



GÖTEBORGS UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Vad blir till hjälp?

- **en studie om hjälpande faktorer i sjukhuskuratorers arbete**

SW2226/SW2227, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 30 hp
Scientific Work in Social Work, 30 higher education credits
Avancerad nivå

130304

Författare: Helena Engberg

Handledare: Mikaela Starke

Abstract

Title: What becomes help? - a study of helping components in the work of hospital social workers

Author: Helena Engberg

Key words: social work, healthcare, help, professionalism

E-mail: helena.engberg@vgregion.se

The connection between body, soul and social surroundings and their influence on health has, in the western world, been known for over a hundred years. The hospital social worker with tasks within the area of the psychosocial perspective is therefore now a part of Swedish healthcare. Yet both international as well as national research and literature show that social workers have a slow professionalizationprocess and difficulties describing their area of tasks and methods. This study aims to explore hospital social workers line of work, what they believe becomes help in their work with patients and put results in relation to professionalization in the medical environment. The results are problematized from perspectives like professionalism, power and role.

The study includes 86 hospital social workers at Sahlgrenska Universitetssjukhuset in Gothenburg Sweden and it contains both quantitative and qualitative parts. As a start, interviews were made with four hospital social workers in the purpose to achieve information which could help create an extensive and well sharpened survey mailing. The survey mailing was sent to 86 hospital social workers and 51 answered. As a complement mailcorrespondence was held with two head hospital social workers.

With obvious majority two components were singled out by the respondents as especially helpful in their work with patients; the hospital social workers knowledge and competence and the relationship between hospital social worker and patient. The effort being voluntary for the patient was also highly ranked as a helpful component. Through the results and the theoretical perspectives it is obvious that the hospital social workers daily work is influenced by vaguely formulated professional boundaries and a slow professionalizationprocess. Circumstances to be seen as obstructive are other professions level of knowledge of the hospital social workers tasks and competence and the high level of freedom of action for the hospital social worker to on their own and partly based on own preferences plan and organize their work. The study shows that there is an obvious difference in how the respondents individually spread their tasks. Despite vast knowledge of how and when help is achieved many of the respondents wish to increase or start working with evaluation.

Abstract

Titel: Vad blir till hjälp? – en studie om hjälpanande faktorer i sjukhuskuratorers arbete

Författare: Helena Engberg

Nyckelord: socialt arbete, sjukvård, hjälp, professionalitet

E-mail: helena.engberg@vgregion.se

Sambandet mellan kropp, själ och socialt liv och dess påverkan på hälsa har i västvärlden varit känt i över hundra år. Sjukhuskurator med arbete inom det psykosociala perspektivet är nu därför en del av svensk hälso- och sjukvård. Trots det visar såväl svensk som internationell forskning och litteratur att kuratorer har en långsam professionaliseringsprocess och svårigheter att beskriva sitt arbetsområde. Aktuell studie syftar till att kartlägga sjukhuskuratorers arbetssätt, vad de upplever leder till hjälp i deras patientarbete och ställa resultatet i relation till professionalisering och positionering i medicinsk miljö. Resultaten problematiseras utifrån perspektiv på professionalitet, makt och roll.

Studien omfattar 86 sjukhuskuratorer på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg och består av både kvantitativa och kvalitativa delar. Inledningsvis gjordes intervjuer med fyra sjukhuskuratorer i syfte att information från dessa skulle utgöra grund för en genomarbetad enkätundersökning. Enkätundersökningen skickades till 86 kuratorer varav 51 stycken svarade. Som ett komplement utfördes mailkorrespondens med två chefkuratorer.

Med överlägsen majoritet framkom två komponenter som speciellt hjälpsamma i respondenternas patientarbete; sjukhuskurators kunskap och kompetens samt relationen mellan sjukhuskurator och patient. Att insatsen är frivillig för patienten sågs även det som en viktig hjälpfrämjande komponent i patientarbetet. Genom det empiriska materialet och de teoretiska perspektiven framkommer att sjukhuskurators arbetssituation präglas av vagt formulerade professionella ramar och en långsam professionaliseringsprocess. Omständigheter som kan ses som försvårande är andra professioners grad av kunskap om sjukhuskurators arbetsuppgifter och kompetens samt den höga grad av handlingsfrihet för sjukhuskurator att själv lägga upp och planera sitt arbete, till del baserat på egna preferenser. En klar diskrepans visas i hur respondenterna fördelar arbetsuppgifterna grovt indelade i praktiska insatser och samtal, på sina tjänster. Materialet visar också att trots omfattande kunskap om hur och när hjälp uppnås vill många av respondenterna utöka eller påbörja arbete med utvärdering.

Tack

Alla som medverkat i studien

Mikaela Starke – min handledare

Mina ovärderliga kollegor

Micke, Ella och Cajsa ♥

Innehållsförteckning

Abstract

Tack

Kapitel 1	8
1.1 Inledning och problemformulering	8
1.2 Syfte och frågeställningar.....	8
1.3 Disposition	9
Kapitel 2 Bakgrund och tidigare forskning	10
2.1 Inledning.....	10
2.2 Historisk beskrivning	10
2.3 Beskrivning av nuvarande situation	12
2.3.1 Psykosocialt arbete inom hälso- och sjukvård	12
2.3.2 Sjukhuskurators kompetens och utbildning	13
2.3.3 Sjukhuskurators arbetsuppgifter.....	13
2.4 Utmärkande arbetsförhållanden för sjukhuskurator i relation till andra professioner.....	14
2.4.1 Handlingsfrihet i relation till andra professioner.....	14
2.4.2 Sjukhuskurators profession, arbetsområde och dess ramar.....	15
2.4.3 Egna och andras förväntningar inom det psykosociala området	16
2.4.4 Numerär minoritet	17
2.4.5 Legitimation.....	18
2.4.6 Psykosocialt arbete i medicinsk diskurs.....	19
2.4.7 Lagar, intentioner och mål.....	19
Kapitel 3 Centrala begrepp och tidigare forskning.....	21
3.1 Inledning.....	21
3.2 Perspektiv på hjälp	21
3.2.1 Hjälprelation.....	21
3.2.2 Hjälpens form.....	22
3.2.3 Föreställningar om hjälp.....	22
3.2.4 Frivillighet	23
3.3 Perspektiv på makt	24
3.4 Perspektiv på professionaliseringsprocess	26
3.5 Utvärdering och evidensbaserad praktik.....	28

3.6 Perspektiv på den professionella rollen.....	29
Kapitel 4 Metod.....	33
4.1 Inledning.....	33
4.1.1 Vilka metoder har använts?.....	33
4.1.2 Studiens deltagare	34
4.1.3 Genomförande av datainsamling.....	35
4.1.3.1 Intervjuer	35
4.1.3.2 Enkätundersökning.....	36
4.1.3.3 Mailkontakt	37
4.1.4 Analys och resultatredovisning	37
4.1.4.1 Bortfall	37
4.1.4.2 Intervjuer	37
4.1.4.3 Enkätundersökning.....	38
4.1.4.4 Mailkontakt	39
4.1.5 Validitet och reliabilitet.....	39
4.1.6 Generaliserbarhet	40
4.1.7 Etiska aspekter.....	40
Kapitel 5 Resultatredovisning.....	42
5.1 Inledning.....	42
5.2 Arbetsuppgifter och arbetsförhållanden	42
5.2.1 Upplevelse av handlingsfrihet.....	42
5.2.2 Sjukhuskurators arbetsuppgifter.....	43
5.2.3 Hur kommer patienten i kontakt med sjukhuskurator?.....	44
5.2.4 Andra professioners kunskap om sjukhuskurators arbetsområde och kompetens.....	44
5.2.5 Yttre förberedelser.....	45
5.2.6 Inre förberedelser.....	47
5.3 Vad bidrar till hjälp?	48
5.3.1 Ny och/eller fördjupad kunskap.....	48
5.3.2 Hjälprelationen.....	50
5.3.3 Frivillighet.....	50
5.3.4 Patientens förväntningar och kurators begränsningar.....	51
5.4 Insatsernas effekt	53
5.4.1 När och hur uppnås hjälp?.....	53
5.4.2 Utvärdering av professionella insatsers effekt.....	54
Kapitel 6 Analys	56
6.1 Inledning.....	56
6.2 Sjukhuskurators individuella handlingsfrihet.....	56
6.2.1 Verksamhets- och diagnosrelaterade skillnader.....	56

6.2.2 Individuella preferenser/förutsättningar	57
6.2.3 Intraprofessionell professionalisering	58
6.3 Andras kunskap om sjukhuskurators arbete.....	59
6.3.1 Kontaktvägar och andra professioners kunskap.....	59
6.4 Vad bidrar till hjälp?	61
6.4.1 Egen kunskap	61
6.4.2 Hjälprelation samt yttre och inre förberedelser.....	62
6.4.2.1 Yttre förberedelser.....	63
6.4.2.2 Inre förberedelser	64
6.4.3 Frivillighet.....	64
6.4.4 Förväntningar och begränsningar.....	65
6.5 Efter besöket/avslutad kontakt.....	67
6.5.1 Utvärderande arbete och säkerställande av kvalitet.....	67
Kapitel 7 Avslutande diskussion.....	69
7.1 Inledning.....	69
7.2 Egen kunskap och dess betydelse för professionaliseringsprocessen	69
7.2.1 Vikten av att problematisera det till synes självklara.....	70
7.2.1.1 Frivillighet.....	71
7.2.1.2 Handlingsfrihet.....	71
7.3 Hjälprelation och förberedelser	72
7.4 Andra professioners kunskap om sjukhuskurators arbete och kompetens.....	72
7.4.1 Utvärdering och evidensbaserad praktik - ett led i professionaliseringsprocessen genom ökad kunskap.....	73
7.5 Sjukhuskurators professionaliseringsprocess och dess betydelse.....	73
7.6 Avslutande kommentarer.....	75
7.7 Hur kan studiens resultat användas i praktiken?.....	76
Källförteckning:	78
Bilaga 1 Brev intervjuer	83
Bilaga 2 Informerat samtycke.	84
Bilaga 3 Intervjuguide.....	85
Bilaga 4 Enkät.....	87
Bilaga 5 Mailkontakt med chefkuratorer.	97

Kapitel 1

1.1 Inledning och problemformulering

Psykosocialt arbete inom sjukvård är ett över hundraårigt fenomen, både i Sverige och i andra delar av västvärlden. Arbetet utfördes till en början av utbildade men för uppgiften lämpliga personer och insatserna bestod av handgripliga åtgärder avsedda att upptäcka, mildra eller avhjälpa de sociala problem som fanns innan eller hade uppstått i samband med sjukdom (Olsson 1999). Idag vilar arbetet på akademisk grund och spänner över ett vitt område där insatserna verkar för förändring i såväl patientens inre som yttre livssituation. En människas psykosociala situation påverkar hennes hälsa och professionellt psykosocialt arbete finns idag med som en del av svensk sjukvård där det i sin helhet utförs och representeras av kuratorer (Benkel et al 2009; Svensk kuratorsförening 2011).

Jag har sedan år 2004 arbetat som sjukhuskurator på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska (SU/S). Tidigt slogs jag av den omfattande kunskap och erfarenhet kuratorerna jag mötte och arbetade med besatt. Jag upplevde, och upplever, en oerhörd professionalitet och säkerhet i hur de såg på och utförde sitt arbete, något jag även många gånger har fått bekräftat från både patienter och andra professioner. Enligt vilka metoder och arbetsätt professionen utförde sina uppgifter fanns dock sällan eller bristfälligt beskrivet. Även vad i kurators patientarbete som bidrog till hjälp och när det gjorde det var svårt att finna formulerat både på en övergripande allmän nivå men också efter utfört patientarbete i form av utvärdering eller liknande. Detta visade sig även vara något som forskning inom området sedan länge uppmärksammat, såväl nationellt som internationellt (Dhooper 1997; Olsson 1999). Forskningen pekade också på hur professionens låga grad av samlad och formulerad metod- och arbetsbeskrivning kan ligga i linje med en, i jämförelse med andra professioner verksamma inom hälso- och sjukvård, långsam professionaliseringsprocess (Alenius 2000; Cowles & Lefcowitz 1992; Davidson 1990; Olsson 1999).

Studien är genomförd på Sahlgrenska Universitetssjukhuset vilket består av fyra sjukhus, SU/Högsbo, SU/Mölndal, SU/Sahlgrenska samt SU/Östra. Alla ligger i Göteborg och organiserar sig inom Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård. Sahlgrenska Universitetssjukhuset förkortas löpande i texten till SU och avser då alla de fyra sjukhusen.

1.2 Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att identifiera och beskriva de faktorer som sjukhuskuratorer upplever bidra till att deras insatser får effekt för patienten. Studien syftar också till att kartlägga sjukhuskuratorers arbetsätt och ställa det i relation till professionalisering och positionering i medicinsk miljö.

De frågeställningar som ställs är:

- Vilka faktorer framkommer som stödande och hjälpande för patienten?

- Hur kan likheter och olikheter i kuratorernas uppfattningar och beskrivningar förstås utifrån professionalitet, makt och roll?

1.3 Disposition

Studien består av sju kapitel samt fem bilagor. Med start i kapitel 2 börjar alla kapitel med en inledning tänkt att fungera som introduktion och kort sammanfattning av det kommande kapitlet.

