som indikatorer på etisk stress. Dessa kunde dels vara kontextuella till sin natur och då bland annat innefatta externa begränsningar i form av administration, sjukhuspolicys och lagar, men även inkludera

individuella psykologiska faktorer så som socialisering, rädsla att förlora arbetet, självtvivel och brist på mod (Wilkinson, 1988). Senare studier har återgått till att huvudsakligen betrakta etisk stress som en konsekvens av konflikten mellan en persons etiska övertygelse och situationella faktorer (Austin, Bergum & Goldberg, 2003) men etisk stress har fått stor spridning inom omvårdnadslitteraturen och används och tolkas på ett flertal olika sätt (McCarthy & Deady, 2008).

Närliggande begrepp och svårigheter att avgränsa begreppet

Trots att begreppet är relativt nytt så har konceptet kring etisk stress blivit populärt i diskursen kring professionsyrken inom vård och omsorg. Den växande litteraturen har dock lett till att begreppet tolkas och används på en rad olika sätt. Så som det används idag kan det bäst förstås som ett samlingsbegrepp som försöker skildra upplevelser hos individer som upplever sig vara hindrade från att agera utifrån sin moral (McCarthy & Deady, 2008). Samma forskare (2008) ställer sig kritiska till den nuvarande användningen av begreppet (och andra närliggande begrepp så som *moral distress*) då den främst fokuserat på att påvisa förekomsten av etisk stress. De olika tolkningarna av begreppets innehåll riskerar i deras mening att leda till förvirring och sammanblandas med andra närliggande teoretiska begrepp. Rollosäkerhet och rollkonflikt är exempel på andra välanvända begrepp som används för att benämna oförenliga förväntningar på ett yrke som kan skapa upplevelser av stress. Rollkonflikt uppstår när motstridiga krav ställs på en person i en och samma roll, medan rollosäkerhet uppstår när en person är osäker på hur den bör agera för att uppfylla de mål som finns i yrket. Rollosäkerhet kan även uppstå när det finns osäkerhet rörande vilka mål (då det finns flera inbyggda i samma roll) som bör prioriteras (Eklöf, 2012).

Ytterligare ett problem som framhävs är tillämpningen av begreppet etisk konflikt då detta är någonting som i hög grad varierar från en person till en annan och som därför kan vara svår att fastställa i en bestämd definition. Samma forskare efterfrågar därför en omvärdering av begreppets innehåll som ett led i att skapa en mer sammanhållen och stringent term (McCarthy & Deady, 2008). Majoriteten av den forskning som tidigare utförts har därtill gjorts utifrån ett individperspektiv, där fokus varit personens subjektiva moraliska övertygelser. Kälvemark et al. (2004) kommer i sin studie fram till att mer forskning kring fenomenet som fokuserar på kontexten där de etiska dilemmana uppstår behövs.

Samvetsstress

Ett begrepp som ligger nära moralisk eller etisk stress är det av forskare vid Umeå universitet formulerade begreppet samvetsstress (*stress of conscience*) (Dahlqvist, 2008). Till skillnad från den definition av etisk stress som valts för föreliggande uppsats så fokuserar samvetsstress på den stress det dåliga samvetet medför, oberoende av vad som ger upphov till det. Det kan till exempel röra sig om organisatoriska hinder, men även om oförmåga hos individen eller motstridiga budskap i det egna samvetet (Juthberg, 2008). Det finns således skillnader i begreppen, men eftersom ett känsligt samvete kan sägas vara en förutsättning för att överhuvudtaget kunna bedöma det etiska i det egna yrkesutövandet (Dahlqvist, 2008) är det rimligt att anta att samvetsstress och etisk stress har vissa likheter. I likhet med forskningen kring följderna av etisk stress har studier av effekter av samvetsstress funnit att denna kan ha

en negativ inverkan på vårdgivares hälsotillstånd. I en undersökning av sambandet mellan samvetsstress och utbrändhet fann Glasberg, Eriksson och Norberg (2007) att en oförmåga att leva upp till sin moraliska övertygelse och att behöva gå emot sina värderingar belastar samvetet, och att detta hade ett samband med utbrändhet hos sjukvårdspersonal generellt (Glasberg, Eriksson & Norberg, 2007). Dahlqvist (2008) fann hur samvetet hos personal inom psykiatrisk vård både betraktades som en resurs, eftersom det gav vårdpersonalen möjlighet att använda det som en etisk kompass för att avgöra vad som var rätt att göra i en viss situation, men även som en belastning då möjligheterna att genomföra handlingar i linje med samvetet var begränsade. Upplevelsen av att behöva gå emot sitt samvete för att kunna arbeta kvar i vården visade sig också ha ett samband med förekomsten av två av de tre utbrändhetsfaktorer som lagts fram av Maslach (se bl.a. Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) och som sedan blivit brett tillämpade i forskning, nämligen emotionell utmattning och depersonalisation (Dahlqvist, 2008).

Vår definition av etisk stress

För denna uppsats har en definition av etisk stress som främst fokuserar på organisatoriska snarare än individuella psykologiska hinder valts. Etisk stress definieras här som en negativ känsla som uppstår när en vårdutförare (här: psykolog) på grund av institutionella/organisatoriska begränsningar inte kan göra vad han eller hon uppfattar som moraliskt korrekt eller bäst för patienten.

Tidigare forskning kring etisk stress

Det finns i dagsläget få studier som specifikt fokuserat på psykologers erfarenheter av etisk stress (Austin et al., 2005), och huvuddelen av de undersökningar som gjorts kring sjuksköterskors upplevelser av etisk stress har varit kvalitativa (McCarthy & Deady, 2008). Till följd av bristen på kvantitativ data skapade Corley (2002) en skala (*moral distress scale*) avsedd att mäta förekomsten av etiska aspekter av jobbrelaterad stress inom sjuksköterskeyrket. Hon fann i den studie som låg till grund för formuleringen av *moral distress scale* att över 80 % av de undersökta sjuksköterskorna erfarit etisk stress och att 15 % av dessa uppgavs ha lämnat en tidigare arbetsplats som en följd av negativa upplevelser kopplade till etisk stress. Trots att det i dagsläget finns få studier som specifikt fokuserat på psykologers erfarenheter av etisk stress fann man i en svensk kartläggning att psykiatrin inrymmer en mängd situationer som kan ge upphov till etiska problem och därmed etisk stress (Kjellin et al., 2013). I en liknande studie utförd bland psykiatrisjuksköterskor i Kanada konstaterades att bristande resurser kunde vara en orsaksfaktor till uppkomsten av etisk stress. Oförmågan att handla utifrån sin moraliska övertygelse riskerade att leda till känslor av missmod, brist på respekt för patienter och frånvaro av medkänsla vilket markant minskade vårdgivares förmåga att erbjuda högkvalitativ vård (Austin et al., 2003).

Corley (2002) fann vidare att etisk stress ofta uppstod som en konsekvens av brist på personal, okvalificerad personal samt organisatoriska regelverk och riktlinjer som försvårade möjligheter att arbeta etiskt. Arnetz (refererad till i Källemark et al., 2004) identifierade ytterligare stressorer som kan komma att generera etisk stress varav

brist på vidareutbildning och brist på tydliga direktiv från chef och ledning betraktades som några.

I en svensk studie med syfte att undersöka etisk stress bland sjuksköterskor, läkare och apotekspersonal utforskades generella aspekter av etiska dilemman med fokus på etisk stress och även här fann man att dessa ofta uppstod som en konsekvens av brist på resurser. Resurser kan i det här sammanhanget dels förstås som ekonomiska med även innefatta andra aspekter så som tid, utbildning och adekvat utbildad personal (4et al., 2003). Samma forskningsgrupp fann vidare att brist på ekonomiska resurser fick olika negativa konsekvenser så som att vårdutföraren tvingades välja mellan patienter, att arbetsplatsen blev underbemannad samt att det uppstod krav på att behöva fördela tid mellan uppgifter som ansågs lika viktiga. Detta med vetskapen om att den vård som ges till en patient får konsekvenser för andra patienter. Man fann även att administrativa uppgifter utgjorde en stor del av arbetet och att detta ansågs betungande då det riskerade att åsidosätta patienters behov. För en sammanställning av orsaker till etisk stress se tabell 1. Trots att psykologer inte inkluderades i denna studie finns anledning att förmoda att liknande organisatoriska begränsningar präglar även psykologers arbete inom den svenska hälso- och sjukvården.

Effekter av etisk stress

En av få forskningsstudier utförda bland psykologer fann att etisk stress riskerade att skapa långvariga effekter på psykologen i form av fysiska, emotionella och psykologiska problem samt förändra personens yrkesmässiga självuppfattning som kompetent och välgörande (Austin et al., 2005). Att i sitt yrkesutövande tvingas hantera etiskt stressande situationer kunde ge upphov till en rad känslomässiga upplevelser så som frustration, ilska, hjälplöshet och förtvivlan och ansågs i förlängningen kunna leda till utbrändhet eller att personen helt lämnade sin profession (Austin et al., 2003). Ytterligare studier har funnit likartade resultat som antyder liknande kopplingar mellan etisk stress och otillfredsställelse i arbetet (Austin et al., 2005). Redan i den första studien utförd på sjuksköterskors upplevelser av etisk stress beskrev informanterna hur fenomenet bland annat gav upphov till en försämrad självkänsla, depressiva känslor och fysiska symtom så som huvudvärk och hjärtklappning (Wilkinson, 1988). Vidare har även nyare studier konstaterat hur etiska dilemman betraktas som en potentiell källa till stressrelaterade besvär bland professionsgrupper inom sjukvården (van der Arend & Remmers-van den Hurk, refererad till i Kälvemark et al., 2004). Webster och Baylis (refererad i McCarthy & Deady, 2008) har på ett liknande sätt belyst de långsiktiga konsekvenserna av etisk stress och framhäver dess påverkan på individen. Att uthärda etisk stress under en längre tidsperiod riskerar i deras mening leda till att distansering från sina faktiska handlingar med risk för trivialisering och förnekelse av dem som följd. De räds en utveckling där pragmatiska principer helt kommer att överskugga moraliska överväganden i professionella bedömningar (McCarthy & Deady, 2008). I ytterligare en studie som belyser konsekvenser av etisk stress beskrevs hur den stress som var relaterad till ens yrkesutövning även riskerade att påverka vårdgivarens privata mående negativt (Austin et al., 2003). För en sammanställning av effekter av etisk stress, se tabell 1.

Anpassning och strategier

Kelly (1998) undersökte sjuksköterskors anpassning till sin profession och fann i sin studie att bevarandet av den moraliska identitet som utvecklats under utbildningen riskerade att öka risken för att uppleva etisk stress, då föreställningarna kring vad det innebar att vara en skicklig sjuksköterska i realiteten var svåra att förverkliga. Upplevelsen av att inte kunna leva upp till en förväntad bild var förknippade med känslor av besvikelse, självtvivel och upplevd skuld. Utifrån detta resonemang drar Austin et al. (2005) slutsatsen att det ofta är de som är mest känsliga för etiska frågor som riskerar att lämna sitt arbete som en följd av stress relaterade till etiska konflikter. En strategi för att hantera sina etiskt tvivelaktiga handlingar beskrevs som att delvis förneka ansvaret i situationen och/eller betrakta sitt eget inflytande som begränsat och därmed mindre betydelsefullt. Kelly (1998) fann även hon exempel på olika strategier för att hantera etisk stress: att söka sig till ett arbete med bättre förutsättningar, gå ner i arbetstid, rättfärdiga sina handlingar, förlägga skulden på organisatorisk nivå samt undvikande av patientkontakt. Andra strategier för att hantera negativa effekter av etisk stress har konstaterats vara att tydliggöra sina egna gränsdragningar, engagera sig fackligt eller på annat sätt agera för att skapa förändring på ett kollektivt plan (McCarthy & Deady, 2008).

Hos gruppen psykologer påträffades andra tillvägagångssätt så som att i hemlighet bryta mot regler för patientens bästa, framföra sin åsikt, söka stöd hos kollegor eller att hålla sig sysselsatt med patienter för att slippa tänka på det som skapade etisk stress (Austin et al., 2005). I den undersökning som utgick utifrån svensk hälso- och sjukvård framkom att ytterligare ett sätt att hantera etisk stress på var att bryta mot regler eller att gå emot riktlinjer för rekommenderad praxis. Etiska konflikter uppstod ofta som en konsekvens av att olika mål upplevdes oförenliga då patientens bästa ställdes emot organisationens. Vissa av studiens informanter beskrev hur de dagligen bröt mot regler som en följd av att följa sin egen inre kompass. Att följa de riktlinjer som fanns kunde således i sig vara en källa till etisk stress, samtidigt som att bryta dem riskerade att leda till andra typer av negativa konsekvenser. Den kliniska vardag som präglar svenska vårdgivare beskrivs således mer komplex än vad ursprungsbegreppet antyder (Kälvemark et al., 2004). Se tabell 1 för en sammanställning av strategier för att hantera etisk stress.

Tabell 1.

Översikt över orsaker, effekter och strategier för att hantera etisk stress sammanställda av författarna.

Orsaker	Effekter	Strategier
Bristande resurser	Emotionell utmattning	Förneka ansvar/lägga skuld på org.
Brist på personal	Depersonalisation	Söka stöd hos kollegor
Okvalificerad personal	Neg. känslor	Minska arbetstid
Ramverk/riktlinjer	Bristande respekt för pat.	Engagera sig fackligt
Brist på vidareutbildning	Minskad förmåga att erbjuda god vård	Tydliggöra gränser
Avsaknad av tydliga direktiv	Neg. yrkesmässig självuppfattning	Gå emot riktlinjer
Tvingas välja mellan pat.	Fysiska symtom	Bryta mot regler
För stort fokus på adm. uppgifter	Utbrändhet	Söka stöd hos kollegor
/för lite patientkontakt.	Lämnar sin profession	Hitta arbete med bättre förutsättningar
	Överdriven pragmatism	
	Känslomässig distansering	

Psykologers sårbarhet för etisk stress

Corley (2002) föreslår i sin teori om uppkomsten av etisk stress att en del av de explicita mål som sjuksköterskors yrkesutövande innefattar är etiska i sin natur. Det är således när dessa mål – att skydda patienter, erbjuda god vård, skapa och upprätthålla en vårdande miljö – är hindrade som sjuksköterskor upplever etisk stress. Trots att psykologers upplevelser av etisk stress sällan undersökts finns det aspekter av yrkesrollen som tyder på att begreppet förmodligen kan tillämpas även vad gäller deras erfarenheter. Att vårda är en moralisk verksamhet där vårdpersonal har ett moraliskt ansvar att hjälpa, samtidigt som de kan uppleva sig hindrade att svara upp mot det ansvaret. (Dahlqvist, 2008). Som kliniskt verksam psykolog ägnar man sin vardag åt att med hjälp av sin kompetens och sina ansträngningar försöka hjälpa människor som upplever ett emotionellt, beteendemässigt eller relationellt lidande. Psykologrollen har likt andra människovårdande yrken en i sig inneboende sårbarhet för stress och negativa emotionella upplevelser, där mötet med och försöken att avhjälpa plågsamma tillstånd hos andra är en central aspekt. Att arbeta med patienter som av olika skäl kan vara svåra att hjälpa, som kanske försöker eller lyckas begå självmord, som riskerar att bli våldsamma eller på andra sätt utsätta psykologen för hotfulla situationer är alla aspekter som innebär en belastning i yrket. Sådana upplevelser kan dessutom inge psykologen en känsla av att ha misslyckats som behandlare, vilket också innebär en risk för stress eller negativa emotionella reaktioner (Deutsch, 1984; Barnett & Cooper, 2009). Därtill innebär psykologrollen ofta mycket ensamarbete, och många har liten eller begränsad kontakt med kollegor (O'Connor, 2001). På grund av lagstadgad tystnadsplikt kan man som psykolog också vara hindrad ifrån att ventilera sina arbetsrelaterade upplevelser med andra, till exempel partner eller familj (Barnett & Cooper, 2009). Psykologer arbetar även ofta i sammanhang med begränsade resurser där de har liten eller ingen möjlighet att påverka fördelningen av dem (O'Connor, 2001). Det är också kliniskt, etiskt och juridiskt viktigt att psykologen håller sina egna behov utanför behandlingsrummet. Därigenom kan man hävda att psykologrollen som sådan dels påbjuder en förhöjd mottaglighet för andras emotionella upplevelser, och dels efterfrågar kapaciteten att sätta sin egen känslomässiga respons åt sidan för att tillåta den andres behov att stå i centrum för kontakten (O'Connor, 2001). Sammantaget kan man säga att det finns en generell sårbarhet som finns inbyggd i psykologrollen, och diverse undersökningar har också kunnat peka på förekomsten av utbrändhet och annan psykisk ohälsa inom gruppen (se t.ex. Ackerley, Burnell, Holder & Kurdek, 1988; Socialstyrelsen, 2011).

Psykologens plats i primärvården

Vårdcentralen utgör en del av primärvården vilket är de instanser i vårdkedjan dit man som patient ska vända sig i första hand vid sjukdomstillstånd eller behov av råd i fråga om sin fysiska såväl som psykiska hälsa som inte kräver insatser av den specialiserade vården. Vad gäller psykologisk behandling pratar man ofta om att vårdcentralerna ska representera en ”första linjens psykiatri”, och det är också till vårdcentralen som majoriteten av vuxna patienter med lättare psykisk ohälsa söker sig (Socialstyrelsen, 2013).

Till skillnad från i andra verksamheter på primärvårdsnivå så som mödra- och barnhälsovård har psykologer arbetat förhållandevis kort tid på vårdcentraler. På 1970-talet fanns det över landet spridda vårdcentraler där psykologer arbetade, men först under 1990-talet kom integreringen av psykologers behandlingskompetens igång ordentligt. Mycket av arbetet med att integrera psykologers kompetens för vårdcentralernas målgrupp under 1990-talet skedde i form av olika projekt, varav ett flertal i Göteborgsområdet (Carlsson, 2001). Sammantaget visade dylika pilotprojekt och internationella studier entydigt på positiva effekter av att som vårdcentral kunna erbjuda även psykologisk behandling (Carlsson, 2001). Vårdcentralen är idag en självklar arbetsplats för psykologer, även om tillgången inte överensstämmer med det stora behov av psykologisk hjälp som finns i patientunderlaget. Studier tyder på att så många som eller mer än var tredje patient som söker sig till primärvården lider av psykisk ohälsa (Carlsson, 2001).

I de nationella riktlinjer som tagits fram av Socialstyrelsen vad gäller vård av lätta till medelsvåra ångest- och depressionstillstånd inom första linjens sjukvård förordas psykologisk behandling, främst KBT-terapi (Socialstyrelsen, 2010). Dessa riktlinjer kan anses framtagna specifikt för vårdcentraler eftersom majoriteten av de vuxna som drabbas av dessa typer av tillstånd söker och får sin vård på just primärvårdsnivå (Socialstyrelsen, 2013). Socialstyrelsens kartläggning av vilka typer av psykologisk behandling som förekommer inom primärvård visar att samtalsbehandling av KBT-karaktär utgör huvudelen (83 %) men att även andra behandlingsformer så som psykodynamisk psykoterapi, beteendeterapi, familjeterapi samt interpersonell terapi (IPT) förekommer.

Sveriges Psykologförbund har vid två tillfällen kartlagt tillgången till psykolog på Sveriges vårdcentraler. Vid det andra och senaste mättillfället som inträffade 2011 fann de att så många som 46 % av alla landets vårdcentraler saknade antingen en anställd psykolog eller tillgång till psykolog via vårdavtal med privatpraktiserande psykolog (Sveriges psykologförbund, 2011). Socialstyrelsens kartläggning av tillgången till psykologisk behandling inom primärvården från 2012 visar på att 83 % av vårdcentralerna hade tillgång till psykologisk behandling, dock utan att specificera vilken yrkesgrupp det rörde sig om (Socialstyrelsen, 2013). Rapporten understryker också att huruvida det finns tillgång eller inte ej säger någonting om hur psykologresursen ser ut i förhållande till patientunderlaget, och tar som exempel Uppsala län där 94 % av vårdcentralerna uppgavs ha tillgång till psykolog, men där psykologresursen var 1 på 17 000 invånare (Sveriges psykologförbund, 2011).

Psykologens arbete på vårdcentral

I vårdcentralernas uppdrag vad gäller psykisk ohälsa ingår de tillstånd som inte kräver vuxenpsykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk specialistvård. Detta innefattar bland annat lätta till medelsvåra depressioner, ångestsyndrom, dissociativa syndrom, somatoforma störningar, beroendesjukdomar samt lättare till medelsvåra barn- och ungdomspsykiatriska tillstånd. När psykologisk behandling erbjuds ska denna vara av korttidskaraktär och följa nationella samt regionala riktlinjer och rehabiliteringsgarantin (Västra Götalandsregionen, 2013).

Som psykolog på vårdcentral arbetar man främst med psykologisk behandling. En kartläggning ifrån 2005 visade att medeltalet för nybesök bland de tillfrågade psykologerna som arbetade på vårdcentral var 127 stycken per år. I samma kartläggning

låg medeltalet för antalet samtal vardera patienten mottog på 7 stycken (Myhr, 2007). Syftet med psykologens insatser på vårdcentral är inte att hjälpa en patient hela vägen fram till hälsa, utan snarare att med hjälp av snabba och fokuserade behandlingsinsatser erbjuda patienten hjälp för att själv kunna hantera en svår situation, så kallad ”hjälp till självhjälp”. Detta liknar i mångt och mycket det i engelskspråkig litteratur använda begreppet ”counseling psychology” snarare än ett traditionellt psykologiskt behandlingsarbete med syfte att nå djuppsykologisk förståelse (Carlsson, 2001). Därtill befinner sig psykologer som arbetar på vårdcentral i en kontext som traditionellt dominerats av läkare och ett medicinskt tänkande, vilket ställer andra krav på anpassning på psykologens arbete (Frank, McDaniel, Brey & Heldring, 2004). Arbetet utmärks därmed bland annat av många kortare kontakter, krav på effektivitet och förmåga att anpassa sina insatser efter den breda målgruppens varierade behov (Almgren, 2010).

Vårdvalet och riktlinjer för arbetet på vårdcentral

Frank et al. (2004) konstaterar hur den utveckling som skett i vården generellt mot en allt högre grad av detaljstyrning i form av riktlinjer, rekommendationer och ekonomiska styrmedel kopplade till specifika vårdinsatser har skett även inom primärvården, och menar till och med att denna gett i synnerhet tydliga avtryck just i dessa verksamheter (Frank et al., 2004). Exempel på dylika riktlinjer som reglerar arbetet på de vårdcentraler där de psykologer som är intervjuade för denna uppsats arbetar följer nedan. Då det ligger utanför denna uppsats syfte och frågeställning att granska ersättningssystemen i detalj går dessa genom endast övergripande.

Regionfullmäktige i Västra Götaland beslutade att i enlighet med lagen om valfrihet införa vårdval för primärvården i Västra Götalandsregionen från och med 1 oktober 2009. I och med vårdvalet avreglerades marknaden för primärvård och privata aktörer gavs chans att bedriva vård på samma villkor som offentliga så länge de lever upp till de av regionen formulerade riktlinjerna. Dessa riktlinjer formuleras i ett dokument som heter Krav- och kvalitetsboken (Västra Götalandsregionen, 2013) och som sedan vårdvalets införande reviderats fyra gånger. Den senaste revisionen började gälla den 1 januari 2014 och det är detta dokument som styr vårdprofessionernas arbete på vårdcentralen.

Samtliga medborgare tilldelades i samband med vårdvalet en vårdpeng som tillfaller den vårdcentral där medborgaren listar sig. Denna vårdpeng varierar beroende på ett antal aspekter så som ålder och hälsotillstånd. Syftet med införandet av vårdvalet och möjligheten för patienten själv att flytta sin vårdpeng från en vårdgivare som han eller hon är missnöjd med är enligt regionala riktlinjer att stärka patientens ställning och att förbättra kvaliteten och tillgängligheten i vården. Vårdpengen är tänkt att utgöra basen för vårdcentralernas ekonomi, men därtill finns ytterligare ersättningssystem som sammantaget styr hur mycket pengar en vårdgivare får för sin verksamhet (Bjarneberg, 2009). Det rör sig bland annat om ersättning utifrån kön och ålder hos patientgrupper och om vilka diagnoser som ställs på vårdcentralen, det så kallade ACG-systemet, där tanken är att patienter med svårare eller tyngre sjukdomstillstånd som kräver större resurser också ska inbringa större ersättning för vårdcentralerna. Antalet diagnoser som registreras inom primärvård har mer än fördubblats sedan det blev känt att vårdtyngd skulle påverka ersättningen (Björkman, Edenström & Lundahl, 2011).

Ersättning utdelas också baserat på vilka behandlingsmetoder som tillämpas. Utifrån riktlinjer i den statliga rehabiliteringsgarantin ersätts vårdcentralen i sitt arbete med lindrig till måttlig psykisk ohälsa då de använder sig av antingen kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell terapi (IPT) (Sveriges kommuner och landsting, 2013). Ytterligare ersättningssystem rör huruvida vårdcentralen lever upp till ett visst antal formulerade kvalitetsmått, där det för psykisk ohälsa rör sig om dels förekomsten av rutiner för suicidprevention och dels om administrationen av alkoholvaneformuläret AUDIT (Västra Götalandsregionen, 2013). Ersättning utgår även utifrån andra kriterier som inte ges utrymme här.

Brist på samsyn kring uppdraget

Vårdcentraler organiserar självständigt sitt arbete med psykisk hälsa utifrån uppdraget och de riktlinjer som finns. Men trots en mängd riktlinjer skiljer i praktiken det psykologiska behandlingsarbetet sig åt från vårdgivare till vårdgivare avseende vad som erbjuds och hur vården är organiserad. Det tycks saknas samsyn kring hur bedömning och behandling av psykisk ohälsa på vårdcentral ska organiseras, vilka patienter som tillhör uppdraget och hur patienter sinsemellan ska prioriteras (Lindgren, 2012).

I takt med den generellt ökande psykiska ohälsan i befolkningen och med en upplevelse av att deras uppdrag vad gäller omhändertagandet av psykisk ohälsa har utökats finns det på många vårdcentraler idag en uppfattning om att förutsättningar saknas för att kunna ta hand om den breddade patientgruppen på ett bra sätt (Lindgren, 2012). I tidigare genomgångar av psykologi på primärvårdsnivå (Carlsson, 2001) har man kunnat konstatera att vårdcentralernas fokus på kortare insatser tillsammans med psykiatrins oförmåga att ta emot patienter som hänvisas dit av primärvården skapat ett glapp i vårdkedjan för den patientgrupp som är för sjuk för att bli hjälpt av det vårdcentralen kan erbjuda, och för frisk för att bli mottagen inom psykiatri (Carlsson, 2001).