Kapitel 1 presenterar studiens problemformulering, syfte och frågeställningar.

Kapitel 2 inleds för att öka förståelsen för sjukhuskurators situation med historisk och kontextuell beskrivning. Här pekas på yrkets utveckling och arbetsuppgifter samt ges en förklaring av vad psykosocialt arbete är i allmänhet och vad sjukhuskurator gör specifikt. Även omständigheter som i relation till andra yrkesgrupper är utmärkande för sjukhuskurator och dennes arbete presenteras. Genom hela kapitlet belyses de olika avsnitten av tidigare forskning inom området. Kapitel 3 belyser centrala begrepp, teoretiska perspektiv samt tidigare forskning av relevans för studien.

Kapitel 4 beskriver metodval och tillvägagångssätt vid insamlande av empiri och bearbetande och presentation av data.

Kapitel 5 redovisar resultat från empirin i text och tabeller. Ett urval av enkätens frågor redovisas och belysande citat från intervjuerna presenteras i anslutning till aktuellt avsnitt.

Kapitel 6 innehåller analys av empirin förankrat i de teoretiska perspektiv som valts för uppsatsen.

Kapitel 7 består av en avslutande diskussion kring resultat och slutsatser samt förslag på fortsatt arbete.

Avslutningsvis tillkommer bilagor som presenterar brev inför studiens intervjuer, informerat samtycke, intervjuguide, enkät (frågeformulär) samt mailkorrespondens (frågor och svar) med två chefkuratorer på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU).

Kapitel 2

Bakgrund och tidigare forskning

2.1 Inledning

I detta kapitel beskrivs ett flertal faktorer som tillsammans skapar en bild av det sammanhang sjukhuskuratorer verkar i och på olika sätt påverkas av. Beskrivningarna berör ett brett spektrum från både historisk bakgrund till nuvarande situation samt hur kårens professionella förutsättningar utmärker sig i relation till andra yrkesområden.

Varje avsnitt har ansetts nödvändigt att tas med för att de specifika förhållanden som föreligger för just sjukhuskuratorer ska bli synliga. Förhoppningen är att denna beskrivning för läsaren ska fungera som en ”fond av kunskap” och utgöra en bred och nödvändig bakgrund inför fortsatt läsning och förståelse av studien.

Hur nationell och internationell forskning kommenterar kapitlets stycken presenteras löpande i varje avsnitt.

2.2 Historisk beskrivning

I forskning och litteratur kring sjukhuskurators arbete återfinns avsnitt som behandlar yrkets historia (Allberg & Eriksson 2009; Bauer & Sundén 1975; Benkel et al 2007; Fredlund 1997; Gillblom & Kihlberg 2005; Olsson 1999). Fokus ställs på att förklara det Olsson (1999) anger som avstampet för sin avhandling; ”Varför uppstod det ett behov av kuratorer inom sjukvården” (Olsson 1999 s. 2) och ett behov av att förklara det sociala arbetets plats och funktion i sjukvården framträder. Sjukhuskurators arbetsuppgifter ligger utanför det direkt medicinska området och det kan tänkas vara svårt att, i jämförelse med medicinska preparat och operativa ingrepp, med mätbar effekt påvisa insatsernas betydelse. Det psykosociala arbetets koppling till sjukvårdens medicinska och omvårdande uppgifter är inte alltid uppenbar. Som en jämförelse kan nämnas att studier kring arbete inom socialtjänst kan uppfattas mer sällan behandla historisk kontext och om det görs, då mycket kortfattat (Billquist 1999). Ursprunget, kontext och roll beskrivs inom socialtjänst framstå som mer självklar då arbetet utförs inom den egna diskursen och majoriteten anställda delar utbildningsbakgrund (Allberg & Eriksson 2009).

I avhandlingen ”Kuratoren förr och nu – sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv” (Olsson 1999) beskrivs hur det västerländska samhället under mitten av 1800-talet förändrades i och med skiftet från ett ruralt samhälle till industrialismens med urbanisering, folkökning och trångboddhet som följd. Epidemier, såsom tuberkulos, spred sig snabbt och dödligheten var hög. Människors tidigare fungerande sociala nätverk raserades då man flyttade till städernas arbetstillfällen. Städernas fattiga levde under miserabla sociala förhållanden vilket både i Storbritannien och USA uppmärksammades av mer välbärgade invånare och privata sjukhus och fristående mottagningar (dispensaries) inrättades. Där erbjöds kostnadsfri vård till de fattiga som ansågs vara förtjänta av det vilket gjordes liktydigt med de som hade god karaktär och som

snabbt skulle kunna återgå i arbete. Övriga, som ansågs leva i självförvållad fattigdom fick sin sjukvård inom fattigvårdens institutioner (poor house). Under denna period var den medicinska kunskapen grund och sjukhusens funktion var av en mer omvårdande karaktär. Vården bestod främst av vila, mat, värme och enklare medicin och eftersom dödligheten var hög vid de kirurgiska ingrepp som utfördes fanns det en utbredd motvilja och rentav skräck för sjukhusvård. Framåt 1870-talet förändrades dock synen på sjukhusen då man där inte längre enbart lindrade symptom utan i och med flera avgörande medicinska framsteg även kunde behandla och bota. Sjuksköterskor anställdes inte längre enbart utifrån personlig lämplighet för uppgiften utan hade även medicinsk kunskap och drev igenom en medvetenhet gällande renlighet på avdelningarna vilket påverkade vården i positiv riktning. I och med medicinska framsteg förändrades folkets syn på sjukhusvården. Fler och fler vände sig dit för att få vård, och då inte längre bara fattiga utan även grupper från andra samhällsskikt. Den allmänna uppfattningen hade ändrats och lett till att sjukhusen ansågs som en säkrare plats att vårdas vid sjukdom än i hemmet. I och med det ökade anseendet och förtroendet för sjukhusen som hjälpinstitution drogs inte längre enbart de svårt sjuka sig dit utan även de som av andra skäl än de rent medicinska hade en problematisk situation. Många hade i sin i det närmsta nätverkslösa tillvaro ingen annanstans att vända sig. Det blev också tydligt att i takt med att sjukvården lyckades bota och behandla istället för att enbart vara omvårdande började krav också ställas på en fungerande eftervård för att tillfrisknade patienter inte åter skulle bli sjuka. Då både privat och offentligt socialt skydds nät helt eller delvis saknades hade patienternas sociala situation under sjukhustiden ofta påverkats på ett negativt sätt gällande bostad, ekonomi och familjeförhållanden (Olsson 1999, s. 44-47).

Under 1900-talets början uppmärksammade den amerikanske läkaren Richard C Cabot (1868 – 1939) patienternas behov av dubbel kompetens, både medicinsk och social, och tanken om social medicin växte fram. Cabot (1911) menade att fysisk och psykisk ohälsa samt sociala problem intimt hängde samman och påverkade varandra och att framgångsrika behandlingsresultat förutsatte samarbete mellan läkare och socialarbetare.

”När läkaren forskar efter yttersta orsaken till all den sjuklighet, han kallas att afhjälpa, finner han sociala villkor såsom last, okunnighet, öfverbefolkade bostäder, utsvettningsarbete och fattigdom. När den sociala arbetaren analyserar grunderna till en familjs nödställdhet, en försörjares slöhet och efterträtlighet, unga flickors felsteg, pojkers vanart och brottslighet, så finner han fysiska betingelser, rent medicinska fall – undernäring, brist på frisk luft, alkoholism, tuberkulos, olycksfall under arbete – stirra sig i ansiktet. Därför fordras en samverkan mellan läkaren och den sociala arbetaren” (Cabot 1911, s. 5-6).

Cabot menade att socialarbetarens uppgift var att identifiera de sociala och ibland även psykiska problem som låg bakom eller påverkade de medicinska åkommorna. Socialarbetaren skulle arbeta med individen och dennes familj för att hjälpa dem till en drägligare tillvaro men också upptäcka missförhållanden i samhället och återföra denna kunskap till berörda myndigheter och på så sätt verka för förändringar på både individ-, grupp- och strukturell nivå. Cabot ville höja det sociala arbetets status genom att lämna bilden av samhällets välbärgade utdelandes allmosor, till personer specifikt utbildade inom området. Han menade att socialt arbete inte skulle handla om hur understöd skulle utdelas utan formulerade arbetsuppgifterna till: ”Studiet av människokaraktären under motgångar samt af de inflytande, som stärka eller undergräfvat densamma” (Cabot 1911, s. 47).

Socialt arbete på sjukhus utvecklades inte bara i USA utan fick en successivt framträdande roll även i andra delar av västvärlden. Olsson (1999) berättar att vid Royal Free Hospital i Storbritannien anställdes år 1895 en socialarbetare (lady almoner) vilken till att börja med hade till uppgift att kontrollera att den fria vården som erbjöds enbart utnyttjades av de patienter som inte hade möjlighet att med egna medel betala för sig. Hennes roll utvecklades dock med tiden till att även omfatta utredning och hjälp i patienternas sociala situation. Fram till 1920-talet bestod det sociala arbetet i stort av att hjälpa patienter genom att förmedla resurser och slussa till andra instanser. Man fokuserade på fysiska förutsättningar och gav praktiska åtgärder riktade mot patienters yttre miljö (Olsson 1999). Medvetenheten ökade om de sociala problemen och deras påverkan på patienters medicinska åkommor vilket ledde till att insatser kunde sättas in och göra livet drägligare för många. Detta ledde till att många inte längre behövde uppsöka sjukvården för hjälp med sociala problem men trots insatserna fanns det dock fortfarande kvar grupper av människor som fortsatte söka hjälp hos sjukvården, även då de var medicinskt färdigbehandlade. Det blev tydligt att det inte alltid räckte med en fungerande praktisk tillvaro eller fysisk hälsa. Under denna tid inspirerades man av psykoanalytiska teorier av t.ex. Jung, Adler och Freud, vilka menade att det fanns omedvetna psykiska processer som påverkade människors sätt att agera och att även ett beteende som föreföll irrationellt kunde gå att förstå och förklara. Sjukvården och socialarbetarna kom fram till att de svårigheter patienter uppvisade kunde ha psykologiska orsaker och man sökte efter nya arbetsredskap inom psykologin. Även läkarna insåg att patienterna och deras problem inte kunde särskiljas från sin omgivning och att sjukhuset därmed bar ett ansvar för eftervård och för att patientens situation skulle vara fortsatt hållbar. Inom framför allt psykiatrin, i både USA och Storbritannien, började socialarbetarna att arbeta med både samtalsbehandling och praktiska insatser. Detta spreds successivt även till den somatiska delen av sjukvården (Olsson 1999).

Det sociala arbetets utveckling i västvärlden påverkade Sverige och år 1914 anställdes Gertrud Rohde som den första sjukhuskuratorn. Hon hade ansvar för hela den psykiatriska vården i Stockholm och hade ingen egentlig utbildning inom det sociala fältet utan var slöjdlärling med "...socialt patos, praktiskt handlag och tydligen goda kontakter" (Fredlund 1997, s. 9). Rohdes arbetsuppgifter bestod av utredning av patienters sociala och ekonomiska situation för att kunna ta tillvara deras rättigheter och intressen (Benkel et al. 2009). Hon skulle också fungera som en stödkontakt efter utskrivning från sjukvården. Även inom den somatiska vården uppmärksammades behovet av socialt arbete och den första kuratorn anställdes år 1920, också hon i Stockholm. I takt med att fler kuratorer anställdes på sjukhusen ökade också kraven på en yrkesutbildning för socialt arbete vilket långsamt växte fram och utvecklades i landet. Långsamt blev kuratorerna fler och fler, utbildningar startades och år 1944 uppskattades antalet sjukhuskuratorer till ett 70-tal i hela Sverige till att idag vara verksam på så gott som alla sjukhus och vårdinrättningar (Fredlund 1997).

2.3 Beskrivning av nuvarande situation

2.3.1 Psykosocialt arbete inom hälso- och sjukvård

"Psykosocialt arbete innebär att man professionellt hjälper någon samtidigt med inre och yttre problem" (Bernler, Johnsson & Skårner, 1993, s. 9).

Psykosocialt arbete utförs av många olika yrkeskategorier och på många arenor i samhället men

enbart socionomer har utbildning och arbetsuppgifter som omfattar hela området. Inom hälso- och sjukvård utförs psykosocialt arbete till del av många yrkesgrupper såsom sjuksköterskor, psykologer och anställda inom sjukhuskyrkan men enbart kurator utövar arbetet i sin helhet (Benkel et al. 2009; Bernler et al. 1993; Gillbom & Kihlbom 2005).

Det sammanhang människor lever i har betydelse för hälsans förutsättningar och kan därmed utgöra bakgrund till ohälsa och även påverka den hälsomässiga situationens fortsatta förlopp och utgång. Påverkande faktorer kan återfinnas i levnadsområden som arbetssituation och ekonomi, nätverk och familjerelationer, beroendeproblematik eller oro och ensamhet. De konsekvenser för hälsa och ohälsa som det psykosociala sammanhanget skapar för den enskilde kräver en bred kunskap på flera plan hos den professionelle verksam inom området. Kunskapen bör omfatta såväl vad samhällets insatser för att underlätta och stärka sviktande system består av såväl som kunskap om psykologiska modeller och behandlingsmetoder (Svensk kuratorsförening, 2011). I den s.k. Behörighetsutredningen från 2009 betonas det att "...centralt i arbetet [psykosocialt] är kunskap om sambandet mellan psykosociala faktorer och hälsa respektive sjukdom" (Statens offentliga utredningar, SOU, 2010:65, s.172).