Psykolog Ulla Myhr kom i sin kartläggning av psykologer på vårdcentraler 2005 fram till att majoriteten av de tillfrågade psykologerna upplevde brister i sin psykosociala arbetsmiljö. Bland de brister som nämndes av högst andel informanter fanns upplevelser av för mycket ensamarbete och brist på kollegor, en allt för hög arbetsbelastning med mycket stress som följd samt just brister i organisationen i form av oklara riktlinjer och ett otydligt formulerat uppdrag (Myhr, 2007).

Syfte och undersökningsfrågor

Etik och ansvar är inneboende aspekter av psykologens praktik och etisk stress är ett relevant begrepp för att tala kring situationer då vårdutförare känner sig hindrade från att göra det han eller hon tycker är rätt i en situation. Vårdcentralen är en arbetsplats som på grund av nya direktiv och en ökad konkurrens mellan vårdgivare är i förändring och utveckling. För psykologer som arbetar inom dessa verksamheter kan liknande organisatoriska begränsningar som i tidigare forskning funnits leda till etisk stress antas föreligga, vilket gör det rimligt att anta att begreppet är relevant att tillämpa på denna grupp. Etisk stress har undersökts i begränsad utsträckning vad gäller psykologer generellt och så vitt uppsatsförfattarna vet inte alls hos psykologer på vårdcentral specifikt. Uppsatsens syfte var att närmare undersöka hur upplevelsen av

etisk stress beskrivs av psykologer som identifierade sig som etiskt stressade utifrån given definition. Studien syftade till att undersöka följande frågor:

- Hur beskrivs upplevelsen av etisk stress hos psykologer verksamma på vårdcentral?
- I vilka situationer uppstår etisk stress?
- Hur hanterar psykologerna sina upplevelser av etisk stress?

Metod

Deltagare

Deltagarna bestod av 12 psykologer som arbetade på vårdcentral i Göteborg med omnejd, och som identifierade sig som etiskt stressade utifrån den för uppsatsen avgränsade definitionen. Etisk stress definierades som en negativ känsla som uppstår när psykologen på grund av institutionella/organisatoriska begränsningar inte kan göra vad han eller hon uppfattar som moraliskt korrekt eller bäst för patienten. Urvalsgruppen avgränsades till psykologer verksamma på vårdcentral utifrån ett antagande om att begreppet etisk stress var relevant för denna grupp. En förfrågan om deltagande skickades via e-post till 49 stycken psykologer som var anställda på vårdcentraler, varav 39 arbetade på vårdcentraler i offentlig drift och 10 arbetade på privata vårdcentraler. Tre av dessa föll bort då de inte längre arbetade på vårdcentral. 15 st av de tillfrågade psykologerna identifierade sig med begreppet etisk stress och önskade delta i studien, varav två arbetade inom privat verksamhet. Av samtliga femton som anmälde sitt intresse föll tre informanter bort på grund av svårigheter att få till en intervju. Ytterligare två personer kontaktade uppsatsförfattarna för önskan om deltagande efter att datainsamlingen avslutats. Två av psykologerna hade nyligen avslutat sina PTP-år på vårdcentral och hade sedan fortsatt sitt arbete på vårdcentral. Bland övriga informanter varierade erfarenheten av arbete på vårdcentral mellan ett och åtta år. Samtliga av de intervjuade arbetade heltid.

Intervjumall

Utifrån det valda forskningsområdet skapades en löst strukturerad intervjumall med ett fåtal frågor som ämnade fånga upplevelsen av etisk stress hos respektive informant. I vissa fall ställdes även frågor om situationer där möjligheterna för att arbeta etiskt förelåg, i syfte att tydliggöra vilka aspekter som i kontrast kunde antas sammanhänga med etisk stress. Samtalen hade karaktären av en semi-strukturerad intervju och kretsade kring uppmaningen till den intervjuade psykologen att berätta om situationer då de upplevde etisk stress, utifrån vilka följdfrågor sedan ställdes för att fördjupa bilden av situationerna. De tillfrågade psykologerna uppmanades att så utförligt som möjligt beskriva sina erfarenheter och exemplifiera med de situationer som upplevdes skapa etisk stress.

Tillvägagångssätt

Båda uppsatsförfattarna var närvarande under de två första intervjuerna för att skapa en gemensam uppfattning om intervjuernas upplägg och innehåll. Resterande

intervjuer delades sedan upp mellan de två författarna. Fem av dessa utfördes på Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet, ytterligare en intervju genomfördes hemma hos informanten och övriga på respektive psykologs arbetsplats.

Efter fyra genomförda intervjuer konstaterade uppsatsförfattarna vissa svårigheter för informanterna att komma på exempel på situationer som väckte etisk stress på plats i intervjusituationen. Resterande informanter mottog därför en förberedande fråga via e-post innan intervjun där de uppmanades att fundera kring situationer då de upplevde sig hindrade ifrån att arbeta på ett sätt som de upplevde som det riktiga utifrån sitt yrke och sina personliga värderingar.

Efter tolv genomförda intervjuer uppkom en upplevd mättnad i data, varför ytterligare intervjuer inte genomfördes. Påminnelse om sekretess och aidentifiering gavs inledningsvis i intervjusituationen. Intervjuernas längd var i genomsnitt cirka 60 min med undantag för en intervju som avslutades efter 44 min och ytterligare en som varade cirka 70 minuter.

Databearbetning

Intervjuerna transkriberades ordagrant och lästes sedan igenom flertalet gånger av bägge författarna för att skapa en god kännedom om materialet. Materialet analyserades och tematiserade sedan enligt en teoretisk tematisk analys (Braun & Clarke, 2006). Varje del av intervjumaterialet som ansågs relevant för studiens frågeställning om och definition av etisk stress kodades för att sedan sorteras in i tematiska undergrupperingar. Dessa undergrupperingar samordnades så småningom i större teman, som i sin tur skapade uppsatsens huvud- och underteman. Kodningen såväl som analysen av data genomfördes genomgående av bägge författarna tillsammans. Detta för att genom gemensamma diskussioner och kontinuerligt pågående prövning av slutsatser öka reliabiliteten i resultaten som presenteras. Citaten som redovisats i resultatdelen är aidentifierade och avkodade så att läsare inte kan identifiera namngivna platser, arbetsplatsnamn och liknande. Vissa av citaten har redigerats något för att öka läsbarheten i materialet.

Resultat

De intervjuade psykologerna beskrev en arbetssituation där ekonomiska incitament och byråkratiska krav kom att inkräkta på den professionella bedömningen. Då användandet av vissa typer av metoder, interventioner och diagnoser generade ersättning till den enskilda vårdcentralen uppstod situationer där psykologens arbete kom att fångas av ekonomiska styrmedel snarare än professionalitet. Uppdraget för den enskilda psykologen var på grund av delvis motstridiga riktlinjer svårtolkat och bidrog till en svårighet att avgränsa uppdraget gentemot sig själv och andra instanser. Överbelastning och brist på samsyn mellan olika vårdinstansers tolkning av deras respektive uppdrag ledde till att den enskilda psykologen själv fick göra en avvägning mellan vilka delar av uppdraget och det yrkesetiska ansvaret som borde prioriteras. Att behovet hos den berörda patientgruppen var långt större än vad som kunde matchas av de resurser vårdgivaren hade att erbjuda ledde till att psykologer i hög utsträckning kom att hänvisa eller remittera patienter till andra instanser, med risk för att patientens bästa kom att åsidosättas. Att agera utifrån sin etiska övertygelse innebar ibland att gå emot de föreskrivna

riktlinjerna, vilket kunde leda till minskad etisk stress samtidigt som det försatte psykologen i en sårbar position. Psykologerna hamnade oundvikligen i etiska dilemman då de tvingades möta en ny patientgrupp med en svårare problematik under förutsättningar som var svårförenliga med god vårdkvalitet. Det rörde exempelvis kravet på korta behandlingar, evidens och god kvalitet som sinsemellan var svåra att förena. De tillfrågade psykologerna hade utvecklat olika strategier för att bemöta och anpassa sig till sina upplevelser av etisk stress varav en innebar att agera uppriktigt mot patienterna rörande de organisatoriska begränsningar som rådde. Ett personligt engagemang för arbetet som utfördes, liksom att handledning ägnades åt att samtala kring negativa upplevelser relaterade till organisatoriska hinder var ytterligare tydliga effekter av en arbetssituation som generade svårlösliga etiska konflikter. En sammanställning av uppsatsens resultat i huvud- respektive underteman finns i tabell 2 nedan. De två tematiska nivåerna är därtill inordnade under två sammanfattande rubriker i syfte att förenkla läsningen.

Tabell 2.

Översikt över huvudteman samt underteman.

Huvudteman	Underteman
1. Förhållanden som skapade etisk stress	
1.1 Oklara riktlinjer	1.1.1 Diskrepans mellan ramar och evidens 1.1.2 Otydligheter kring behandlingens längd 1.1.3 Konsekvenser av normer för behandlingens längd 1.1.4 Hög tillgänglighet eller god kvalitet?
1.2 Mötet med andra instanser	1.2.1 Att förhålla sig till gränsen för uppdraget 1.2.2 Behandling som byråkratisk funktion 1.2.3 Att remittera till tomrummet
1.3 En ny patientgrupp	1.3.1 Utökad patientgrupp, oförändrade resurser 1.3.2 Ramarna för behandling gynnar lättare patienter 1.3.3 Psykologen saknar kompetens för ny patientgrupp
1.4 Ekonomi framför professionalitet	1.4.1 Metod, intervention och diagnossättning utifrån ersättning 1.4.2 ”För att generera pengar kallar vi det KBT”
2. Anpassning till och effekter av etisk stress	
2.1 I förhållande till organisationen	

- 2.1.1 Att agera etiskt innebär att bryta mot riktlinjer
- 2.1.2 Diskutera och föra fram kritik
- 2.1.3 Förlägga ansvaret utanför sig själv

2.2 I förhållande till patienter

- 2.2.1 Uppriktighet kring begränsningar
- 2.2.2 ”Du kan alltid komma tillbaks om det blir värre”
- 2.2.3 Göra sig av med patienter

2.3 I förhållande till sig själv

- 2.3.1 Rationalisering
- 2.3.2 Känsla av otillräcklighet
- 2.3.3 Personligt engagemang för att hantera etisk stress
- 2.3.4Handledning ägnas åt etisk stress

1. Förhållanden som skapade etisk stress

De intervjuade psykologerna uppgav hur etisk stress kunde uppstå när de på olika sätt upplevde sig hindrade ifrån att arbeta på det sätt de önskade. Bland annat menades detta bero på de riktlinjer de hade att förhålla sig till i sitt arbete, vilka ibland uppgavs vara sinsemellan motstridiga. Till exempel upplevdes ramar och riktlinjer rörande behandlingens längd ibland vara svårförenliga med uppmaningen att bedriva evidensbaserade behandlingar då behandlingens längden sällan motsvarade den som förordades inom terapiforskning. Många av psykologerna uppgav också att det saknades en klar definition av vad korttidsterapi innebar vilket skapade otydligheter kring rekommenderad behandlingens längd. Tio gånger återkom dock som en övre gräns, trots att dess ursprung som begränsning var otydlig. Tio gånger menades också vara otillräckligt för patienter med mer omfattande psykisk ohälsa, vilket uppgavs kunna försätta psykologerna i etiskt stressande situationer. Att förhålla sig till en övre gräns uppgavs dock vara nödvändigt för att kunna möta vårdcentralens uppdrag.

De intervjuade psykologerna beskrev hur komplicerade situationer och känslor kunde uppstå i mötet med andra verksamheter i vårdkedjan. Att konfronteras med en patientgrupp som på grund av svårigheter att få igenom remisser hamnade mellan stolarna beskrevs som etiskt stressande. Gränserna för de olika verksamheternas uppdrag upplevdes som otydliga och hanterades av psykologerna på olika sätt, där vissa valde att anpassa sig efter var andra verksamheter drog sin gräns medan andra istället insisterade på gränsen för det egna uppdraget. Psykologerna upplevde att remittering av patienter på olika sätt skapade etisk stress. Att remisser inte togs emot och fick skickas om upprepade gånger till andra instanser innan patienter fick hjälp var också en genomgående erfarenhet. Vidare rörde den etiska stressen de krav på att vårdcentralen måste erbjuda ett antal behandlingsförsök för att möjliggöra vidareremittering till psykiatri, vilket innebar att psykologerna ibland upplevde sig genomföra behandlingar för att uppfylla kraven på att ha gjort ett försök snarare än för att de trodde att behandlingen skulle gagna patienten.

Informanterna beskrev hur de idag förväntades ta emot och behandla en allt större patientgrupp med en tyngre symtombild. Ansvar för denna grupp upplevdes som svårförenlig med riktlinjer rörande korttidsbehandling och försatte psykologerna i en etiskt problematisk situation. Ytterligare en aspekt av en utökad patientgrupp som framkom var psykologernas avsaknad av kompetens för att möta deras behov. Den vidareutbildning som erbjöd upplevdes som otillräcklig i relation till patientgruppen. Möjligheten att fullborda vårdcentralens uppdrag menades vara avhängigt en lättare patientgrupp. Det framkom också att patienter som insisterade på sitt vårdbehov i konkurrens om vårdresurser hade lättare att få hjälp, vilket upplevdes som problematiskt då en tyngre patientgrupp riskerade att förbises.

Det faktum att ekonomiska styrmedel hade en stor roll i psykologarbetet på vårdcentral lyftes också fram som en orsak till etisk stress. Ekonomi och drivkraften att generera ersättning till arbetsplatsen sades bland annat kunna påverka val av metod, längd på behandlingar, vilka instrument psykologerna använde samt de diagnoser som sattes. Vetskapen om vilka koder som drog in pengar till vårdcentralen uppgavs även ha en inverkan på hur psykologerna namngav sina behandlingar, och en tendens att ibland skarva med benämningarna för att detta gav ekonomisk ersättning framkom.

1.1 Oklara riktlinjer. Ramar för längden på psykologisk behandling på vårdcentral uppgavs vara baserade på oklara grunder snarare än förankrade i forskning kring korttidsterapi. Dessa ramar upplevdes som svårförenliga dels med en evidensbaserad metod, och även med hela den patientgrupp som psykologerna möter vilket väckte frågor om vårdens kvalitet.

1.1.1 Diskrepans mellan ramar och evidens. Psykologerna på vårdcentral arbetar primärt med korttidsbehandlingar och är därtill rekommenderade att arbeta utifrån evidensbaserade metoder. De ramar och riktlinjer som finns rörande behandlingens längd ansågs av de tillfrågade psykologerna ibland svårförenliga med uppmaningen att bedriva evidensbaserade behandlingar då behandlingens längden sällan motsvarade den som förordades inom terapiforskning. Den lösa definition av korttidsbehandling som råder inom primärvården problematiserades av vissa av psykologerna som menade att denna var för vagt formulerad och därmed saknade grund i forskning. I synnerhet vid svårare problematik ansågs rekommendationerna kring antal sessioner vara för få för att kunna uppnå ett lyckat resultat i behandlingen samt att arbeta utifrån evidensbaserad metod, vilket beskrevs som problematiskt.

"(...) när cheferna definierar det som fem till sju gånger så är det ju inte samma definition som man har inom psykoterapiforskning där det kanske är tjugo gånger som är korttidsterapi /.../ Den allmänna tolkningen i organisationen är ju att korttids[behandling] är väldigt mycket kortare än vad den är i psykoterapiforskningen."

En av psykologerna diskuterade även svårigheterna i att uppnå goda resultat i behandlingen av vissa tillstånd när man arbetade ensam utan teamsamverkan, vilket ofta var fallet för psykologerna.

1.1.2 Otydligheter kring behandlingens längd. Många av psykologerna uppgav att det fanns otydligheter kring rekommenderad behandlingens längd då det saknades en klar

definition av vad en korttidsterapi innefattar. Samtliga psykologer var dock tydliga med att behandlingens längd var någonting man var tvungen att förhålla sig till då längre behandlingar kunde betraktas som ett avsteg från vårdcentralens uppdrag. Att förlänga och anpassa terapier efter patientens behov var ofta svårförenligt med de ekonomiska krav som formar arbetet inom primärvården, vilket i sig skapade etiska dilemman. Samtliga psykologer nämnde siffran tio som utgångspunkt för antal rekommenderade behandlingssessioner men uttryckte samtidigt en osäkerhet inför dess ursprung. Tio gånger verkade således vara en väletablerad norm att förhålla sig till samtidigt som få hade kännedom om hur antalet tio motiverades utifrån evidens och andra krav på kvalitet. Flertalet psykologer utgick ifrån tio som övre gräns för behandlingens längd trots kunskapen om att gränsen på tio inte fanns tydligt dokumenterad och att gränsen i sig upplevdes som en orsak till etisk stress.

”Egentligen har det aldrig funnits något uttalat tio gånger utan det är något sådant här svävande lite som folk säger. Men vi har använt oss av den här siffran också när vi pratar med patienter, att ungefär tio gånger eller upp till tio gånger.”

1.1.3 Konsekvenser av normer för behandlingens längd. Trots otydligheter kring rekommenderade antal behandlingssessioner så beskrev de flesta informanter att de på olika sätt förhöll sig till tio gånger som ett mål för genomsnittlig längd på de behandlingar som utfördes. De flesta betraktade tio gånger som ett ekonomiskt system där man kunde spara in sessioner för att senare använda dem vid mötet med patienter som krävde en längre behandling. Att begränsa behandlingen till tio gånger ansågs etiskt problematiskt i mötet med patienter som behövde mer omfattande vård och då man tvivlade på om behandlingen utförts enligt krav på god kvalitet och evidens. Riktlinjerna rörande korttidsbehandling som definierat utifrån tio gånger ansågs således svårförenliga med hela den patientgrupp som psykologer på vårdcentral möter. Psykologerna resonerade kring att vissa delar av den population som vårdcentralen är avsedd att ta emot är för svår för att kunna hanteras enligt de rekommendationer kring behandlingens längd som psykologerna vanligen arbetar utifrån. Att således påbörja psykologisk behandling med dessa patienter, utan möjligheten att anpassa behandlingen efter deras behov, ansågs som etiskt problematiskt och stressande.

”Om man blir sjukskriven och lär sig stresshantering och sånt så kan det bli mycket bättre men om man tar GAD och tvång och PTSD då till exempel så är de ju mer psykiska sjukdomar som man inte kan leka med på så vis att du skulle egentligen behöva sexton samtal för att bli bra men du får tio.”

1.1.4 Hög tillgänglighet eller god kvalitet? Det fördes resonemang kring det etiskt stressande att i sitt yrke behöva göra en avvägning mellan en hög tillgänglighet och kvaliteten på den vård man önskade erbjuda. Att ha lite medel att fördela på många hjälpsökande upplevdes som en svår och ibland svårlöslig konflikt. Att prioritera en hög tillgänglighet beskrevs innebära att psykologen kunde vara tvungen att kompromissa med längden på behandlingarna, vilket uppgavs ha flera negativa effekter på vårdkvaliteten. Bland annat ingav hos vissa en känsla av att sällan ha möjlighet att arbeta helt färdigt med en patients problematik utan istället behöva avsluta behandlingar i förtid för att kunna ta in nya patienter som väntade i kö. Psykologerna menade att om

de skulle följa riktlinjer för evidens så skulle effekten bli att köerna växte sig allt längre och att många patienter inte skulle få någon hjälp. Flera av psykologerna beskrev hur de när de valt att framför allt prioritera en hög tillgänglighet gjort detta utifrån olika motiv. En del av psykologerna förde resonemang kring att det för vårdcentralens patientgrupp var viktigare att få kontakt med en psykolog relativt snabbt, än att behandlingarna som erbjöds hade en längre varaktighet. De beskrev en upplevelse hos många patienter av att det var svårt att få hjälp inom vården och att väntetiderna ofta var långa, och menade då att en hög tillgänglighet i relation till en sådan upplevelse i sig var någonting gott som kom patientgruppen till gagn.

”Vi har väl haft den principen att /.../ erbjuda dom som så att säga tillhör vår målgrupp, att erbjuda dom nånting så att säga. När man ska göra det så måste man göra avkall på /.../ den professionella bedömningen kan man säga då.”

En annan aspekt som vägdes in i prioriteringen av en hög tillgänglighet var risken att patienters svårigheter kunde fördjupas och förvärras om de fick vänta allt för länge på en kontakt, vilket upplevdes som belastande. Ytterligare effekter av att prioritera tillgänglighet beskrevs vara att behandlingskontakter ofta avslutades på psykologens snarare än patientens initiativ, eftersom denne hade den väntande kön i åtanke. Detta bidrog till upplevelsen att vården som tillhandahölls hade kunnat förbättras om resurserna varit fler. En förutsättning för att kunna behålla en hög tillgänglighet som lyftes fram var de socioekonomiska förutsättningarna hos de patienterna som var listade på vårdcentralen där psykologen var verksam. Det uppgavs vara enklare att leva upp till krav på en hög tillgänglighet då patientgruppen var resursstark.

1.2 Mötet med andra instanser. De intervjuade psykologerna uppgav att patienter med mer betydande psykiskt lidande än vad de hade utrymme att behandla på vårdcentralen riskerade att hamna mellan stolarna eller att bollas fram och åter mellan de olika leden i vårdkedjan på grund av knappa resurser i dess alla led. Primärvårdspsykologerna kunde drabbas av hög belastning och etisk stress när de försökte kompensera för dessa brister.

1.2.1 Att förhålla sig till gränsen för uppdraget. De tillfrågade psykologerna uppehöll sig kring problemen med gränsdragning för det egna uppdraget i kontakt med andra verksamheter, i synnerhet i relation till psykiatrin. Gränserna för de olika verksamheternas uppdrag upplevdes som otydliga och hanterades av psykologerna på olika sätt. Psykologerna varierade i fråga om huruvida de använde gränsen för det egna uppdraget som utgångspunkt i urvalet av patienter eller om de utgick från andra verksamheters gränsdragningar och anpassade sig utifrån dessa. Att dra en tydlig gräns för det egna uppdraget och därmed neka patienter som ansågs hemmahörande någon annanstans i vårdsystemet beskrevs som skyddande mot etisk stress, samtidigt som gränsdragningen aktualiserade en medvetenhet om att vissa patienter saknade en tydlig plats i vårdkedjan. Att hänvisa eller remittera vidare en sådan patient kunde därför upplevas som etiskt tvivelaktigt, då patienten riskerade att få vänta länge på vård alternativt inte få den vård som ansågs mest lämplig. Det fanns en allmän kännedom om att den patientgrupp som nekades psykologkontakt på vårdcentralen till följd av en tydlig gränsdragning i vissa fall föll mellan stolarna.

"(...) eftersom jag känner psykiatrin väl /.../ och kan göra ganska välgrundade gissningar om vilka som är rimligt att anta skulle kunna få hjälp inom psykiatrin så låter jag rätt många stanna hos mig på vårdcentralen som är liksom mellan stolarna /.../ där de egentligen inte tillhör vår målgrupp men där jag förstår att psykiatrin inte heller skulle ta emot dom."

Vissa av psykologerna utökade den egna patientgruppen för att kompensera brister hos andra verksamheter och motiverade detta utifrån ett upplevt yrkesetiskt ansvar där patientens akuta behov ansågs vara det mest centrala. Andra problematiserade ett sådant förhållningssätt och menade att detta riskerar att osynliggöra de brister som finns inom vårdkedjan med konsekvensen att fler patienter i framtiden riskerar att försummas. Att väga det akuta behovet hos en patient mot långsiktiga konsekvenser för patientgruppen i stort beskrevs således som etiskt belastande och problematiskt. Att gå in och kompensera brister på andra platser i vårdkedjan beskrevs också som bekymmersamt då det i praktiken leder till att väntetiden förlängs för de patienter som vårdcentralen primärt är ämnad att ta hand om.

"(...) då har vi försökt att vara jättehårda och hänvisa tillbaks till psykiatrin och då är mina tankar att i längden så kommer det patienterna till godo men det är klart att när det är akut vet jag inte..."

1.2.2 Behandling som byråkratisk funktion. Vissa av psykologerna uppfattade en etisk problematik i relation till de byråkratiska krav som finns för att möjliggöra remittering av patienter. Bland annat nämndes kravet från psykiatrin som innebär att patienter som remitteras vidare dit först ska ha mottagit ett visst antal behandlingsförsök på vårdcentral. Detta fick som följd att psykologerna på vårdcentral ibland påbörjade behandlingsförsök med patienter som utifrån deras professionella bedömning inte ansågs lämpliga för korttidsbehandling, vilket betraktades som etiskt bekymmersamt. I synnerhet problematiserades de fall då psykologen på vårdcentral blev en i raden av behandlare. I synnerhet gällde detta patienter med mer djupgående personlighetsproblematik där anknytning och stabilitet på grund av relationssvårigheter ansågs särskilt viktigt.

"Ett behandlingsförsök, eller rättare sagt står det att man ska göra två behandlingsförsök, sen kan man remittera till psykiatrin. Så i praktiken betyder det att jag, jag får ta alla som kommer och så gör man ett försök även om man från början vet att det här kommer inte att räcka...alls."

Förfarandet kring remittering väckte också frågor kring etik då etableringen av en god allians ansågs nödvändig för att kunna skriva en tillräckligt god remiss för att försäkra sig om att patienten skulle få hjälp. Samtidigt upplevde psykologerna detta som problematiskt då det riskerade att väcka ett hopp hos patienterna som sedan inte kunde infrias.

1.2.3 Att remittera till tomrummet. Många av de intervjuade psykologerna lyfte fram remittering av patienter till andra verksamheter som en grund för etisk stress. Framförallt utkristalliserade sig en grupp patienter som upplevdes svårhanterlig då de

inte ansågs hemmahörande inom primärvården, samtidigt som det fanns en tveksamhet kring om de skulle beviljas vård där de enligt psykologerna uppfattades höra hemma. Framförallt beskrevs andra verksamheters överbelastning och resursbrist som skäl till varför patienter inte togs emot av andra instanser. Psykologerna beskrev hur remisser för dessa patienter ofta kom i retur och att de då fick göra nya försök att remittera, och hur detta kunde upprepas flertalet gånger. Detta uppgavs vara tidskrävande och etiskt belastande då patienter i väntan på att tas emot kunde stå helt utan psykologisk behandling. Det beskrevs hur remisser kunde skickas fram och tillbaks i flera omgångar innan remissen slutligen landade någonstans, alternativt att vårdcentralen fick återta patienten.