2.3.2 Sjukhuskurators kompetens och utbildning

Inom den svenska offentliga hälso- och sjukvården arbetar cirka 4 000 kuratorer (SOU 2010:65). För att få anställning som kurator på sjukhus efterfrågas grundutbildning till socionom och gärna påbyggnadsutbildning och/eller erfarenhet som anses lämplig. Kurator kan ha vidareutbildning i form av magister-/masterutbildning, grundläggande psykoterapiutbildning eller komplett utbildning till psykoterapeut. Ytterligare yrkesspecifik vidareutbildning kan utgöras av handledarutbildning (SOU 2010:65; Svensk kuratorsförening, 2011). Dessa vidareutbildningar är vanligt förekommande inte bara hos sjukhuskuratorer utan inom hela socionomkollektivet (Liljegren 2008). Socionomutbildningen är idag den enda utbildning på högskolenivå som leder till en yrkestitel inom det psykosociala området. Det har tidigare funnits sociala omsorgsprogram på högskolenivå men efter översyn beslutade Högskoleverket år 2003 att renodla bland examenstitlarna vilket ledde till att social omsorgsexamen togs bort. Socionomutbildning finns på ett flertal högskolor i landet och vanliga arbetsplatser för socionomer är socialtjänst, behandlingshem, skola, kriminalvård och hälso- och sjukvård. Efter genomgången utbildning erhålls socionomexamen utan specifik inriktning eller specialitet. På flera högskolor i landet återfinns dock valbara kurser, både inom grundutbildning och på avancerad nivå, vilka för den enskilde kan ge möjlighet att inrikta sig mot ett visst intresseområde (Liljegren 2008).

2.3.3 Sjukhuskurators arbetsuppgifter

På Sahlgrenska Universitetssjukhusets hemsida beskrivs kurators arbete ha målsättningen att "...tillsammans med patienten, anhöriga och övrig personal stärka patientens möjligheter att hantera inre och yttre påfrestningar samt förändra olika förhållanden i patientens omgivning för att förbättra såväl den fysiska som den psykiska hälsan" (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2011). Insatserna täcker hela det psykosociala området och fokuserar på både individ-, grupp- och samhällsnivå (Benkel et al. 2009; SOU 2010:65). Kurators arbetsuppgifter kan delas in i tre delar: praktiska insatser, psykosocialt samtal som stöd och för förändring samt information, rådgivning och hänvisning (Benkel et al 2009). De praktiska insatserna utgår från patientens behov, antingen de denne själv formulerar eller de kurator upptäcker och initierar för patienten. Praktiska insatser kan som exempel beröra patientens ekonomiska situation och bestå av tillfälliga lösningar såsom fondansökningar till att långsiktigt bygga upp en fungerande ekonomi genom kontakt med arbetsgivare, socialtjänst eller Försäkringskassa. Kurator kan då identifiera

behov, ge information och vägleda till rätt instans. Arbetet med praktiska insatser kan vara mycket handfast och innebära att tillsammans med patienten fylla i ansökningar och formulera brev till mer övergripande samordning och medverka i möten kring och med patienten. Då patienten bedöms ha egna resurser att själv ta och hålla i de kontakter som krävs för att nå önskad förändring kan kurator bistå med information, rådgivning och hänvisning. Sådana insatser kan bestå av information om var olika typer av bistånd kan erhållas, gälla rättigheter och skyldigheter i aktuell situation och även hänvisning vidare till annan instans med efterfrågad specialistkunskap, till exempel skuldsanering (Benkel et al 2009).

Kurator använder sig av ett flertal olika typer av samtal i sin yrkesutövning. Gemensamt är att samtalen alla verkar som stöd och/eller för förändring. Val av insats styrs av kurators bedömning i kombination med patientens önskemål, situation, behov och möjligheter. Samtalen syftar till att ge patienten hjälp att utveckla ändamålsenliga strategier för att bättre kunna hantera och/eller förändra sin situation. Samtalen kan ha inriktning mot kris-, stöd-, informations-, motivations- och/eller förändringssamtal (Benkel et al. 2009).

Vid sjukdom påverkas ofta flera delar av en människas liv varför de praktiska insatserna och samtalsstödet kan flätas samman i det psykosociala arbetet. Områdena påverkar och kompletterar varandra och blandas ofta i kurators patientarbete, ibland under ett och samma tillfälle. Det psykosociala arbetet verkar då som helhet för att med större eller mindre insatser skapa, upprätthålla eller förstärka en hållbar och tillfredsställande vardag för patienten. Arbetet anses därmed kunna bidra till att förebygga den ohälsa som har sina rötter i den psykosociala situationen eller de psykosociala problem som kan uppstå i och med ohälsan (Benkel et al. 2009). Genom att kurator i sitt arbete antar ett helhetsperspektiv på medicinska problem och psykosocial situation menas insatserna kunna bidra till ökad hälsa (Svensk kuratorsförening 2011).

Den som är patient eller anhörig till patient inom SU:s öppen- eller slutenvård har möjlighet att efter bedömning få del av kuratorsinsatser. Vägen till kurator sker på olika sätt beroende på vem som uppmärksammar behovet av insatser. Patienten kan själv identifiera behov och uttrycka önskemål om kuratorskontakt, ibland direkt till kurator via telefon eller personligen eller gå via annan personal. Det kan också vara andra professioner som bedömer behov av kuratorsinsatser och kontaktar kurator, antingen informellt via telefon, personligen eller formellt via remiss. Anhöriga med behov av kuratorsinsatser kan själva ta kontakt antingen för egen del eller då de upptäckt behov hos patienten. I vissa fall kommer kurator och patient i kontakt med varandra som ett led i en rutin där ett vårdprogram, teamarbete eller en lag är det som styr (Benkel et al. 2009). I de allra flesta fall är en patients kontakt med kurator frivillig med betydelsen att kontakten inte är styrd av lag och kan avbrytas närhelst patienten så önskar. Exempel på när kontakt med kurator enligt lag måste erbjudas är innan och efter en abort (Svensk författningssamling, SFS 1974:595 § 6,8).

2.4 Utmärkande arbetsförhållanden för sjukhuskurator i relation till andra professioner

2.4.1 Handlingsfrihet i relation till andra professioner

När en person söker upp sjukvården och blir patient möts denne beroende på åkomma och verksamhet av en eller flera professioner. Vad dessa erbjuder och utför för insatser samt på vilket

sätt de bemöter personen handlar förutom åkomma även om val, bedömningar samt personliga förutsättningar. Mycket styrs också av att rutiner och arbetsuppgifter kan vara beroende av varandra. Om inte sjuksköterskan har tagit de prover som behövs har läkaren svårare att göra en korrekt bedömning av patientens symptom. Om inte undersköterskan har sett till att patienten inför en operation har rengjort sig enligt givna föreskrifter kan inte kirurgen genomföra ingreppet på ett, utifrån infektionsrisk, säkert sätt. Vissa av sjukvårdens uppgifter står i direkt relation till varandra och uteblivna insatser uppenbaras och efterfrågas så snart nästa led i kedjan ska utföra sina arbetsuppgifter.

Sjukhuskurator är en del av sjukvården men arbetar inte med medicinska uppgifter (Westrin&Westrin 1996). Sjukhuskurators insatser är primärt inte heller av akut karaktär varför andra professioners beroende av insatserna är av en annan och inte lika omedelbar form. Vissa av kurators insatser, framför allt de praktiska, kan påverka vårdkedjan omedelbart såsom att ansökan om färdtjänst fylls i och hjälp i hemmet ordnas. Vid kuratorsinsatser som mer syftar till inre förändring hos patienten, (samtalsinsatser), kan effekterna synas efter längre tid och kanske efter att patienten lämnat sjukvården. Sjukvårdens övriga professioner hindras mera sällan i sitt eget arbete av om kurators insatser inom vissa områden fördröjs eller inte utförs. Detta oavsett vilken betydelse övriga professioner tillskriver insatserna. Den press andra professioner, där möjligheten att utföra sina egna arbetsuppgifter står i direkt relation till att andra utför sina, kan uppleva föreligger därmed sannolikt inte i samma utsträckning för kurator. Sjukhuskurator besitter därmed större handlingsfrihet i att själv välja utformning och tidpunkt för att utföra sitt arbete vilket särskiljer kurators arbetssituation från andra professioners.

2.4.2 Sjukhuskurators profession, arbetsområde och dess ramar

Kuratorer har varit verksamma inom svensk hälso- och sjukvård under drygt 100 år. Sambandet mellan fysisk, psykisk och social hälsa har länge framhållits av såväl den egna som andra professioner och psykosocialt arbete och perspektiv inom hälso- och sjukvård är idag väl etablerat. Dock visar forskning på hur det hos sjukhuskuratorer anses föreligga en professionsgemensam svårighet att förklara och beskriva arbetsområde och kompetens samt att gentemot andra professioner hävda sin suveränitet som sjukvårdens psykosociala expert (Alenius 2000; Allberg & Eriksson 2009; Olsson 1999). I internationell forskning står det klart att problemet för sjukhuskurator att avgränsa, beskriva och hävda sin roll och domän inte är ett vare sig svenskt eller nytt fenomen. I amerikansk forskning uttrycker man hur socialarbetare inom hälso- och sjukvård (hospital socialworker) inte lyckats profilera sig gentemot andra professioner och därför inte heller fått rollen som huvudansvarig för det psykosociala arbetet. Man menar att socialarbetare inom hälso- och sjukvård länge känt att deras yrkesroll missförstås av andra professioner och ger exempel på hur studier som behandlar detta tema återfinns i amerikansk litteratur ända sedan 1950-talet (Cowles & Lefcowitz 1992).

Forskningen pekar på flera orsaker till svårigheterna där frågor kring diskursivt sammanhang och formell behörighet framträder (Alenius 2000; Allberg & Eriksson 2009; Bauer & Sundén 1975; Gillblom & Kihlberg 2005; Hanquist 2011; Olsson 1999). Man lyfter fram hur arbetsbeskrivning och arbetsuppgifter i många fall beskrivs som otydliga eller obefintliga och att andra professioners förväntningar på kurator skiftar (Allberg & Eriksson 2009; Hanquist 2011; Lidén 2009).

Att det föreligger ett behov av att klarlägga och tydliggöra sjukhuskurators professionella ramar och arbetsområde blir tydligt i litteratur och forskning som behandlar kårens situation. I dessa tecknas som regel en inledande grundläggande beskrivning av yrkets bakgrund och arbetsområde samt försök att formulera arbetsmetoder (Benkel et al. 2007; Byström et al. 1985). Detta utifrån konstaterandet att sådana ofta inte finns (Danell 2007; Österman 2008). Det pekas på svårigheter hos kuratorskåren att själv uttrycka vad den gör och man menar att det som refereras till som tyst kunskap (kunskap baserad på egen erfarenhet men inte formellt förankrad i vetenskap och/eller formellt beprövad och granskad som arbetsmetod) behöver bli en verbal kunskap, systematiseras och lyftas fram i ljuset (Lidén 2009). Liknande resonemang återfinns från tidigare år då Viking Falk, Socialstyrelsen, redan 1989 poängterade hur kuratorer inom hälso- och sjukvård ofta anses vara oundgängliga, bra fixare och etablerade inom vissa av sjukhusens specialiteter men undanskuffade inom andra. Falk menade att kuratorerna för att få en starkare position inom sjukvårdens kontext ”...måste sticka upp mer, bli bättre på att marknadsföra er själva och synas mer i den allmänna debatten” (Sveriges socionomers riksförbund, SSR, -tidningen 1989, 4, 8-9). Allberg och Eriksson (2009) beskriver hur sjukhuskuratorer upplever att många inom övriga professioner inte känner till vad deras arbete innebär vilket författarna tolkar som en kombination mellan andras brist på lust eller tid att ta reda på mer samt att kuratorerna själva bör bli bättre på att marknadsföra sig själva och sin unika kompetens. Olsson (1999) menar att bakgrunden till kurators framkomna svårigheter att driva sina egna frågor, formulera arbetsuppgifter och arbetsbeskrivning och få formell behörighet i form av legitimation kan bero på att yrkets roll och funktion traditionellt är inriktat på lyhördhet och anpassning för andras behov. En inriktning som påverkar förmågan att kräva och stå på sig och med det även professionsprocessen.

I en studie från Melbourne Australien, visas på hur socialarbetare inom hälso- och sjukvård upplever att deras status och position formas utifrån individ och inte utifrån professionen som sådan. För att professionen som helhet ska få en starkare roll och position menar man att socialarbetare inom hälso- och sjukvård behöver visa på det unika i arbetet och mer synliggöra insatserna och man ser forskning, publikationer och information till andra professioner om socialt arbete och det psykosociala perspektivet som den mest framkomliga vägen (McMichael 2000). Dhooper (1997) för samma resonemang och menar att svårigheterna att profilera sig som profession kan ligga i brister i att sätta ord på kunskapen. Han hävdar att socialarbetarnas problem inte är avsaknad av kunskap eller erfarenhet utan att man så länge koncentrerat sig på att utföra sitt arbete att man helt missat att uttrycka och utvärdera insatserna. Han ser socialarbetare inom hälso- och sjukvård som alltför blygsamma då de inte hävdar sin rätt till det arbetsområde de har varit verksamma inom under hundra år.