”När man får patienter på bedömning som man märker att dom ska inte hit, eller dom ska till öppenspsykiatri så tycker jag att man blir väldigt, jag blir väldigt nervös. Och det blir rätt tungt innan det bedömningssamtalet och man oroar sig för den här remissen, om den ska gå igenom eller inte innan man redan skrivit den.”

Psykologerna beskrev hur de ibland behövde inta en diplomatisk roll gentemot andra verksamheter och försöka övertyga dessa om att ta emot en patient som ansågs ha sin plats där och hur detta på olika sätt väckte frustration. Det fanns en generell uppfattning hos psykologerna att vissa patienter saknade en tydlig tillhörighet i vårdssystemet och att dessa patienter därför riskerade att hamna i ett tillfälligt tomrum mellan primärvård och psykiatri innan de slutligen togs emot av någon av dessa instanser. Ytterligare etiska frågeställningar uppkom i relation till patienten i de fall psykologen övertygat patienten om dess rätta plats i vårdssystemet för att på grund av nekade remisser återigen ta emot dem inom den egna verksamheten. Återigen väcktes frågor kring huruvida behandlingsramarna inom primärvården var anpassade efter denna svårare patientgrupp och om vårdkvaliteten därmed riskerade att försämrats.

”Det är inte kul att vara representant för vården liksom när man remitterat nån till alltså jag hade något sånt där ärende som jag remitterade till kanske fem olika instanser liksom och då blir det ju väldigt lång tid också för dom vill ju inte att man skickar remisser till samma ställen eller till olika ställen samtidigt.”

1.3 En ny patientgrupp. De intervjuade psykologerna menade att en utökad grupp patienter med svårare problembild utan motsvarande tillskott av resurser och kompetensutveckling kunde försvåra möjligheten att erbjuda meningsfulla behandlingsinsatser. De mest behövande patienterna kunde bli utan adekvat behandling. Dessa problem bidrog till etisk stress hos psykologerna.

1.3.1 Utökad patientgrupp, oförändrade resurser. Det påtalades att vårdcentralens uppdrag utvidgats under de senaste åren och att psykologerna nu väntades ta emot en bredare, tyngre patientgrupp än tidigare. Bland annat rörde det sig om behandling av ätstörningar, trauma, behandling av barn och ungdom samt de patienter som av psykiatrien ansågs färdigbehandlade. Detta beskrevs som problematiskt utifrån de begränsade resurser som psykologer hade att förhålla sig till. Rekommendationerna att bedriva korttidsbehandling ansågs svåra att förena med en

svårare psykiatrisk problematik utan att frångå uppmaningen att arbeta utefter god kvalitet och evidens. Otydligheter i ramverket kring vilka patienter som ingår i vårdcentralens uppdrag försatte psykologerna i en etiskt problematisk situation där de antingen tvingades utgå utifrån ett löst definierat uppdrag eller patientens vårdbehov.

"(...) då när det dokumentet kom så kände man ju bara 'shit liksom', hur länge kan man jobba inom primärvården ens som psykolog /.../ om dom inte liksom... för det är det som är problemet att dom lägger ut mer på vårdcentralnivå men dom ökar inte resurserna"

1.3.2 Ramarna för behandling gynnar lättare patienter. Ett flertal av de tillfrågade resonerade kring möjligheten att fullborda uppdraget som avhängig en lättare symtombild hos patienterna. Ramen för behandlingarna som erbjuds på vårdcentralen upplevdes inte passa den nya patientgruppens större behov, vilket ibland skapade en ovilja att ta emot dessa. I vissa fall beskrevs hur de patienter som förmådde insistera på att få hjälp fick gå före i kön till behandling, vilket förstärkte upplevelsen av resursstarka patienter premierades. Upplevelsen av att hjälpa "duktiga" eller resursstarka patienter uppgavs således som ytterligare en källa till etisk stress eftersom patienter med en svårare problematik riskerade att förbises. Ytterligare en etisk aspekt att ta hänsyn till var att vårdcentralen ges ekonomisk ersättning för avslutade behandlingar, med resultatet att korta terapier med lättare patienter således gynnar vårdcentralens ekonomi.

"(...) om man kan hjälpa någon med panikångest på tre gånger eller om du måste hjälpa, om båda dom söker så kanske det inte [är] etiskt att så här men vi tar den här som lider litegrann, för att det går snabbare att behandla när vi har dom här som lider jättemycket. Och som ingen annan tar emot, och det är ditt uppdrag men då blir det också konstigt om man förlorar ekonomiskt på det."

1.3.3 Psykologen saknar kompetens för ny patientgrupp. Flera av psykologerna beskrev den frustration som uppstod då vårdcentralen tilldelades ansvaret för allt fler patienter, samtidigt som tillräcklig kompetensutveckling som matchade de nya behoven inte skedde. Till exempel rörde detta barn och ungdomar där psykologerna kunde bli ombedd att behandla en grupp för vilken man saknade mer än en grundläggande kompetens. Utifrån nya riktlinjer för gränsdragning mellan psykiatri och primärvård beskrevs även en oro över att vårdcentralen i framtiden skulle komma att möta en allt svårare patientgrupp med bland annat ätstörningar och trauma vilka de i dagsläget inte kunde se att de hade möjlighet att behandla på ett tillfredsställande sätt.

"'Ja det blir bra, vi får utvärdera det sen'... och så får man liksom en tredagarskurs och det gör mig väldigt förbannad. Tre dagar det är liksom för mig... du kunde lika gärna sagt kan vi inte köra tre minuter? (...)"

På grund av resursbrist upplevde flera av psykologerna också att nya modeller för behandling ibland implementerades utan att tillräcklig utbildning för dessa getts. Psykologerna gav i samband med detta uttryck för en oro över att inte utföra det de sa

sig utföra och beskrev en känsla av att detta kunde tänkas få negativa effekter på vårdkvaliteten.

1.4 Ekonomi framför professionalitet. Ekonomiska styrmedel och vårdcentralens behov av lönsamhet uppgavs inverka på hur psykologiskt arbete på vårdcentral utfördes. Psykologernas professionella bedömningar överensstämde inte alltid med systemen för ersättning vilket skapade etisk stress.

1.4.1 Metod, intervention och diagnosättning utifrån ersättning. Psykologerna beskrev en upplevelse av att ekonomi och system för ersättning hade en påtaglig inverkan på deras arbete. Detta kopplades av vissa till införandet av vårdvalet då lönsamhet blivit en viktigare faktor i konkurrens mellan olika vårdgivare. De beskrev flera situationer då de upplevde att deras professionella bedömning ställdes emot vad de upplevde var ett ständigt närvarande ekonomiskt fokus i verksamheten. Bland annat lyftes systemet där vårdcentralen ges pengar för de behandlingar som kodas enligt rekommendationerna från Socialstyrelsen fram som problematiskt, eftersom de inte alltid överensstämde med vad de ansåg bäst mötte patienternas behov eller önskemål. Psykologerna erfor på grund av detta ingen full metodfrihet och även om få psykologer sade sig ha ett uttryckligt krav från ledningen att enbart använda sig av ersättningsgrundande metoder så förekom upplevelsen av en outtalad press på att lägga upp sina behandlingar på ett visst sätt. Detta eftersom deras arbete annars inte skulle generera pengar till arbetsplatsen som i flera fall lyftes fram som ekonomiskt ansträngd.

”Så det är liksom etisk stress att ibland när man behandlar folk riktigt och på ett ansvarsfullt sätt så är det inte alltid lönsamt för vårdcentralen. Och ledningen vill ju att allt vi gör ska vara lönsamt och då ge pengar till vårdcentralen”

Ytterligare exempel där psykologerna hamnade i konflikt mellan den professionella bedömningen av patientens bästa och arbetsplatsens ekonomiska behov uppgavs. Bland annat beskrevs hur vissa formulär avsedda att mäta olika sorters symtom hos patienterna delades ut oberoende av patienternas behov, och psykologerna beskrev det etiskt problematiska i att administrera formulär enbart för att generera ersättning till vårdcentralen. Flera av psykologerna upplevde att administrationen av dessa formulär kunde upplevas kränkande mot patienten då de helt saknade relevans för den problematik de sökt sig till vårdcentralen för.

”(...)men då har man ju faktiskt på våran vårdcentral haft kampanjer där alla ska ge [formulär] till alla under en viss period, bara för att dra in dom här pengarna. Och då blir det ju att man är ute på rätt hal is kan jag tycka, då har man glömt lite av vad det är man håller på med”

Att psykologen inom ramarna för rådande ersättningssystem var tvungen att sätta en diagnos på patienten för att vårdcentralen skulle få pengar för psykologens arbete lyftes också fram som en källa till etiska konflikter. Bland annat menade man att det innebar att psykologen ibland satte diagnoser för att uppfylla krav från verksamheten, snarare än för att patienten uppfyllde diagnoskraven. För vissa psykologer uppgavs detta strida emot en egen uppfattning om hur diagnostisering bör användas.

"(...) jag har inga problem med diagnoser absolut inte, men jag har problem med att man måste sätta diagnos så fort nån kommer in i mitt rum så måste jag liksom ha en diagnos på den personen, och det är väldigt många som inte uppfyller kriterierna."

Exempel på när psykologen kliniska ambitioner ställdes mot vårdcentralens ekonomiska intressen beskrevs bland annat vara då kravet på diagnosticering utifrån ersättning förhindrade ett terapeutiskt syfte att avpatologisera patienters lidande. Det uppgavs därtill problematiskt att diskussioner kring konsekvenser av diagnosticering sällan förekom trots att det hos enskilda psykologer fanns misstankar om att diagnosticering riskerade att försätta patienter i framtida bekymmersamma situationer. Detta diskuterades främst av en psykolog som belyste försäkringsbolags ovilja att teckna försäkringar med patienter med vissa psykiatriska diagnoser.

Den ekonomiska aspekten av längden på de behandlingar som erbjöds på vårdcentral lyftes också fram som kopplat till etiska spörsmål. Vid tillfällen då psykologen till exempel ansåg det motiverat att behålla en långvarig men sporadisk kontakt med en skörare patient beskrevs detta inom vissa verksamheter vara illa ansett av ledningen. En annan psykolog beskrev den etiska stress som kunde uppstå inför vetskapen om att vårdcentralen ibland valde att behandla lättare patienter på grund av att de behandlingarna kunde avslutas snabbare och således generera pengar till mottagningen, istället för att behandla patienter med en mer omfattande problematik eftersom det kunde innebära en ekonomisk förlust för vårdcentralen.

1.4.2 "För att generera pengar kallar vi det för KBT". Flera av de intervjuade psykologerna lyfte fram att de ibland hamnade i etiskt problematiska situationer då de valde att koda patientkontakter som en viss typ av metod även då detta inte fullt överensstämde med det faktiskt innehållet i behandlingen. Detta gjordes utifrån en vetskap hos psykologerna om att vissa metoder genererade pengar till vårdcentralen där de jobbade. I vissa fall rörde det sig om behandlingar som på grund av patientförutsättningar inte kunde fullföljas enligt en planerad modell men som ändå kodades enligt den ursprungliga ambitionen genom hela kontakten. I andra fall handlade det om upplevelsen av att ens behandling skulle kunna kodas enligt olika typer av behandlingsmodeller men där en medvetenhet om arbetsplatsens ansträngda ekonomi motiverade till att välja koden för den metod som gav ersättning.

"(...) om man skulle ha en oberoende bedömare som tittade på det man gjorde skulle de säga att det antingen var kognitiv terapi eller KBT eller IPT? Njaa, inte säkert liksom... men man får inga pengar för att ha stödsamtal"

2. Anpassning till och effekter av etisk stress

I materialet framkom olika sätt att i relation till organisationen, patienter och sig själv hantera upplevelser av etisk stress. Det fanns olika uppfattningar kring hur man på bästa sätt undviker uppkomsten av etisk stress, där de enskilda psykologerna resonerade olika kring vad som ingick i deras yrkesansvar och således hade olika anpassningsstrategier för att undvika och bemöta sina respektive upplevelser. En

strategi för att minska erfarenheten av att handla oetiskt beskrevs som gå emot de riktlinjer som fanns, bland annat rörande val av metod och behandlingstid, då detta av vissa ansågs vara en nödvändighet för att agera etiskt. Ytterligare strategier var att förlägga en del av ansvaret utanför sig själv för att på så vis minska upplevelsen av att ensam ansvara för vårdkvalitet, patientsäkerhet och etiska beslut. Att framföra eventuella åsikter och missnöje till chef och ledning betraktades som ett sätt att minska upplevelsen av att själv stå helt ansvarig för det arbete som utfördes. I relation till patienter uppgavs uppriktighet kring begränsningar vara ett sätt att på bästa sätt möta upplevelsen av att behandlare inte göra tillräckligt. Att försöka hänvisa patienter till andra instanser var ytterligare en strategi för att möta en negativ känsla av att inte kunna erbjuda tillräcklig vård inom den egna verksamheten. Det förekom även att psykologen på vårdcentral rekommenderade patienter att på nytt höra av sig vid avslutad behandling som ett sätt att kompensera för upplevelsen av en otillräcklig behandling.

Ett personligt engagemang för etiska frågor som yttrade sig i ett fackligt arbete eller i en ihärdighet i relation till andra instanser beskrevs som ytterligare sätt att hantera och minska upplevelsen av etisk stress. Den etiska stressen hade en personlig påverkan på psykologerna som av vissa skapade negativa känslor och svårigheter att benämna egna känslomässiga upplevelser i relation till yrkesutövandet.