2.4.3 Egna och andras förväntningar inom det psykosociala området

Som avsnittet ovan påvisat råder en otydlighet kring sjukhuskurators arbetsområdes ramar och professionella kontur. Sådana förhållanden menas ge utrymme för andra professioners tyckande och tolkningar. Hur detta i forskning och litteratur menas påverka och upplevas av sjukhuskurator beskrivs nedan som ytterligare en faktor som utmärker sjukhuskurator och dennas arbete i jämförelse med andra professioner. Detta utifrån hur egen och andras syn på sjukhuskurators arbetsuppgifter och kompetens kan skilja sig åt. Exempel återfinns både bland internationell och nationell forskning och sträcker sig från lång tid tillbaka till dagsaktuell forskning. Som exempel kan nämnas hur det i en intervjustudie där läkares och sjukhuskurators uppfattningar om socialt arbete i medicinsk kontext framkom att läkarna menade att delar av det psykosociala arbetet skulle kunna utföras av flera yrkeskategorier, inte bara av sjukhuskuratorer (Alenius 2000).

Olsson (1999) menar att sjukhuskurators position under åren har försvagats medan många andra yrkesgrupper har befästs och förstärkts. Hon menar att sjukhuskurator riskerar att vara ersättningsbar genom att utan formella behörighetskrav, där legitimation ses som det starkaste, arbeta inom ett omfattande arbetsfält där andra yrkesgrupper successivt skaffar sig ökad kunskap. Den diffusa rollen och otydligheten i arbetsområdet skapar enligt Olsson en osäkerhet kring sjukhuskurators uppgifter och kompetens. Avsaknaden av formell behörighet leder till att sjukhuskurators position ständigt måste försvaras och uppvisas genom det arbete de utför (Olsson 1999).

”På grund av att kuratorn saknar behörighetskrav kan hon ersättas av vilken annan person som helst under förutsättning att denne kan utföra det arbete som krävs” (Olsson 1999 s 188).

Sjukhuskurator menas således till stor del själv behöva förklara och visa sin roll, kompetens och sitt arbetsområdes gränser. Situationen lyfts även i internationell forskning. I en studie vid fem lokalsjukhus i Indianapolis, USA, svarade läkare, sjuksköterskor samt kuratorer, totalt 487 stycken, på en enkät i vilken man ville jämföra andra professioners förväntningar på vilka arbetsuppgifter kurator skulle utföra ställt mot dennas egna förväntningar. Materialet visade att kurator och övriga professioner var överens om vilka som var kurators arbetsuppgifter, men att uppfattningarna skilde sig åt kring vad som exklusivt ansågs tillhöra kurator och inte kunde utföras av annan profession. Kuratorerna uppfattade arbete med samtal i olika former som sin främsta uppgift medan övriga professioner upplevde att kurators primära arbetsområde var de praktiska insatserna.

”In short, much of what social workers expect to be their own domain, other groups expect to be a shared arena” (Cowles & Lefcowitz 1992 s 3).

Liknande resultat fick Gillblom och Kihlberg (2005) i sin studie, med SU/Sahlgrenska som arena, där man undersökte vilka förväntningar andra professioner (vilka utgjordes av totalt 24 stycken undersköterskor, läkare och sjuksköterskor) hade på kurators roll i det medicinska teamet. De tillfrågade ansåg att kurator hade unik kunskap gällande praktiska insatser men inte gällande samtalsstöd. Vid krisstöd var det dock kurator man valde att vända sig till. De tillfrågade fann att de själva i viss utsträckning, liksom kurator, hade kompetens för samtal men kände sig otillräckliga vid patienters behov av praktiska insatser eller krisstöd.

I en amerikansk studie menar Dhooper (1997) att helhetssynen i vården numera är väl implementerad hos alla professioner vilket han dels tror gagnar patienterna men också kan ske på bekostnad av det psykosociala arbetets egna gränser. Dhooper ser riskerna som störst för det psykosociala arbetet utfört på sjukhus i jämförelse med andra arenor för psykosocialt arbete. Han menar att man där inte har ett eget inmutat område (turf) vilket öppnar för att andra professioners ökade insikter och kunskap om vikten av att se och behandla hela människan gör att de inom ramen för sina arbeten också utför delar av sjukhuskurators uppgifter. Dhooper varnar för att detta kan leda till utarmning av det professionella sociala arbetet då han befärar att andra professioner successivt också formellt kan få ta över sjukhuskurators uppgifter då man i tider av nedskärningar och besparingar kan välja att ”tumma på” kvaliteten och prioritera att hålla budget. Cowles och Lefcowitz (1992) pekar på att i tider då kostnadseffektivitet och besparingar står i fokus kan sjukhuskurators uppgifter förskjutas till att mer handla om patientens utskrivning och planering kring denna än andra psykosociala problem som kan ha uppdragats under vårdtiden.

2.4.4 Numerär minoritet

Kurator tillhör en av de i antal minsta yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvård. Professionen utgör således en minoritetsgrupp i förhållande till i antal större yrkesgrupper. Enskild kurator arbetar även oftast som ensam företrädare för sitt perspektiv (Allberg & Eriksson 2009; Benkel et al. 2009). Sjukhuskurator verkar således i en dubbel numerär minoritet. Sjukhuskurator är också ensam om att i sin helhet arbeta med enbart psykosociala frågor.

Grupper i majoritet besitter ett naturligt maktövertag och tolkningsmonopol (Svärd & Starrin 2006.) I och med sin minoritetsposition kan sjukhuskurator ses som omfattad av ett slags inbyggt professionellt underläge. En professions makt och hierarkiska position menas kunna påverka känslan av tillhörighet och inflytande, både avseende enskild yrkesutövare och som yrkesgrupp. För sjukhuskurator kan den professionella ensamheten leda till svårighet att på egen hand känna samhörighet med övriga medlemmar i tvärprofessionella sammanhang vilket menas kunna påverka både arbetssätt, motivation och personlig tillfredsställelse. Arbetet i numerärt underläge kan därigenom leda till svårigheter att hävda sig, som individ och som förespråkare för sin profession men också för det psykosociala perspektivet (Allberg & Eriksson 2009).

2.4.5 Legitimation

Socionomer har under många år arbetat för yrkeslegitimation. Officiell begäran har dock vid flera tillfällen avslagits då det hävdats att socialt arbete inte är tillräckligt tydligt avgränsat gentemot andra professioners ansvarsområden. Parallellt med fortsatt strävan mot legitimation, med Akademikerförbundet SSR i spetsen, har en självadministrerad yrkesauktorisering införts. Nämnden för Socionomauktorisering, bestående av framstående forskare och praktiker inom ett brett socialt arbetsfält beslutar om auktorisering utifrån krav på tre års klientbaserad yrkeserfarenhet, 100 handledningstimmar och dokumenterad lämplighet. Syftet med auktorisering är att ge den hjälpsökande ökad trygghet genom ett garanterat professionellt bemötande och handläggning, ge socionomen en "kvalitetsstämpel" och arbetsgivaren en kvalitetsgaranti (Liljegren 2008; Nämnden för socionomauktorisering, 2011). Sjukhuskurator har ingen skyddad yrkestitel men då de flesta är socionomer används auktorisering även av denna grupp (SOU 2010:65).

I likhet med socionomprofessionen i stort har sjukhuskurator ingen egen legitimation och är inte heller något befattningsskyddat yrke. Akademikerförbundet SSR har under många år, parallellt med arbetet för socionomlegitimation, arbetat aktivt för att få till stånd en specifik legitimation för sjukhuskuratorer. Flertalet övriga professioner, 21 stycken, verksamma med patientarbete inom hälso- och sjukvård har legitimation (Socialstyrelsen 2012). Akademikerförbundet SSR (2012) framhåller att ett förändrat sjukdomspanorama med ökad psykosocial tyngd gör sjukhuskuratorers kompetens helt nödvändig för att optimal vård ska kunna erbjudas och utföras. Man menar vidare att det utan legitimation finns risk att sjukhuskuratorers unika kompetens kan försvinna och gå upp i andra professioners område.

Vid statliga behörighetsutredningar har legitimation för sjukhuskurator aldrig förordats. Motiveringarna har under åren skilt sig åt med allt från att sjukhuskurator inte bedriver hälso- och sjukvård (1996), att en yrkesgrupps status inte får vara skäl för att få legitimation (1992) till att endast yrkesgrupper med kvalificerade arbetsuppgifter och stort ansvar för patienters säkerhet kan få legitimation (1983) (SSR 2012). I den senaste behörighetsutredningen, SOU 2010:65,

fastställs att sjukhuskuratorer har ett tydligt patientansvar, en självständig yrkesroll och en i sammanhanget unik kompetens. Dock förordar man inte heller i denna utredning legitimation då sådan ska vara kopplad till yrkesspecifik utbildning. Eftersom sjukhuskurator har samma utbildning som övriga socionomers mer generella dito avsedd att täcka hela det psykosociala arbetsområdet menar man att undantag inte bör göras för denna yrkesgrupp (SOU 2010:65; SSR 2012).

Utöver Akademikerförbundet SSR arbetar Svensk kuratorsförening aktivt för en kuratorslegitimation och frågan drivs även lokalt runtom i landet (Svensk kuratorsförening 2012).

Forskning visar på hur legitimation utgör en tydlig markering av en professions utveckling och status (Olsson 1999). Till legitimation hör ett väl definierat arbetsområde tydliggjort såväl för den egna professionen som för andra. Legitimation ses som ett uttalat steg i professionsutvecklingen och kan skapa förutsättningar för en yrkeskårs kontroll över innehåll och villkor i den egna yrkesutövningen. Områden där en profession anses ha och själv förfoga över unik kunskap ger mandat att suveränt utföra de för professionen förbehållna arbetsuppgifterna (Dellgran & Höjer 2005; Liljegren 2008; Selander 1989).

2.4.6 Psykosocialt arbete i medicinsk diskurs

Sjukhuskurator har genom sin grundutbildning, till skillnad från flertalet andra professioner verksamma inom hälso- och sjukvård, ingen formell medicinsk kunskap. Hälso- och sjukvård är verksamhet där naturvetenskap och medicinsk diskurs råder varför sjukhuskurator kan sägas arbeta inom en diskurs (den medicinska) men ha egna metoder och teoribildning förankrade i en annan (den psykosociala) (Alenius 2000). Den snart 100-åriga förekomsten av kuratorer inom svensk hälso- och sjukvård kan förstås utifrån en allmän kunskap och medvetenhet om att psykosociala förhållanden påverkar sjukdom och skapar förutsättningar för tillfrisknande och bibehållande av god hälsa. Trots sådan medvetenhet menas balansen mellan psykosocialt arbete och biologiskt tänkande dock, i takt med medicinens påtagliga framsteg, ha förskjutits till en dominans av biologiskt-naturvetenskapliga paradig (Westrin & Westrin 1996).

Kurator såsom företrädare för det psykosociala perspektivet, anges vara en viktig medarbetare kring patienten men utifrån sin position bredvid och hierarkiskt underställd det medicinska området ses hon som en inte alltid obligatorisk del av insatserna utan sätts in vid behov (Alenius 2000; Westrin&Westrin 1996). Då kurator formellt inte tillhör den rådande diskursen innehas inte heller full tillgång till dess begreppsapparat och informella hierarkier vilket försätter kurator i en ojämlig maktsituation som menas kunna påverka inflytande, förändringsmöjligheter och position (Payne 2002; Swärd & Starrin 2006).

2.4.7 Lagar, intentioner och mål

Sjukhuskurator lyder under Hälso- och sjukvårdslagen, (HSL 1982:763). Regelverket i HSL särskiljer inte sjukvårdens olika typer av insatser eller personal utan beskriver arbetet som gemensamt med ett och samma mål: ”...en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (HSL 1982:763 § 2). God hälsa betecknas enligt World health organization (WHO) som ett tillstånd av fullt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom (WHO 2012). SU påtalar i sin vision att det är alla medarbetares ansvar, oavsett roll, uppgift eller uppdrag, att se till både den enskilda individens behov och till regioninvånarnas samlade behov (Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2012). Lagstiftaren lika väl

som SU menar således att för att en god hälsa ska kunna uppnås ska hela människan beaktas och att det är alla medarbetares ansvar att vården bedrivs på sådant sätt, oavsett profession. Sjukhuskurators grundläggande uppdrag är därmed detsamma som för andra yrkesgrupper.