2.1 I förhållande till organisationen. Psykologerna uttryckte ett behov av att ibland bryta mot riktlinjer från organisationen för att arbeta på ett etiskt tillfredsställande sätt. Även att föra fram kritik och att återföra ansvar från sig som individuell psykolog till chef och struktur upplevdes som nödvändiga strategier för att hantera sina upplevelser av etisk stress.

2.1.1 Att agera etiskt innebär att bryta mot riktlinjer. Många av informanterna ansåg att det var en direkt nödvändighet att ibland behöva gå emot vårdcentralens riktlinjer för att kunna arbeta på ett sätt som upplevdes som det etiskt riktiga. Avsteg från vårdcentralens rekommendationer kring behandling gjordes främst i förhållande till behandlingstid, metodval samt interventioner som genererar pengar till arbetsplatsen men som inte ansågs främja ett gott behandlingsresultat. En av psykologerna uppgav att den i en majoritet av patientkontakterna handlade i strid mot riktlinjerna kring behandlingstid för att möjliggöra vad som uppfattades som ett etiskt riktigt arbete. Ett par av de psykologer som prioriterade yrkesetiska principer framför vårdcentralens ekonomi kände en osäkerhet inför hur organisationen skulle ta emot kritik riktad mot den om den framfördes.

"(...) att man på något sätt också själv ja får vara flexibel men därmed inte sagt att det är korrekt att göra så rent formellt men då blir det väl då att man gör ett mer etiskt ställningstagande att ja, jag vet att reglerna ser ut så här men just nu skiter jag i reglerna."

2.1.2 Diskutera och föra fram kritik. En sätt att hantera känslor av överbelastning eller maktlöshet i sitt yrkesutövande som lyftes fram var att föra fram kritik till sin chef eller organisation när något i arbetet upplevdes som etiskt tvivelaktigt. En av psykologerna resonerade kring vikten av att påtala brister och åsikter oavsett hur dessa mottogs, då detta ansågs ärligt och därmed ökade en känsla av ett etiskt riktigt handlande. Ytterligare en aspekt av detta var en minskad känsla av att ensam behöva

hantera dessa frågor. Att samtala med kollegor och chef om förutsättningarna i arbetet blev därmed ett sätt att hantera en sådan upplevelse. Behovet av att skapa sammanhang för att dela med sig av sin etiska stress och diskutera det som upplevdes som problematiskt i arbetet kopplades även samman med att de flesta av psykologerna arbetade ensamma. Ensamarbetet uppgavs förstärka den etiska stressen i och med att man i det saknade naturliga sammanhang för avlastning och ventilerung. Samtalen med andra uppgavs också bidra till att psykologen själv kunde inta ett förhållningssätt som gick att trivas med, vilket upplevdes svårare att göra på egen hand.

2.1.3 Förlägga ansvaret utanför sig själv. Ytterligare en strategi för att hantera känslor av otillräcklighet och överbelastning var att förskjuta ansvaret från den enskilda psykologen till organisationen och den politik som strukturerar den offentliga sjukvården. Detta blev ett sätt att begränsa det upplevda enskilda ansvaret och istället återföra en del av det på strukturell nivå. Vidare diskuterades hur en dialog med chefen kunde bidra till att underlätta det dagliga arbetet då prioriteringar och beslut lättare kunde genomföras om dessa upplevdes motiverade av chef och ledning. Framförallt rörde det sig om en upplevelse av fördela ansvar där en pågående dialog med chefen bidrog till en känsla av att de prioriteringar som psykologen utförde grundades på väl motiverade beslut från högre ort.

”Det är det enda sättet jag kan hantera det på /.../ alltså lyfta det från mig själv /.../ det är som sagt inte jag som har bestämt förutsättningarna /.../ det är vårdcentralens och chefens ansvar att liksom se över hur de vill att psykologresurserna ska se ut.”

2.2 I förhållande till patienterna. För att hantera eventuell besvikelse från patienterna över korta behandlingstider tillämpades en transparens om begränsningarna gentemot dem samt en uppmaning om att de kunde söka på nytt igen om problemen skulle återkomma. Ett behov av att ha kunskap om andra verksamheter dit patienter kunde hänvisas för att lätta på det egna patienttrycket uppgavs också vara en effekt av resursbristen som rådde i den egna verksamheten.

2.2.1 Uppriktighet kring begränsningarna. En uppfattning som återkom i materialet var vikten av transparens och uppriktighet i den relation psykologen etablerade med patienten. Detta innebar att initialt och löpande vara öppen med vilka förutsättningar som råder för att bedriva psykologisk behandling på vårdcentral och utifrån detta låta patienten fatta ett informerat beslut. Öppenheten betraktades som ett sätt att hantera de negativa känslor det innebar att känna till begränsningarna inom vårdcentralens verksamheter på. Att vara transparent i förhållande till patienten var ett sätt att synliggöra begränsningar och därmed föregå upplevelser av besvikelse om behandlingen inte ansågs möta patientens förväntningar. En av psykologerna var även mån om att påtala sin brist på erfarenhet då det rörde sig om områden där denne upplevde sig sakna tillräcklig kunskap. Ytterligare motiv till att understryka ramverk och påtala eventuella begränsningar var för att lättare kunna möta och genomarbeta de besvikelser dessa kunde frambringa under behandlingens gång.

2.2.2 ”Du kan alltid komma tillbaka om det blir värre”. Ett sätt att hantera de negativa känslor som uppstod i samband med att avsluta behandling i förtid var att

uppmana patienten att återkomma om problemet förvärrades eller uppstod på nytt. Detta beskrevs i termer av att hålla dörren öppen för att hantera negativa känslor av att som behandlare inte göra tillräckligt. Även patienter som hänvisats att söka vård någon annanstans kunde manas att återkomma till vårdcentralen om försöken att få hjälp någon annanstans misslyckats. Att inte kunna bistå patienter med ytterligare vård vid behandlingens avslut beskrevs av vissa som etisk problematiskt och att då kunna erbjuda dem att återkomma vid behov upplevdes i dessa lägen som en tröst.

”Det känns lite bättre för mig när jag kan säga att ’ja du kan komma tillbaks några gånger till. Om det är kris får du gärna höra av dig’ /.../ Och det är väl ett sätt för mig att hantera så att det inte ska kännas så förfärligt som det ibland kan göra.”

2.2.3 Att göra sig av med patienter. Ett vanligt återkommande tema i materialet var de olika försöken att hänvisa patienter till andra instanser som ett led i att minska den egna upplevelsen av att inte kunna bistå patienten tillräcklig vård. Att upplysa patienter om andra instanser att vända sig till kunde vara ett sätt att bättre matcha patientens behov efter befintlig vård men kunde även fungera som en strategi för att minska upplevelsen av otillräcklighet. De flesta av psykologerna var överens om att en del av arbetet som psykolog på vårdcentral bestod i att ha kunskap om alternativ till befintliga behandlingsmöjligheter men uttryckte även hur denna möjlighet, att remittera vidare, ibland fungerade som ett sätt att göra sig av med patienter snarare än att detta bidrog till en bättre behandling. Detta rörde främst instanser som ansågs likvärdiga med det arbete som kunde utföras inom primärvården.

”Nu blir det ett sånt himla träcklande och man liksom kan vi skicka den här till företagshälsovården kanske, till kriscentrum för män, till kyrkan, till psykologiska institutionen, att man hela tiden letar efter att bli av med patienten.”

Det var ett sammantaget intryck att möjligheten att remittera vidare eller att hänvisa patienten någon annanstans av vissa sågs som en strategi för att minska den egna upplevelsen av överbelastning. Att ombe patienten att lista sig på en annan vårdcentral beskrevs av en psykolog som ett sätt att underlätta det höga söktrycket och därmed minska den egna upplevelsen att etisk stress. Att remittera eller hänvisa kunde samtidigt väcka skuld då frågan kvarstod om patienten i själv verkat antogs erhålla bättre vård någon annanstans.

”Om jag skulle vara orolig för något så är det att det kan skapa liksom nåt som inte är bra /.../ Ja men kanske om vi hänvisar den dit eller så och att det... då är jag rädd ibland kanske man gör det för att man vill bli av med en obekvämlig känsla.”

2.3 I förhållande till sig själv. Det fanns svårigheter hos gruppen psykologer att tala om sina känslomässiga upplevelser i relation till etisk stress, vilket ibland yttrade sig i rationaliseringar. Ett personligt engagemang och politiska åtaganden i eller utanför arbetet beskrevs som ett sätt att hantera upplevelserna av etisk stress. Vissa av psykologerna arbetade övertid för att bättre kunna möta behovet hos en enskild patient.

2.3.1 Rationalisering. Att tala om psykologens etiska ansvar väckte hos vissa av de tillfrågade negativa känslor. En av psykologerna förklarade att samtalet kring etisk stress blev känslösamt och ytterligare en tillfrågad resonerade kring svårigheterna i att samtala kring den egna upplevelsen av etisk stress utifrån en nära identifikation med ett upplevt yrkesansvar. Det fanns tendenser till rationalisering i materialet som visade sig genom att psykologerna ibland hade svårigheter i att formulera sina känsloupplevelser i relation till upplevelsen av etisk stress.

”Jag är bara en människa, jag har den positionen jag har och då får man ju tänka att vad är rimligt att göra utifrån den här positionen. Om man hade varit gud eller liksom hade väldigt mycket pengar eller statsminister då har man ju ett annat ansvarsområde.”

Att benämna upplevelser som hemmahörande hos någon annan, exempelvis en kollega, eller förlägga ansvar på en strukturell nivå som beskrevs som svårföränderlig kan eventuellt betraktas som en psykologisk anpassning för att hantera egna negativa känslor relaterade till etisk stress.

2.3.2 Känslor av otillräcklighet. Vissa av psykologerna beskrev en frustration över att inte ha utrymme att använda hela sin kompetens i mötet med patienter och de känslor av otillräcklighet i behandlarrollen som kunde uppstå då man kände att man inte gjorde ett gott arbete. Känslan av att på grund av organisationens ramar behöva göra patienter besvikna upplevdes som påfrestande, likaså känslan av att gentemot patienterna behöva representera en organisation som man själv upplevde som problematisk på olika sätt. En psykolog lyfte till exempel fram att de behandlingar som bedrivits inom ramen för terapeututbildningen varit de enda behandlingar där psykologen känt sig helt nöjd med sitt terapeutiska arbete. På grund av ramarna för arbetet menade vissa av psykologerna att de inte kunde bedriva den typen av behandlingar som de hade önskat, vilket uppgavs ge upphov till känslor av uppgivenhet och ibland även ilska. Somliga av psykologerna beskrev hur de på grund av den etiska stressen tagit på sig mer arbete än vad som var rimligt, och att vissa på grund av det upplevde påtagliga stressymptom. Behovet av att i större utsträckning, med hjälp av organisationens ramar, stänga av och skjuta ifrån sig patienternas lidande beskrevs av andra psykologer som ett nödvändigt sätt att hantera dessa negativa upplevelser. Flera av psykologerna menade att de upplevt en större påfrestning kopplad till etiskt stressande situationer när de varit nya i yrket, vilket tyder på en viss tillvänjningseffekt.

”(...) jag tycker jag har hittat ett sätt så att den etiska stressen inte äter upp mig, men i början trodde jag att den skulle göra det, när jag började jobba på vårdcentral, faktiskt.”

2.3.3 Personligt engagemang för att hantera etisk stress. Det resoneras kring att en förutsättning för att framföra sin åsikt kring organisatoriska problem och därmed minska den etiska stressen var mod och personligt engagemang. Det underlättade för vissa att utanför arbetet engagera sig politiskt och organisera sig fackligt som ett sätt att försöka förändra och bättre hantera upplevelsen av etisk stress. Vissa tog emot fler patienter än vad som ansågs rimligt därför att den personliga upplevelsen av vad som är

etiskt riktigt överskuggade den organisatoriska strukturen, vilket uppgavs kunna minska den etiska stressen på kort sikt men samtidigt leda till större problem inom ett längre tidsperspektiv. I perioder när belastningen var alltför stor löste ett flertal av psykologerna detta genom att jobba övertid för att kunna möta behovet hos en enskild patient. Att vara ihärdig i relation till andra instanser och envist hävda patientens bästa var ytterligare ett led i att föra patientens talan och därmed minska den egna upplevelsen av etisk stress.

”Vi har sådana här konsultationsträffar med öppenpsyk och i dom flesta fallen har det nog vart så att man gått dit och verkligen klagat och klagat och vart en bitch tills dom tar emot patienten och då har det gått att dom tar emot dom.”

2.3.4 *Handledning ägnas åt etisk stress.* Några av de intervjuade psykologerna lyfte fram att deras yrkeshandledning på grund av förutsättningarna för psykologarbetet på deras arbetsplatser istället för åt patientärenden ägnades åt upplevelsen av etisk stress. De upplevde att det fanns ett stort behov av att prata om situationer då de erfor att de hamnade i kläm mellan organisationen och det arbete man önskade utföra, vilket innebar att mindre tid ägnades åt metodhandledning i specifika patientärenden.