Riksdagen tillsatte år 1992 en utredning vars uppgift var att se över den svenska hälso- och sjukvårdens roll i välfärdssamhället samt lyfta fram grundläggande etiska principer utifrån vilka nödvändiga prioriteringar skulle ske (SOU 1995:5). Resultaten av utredningen presenterades i Prioriteringsutredningen "Vårdens svåra val" (SOU 1995:5). Där betonades nödvändigheten av att vården beaktar såväl kroppsliga som psykosociala aspekter för att hälsa ska uppnås (SOU 1995:5). Sjukvårdens tvärfacklighet och fokus på andra insatser än de rent medicinska anges vara motiverade och i linje med den successiva förskjutningen från ett mer medicinskt orienterat synsätt till ett helhetsperspektiv där även psykologiska och sociala aspekter beakta (SOU 1995:5).

WHO beskriver god hälsa som ett tillstånd av välbefinnande (WHO 2012). Vad som uppfattas som välbefinnande är en personlig upplevelse baserad på kontext och tidigare referenser, såväl för enskild patient som för sjukvårdspersonal. Begreppet kan därmed omfatta otaliga varianter och uppfattningar men oavsett individuell upplevelse och uppfattning uttrycker lagstiftaren med tydlighet vilka krav man ställer på tillvägagångssättet, det vill säga hur personalen ska arbeta för att bidra till patienters hälsa. Man anger att "Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet" (Patientsäkerhetslag 2010:659 kap 6 § 1). Lagstiftarens ordval "ska" signalerar inte förväntan utan krav på att sjukhuskurator, såsom likställd med övrig personal och verksam inom två av de av WHO tre fastställda delarna av hälsa, det psykiska och sociala välbefinnandet, besitter och baserar sina insatser på uppdaterad och fördjupad kunskap inom sitt område. I SU:s vision uttrycks en strävan med samma mål: "Sahlgrenska Universitetssjukhuset – sjukvård, forskning, utveckling och utbildning med högsta kvalitet" (Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2012).

Kapitel 3

Centrala begrepp och tidigare forskning

Perspektiv på hjälp, makt, professionaliseringsprocess och den professionella rollen.

3.1 Inledning

I detta kapitel beskrivs, med hjälp av tidigare forskning, begrepp och perspektiv som på olika sätt bidrar till att beskriva sjukhuskuratorns situation. Förhoppningen är att kapitlet ska fungera som en grund för att problematisera och utifrån ett teoretiskt plan bättre förstå det empiriska materialet.

3.2 Perspektiv på hjälp

3.2.1 Hjälprelation

Den professionella hjälprelationen, liksom andra relationer människor emellan, kan beskrivas som en dynamisk interaktion mellan två eller flera individer och kan ses som en pågående process så länge kontakten består (Brill 1973). Vissa distinkta skillnader går dock att urskilja vid jämförelse av hjälprelation och andra mellanmännsliga relationer. Som en grundläggande olikhet ses att hjälprelationen är komplementär där en part hjälper och den andra blir hjälpt (Bernler & Johnsson 2001; Brill 1973). Ett sådant förhållande menas alltid skapa ett visst mått av makt och utifrån det perspektivet syns parternas positioner och behov skapa en asymmetri där ojämlik tillgång till både resurser och kunskap (teoretisk och kontextuell) råder (Carlsson 2005). Den professionella hjälprelationen återfinns också inom ramen för en organisation där makt och kontroll utövas på samma gång som arbetet syftar till förändring och utjämning av maktskillnader (Skau 2007).

En hjälprelation ska ha en mening och ett mål och är i jämförelse med andra relationer begränsad i tid då den har syftet att bidra till att den hjälpsökande i något eller flera områden uppnår en högre funktionsgrad. Då detta mål är uppnått bör relationen i sin hjälpande funktion avslutas eftersom den inte längre är nödvändig (Brill 1973). Hjälprelationen beskrivs också som mer kontinuerlig än några tillfälliga möten utan sammanhang då den länkar samman och förbinder processens delar till en helhet. Utan relationen menas inget finnas som förbinder parterna mer än enstaka hjälpinsatser. Dessa kan i sig uppfattas som hjälp och även svara upp mot de förväntningar den hjälpsökande har, men relationens egna inneboende hjälpande möjligheter omöjliggörs då kontinuiteten uteblir (Carlsson 2005). Dessa hjälprelationens möjligheter beskrivs omfatta dubbla funktioner då de dels utgör en hjälp genom sin existens med beståndsdelar av närvaro, engagemang och förtroende och dels genom att vara bärare av andra hjälpinsatser. Relationen uttrycks populärt som en ”vehikel” som är och bär behandlingen och som, i och med delaktighet och närvaro av en annan människa, beskrivs som hjälpens grundläggande form.

Relationen uttrycks som en förutsättning för att annan hjälp ska kunna förmedlas inom ramen för det psykosociala arbetet (Bernler & Johnsson 2001; Carlsson 2005).

3.2.2 Hjälpens form

Hjälp inom socialt arbete kan beskrivas som: "...ett socialt samspel inom vars ram något tillskott ges till den part som anses behöva eller söker hjälp, oftast i form av ett relationellt, informativt och/eller materiellt tillskott som den hjälpsökande anses behöva för sitt välbefinnande och utveckling" (Carlsson 2005, s. 33).

Bernler et al. (1993) delar upp de hjälpande insatser som ges inom psykosocialt arbete i fyra olika former. Formerna beskrivs som generella hjälpmönster möjliga att fungera som klassifikation över alla hjälpförväntningar den professionelle möter inom ramen för sitt uppdrag. Formerna urskiljs som: "att kunna fylla en brist", "att avbörda sig något negativt", "att jobba med något" samt "att förändras".

Att kunna fylla en brist omfattar resursförmedling vilket i sig delas in i förmedling av materiella resurser samt förmedling av redskapsresurser. Arbetet kan bestå av konkreta materiella insatser men också av mer förändringsinriktade insatser, ofta i form av samtal av olika slag. Materiella resurser, såsom försörjningsstöd, kan användas för att på kort eller lång sikt förändra en bristfällig ekonomisk situation. Redskapsresurser ger den hjälpsökande möjlighet att själv skaffa sig de resurser den behöver och kan förmedlas genom information och/eller kontaktagande med annan instans som i sin tur förfogar över insatsen. En brist kan också vara av ett immateriellt slag där den hjälpsökande önskar förståelse för sina problem och för sig själv. Med att avbörda sig något avses samtal om det som utgör en psykologisk tyngd, en belastning, där hjälp förmedlas till den hjälpsökande i relationen till den professionelle, dennes kunskap och förmåga att härbärgera det sagda. Hjälppformen att jobba med något beskrivs utifrån den gemensamma arbetssituationen där något praktiskt utförs såsom att fylla i en blankett eller kontakta annan instans. Att förändras i sig själv och sitt sätt att tänka och agera kräver förändring på ett djupare psykologiskt plan och sker i det sociala arbetet framför allt genom samtal utifrån olika metoder, tekniker och inriktningar.

3.2.3 Föreställningar om hjälp

Redan innan första mötet mellan hjälprelationens båda parter är deras bilder och förväntningar med och formar mötets och relationens förutsättningar. Bernler et al. (1993) delar upp dessa föreställningar i tre delar: "om problemet", "om den andre" samt "om hjälpen".

Bernler et al. (1993) menar att föreställningar om problemet primärt behöver avtäckas för att säkerställa att den hjälpsökande vänt sig till rätt instans. Skulle så inte vara fallet får den hjälpsökande hänvisas vidare, något man menar är ovanligt inom psykosocialt arbete. Carlsson (2005) förklarar att ett gemensamt arbete i att definiera problemet därefter tar vid och en förhandlingssituation, utifrån parternas respektive tolkningar, uppstår. En samsynt definition av aktuellt problem i detta skede menas kunna minska risken för motsättningar i det fortsatta samarbetet. Denna förhandling om definition av problemet beskrivs som en kamp, avgörande för hur hjälpen utvecklas och där samarbetet ges goda förutsättningar i de hjälpprocesser där parterna tidigt når samsyn. Där samsyn inte uppstår riskerar hjälpprocessen att avstanna. Om parternas möjlighet till demokratiska förhandlingar reduceras genom inskränkt manöverutrymme menas hjälprelationen kunna påverkas negativt. Organisation och samhälle kan genom lagstiftning, krav

på insatser och snäva ekonomiska ramar försvåra för ett öppet förhandlingsklimat vilket kan få som effekt att förutsättningarna för hjälpprocessens gynnsamma utveckling reduceras (Carlsson 2005).

Föreställningar om den andre, med avseende på både behandlaren och den hjälpsökandes bilder av varandra, menas kunna grunda sig på hörsägen och utgöra generaliseringar kring den andre som person och/eller funktion såsom yrkesroll, diagnos eller grupptillhörighet. Behandlaren kan påverkas av tidigare erfarenheter av aktuell typ av problem och vilka insatser som då visat sig framgångsrika för andra hjälpsökande i jämförbar livssituation (Bernler et al. 1993). Generaliserade föreställningar om den hjälpsökande kan leda till att behandlaren riskerar att välja insatser utifrån stereotypa uppfattningar och kategoriseringar grundade i till exempel kön, etnicitet, klass eller livsstil. Då behandlaren utvecklar en medvetenhet om generaliserade föreställningars påverkan, undanröjs hinder för kommunikation och mer gynnsamma förutsättningar för en fungerande hjälprelation skapas (Johansson 2006). För att undvika förutfattade meningar och underlätta etablerandet av en fungerande hjälprelation menas behandlaren med fördel aktivt kunna arbeta med faktorer som ömsesidigt gillande, respekt och justhet och om möjligt, även försöka uppnå reciprocitet. Arbete med dessa faktorer menas bidra till ökad jämlikhet och utjämning av maktskillnader mellan parterna vilket underlättar den hjälpsökandes positiva förändring till självständighet och ett liv där hjälprelationens stöd till slut är överflödigt (Bernler et al. 1993; Bernler & Johansson 2001).

Bernler et al. (1993) delar in hjälp i hjälpens form respektive hjälpens innehåll där form avser hur hjälpen ges och innehåll vad som ges. Formen beskrivs som överordnad innehållet och hur hjälpen ges ses därmed som viktigare än vad som ges. Båda parter i en hjälprelation har föreställningar om hjälpen och färgas enligt Bernler och Johansson (2001) av tidigare erfarenheter och kunskap. För behandlaren del kan även egna inre bevekelsegrunder såsom fördomar och obearbetade upplevelser och känslor spela in och vikten av handledning betonas.

3.2.4 Frivillighet

Att som patient inom somatisk vård ta emot insatser från sjukhuskurator är i det närmsta alltid formellt frivilligt. Undantag finns men är ovanligt och förekommer inom ett sjukhus somatiska verksamhet enbart inom vissa delar, till exempel kvinnoklinik.

I sin avhandling om hjälpprocesser inom socialt arbete på socialkontor lyfter Carlsson (2005) fram hur frivillighet i en professionell hjälpende kontakt kan skapa större handlingsutrymme för båda parter och ge bättre möjligheter att utveckla en genuin hjälprelation. Då den hjälpsökande frivilligt initierat en behandlingskontakt menas denne kunna vara mer motiverad till det gemensamma arbetet vilket på ett positivt sätt kan påverka viljan att öppna sig och medverka i en gynnsam utveckling av relationen. I och med frivilligheten menas den hjälpsökande dels ha möjlighet att dra sig ur och avbryta samarbetet men också kunna formulera önskemål om vad denne vill ha hjälp med vilket underlättar utformandet av hjälpprocessen. Kontakten mellan hjälpsökande och behandlare förväntas i och med det frivilliga initiativet också bli mer öppet och avspänt.

Frivillighet inom socialt arbete menas dock även innehålla något av ett motsatsförhållande. Carlsson (2005) beskriver hur organisationen (socialtjänst) vid frivilliga insatser å ena sidan inte pressar fram en kontakt utan låter initiativet bygga på den hjälpsökandes egna hjälpintentioner. Å

andra sidan kan hjälpsökandes kontakttagande vara resultatet av påtryckningar från omgivningen, privat eller professionell, eller komma ur andra informella tvingande omständigheter vilket kan pressa fram en kontakt. Frivilligheten i patientens val att ha kontakt med kurator behöver således inte innebära jämlikhet i mötet mellan parterna utan istället menas en ojämlig maktrelation alltid föreligga (Bernler & Johnsson 2001; Carlsson 2005; Skau 2007). Ojämligheten kan märkas i parternas olika roller och vad dessa omfattar för fördelar alternativt begränsningar. Bernler och Johnsson (2001) uppmanar behandlaren att erkänna den makt som existerar och försöka minimera den så långt det är möjligt. Det ses som viktigt att kuratorn är medveten om den egna makten och om de problem som i och med den kan uppstå. Johansson (2006) poängterar vikten av att den professionelle känner till maktrelationens existens och de mekanismer den är uppbyggd av som ett led i att förändra och medvetandegöra maktförhållandet i den hjälpande relationen.

3.3 Perspektiv på makt

Alla hjälpande organisationer kontrollerar resurser som genom sin betydelse för mottagarna leder till maktutövning (Lundström & Sunesson 2006). En hjälprelation innehåller sålunda alltid ett visst mått av makt (Carlsson 2005; Skau 2007). Makten kan döljas och behöver enligt den tyske sociologen Max Weber (1864 – 1920) inte demonstreras för att existera utan finns där genom själva möjligheten till utövande (Skau 2007).

Bernler och Johnsson (2001) urskiljer makt i en behandlingsrelation som resursmakt och/eller tilldelad makt. Resursmakt beskrivs bestå av organisationens och hjälparens tillgång till resurser såsom kunskap, kontakter, tid och materiella insatser och som fördelas eller inte fördelas till den hjälpsökande. Den tilldelade makten beskrivs som den makt som ges hjälparen utifrån kontrollfunktioner genom till exempel lagstiftning. Tilldelad makt består dock inte enbart av kontrollerande funktioner eller är styrd av lagar utan utgörs även av den makt rollen i sig tillskriver utövaren (Bernler & Johnsson 2001). Bernler och Johnsson menar att ingen offentligt anställd är helt fri från sådan makt och råder till att erkänna att makten existerar och att försöka minimera den så långt det är möjligt.

”Man kan inte förneka sin tilldelade samhällsmakt och samtidigt upprätthålla en offentlig tjänst” (Bernler & Johnsson 2001, s. 184).

Inom ramen för tilldelad makt kan också avses makt som inom relationens ramar ges av den ena parten till den andra. Detta kallas bekräftad makt och menas utgöra en absolut förutsättning för den väl fungerande behandlingsrelationen (Bernler & Johnsson 2001). För att den hjälpsökande ska kunna bekräfta behandlarens makt betonas hur intentioner och mål behöver vara uttalade och medvetandegjorda för båda parter i hjälprelationen. Detta kan göras genom ett kontrakt eller genom att på olika sätt klargöra ömsesidiga förväntningar på kontakten (Bernler & Johnsson 2001).

”Kunskap är makt och brist på kunskap är maktlöshet” (Repstad 2005, s. 73). Den franske filosofen Michel Foucault (1926 – 1984) menar att kunskap ger makt bland annat genom tillgången till en begreppsapparat som bidrar till att skapa ett tolkningsmonopol med utrymme för en part att avgöra vad som är sant respektive falskt, bra eller dåligt inom ramen för rådande diskurs (Svärd & Starrin 2006). Resonemanget återfinns även hos Payne (2002) som menar att maktrelationers grund ligger i hur språket konstruerar en bild av världen och används för att

övertyga och påverka. Den professionelle i en hjälprelation menas i och med sin kunskap om begreppsapparaten ha större makt och påverkansmöjlighet än den hjälpsökande (Payne 2002). I och med makt- och kunskapsövertaget uppfattas inte den professionelles aktioner alltid som utövande av makt utan kan maskeras till utslag av professionalitet. Foucault menar att hjälpsökande sorteras in i olika kategorier och blir till objekt utifrån lagar och praxis och de professionellas uppfattning om sanning. Dessa ”sanningsregimer” kan leda till att det inte är den hjälpsökandes behov som styr val av insatser utan istället de åtgärder organisationen och behandlarna har tillgång till och anser vara lämpliga. Genom katalogisering såsom journalförande, rapporter och behandlingsplaner rubriceras den hjälpsökande och blir ett objekt för de professionellas språk och sätt att tänka. Detta menar Foucault i förlängningen kunna leda till att den hjälpsökande socialiseras in i en roll och börjar se på sig själv utifrån den gängse uppfattningen (Swärd & Starrin 2006). Foucault menar dock att den hjälpsökande inte är utan makt utan ser makt som allestädes närvarande och något som ”...utövas från oräkneliga håll och i ett växelspel av både ojämlika och föränderliga relationer” (Swärd & Starrin 2006, s. 249). Makten finns enligt Foucault inneboende i relationen och verkar från alla tänkbara håll, inte bara uppifrån och ner vilket ger att alla parter i en relation på olika sätt är utsatta för och utövar makt.

Makt kan, i likhet med ekonomi, liknas vid utbytet av varor och tjänster på en marknad. Den amerikanske sociologen Peter Blau (1918-2002) pekar på att detta utbytesperspektiv är tillämpligt på alla slags sociala relationer. Makt innebär att ha tillgång till något andra vill ha i motsats till maktlöshet då inget finns att erbjuda. I detta utbytesperspektiv ses själva skevheten i maktförhållandet som det som befäster makten. Den som ständigt får ta emot är utan makt och den som ger är den som besitter makten (Repstad 2005). Men där makt finns, finns också motstånd. Blau beskriver detta utifrån ömsesidighets- eller reciprocitetsprincipen vilken innebär att även om relationen mellan hjälpsökande och behandlare innebär en ojämn maktrelation kan mottagarna i skeva bytesförhållanden försöka uppnå balans i maktförhållandet genom att inleda förhandlingar, erbjuda gentjänster eller dra sig ur förhållandet. Är detta inte möjligt uppstår ett obehag och viljan att upprätta balans än starkare. Andra medel för att upprätta balans kan enligt Blau vara att visa tacksamhet eller att inte ge kritik vilket då kan användas som en ”bytesvara” (Swärd & Starrin 2006; Repstad 2005).

Makt föreligger även i de hjälpande insatser där maktutövning i uppenbar form som resurser eller formell kunskap, inte utövas utan då behandlaren lyssnar, tröstar, ger råd och upplysningar till den hjälpsökande. Den franske sociologen Jacques Donzelot (1943 –) benämner det mikromakt vilket är baserat på att hjälparen med stöd av sin professionella kunskap anses veta vad som är bäst för den hjälpsökande och utan att tvinga eller aktivt utöva påtryckning i någon riktning ändå representera det socialt accepterade (Swärd & Starrin 2006). Detta betecknas osynlig makt och är tätt förknippat med Foucaults sanningsregimer om vilka diskurser respektive åsikter som ges företräde framför andra. Det ojämlika maktförhållandet framkommer även då insatserna är att likna vid gåvor eller medmänsklighet. Den franske sociologen Marcel Mauss, (1872 - 1950) berör i sin teori om gåvosystemet hur det inte finns några ”gratis gåvor” då till och med barmhärtighetshandlingar alltid medför förväntningar på mottagaren (Järvinen & Mik-Meyer 2003). En gåva kan aldrig vara fri utan förutsätter återgåldande i någon form och befäster det skeva maktförhållandet då parterna besitter olika grad av resurser och tillgångar.

Makten i en hjälprelation kan uppfattas som något både befriande och förtryckande (Payne 2002). Järvinen och Mik-Meyer (2003) menar att maktens närvaro ger behandlaren en dubbel position

då denne utövar makt över den hjälpsökande och samtidigt genom sina interventioner ska verka för att optimera den hjälpsökandes makt över sig själv och sin situation (Järvinen & Mik-Meyer 2003). Man ställer sig frågan om det över huvud taget är möjligt att i en institutionell kontext tala om en fri vilja baserad på den hjälpsökandes fria val som något ej sammankopplat till institutionens önskemål och rollernas (hjälpökande och behandlare) karaktär.

3.4 Perspektiv på professionaliseringsprocess

Ett yrkesfälts professionaliseringsprocess syftar till ökat anseende, status och legitimitet och kan uttryckas som en strävan för att uppnå exklusiva samhällliga fördelar och tolkningsföreträde inom ett specifikt kunskaps- och arbetsfält (Selander 1990). En yrkesgrupp kan sägas ha uppnått status som profession när den besitter vetenskaplig auktoritet inom sitt område och har en kärna av formell vetenskaplig kunskap med utgångspunkt i universitetsutbildning. Sådan utbildning baseras på ett akademiskt ämne och en specifik vetenskap. Vetenskaplig auktoritet anses underlätta professionens kontroll över såväl forskning som yrkesutövande och att det finns professorer och forskare kopplat till ett yrkesfält signalerar vetenskaplig kunskapsutveckling som inte omfattas av andra akademiska områden. (Dellgran & Höjer 2000). Den för professionen exklusiva kunskapen kan ge samhällets mandat att ensamt få utföra vissa typer av uppgifter (jurisdiktion) (Dellgran & Höjer 2005). Strävan efter autonomi genom kunskapsauktoritet inom sitt område kan ses som den huvudsakliga professionaliseringsstrategin (Beckman 1990).

Socialt arbete har sedan 1800-talet transformerats och gått från ett yrkes- och kunskapsområde vars uppgifter utfördes av välgörenhetsintresserade eller som en bisyssla för andra yrkesgrupper, till ett forskningsbaserat, vetenskapligt och akademiskt präglat professionellt fält (Dellgran & Höjer 2000; Liljegren 2008). I början av 1900-talet sågs socialt arbete inte som en äkta profession men väl med utvecklingsmöjligheter till att uppnå det professionella yrkets status. Yrkesfältet ansågs vara omfattande men med svaga gränsmarkeringar gentemot andra yrkesfält, utövarna besatt ingen egen expertis utan var beroende av andra professioner och arbetet upplevdes som alltför politiskt och inte heller vilande på vetenskaplig grund (Dellgran & Höjer 2000). Det sociala arbetets professionaliseringsprocess utvecklades successivt och under slutet av 1970-talet inrättades området som nytt forskningsämne i Sverige. (s 18) Det uttalade officiella målet var att "...med hjälp av vetenskap förbättra det sociala arbetets villkor, duglighet och effektivitet" (Dellgran & Höjer 2000, s. 20) samt att få fram interventioner och arbetssätt baserade på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Den akademiska kunskapsproduktionen skulle användas i det praktiska sociala arbetet samt i utbildning av blivande socialarbetare. Denna utveckling skedde som ett resultat av yrkesfältets egna intressen i att genom akademisering uppnå professionsstatus parat med statliga ambitioner att bygga upp välfärd och utjämna sociala orättvisor. Idag omfattar socialt arbete utöver det praktiska arbetet även universitetsutbildning, egen forskning, vetenskapliga tidskrifter, handledning av yrkesverksamma, etiska regler och auktorisation. Ämnets omfattning och status i den akademiska världen har enligt Dellgran och Höjer (2000) ökat men har i jämförelse med äldre vetenskaper, till exempel inom det medicinska området, färre professurer och doktorander vilket visar på fortsatt utvecklingsbehov gällande auktoritet och professionell status (Dellgran & Höjer 2000).

Professionalisering sker primärt på två olika nivåer – kollektiv och individuell. Den kollektiva nivån kan ses som en process av organisering med syftet att professionen på ett övergripande plan strukturerar sitt samspel med andra aktörer såsom stat, allmänhet och andra professioner. Aktiv

och omfattande forskning och produktion av vetenskapliga texter som används av ett större antal hålls som centralt inom den kollektiva professionaliseringsprocessen. På individuell nivå avses med professionalisering den process den enskilde genomgår där det professionella kunnandet och kompetensen uppnås genom yrkesarbete, snarare än genom grundutbildning. Med professionalisering kan även avses den socialiseringsprocess den enskilde träder in i och med grundutbildning inom något yrkesområde påbörjas. Denna process bygger på att varje profession vilar på begreppsliga konstruktioner vilka skapar en unik världsbild som verkar socialiserande för den som träder in (Dellgran & Höjer 2000). Vidareutbildningar, byte av arbetsuppgifter eller arbete/tjänst, samt privatisering i bemärkelse ”öppna eget” eller arbeta inom privat sektor kan också ses som en individuell professionaliseringsstrategi (Dellgran & Höjer 2005).

En yrkesgrupps professionaliseringsprocess beskrivs av Liljegren (2008) som särskiljande eller sammanhållande gränsarbete. Vid särskiljande gränsarbete konstrueras gränser och olikheter betonas i syfte för den egna gruppen att exklusivt komma i åtnjutande av högre status och med det annan handlingsfrihet och lönesättning. Sådan process består av stängning (closure) och kan även ses som en interprofessionell professionaliseringsprocess där yrkesgruppen strävar efter att skapa en överordnad position i relation till andra yrkesgrupper. Vid sammanhållande gränssättning dekonstrueras istället gränser och likheter med andra yrkesgrupper betonas och utnyttjas med målet för den egna gruppen att få tillgång till angränsade grupps ekonomiska och symboliska resurser (Liljegren 2008). Sådan process utgörs av allians (associative), där yrkesgruppen genom samarbete med andra utvecklar sitt yrkesområde (Liljegren 2008; Selander 1989; Selander 1990). Alliansstrategin menas kunna användas av en yrkesgrupp i syfte att stärka sin egen ställning och höja yrkets status ”...innan man har kraft att inhägnat sitt eget revir” (Selander 1989, s. 115).

Liljegren (2008) beskriver hur särskiljande gränsarbete inte enbart sker mellan olika yrkesgrupper utan även kan återfinnas inom en och samma profession. Syftet är då för en grupp att få kontroll över en del av det professionella territoriet och som exempel pekar Liljegren på socialsekreterare verksamma inom ekonomiskt bistånd i jämförelse med behandlingsarbete. I sådan så kallad intraprofessionell professionaliseringsprocess betonas olikheter istället för likheter med syftet att en grupp exklusivt ska kunna komma i åtnjutande av högre status och de fördelar det kan innebära. Liljegren (2008) fann hur behandlingsarbete sågs på som innehållande mer attraktiva arbetsuppgifter än arbete med ekonomiskt bistånd och där det senare inom kåren förlorat i status och anseende.