”(...) när jag går i handledning så talar jag väldigt lite om patientärenden att hur ska jag göra med den eller si med den andra utan det är mer... det känns som att jag haft tio års handledning i etisk stress”

Diskussion

Studiens syfte var att undersöka upplevelsen av etisk stress bland psykologer som arbetar på vårdcentral och att ta reda på i vilka situationer som denna väcks, samt hur den uppkomna stressen hanterades. Trots att förekomsten av etisk stress inte tidigare undersökts bland denna grupp gjordes initialt antagandet om att begreppet kunde användas för att beskriva något relevant i psykologernas vardag, vilket uppsatsens resultat också pekar på. Detta resultat är i linje med Kälvemark et al. (2004) som pekar på att begreppet etisk stress tycks ha en bredare tillämpning vad gäller upplevelser hos hälso- och sjukvårdens personal än att bara gälla de sjuksköterskor som tidigare varit fokus för forskningen. Forskning som fokuserar på andra professionsgrupper än sjuksköterskor efterfrågas därtill av McCarthy och Deady (2008) som menar att beskrivningen av etisk stress hos andra vårdyrken skulle ge ytterligare tyngd åt ämnet. Föreliggande resultat kan betraktas som en bekräftelse på att en sådan hypotes stämmer, samt att fler undersökningsgrupper inom sjukvården kan tänkas vara relevanta att undersöka.

Uppsatsens informanter beskrev en mängd omständigheter i sitt arbete som kunde väcka etiska frågor eller en upplevelse av att inte agera på det sätt som uppfattades som önskvärt. Därtill gavs flera exempel på de anpassningsstrategier som psykologerna tillämpade för att hantera dessa. Resultaten kan delas in primärt i dessa två kategorier: förhållanden som skapar etisk stress samt anpassning till och effekter av etisk stress. Att olika strategier för att hantera etisk stress fanns väl representerade i uppsatsens resultat är inget i sig negativt eller oetiskt, utan bör betraktas som en lösning på ett problem som psykologen oundvikligen möter i relation till organisatoriska krav och regelverk. De system som psykologerna verkade inom genererade etiskt problematiska

situationer som i sig skapade behov av strategier för att hantera dessa. Det finns en risk med att diskutera dessa handlingar ur en moraliserande synvinkel där varje handling ses ur enbart ett perspektiv. Syftet med att diskutera dessa strategier är inte att kritisera den enskilde aktören utan att betrakta dessa handlingar utifrån dess konsekvenser på längre sikt, samt att förstå dem ur ett organisationskritiskt perspektiv.

Förhållanden som skapar etisk stress

Informanterna pekade på en mängd olika omständigheter i sitt arbete som skapade etisk stress. Längden på de behandlingar som psykologerna utförde var ett återkommande tema i intervjumaterialet. Majoriteten av de intervjuade talade om och använde sig också av tio gånger som en slags övre gräns för sina behandlingar, trots att detta antal saknade grund i både terapiforskning och de riktlinjer som organiserade psykologernas arbete. Även om flera av våra intervjupersoner lyfte fram att många av deras patienter blev hjälpta också inom de snäva ramar som råder är principfrågan viktig att överväga: på vilka grunder bör beslut om hur mycket vård en patient i behov av psykologisk hjälp får fattas? Utifrån de intervjuade psykologernas uppgifter framgår att den förordade behandlingens längden i vissa fall, och då specifikt i mötet med patienter med mer omfattande behov, varken var relaterad till professionell bedömning eller till forskning kring evidensbaserade metoder. Då tillämpningen av evidensbaserade metoder är något som efterfrågas av Socialstyrelsen samtidigt som förutsättningar saknas för att leva upp till kraven för evidens upplevdes riktlinjerna för psykologernas uppdrag således som sinsemellan motstridiga, och det tycks således som om flertalet riktlinjer implementeras utan att möjligheten till att leva upp till dessa säkerställts. Psykologerna hamnade i en situation där de tvingades välja mellan att erbjuda en hög tillgänglighet – det vill säga många kortare kontakter – eller en högre vårdkvalitet genom att kunna arbeta färdigt med en patients problematik. Den etiska avvägningen stod på så sätt mellan att arbeta med den patient som fanns i rummet just för stunden, eller att väga in de patienter som väntade på kontakt. Liknande avvägningar mellan pågående och framtida patientkontakter som grund för etisk stress har konstaterats av tidigare forskning kring svensk sjukvård (Kälvemark et al, 2004). Den konsekvens som lyftes av psykologerna av att om de skulle prioritera längre kontakter var just att köerna i så fall skulle växa sig långa, och många patienter skulle inte kunna få någon hjälp alls. Några av de intervjuade psykologerna menade att det för patientgruppen var viktigare att få en snabb kontakt med en psykolog än att denna kontakt skulle ha en längre varaktighet. Tillgängligheten hos psykologen lyftes som något i sig gott, och som något som för patienten kunde innebära en positiv upplevelse av att kunna få hjälp när han eller hon behövde det. Psykologen fyllde i liknande resonemang funktionen av en viktig representant för ett sjukvårdssystem som i motsättningen mellan stora behov och begränsade resurser tycktes ha förlorat patienternas förtroende.

Anpassning till och effekter av etisk stress

Ett sätt för att minska upplevelsen av att handla oetiskt var att gå emot de riktlinjer som fanns inom verksamheten i fall då man bedömde att detta var nödvändigt för att följa sin etiska övertygelse. Att strida mot föreskrivna riktlinjer för att kunna utföra sitt arbete etiskt har tidigare beskrivits i svensk forskning (Kälvemark et al., 2004) som ett möjligt handlingsförfarande för att undvika de negativa känslor som ett upplevt omo-

raliskt handlade riskerar att medföra. De respondenter som handlade utifrån denna övertygelse motiverade detta utifrån sin egen professionella bedömning och den yrkesetik de var påbjudna att följa. Andra uttryckte en större plikt gentemot organisationen och betraktade riktlinjer och styrdokument som mer tvingande och förlade därmed en större del av det upplevda ansvaret på organisatorisk nivå. Ett agerande baserat på sin egen inre övertygelse kan betraktas som en potentiell skyddsfaktor mot etisk stress då det hjälper vårdaren att upprätthålla synen på sig själv som en moralisk agent. Samtidigt kan dessa handlingar mötas med sanktioner från organisatoriskt håll som kan tänkas minska de positiva aspekter som är förknippat med ett sådant handlande. En alltför stor diskrepans mellan organisationens mål och den enskilda vårdgivarens måste betraktas som en riskfaktor för upplevt missnöje över den egna arbetssituationen, och som en sårbarhet för stressproblematik och utbrändhet. Det faktum att vissa av respondenterna kompenserade vad de upplevde som brister inom organisationen med att arbeta övertid och tänja på de egna ramarna kan betraktas som ytterligare riskfaktorer för detsamma. Att upplevelsen av etisk stress sades vara mer påtaglig i början av yrkeslivet kan förstås som att kontrasterna mellan en etisk idealism och en begränsad verklighet då var som störst. Anpassningen till begränsningarna kan då tolkas som ett sätt att skydda sig ifrån de negativa konsekvenser som diskrepansen riskerar att medföra.

Godtycklighet i vården

De intervjuade psykologerna beskrev hur gränserna för deras uppdrag i relation till andra verksamheter i vårdkedjan upplevdes som otydliga, och även hur olika instanser tycktes tolka riktlinjer på sinsemellan skilda sätt. Framför allt rörde det sig om mötet med en allt större grupp svårare patienter som inte upplevdes höra hemma på vårdcentralen men som heller inte togs emot i psykiatrin. De olika sätt att hantera detta tycktes kunna skapa en godtycklighet i vården, där svårtolkade riktlinjer och gränsdragningar mellan vårdgivare inte bara skapar etiska problem för vårdgivaren personligen utan även en otrygghet för patienterna då omfattningen på den vård man erbjuds är avhängigt enskilda vårdgivares tolkning av riktlinjer. Även i de fall där den enskilda vårdgivaren gjort en tydlig gränsdragning och själv nått fram till en tydlig formulering av det egna uppdraget och vilka patienter man har ansvar för saknas garantier för att gränsen accepteras av nästa instans i vårdkedjan. Samsyn tycks saknas mellan olika vårdgivare kring vem som har ansvar för vad, vilket leder till negativa konsekvenser för patienterna då ett tomrum mellan olika instanser uppstår. Patienter riskerar att bollas mellan olika vårdgivare som på grund av liknande resursbrister upplever ett behov av att göra sig av med patienter.

Illusorisk valfrihet

Ett resultat av denna studie som kan betraktas som nytt i forskningen kring etisk stress är det som skulle kunna benämnas *uppriktighet kring begränsningar* och som handlar om att förhålla sig öppen gentemot patienten rörande de begränsningar som råder inom verksamheten. Denna strategi beskrevs som någonting som skulle kunna liknas vid ett informerat samtycke, där ett ärligt och öppet förhållningssätt kring förutsättningarna för vårdkontakten ansågs ge utrymme för vårdtagaren att vända sig någon annanstans. Problemet med ett sådant förhållningssätt i ett längre tidsperspektiv är att det tenderar att förlägga alltmer ansvar på patienten som dessutom riskerar att flyttas

runt mellan olika instanser på grund av att det saknas resurser på generell nivå. Denna typ av valfrihet riskerar därför att bli illusorisk eftersom den ger sken av att det finns andra bättre alternativ någon annanstans inom vårdapparaten, eller att de alternativ som ligger utanför denna på samma villkor finns tillgängliga för alla. Många av informanterna beskrev därtill att de ofta rådde patienterna att återkomma i fall problemet de sökt hjälp för förvärrades eller återkom, vilket kan betraktas som ett rimligt förfarande i en etablerad vårdkontakt. Remisser, hänvisningar och att låta patienten få möjlighet att på nytt kontakta psykologen vid behov fyllde dock stundtals andra behov än dessa. I materialet framkom hur detta kunde fungera som en tröst i upplevelsen av att inte ha gjort tillräckligt för den enskilda patienten, då man upplevt sig hindrad att vårda patienten alternativt manad att avsluta vårdkontakten i förtid. Detta kan kopplas till tidigare diskuterade resonemang kring frågan om hög tillgänglighet respektive vårdkvalitet samt i vilken utsträckning ekonomiska incitament och byråkratiska krav kommit att överskugga psykologens professionella bedömning. Avslutade behandlingar genererar mer pengar till den enskilda vårdcentralen och riskerar därför att betraktas ur enbart ett kortsiktigt ekonomiskt perspektiv istället för en mer långsiktigt och för patienten mer gynnsamt.

Utökad patientgrupp, oförändrade resurser

Psykologerna beskrev hur deras uppdrag utökats till att nu omfatta patienter med svårigheter de tidigare inte haft erfarenhet av att behandla. Detta sades ha skett utan motsvarande utökning av resurser eller kompetens, vilket skapade många etiska frågetecken. Att psykologerna gavs bristfällig utbildning för att ta hand om nya patientgrupper kan sägas peka mot en oförmåga att från politiskt och organisatoriskt håll ta psykologisk behandling och de patienter som är i behov av den på allvar, eftersom bristande kompetens riskerar att leda till försämrad patientsäkerhet. Det faktum att en ny tyngre patientgrupp upplevdes som svår att behandla på vårdcentralen uppgavs också kunna leda till att de patienter med lättare problematik prioriterades då deras behov lättare kunde matchas av ramarna för behandling.

Ekonomi framför professionalitet

Genomgående i intervjuerna gavs exempel på situationer där ekonomiska överväganden kunde sättas före en professionell bedömning. Ersättningssystemen kan med andra ord sägas ha en stor inverkan på psykologens arbete, och att de knutits till specifika metoder och interventioner tycktes i flera fall innebära att psykologernas professionella bedömningar och avvägningar sattes i andra hand.

Den vårdapparat där vårdcentralerna ingår har under de senaste årtiondena sett en utveckling mot att i allt högre grad styras utifrån marknadslogik och –principer där lönsamhet, mätbarhet och effektivitet kopplats samman och blivit till en viktig aspekt i de individuella professionellas yrkesutövning. Våra intervjupersoners svar ger flera exempel på detta. Bland annat konstateras att diagnoser i många fall sätts för att det finns krav på det snarare än för att patienten uppfyller kriterierna för en diagnos. Rapporter har också visat att antalet satta diagnoser inom primärvården ökat markant sedan det blev känt att dessa var ersättningsgrundande (Björkman, Edenström & Lundahl, 2011), vilket tyder på att ekonomiska motiv tycks ligga bakom flertalet diagnoser. Även om

det är rimligt att patienttyngd ska påverka ersättning tycks ett dylikt system bjuda in till en överrapportering av diagnoser.

Etiken, vilken kan sägas ligga i kärnan av själva psykologrollen, är i grund och botten en fråga om vad som är det goda att göra i ett eller annat sammanhang. I mötet mellan marknadens logik och psykologens etik väcks frågan om strävan efter det goda är helt förenlig med strävan efter det lönsamma? Eller om en allt för stor strävan mot det som är lönsamt och effektivt i vårdapparaten riskerar att innebära att det som är gott och bra för patienterna sätts i andra hand.