Selander (1989, 1990) ger exempel från andra yrkesområdens professionaliseringsprocesser och lyfter fram journalister vars yrkesfält genomgått en akademisering med tillhörande professorer, egen forskning och utbildning. Journalisternas professionaliseringsprocess har varit framgångsrik genom stängning gentemot andra yrkesfält. Man har specialiserat sig och kunnat påvisa kunskap och yrkesutövande som specifikt. Studie- och yrkesvägledare däremot visar på ett yrkesfält som har haft svårare att hävda ett eget avgränsat kunskapsområde och som i sin professionaliseringsprocess varit hänvisade till att ta hjälp av andra professioners utbildnings- och forskningsinstitutioner för att utveckla och avgränsa en egen specifik kunskapsbas (Selander 1989, 1990).

Liljegren (2008) menar att man gällande socialarbetarkåren kan finna en dubbelhet i den pågående professionaliseringsprocessen där positiva faktorer utgörs av ökad kunskap vilket

lägger grund för högre kompetens med insatser grundade på vetenskaplighet och väl beprövad erfarenhet, alltså ett konstruktivt utvecklande av yrkesmässiga metoder (Liljegren 2008). Ökad professionalisering menas dock också kunna leda till en kår med likriktning och konservatism vilket skulle försvaga det inom socialt arbete nödvändiga kritiska förhållningssätt som behövs för att hantera de ständiga förändringar samhället erbjuder (Dellgran & Höjer 2000).

Att definiera profession är alltså förenat med svårigheter (Dellgran & Höjer 2000; Payne 2002). Statiskt stängda yrkes- eller kunskapsmonopol är svåra att finna, då omvärlden på olika sätt ständigt påverkar, förändrar och utmanar det område som mutats in. Nya kunskaper, nya yrkesgrupper i gränslandet till den egna professionen, omorganiseringar och förändrade behov hos professionens målgrupper påverkar och skapar behov av förnyelse och/eller omvärdering av professionens revir. Gångbart för en profession i en föränderlig värld kan vara att lära sig att förhålla sig till förändringar på både kollektiv och individuell nivå och ta och få hjälp av utbildning och forskning för att därigenom kunna identifiera, förstå och agera utifrån "...alla de förändringar som påverkar deras arbete och hotar att försvaga deras kompetenser" (Dellgran & Höjer 2000, s. 41).

3.5 Utvärdering och evidensbaserad praktik

Nutida svenskt psykosocialt arbete utmärks enligt Dellgran och Höjer (2000) och Liljegren (2008) som tillhörande ett forskningsbaserat, vetenskapligt och akademiskt präglat professionellt fält. För att en yrkesgrupp ska kunna göra anspråk på att utföra arbete utifrån sådana grunder anses det viktigt att kunna visa på att givna insatser ges utifrån teoriansknuten och väl beprövad kunskap och erfarenhet. Detta i motsats till så kallad tyst kunskap där insatser inte är prövade och utvärderade utifrån grad av effekt för den hjälpsökande och aktuell organisation och inte heller nedtecknade och teoriansknutna.

De senaste decennierna har begreppet evidensbaserad praktik aktualiserats gällande olika arbetsfält. Socialstyrelsens utgångspunkt för evidensbaserad praktik är att den som behöver samhällets insatser ska erbjudas hjälp som bygger på bästa tillgängliga kunskap med målet att de metoder som används ska vara till nytta och aldrig till skada för brukaren. Man vill med evidensbaserad praktik öka möjligheterna att hjälpa. Evidensbaserad praktik definieras som den professionelles förmåga att integrera bästa tillgängliga evidens, den hjälpsökandes erfarenheter och önskemål samt den egna expertisen (Socialstyrelsen 2010, 2012).

Begreppet evidensbaserad praktik stammar från det medicinska området. I början av 1990-talet fann en grupp läkare Kanada att en mängd av de kliniska medicinska bedömningarna och insatserna som gavs inte grundades på senaste vetenskapliga rön. Man fann också att enskild läkare hade mycket stor makt att med eget mandat välja och besluta om insatser. Läkargruppen menade att patienterna utifrån detta inte alltid erhöll bästa tänkbara vård och att insatserna i vissa fall kunde göra mer skada än nytta (Jergeby 2008; Socialstyrelsen 2011). Upptäckten ledde till krav på större insyn och kontrollerade arbetsmetoder inom det medicinska området. Sättet att kritiskt granska olika verksamheter och deras insatser har spridit sig till Sverige och liknande krav som ställs inom det medicinska området riktas också mot socialt arbete (Jergeby 2008).

Med evidensbaserad praktik menas arbetsmetoder som bygger på bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap om insatserns effekter, integrerat med den hjälpsökandes erfarenheter och förväntningar, kontextuella förutsättningar samt den professionelles kompetens (Socialstyrelsen 2012).

Litteraturen beskriver hur krav på användande av sådana insatser omfattar hälso- och sjukvårdens alla delar och professioner och förväntas leda till kvalitetssäkring och kostnadseffektivitet (Benkel et al 2009; Levi 1998, 2009; ”Om evidensbaserad praktik” 2011). Resonemanget har sin grund i lagtext:

”Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet” (Patientsäkerhetslag 2010:659 kap 6 § 1).

I litteratur kring evidensbaserad praktik och utvärdering inom hälso- och sjukvård beskrivs hur det inte ses som tillräckligt att utöver basala teoretiska kunskaper, basera arbetsmetoder på traditioner, vanor och slentrian (Levi 1998). Levi (1998, 2009) menar att det inom svensk sjukvård finns utrymme för förbättring och att utvärdering av metoder krävs för att finna de insatser som inte ges utifrån evidens. Han påvisar skillnaden i vilka krav som ställs på sjukvårdens olika professioner (trots det enligt lagtext gemensamma uppdraget) där det vid medicinska insatser krävs dokumentation kring nytta och kostnadseffektivitet men där vetandet vid icke-medicinska insatser ibland kan ersättas med tro och hopp i de fall där formella krav på utvärdering inte ställs. Levi menar att följderna av ineffektiva icke-medicinska insatser kan vara lika allvarliga som sina medicinska likar och framhåller vikten av att även de icke-medicinska insatsernas nytta utvärderas (Levi 1998, 2009).

3.6 Perspektiv på den professionella rollen

För att bättre förstå den professionella rollens tillkomst och upprätthållande kan teorier som symbolisk interaktionism och rollteori vara till hjälp. De är tätt förknippade med varandra och bidrar på olika sätt till förståelse av hur människan påverkas av och utvecklas i interaktion med andra och deras upplevelse av henne (Payne 2002).

Symbolisk interaktionism är en nordamerikansk tanketradition (Repstad 2005) som utvecklades under 1900-talets första hälft med bas i University of Chicago och vars akademiska förespråkare återfinns i den så kallade Chicagoskolan. Inriktningen behandlar hur ”...människors medvetande om sig själva och omvärlden uppstår och utvecklas genom samspelet med andra” (Svensson 1993, s. 24). Individens uppfattning om sig själv beskrivs som ett socialt jag där jaguppfattningen, identiteten, förutsätter samspel med andra människor för att kunna utvecklas och formas. Teorin anses primärt ha sin grund i sociologen (tillika filosof och psykolog) George Herbert Meads (1863 – 1931) arbeten, bland annat i den postumt utgivna ”Mind, self and society” från 1934. Mead menade att kroppens födelse är biologisk men att födelsen som människa är social och sker i interaktion med andra (Allberg & Eriksson 2009). Personen socialiseras in i en kontext som existerar innan födelsen och är en verklighet denne, för att fungera i samhället och accepteras av detsamma, måste finna sin plats i och anpassa sig efter. Personen speglas i den reaktion hon möter hos andra och utformar genom det ett jag (Svensson 1993). Mead menade att förmågan till självreflektion och självmedvetande i relation till samhället är unik för människan. Språket är nyckeln till denna förmåga och utgör en bärare och förmedlare av kunskap som i sin tur är det som möjliggör mänsklig utveckling (Johansson 2002). Vid sidan av betoning på språket utvecklade Mead en analys av jaget (self) där han menade att en människas jag och medvetande är sociala produkter som utvecklas i och tillsammans med sin omgivning istället för att vara en process som enbart tar plats inom det egna medvetandet. Mead menade att jaget består av flera delar och myntade begreppen ”Me” och ”I”. ”Me” står för den del

av individen som är socialt styrd och vanemässig och ”I” består mer av individualistiskt initiativtagande och nyskapande. ”Me” och ”I” kommunicerar med varandra och ”Me” bedömer det ”I” säger utifrån samhällets normer och stöper personligheten i mer eller mindre socialt accepterade former. Jaget och samhället menas således skapa varandra i en dynamisk process (Biddle 1979; Johansson 2002).

Den amerikanske sociologen Erving Goffman, (1922-1982) kom att ha stort inflytande på tankebildningen kring interaktionism och rollteori. Han utvecklade idéer om social interaktion som dramaturgisk och liknade människors sociala liv vid skådespelares prestationer på en scen (Charon 2007; Payne 2002). Han menade att individen visar vem hon är med hjälp av olika attribut eller yttre kännetecken såsom kläder, manér och gester. Attributen har en social innebörd och signalerar viktiga ledtrådar om individens identitet och hur hon vill bli uppfattad (Repstad 2005; Svensson 1993). Goffman visade genom sina studier av livet på det han kallade totala institutioner, (kloster, mentalsjukhus och fängelser) hur individen successivt socialiseras in i institutionslivet. Individen berövas sina personliga attribut vilket leder till att dess tidigare bild av sitt jag, i livet utanför institutionen, förbyts med en ny bild och starten på en ny moralisk karriär har inletts. Denna av Goffman kallade mortifikationsprocessen, genomförs i syfte att få individen att passa in i institutionens norm- och regelverk. Den bild individen får av sig själv är inte dennes egen utan tillhör institutionen (Johansson 2002; Repstad 2005). Goffman menade att det beteende människor på mentalsjukhus uppvisade och som för omvärlden ofta betraktades som sjukt eller avvikande, egentligen var uttryck för logiska beteenden för att bevara sin sociala identitet (Svensson 1993). Den påtvingade anpassningen vid institutionerna sågs som en fasad bakom vilken beteenden och handlingar försiggick och genom vilka den intagne kunde påverka sitt mått av bibehållen självrespekt och utgöra ett motstånd från institutionens kontroll (Johansson 2002).

Symbolisk interaktionism har blivit en viktig teoretisk grund för att förstå sjukdom och analyser av samspel människor emellan inom sjukvården, såväl mellan patient och professionell som mellan olika professioner (Svensson 1993). Bilden av patienten har förändrats under åren då denne tidigare framställdes som maktlös och passiv med en inordnande roll och som ett objekt för andras åtgärder. I detta sammanhang kan strukturfunktionalismen nämnas där den amerikanske sociologen Talcott Parsons (1902-1979) beskrev begreppet sjukroll med att förväntningarna på en person under sin tid som sjuk tillåts avvika från de annars rådande normerna dock under förutsättning att personen accepterar sin roll och axlar den utifrån vissa givna aspekter. Parsons menade att sjukrollen ger en person tillåtelse att dra sig undan de förpliktelser en frisk person förväntas uppfylla. Personen behöver inte vara produktiv, det vill säga arbeta eller studera, men förväntas i gengäld vara aktiv i sitt tillfrisknande. Individen måste vilja bli frisk och visa det genom att inordna sig i den medicinska behandlingen som de professionella runtom föreslår (Svensson 1993).

Numera lyfts den aktiva patientrollen fram inom forskning och man framhåller att densamma förändras i och med att normer ifrågasätts (Svensson 1993). För att en person när den träder in i vårdapparaten ska bli accepterad som patient ska dominerande normer samt situationen och dess struktur godtas. Så snart någon ifrågasätter det rådande skapas en förhandlingssituation där roller, normer och maktförhållande kan omskapas i relation till varandra (Svensson 1993). Perspektivet gäller inte bara mellan patient och vårdpersonal utan återfinns i all interaktion mellan sjukhusets aktörer. Den amerikanske sociologen Anselm Strauss (1916 – 1996) presenterade förhandlingsperspektivet som informella regler och skapande av varandras roller och

arbetsområde. Han menade att så länge normerna inte ifrågasätts bibehålls den rådande strukturen och hierarkin och att ett sjukhus rollstruktur vilar på att de så kallade underordnade grupperna genom sina handlingar accepterar den. Strukturen skapar förväntningar på hur rollerna byggs upp och interagerar med varandra. När strukturen av en individ eller hel profession inte accepteras och ifrågasätts skapas ett försök till förhandling som motparten tvingas att bemöta. I förhandlingen menar Strauss att även de grupper inom sjukvården med mindre makt kan öka sitt inflytande och i hög grad har möjlighet att skapa nya bilder av sig själv, avgörande för hur de uppfattas av andra och hur deras manöverutrymme utformas (Carlsson 2005; Svensson 1993).

”En roll är en uppsättning normer och förväntningar på vad man ska göra och hur man ska bete sig när man befinner sig i en bestämd social position” (Repstad 2005, s. 55).

Rollteorin behandlar människors samspel med varandra och hur de förväntningar och tolkningar som uppstår ur samspelet skapar karaktäristiska sätt att reagera och agera. Rollteorin kan bredvid psykologiska teorier och förklaringsmodeller användas som en social förklaring till människors personlighet och handlande (Payne 2002). Teorin är förankrad i det interaktionistiska tänkandet och Meads arbeten finns med som grund. Även strukturfunktionalism med uppfattningen att människor besitter positioner i olika sociala strukturer och att dessa positioner är förknippade med en eller flera roller är grundläggande. Ytterligare är Goffmans tankar om socialt förväntade roller centrala inom rollteorin (Payne 2002).