Våra resultat pekar på att de nuvarande ersättningssystemen för vårdcentralernas arbete bjuder in till en kortsiktighet i arbetet med psykisk ohälsa. På grund av ökad konkurrens mellan vårdgivare finns idag ett större krav på att varje vårdprofessionell genererar pengar till vårdcentralen. I gruppen psykologer såg vi hur detta bland annat gav upphov till att diagnoser ställdes på osäker grund och att behandlingar kodades som något de inte var. Detta riskerar dels att skapa problem för enskilda patienter, men också att en statistiskt felaktig bild av psykologisk behandling på vårdcentral etableras. Att ersättning delas ut för bland annat KBT hänger samman med hur forskningsläget kring evidensbaserade metoder ser ut i dagsläget. Men då förutsättningar för att bedriva behandlingar i enlighet med de modeller som samma forskning grundar sig på saknas inom primärvården uppstår en slags skevhet, där kodningen av behandlingar som KBT riskerar att bekräfta nödvändigheten av ersättning knuten till specifika metoder. Något som inte kan uteslutas kommer kunna ha en inverkan på hur riktlinjer för psykologiskt behandlingsarbete på vårdcentraler formuleras i fortsättningen. Kraven på användningen av specifika metoder riskerar att cementeras, vilket skulle kunna sägas ha en inverkan på psykologers professionella frihet. Det går heller inte att utesluta att det faktum att vårdcentralerna mottar ersättning för psykologisk behandling när dessa kontakter avslutas skulle kunna ha en inverkan på vilka patienter som prioriteras.

Personligt engagemang som sårbarhet

Att det saknas en generell uppfattning kring vad som anses vara rätt och fel ligger i det moraliska handlandets natur, men ett alltför stort tolkningsutrymme kring vilka värden som bör ha högst prioritet är i sig en påfrestande faktor, och riskerar att skapa en arbetssituation där psykologen ensam tvingas fatta beslut som egentligen är hemmahörande på en strukturell nivå. Ett sätt för informanterna att hantera detta var att lyfta ansvaret från sig själv och vända sig till en högre instans i form av chef och ledning som ett led i att minska upplevelsen av att själv stå helt ansvarig. Detta sätt att hantera etisk stress på har tidigare nämnt i andra forskningsstudier kring specifikt psykologers upplevelser (Austin et al., 2005). Ytterligare en förekommande strategi bestod i att engagera sig personligen i de frågor som gav upphov till etisk stress. Det kunde till exempel ske genom att psykologen engagerade sig fackligt eller på andra sätt försökte förändra förutsättningarna på organisatorisk nivå. Liknande fynd finns beskrivna av bland annat McCarthy och Deady (2008). Ett personligt engagemang för utvecklingsarbetet inom vårdcentralens verksamheter har i en kartläggning om framgångsrik praxis för bedömning och behandling av psykisk ohälsa inom primärvården (Lindgren, 2012) beskrivits som en viktig faktor för förändring. I analysen av hur dessa typer av förändringar uppkommit fann man att det ofta handlade om att arbetsgruppen bestod av en eller ett flertal drivande och engagerade personer. Dessa så kallade eldsjälarna var oftast psykologer som delvis anställdes på grund av sina uttalade visioner kring att utveckla arbetet med psykisk

hälsa på vårdcentral. Detta personliga engagemang kan således betraktas som någonting påtagligt berikande ur organisatorisk synpunkt men riskerar samtidigt att utgöra ytterligare en sårbarhet för den enskilda psykologen, då ansvaret för organisatoriska förändringar förläggas på individnivå.

Byråkratisering av psykologrollen

Psykologerna i vårt material ger exempel på hur de i flera fall för att leva upp till krav för antingen den egna organisationen eller andra instanser i vårdkedjan tvingas utföra professionella handlingar - som att inleda en behandlingskontakt, administrera ett screeningformulär, diagnostisera - som inte baseras på professionella bedömningar. Att psykiatrin till exempel ställer krav på två behandlingsförsök av en patient innan denna kunde remitteras vidare till dem innebar enligt våra intervjupersoner att de ibland inledde kortare behandlingskontakter med patienter där de bedömde att behovet omöjligt kunde tillgodoses inom vårdcentralens snäva ramar. Psykologens expertkunskap vad gäller att bedöma psykisk ohälsa underordnas i liknande fall byråkratiska krav. Riktlinjer vars syfte är att kvalitetssäkra verksamheter tycks i vissa fall istället få som konsekvens att psykologernas arbete byråkratiseras, med minskad professionell frihet som följd.

Om yrkesetik och legitimationskraven förlägger det etiska ansvaret på den enskilda psykologen men denna enskilda psykolog sedan verkar inom ett system där han eller hon inte tillåts fatta självständiga beslut blir frågan hur psykologen till fullo ska kunna leva upp till yrkesetikens krav. Risken finns att kombinationen av en yrkesetik som ställer krav på ett etiskt utfört arbete och organisatoriska omständigheter som ibland försvårar eller till och med omöjliggör ett fullföljande av det etiska uppdraget leder till att psykologen hamnar i en olöslig sits. Det etiska ansvaret kvarstår, men friheten i arbetet minskar. Och det är i denna olösliga sits av stort ansvar och liten frihet som den etiska stressen riskerar att uppstå.

Metoddiskussion

Under denna studies tillblivande har det förekommit vissa metodologiska frågor som bör lyftas till diskussion. Utgångspunkten för uppsatsens frågeställning har varit en öppen frågeställning utifrån ett teoretiskt begrepp som i sig självt är löst definierat och som dessutom tycks mana till en intuitiv förståelse av dess innebörd. Genom att bifoga en definition av etisk stress försöktes de problem som framlyfts av McCarthy och Dedy (2008) rörande metodologisk stringens undvikas. Trots detta föreligger en risk för att den intuitiva förståelsen av begreppets innebörd stundtals kommit att beblandas med den teoretiska. Då denna uppsats är av kvalitativ karaktär och de specifika frågeställningarna rör respondenternas upplevelser går detta aldrig att utesluta. Att resultaten inte gör anspråk på att beskriva prevalensen av etisk stress blir därför av särskilt vikt att poängtera.

Jameton talar i sin ursprungsdefinition av begreppet om initial respektive reaktiv etisk stress (Kälvemark et al, 2004). Våra resultat har framför allt visat på exempel på vad som väcker etisk stress, det vill säga initial etisk stress, medan psykologernas subjektiva upplevelser till följd av dessa situationer inte förekommit i den utsträckning vi förväntat oss. Eftersom deltagandet i studien utgick ifrån en identifikation med be-

greppet har detta tolkats som ett uttryck för en svårighet hos psykologer att tala om de egna upplevelserna, vilket kopplats samman med en stark personlig identifikation med yrkesetiken. Möjligen kan de flertalet strategier och anpassningar som lyftes fram ha bidragit till att den initiala stressen hos de intervjuade psykologerna sällan blivit reaktiv, vilket i Jametons förståelse skulle innebära att handlingen för att åtgärda eller förhindra det etiska dilemmat bidragit till att minska de negativa känslorna kopplade till det. Det går dock ej att utesluta att bristen på berättelser om reaktiv etisk stress beror på andra skäl.

Studien hade inte som syfte att undersöka huruvida etisk stress förekommer bland gruppen psykologer på vårdcentral eller inte. De informanter som efter intervjufrågan valde att delta i studien gjorde det utifrån en identifikation med upplevelsen att vara etiskt stressad och därmed säger resultaten inget om populationen i stort. För vidare forskning i ämnet vore det därför relevant att undersöka förekomsten av etisk stress på populationsbasis. Eftersom tidigare studier av etisk stress bland psykologer generellt är få till antalet och då denna studie rör psykologer verksamma inom en specifik och begränsad kontext vore även studier som på olika sätt undersöker psykologer i andra sammanhang relevanta. Då mycket pekar på att utvecklingen inom sjukvården tycks gå mot en allt större grad av detaljstyrning av vårdprofessionernas arbete är det troligt att etisk stress kommer bli ett begrepp som kommer att få allt större giltighet.

Referenser

- Ackerley, G.D., Burnell, J., Holder, D.C., & Kurdek, L.A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*, 624-631.
- Ahlin, L. (2008). Värna om yrkesetiken – psykologkårens grundbult. *Psykologtidningen, 6*, 3.
- Almgren, L. (2010). *Psykoterapiintegration – en del av vardagen för vårdcentralpsykologen*. Opublicerat vetenskapligt specialarbete i klinisk psykologi, Linköpings universitet.
- Austin, W., Rankel, M., Kagan, L., Bergum, V., & Lerner, G. (2005). To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: moral distress as experienced by psychologists. *Ethics & Behaviour, 15*(3), 197-212.
- Austin, W., Bergum, V., & Goldberg, L. (2003). Unable to answer the call of our patients: mental health nurses experience of moral distress. *Nursing Inquiry, 10*(3), 177-183.
- Barnett, J.E., & Cooper, N. (2009). Creating a culture of self-care. *Clinical psychology: science and practice, 16*, 16-20.
- Bjarneberg, A-L. (2009) Nu får du större inflytande över vården: Välj den vårdcentral som passar dig bäst! *Regionmagasinet, 2*, 2009, 5-6.
- Björkman, L., Edenström, M., & Lundahl, A. (2011) *ACG i Västra Götaland*. Hälso- och sjukvårdsavdelningen, analysenheten: Västra Götalandsregionen.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101.
- Carlsson, S. (2001). Psykologi i primärvården. *En kunskapsinventering i samarbete med Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan Västra Götalands län*. Göteborgs Universitet: Psykologiska Institutionen, Göteborg.

- Colnerud, G. (1997). Ethical dilemmas of psychologists – a Swedish example in an international perspective. *European Psychologist*, 2, 164-170.
- Corley, M.C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650.
- Dahlqvist, V. (2008). *Samvete i vården – att möta det moraliska ansvarets röster*. Doktorsavhandling, Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet.
- Dahlqvist, V., Söderberg, A., & Norberg, A. (2009). Facing inadequacy and being good enough: psychiatric care providers narratives about experiencing and coping with troubled conscience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 242–247.
- Deutsch, C.J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 833-845.
- Eklöf, M. (2012). *Begrepp för analys och beskrivning av psykosocial arbetsmiljö*. Opublicerad sammanställning i Kompendium med artiklar och särdrag, kursmaterial Arbets- och organisationspsykologi vårterminen 2013, Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen, Göteborg.
- Forsberg, E. (2001). *Do financial incentives make a difference? A comparative study of the effects of performance-based reimbursement in Swedish health care*. Opublicerad doktorsavhandling, Uppsala universitet: Medicinska fakulteten, Uppsala.
- Frank, R., McDaniel, S., Bray, J. & Heldring, M. (2004). *Primary care psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Glasberg, A-L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2007). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 392-403.
- Hadjistavropoulos, T., Malloy, D.C., Sharpe, D., Fuchs-Lacelle, S. (2003). The ethical ideologies of psychologist and physicians: a preliminary comparison. *Ethics & Behavior*, 13, 97-104.
- Juthberg, C. (2008). *Samvetsstress hos vårdpersonal i den kommunala äldreomsorgens särskilda boenden*. Doktorsavhandling, Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet
- Kelly, B. (1998). Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 25(8), 1134-1145.
- Kjellin, L., Thorsén, H., Bäckström, J., Wadefjord, A., & Engström, I. (2013). Etik och moralisk stress diskuteras sällan inom psykiatrin. *Läkartidningen*, 110(4), 150-3.
- Kälvemark, S., Höglund, A.T., Hansson, M.G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, 58(6), 1075-1084.
- Lindgren, Å. (2012). *Kartläggning av framgångsrik praxis för bedömning och behandling av psykisk ohälsa inom primärvården*. (Arbets- och miljömedicin rapport nr 139). Göteborg: Arbets- och miljömedicin, Sahlgrenska sjukhuset.
- Malmström, Å. (2005). *Psykolog på vårdcentral – yrkesroll, identitet och profession i jurisdiktionens gränsområde*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Lunds universitet: Institutionen för psykologi, Lund.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McCarthy, J., & Deady, R. (2008). Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*, 15(2), 254-62.

- Myhr, U. (2007). *Psykologer i första linjen: primärvårdspsykologernas arbetsförhållanden och psykosociala arbetsmiljö*. Opublicerad specialistuppsats i klinisk psykologi. Göteborgs Universitet: Psykologiska Institutionen, Göteborg.
- O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 345-350.
- Pettifor, J.L. (2004). Professional ethics across national boundaries. *European Psychologist*, 9, 264-272.
- Sveriges kommuner och landsting, *Rehabiliteringsgarantin*.
http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/rehabiliteringsgarantin. Hämtad 2014-01-09.
- Sveriges Psykologförbund (2011). *Patienters tillgång till psykologer – en uppföljande kartläggning av landets vårdcentraler 2011*.
<http://www.psykologforbundet.se/Documents/F%C3%B6rbundet%20tycker/V%C3%B6kning/RapportVC2011.pdf>. Hämtad 2014-01-09.
- Sveriges Psykologförbunds Kongress. (1998). *Yrkesetiska principer för psykologer i Norden*. Stockholm: Sveriges Psykologförbund.
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest*.
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest>. Hämtad 2014-01-09.
- Socialstyrelsen (2011:17). *Sjukskrivningsdiagnoser i olika yrken: startade sjukskrivningar (>14 dagar) per diagnos bland anställda i olika yrken år 2009*.
- Socialstyrelsen (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-27>. Hämtad 2014-01-31.
- Västra Götalandsregionen (2013). *Krav- och kvalitetsbok 2013*.
<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Forvardgivare/VG-Primarvard1/For-vardgivare1/kravochkvalitetsbok/>. Hämtad 2013-10-22.
- Wilkinson, J.M. (1988). Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*, 23(1), 16-29.
- Øvreeide, H. (2002). *Yrkesetik i psykologiskt arbete*. Lund: Studentlitteratur.