Rollteori förklarar människors vardagliga aktivitet som sprungen ur socialt definierade kategorier, till exempel mamma, lärare eller pensionär, med tillhörande uppsättning roller där varje roll i sig består av en mängd rättigheter, plikter, förväntningar, normer och beteenden vilka individen i rollen förväntas uppfylla. Roller och deras förutsättningar kan hämtas från både individens egna och andras (samhällets) förväntningar. Man skiljer mellan den tillskrivna rollen och den förvärvade rollen. Den tillskrivna rollen kan individen själv inte påverka då den är förknippad med kontextuella och kulturella omständigheter. Exempel på tillskrivna roller är kvinna och man. Den förvärvade rollen utgår från något individen åstadkommit till exempel tagit en examen (Payne 2002). Rolluppsättningar, oavsett om de är tillskrivna eller förvärvade, kan samtidigt omfatta både en eller flera roller samt egenskaper som i sig rymmer förväntningar av olika slag. När roller, beteende och förväntningar stämmer överens med varandra hos både individ och omgivning har rollkomplementaritet uppnåtts vilket ger en konfliktfri tydlighet för både rollinnehavare och omgivning. Individen vet vilken roll den innehar, vilka förväntningar rollen rymmer och individen uppfyller genom sitt agerande dessa (Biddle 1979). Men eftersom en roll kan innehålla flera roller samtidigt kan det också skapa konflikter mellan rollerna och i rollen. Rollkonflikt inträffar när en person är utsatt för två eller flera motsägande förväntningar vars regelverk individen inte kan möta och uppfylla samtidigt (Biddle 1979). Rollkonflikt kan återfinnas som inter- respektive intrarollkonflikt. Med interrollkonflikt menas när individens olika roller är i strid med varandra p.g.a. utifrån kommande förväntningar. Som exempel arbetsledaren som samtidigt innehar både rollen som överordnad och rollen som arbetskamrat och måste ta svåra beslut som påverkar den lojalitet denne förväntas ha utifrån de olika rollerna. Förväntningarna på de olika roller individen antagit går inte att förena (Payne 2002). Intrarollkonflikten framträder då en person i en och samma roll möter flera olika förväntningar om vad som är dennes rätta rollbeteende. Som exempel kan nämnas rollen tonåring där föräldrar respektive kamrater kan ha skilda förväntningar gällande ansvarstagande och levnadsvanor. Intrarollkonflikten kan även gälla en individs egna krav på sig själv och det man i verkligheten lyckas åstadkomma (Payne 2002). Rollambiguitet eller rollosäkerhet uppstår då individen är

osäker på vad en roll kräver och omfattar utifrån egna och andras förväntningar (Biddle 1979; Payne 2002).

Roller kan vara frivilligt påtagna eller pålagda av omvärlden. Då en person träder in i en kontext förväntas ett beteende som kan utgöra en förutsättning för att personens syfte med kontakten ska kunna uppnås. Carlsson (2005) visar på hur en person som söker sig till socialtjänsten måste följa vissa "spelregler" för att få ikläda sig klientskapet, få ta del av de önskade insatserna och där ett visst mått av lydnad och anpassning krävs för att få och behålla klientrollen. Likartade resonemang förs av Svensson (1993) angående personen i behov av sjukvårdens insatser och den sjukroll denne förväntas ikläda sig för att få ta del av insatserna. Payne (2002) manar myndigheter till försiktighet och medvetenhet kring vilka roller de tillskriver hjälpsökande alternativt tolkar att denne tillhör. Han menar att professionella hjälpgivare kan etikettera hjälpsökande utifrån roller som påverkar syn och förväntningar på dem på ett negativt sätt vilket i sin tur påverkar relation och insatsernas utfall. Även den professionelle ikläder sig och blir iklädd olika roller. Organisationen och dess kontext, förutfattade meningar och tidigare upplevelser hos den hjälpsökande och den enskilde professionelles uppfattning spelar in och skapar roller och bilder (Billquist 1999; Carlsson 2005).

För professioner med en uttalad yrkesroll, arbetsområde och behörighet kan både den tillskrivna rollen och den för personen förvärvade vara förstälilig och förväntad och rollkomplementaritet då ha goda förutsättningar. Även för profession utan formell behörighet (legitimation) kan rollkomplementaritet uppnås genom ett tydligt kontextuellt sammanhang, såsom socionomer verksamma som socialsekreterare på socialkontor där arbetsområde och uppgifter är uttalade både utifrån lag, gemensam begreppsapparat och teoretisk bas. Rollkomplementaritet förstärks också genom förankringen i gemensamma arbetsuppgifter, utbildningsbakgrund och diskurs. Som exempel på profession utan formell behörighet kan sjukhuskurator, till skillnad från socialsekreterare, ställas inför en mångbottnad rollkonflikt med rollosäkerhet utifrån andras förväntningar parallellt med den egna uppfattningen av yrkesrollen (Alenius 2000; Payne 2002). Detta då diskrepans föreligger mellan professionens egen och andras uppfattning av yrkesroll och arbetsuppgifter. Rollosäkerhet kan också föreligga utifrån olika uppfattningar inom den egna professionen gällande hur arbete och roll ska se ut (Alenius 2000; Allberg & Eriksson 2009; Olsson 1999).

Kapitel 4

Metod

4.1 Inledning

I detta kapitel presenteras hur arbetet med studien gått till. Här ges en utförlig beskrivning av det faktiska tillvägagångssätt som använts men också en bild av den process av ställningstaganden och val som studien kontinuerligt inbjudit till. Eftersom jag själv arbetar inom samma verksamhet som respondenterna (kurator på SU) är min förförståelse stor. Den har kontinuerligt vägts in under arbetets gång och beskrivs löpande under de olika avsnitten i metodkapitlet.

De förkortningar som används i studien skrivs ut med fullständigt namn första gången de används och därefter enbart med förkortning.

HSL	Hälsa och Sjukvårdslagen
PI	Praktiska insatser
SFS	Svensk författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSR	Sveriges socionomers riksförbund
SU	Sahlgrenska Universitetssjukhuset
WHO	World Health Organization

4.1.1 Vilka metoder har använts?

För att samla in material har både kvantitativ (enkät och mailkontakt) och kvalitativ (intervjuer) metod använts. Databasinsamlingen inleddes med enskilda intervjuer av fyra kuratorer och därefter skickades en enkät ut till 86 kuratorer varav 51 stycken svarade. Kompletterande databasinsamling utgjordes av mailkontakt med två chefkuratorer. Alla deltagare i studien var verksamma inom SU.

Orsaken till valet att kombinera metoder (metodtriangulering) har dels sin grund i min yrkesroll och dels i mitt önskemål att få veta vad ett stort antal sjukhuskuratorer hade för åsikter (Djurfeldt et al. 2008; Repstad 2007). Genom mitt arbete känner jag eller känner till många av respondenterna och den personliga kännedomen såg jag som en försvårande omständighet för båda parter. Min farhåga var att det utifrån kännedomen om varandra skulle kunna vara svårt att tala fritt och kanske skulle min förförståelse göra mig så familjär med ämnet att möjligheten att uppmärksamma nyanser skulle gå förlorad. Med ett kvantitativt material hoppades jag kunna balansera förförståelse med högre grad av objektivitet.

Jag ville veta hur vissa egenskaper eller åsikter fördelade sig hos ett stort antal kuratorer inom SU. Eftersom kvantitativ undersökning ger möjlighet att ställa samma frågor samtidigt till många var det en bidragande orsak till att välja denna typ av databasinsamling som huvudsaklig metod (Repstad 2007). Om det undersökta fenomenets mening och betydelse anses uppenbar kan

kvantitativ undersökning användas direkt (Repstad 2007). Här var frågeställningarna, kanske på grund av min förförståelse, dock av sådan mängd att de först behövde specificeras och reduceras och jag valde därför att inleda datainsamlingen med intervjuer. Förhoppningen var att genom dem få hjälp att identifiera relevanta frågeområden till den kommande enkätundersökningen. Vid intervjuer ges möjlighet att förtydliga och fördjupa frågor och resonemang, något som inte är möjligt vid kvantitativ datainsamling. Intervjuer ger också möjlighet att flexibelt ge utrymme för respondentens kanske oväntade tankar vilket jag hoppades skulle kunna bistå mig med att se med andras perspektiv på det för mig, utifrån min förförståelse, ibland uppenbara (Esaiasson et al. 2007).

4.1.2 Studiens deltagare

Alla deltagare i studien är kuratorer verksamma inom SU:s somatiska vård för vuxna. Två arbetar på chefnivå (mailkontakt med chefkuratorer). Kuratorer inom psykiatri, beroendevård samt barn- och ungdomssjukvård valdes bort.

En totalundersökning av *alla* kuratorer inom SU valdes bort eftersom dessa skulle utgöra en alltför stor population för studiens ramar. För att få ett hanterbart antal deltagare och för att sammanställa en någorlunda homogen grupp valdes kuratorer verksamma inom psykiatri, beroendevård samt barn- och ungdomssjukvård bort. Återstod gjorde de kuratorer med verksamhet inom somatisk vård för vuxna. Sådan vård avser här de områden där man medicinskt inte arbetar med psykiska tillstånd och diagnoser utan med fysiska samt i princip uteslutande med patienter över 18 år. Urvalet gjordes utifrån några gemensamma nämnare för kuratorer inom den somatiska vuxenvården där insatserna dels tänktes vara baserade på patientens frivilliga deltagande och dels att patienterna själva ofta är den primära målgruppen för insatserna. Inom de områden som valdes bort tänktes kuratorerna arbeta mer med anhöriga, såsom föräldrar till sjuka barn eller anhöriga i familjer och nätverk drabbade av psykisk sjukdom och/eller beroende. Insatserna kan där också styras av tvingande lagstiftning, något som tänktes kunna påverka kuratorernas upplevelser och arbetssätt och därför särskilja dem från kuratorer inom somatisk vård. De patienter kurator inom somatisk vård möter antogs även själva i större utsträckning ha möjlighet att reflektera över sina förväntningar och upplevelse av hjälp i mötet med kurator. Detta tänktes underlätta för kurator i den egna beskrivningen av vad som upplevs som hjälpande faktorer i patientarbetet. I den kvantitativa delen av studien, enkätundersökningen, valdes mot denna bakgrund 129 kuratorer bort då de inte ingick i urvalet och fick därmed inget erbjudande att delta i undersökningen. Initialt planerades utskick till alla de återstående kuratorerna då det tänktes kunna ge hög precision och möjlighet att kartlägga även ”små” frågeområden (Trost 2007). Sådan undersökning omöjliggjordes dock av tänkta respondenters långtidsfrånvaro från arbetsplatsen i form av bland annat föräldraledighet och långtidssjukskrivning och undersökningsenhet för enkätstudien blev till slut de 86 st kuratorer som var i tjänst under den tidsperiod enkäten skulle fyllas i. Alla de kuratorer till vilka enkäten sändes var kvinnor. Längre fram kunde i de sammanställda enkätsvaren som inkommit, (51 stycken av de 86 utskickade), utläsas att övervägande del av respondenterna, 77%, hade varit verksamma som socionomer under 10 år eller mer och över hälften, 59%, som sjukhuskurator under lika lång period.

Det är inte antalet intervjuer som behöver vara avgörande utan god förberedelse och ett genomtänkt urval. Inte heller behöver det vara intervjupersonen i sig som är intressant utan det den representerar och presenterar (Esaiasson et al. 2007). Utifrån detta resonemang, praktisk genomförbarhet samt den personliga kännedomen valde jag att låta studiens kvalitativa del bestå

av fyra intervjuer. För att jämföra ut eventuella lokala skillnader ville jag att alla de olika sjukhusen inom SU skulle vara representerade och de intervjuade kuratorerna är därför verksamma på SU/Mölnådal (1 kurator), SU/Sahlgrenska (2 kuratorer) samt SU/Östra (1 kurator). När intervjuerna var genomförda och transkriberade upptäckte jag att ett sjukhus inte representerades i den kvalitativa undersökningen. SU/Högsbo, där fem kuratorer då arbetade, hade tyvärr inte kommit med. Vid denna upptäckt hade jag kommit långt i arbetet med enkäten varför ytterligare intervju ej genomfördes. Min förhoppning är att misstaget inte har påverkat studiens slutresultat.

För att omgående finna kuratorer villiga att intervjuas bestämde jag mig för att använda mig av bekvämlighetsurval vilket innebär att de intervjuade personer man först finner som uppfyller ställda kriterier tillfrågas att delta (Trost 2007). Kriterier var att kuratorerna skulle arbeta på något av de olika sjukhusen inom SU samt ha arbetat minst fem år i yrket eftersom de då tänktes ha klinisk erfarenhet tillräcklig för en väl grundad uppfattning om de frågeställningar jag ville undersöka. De skulle också vara verksamma inom somatisk sjukvård för vuxna. Jag tog själv kontakt med två kuratorer jag redan kände till genom arbetet och bad även kollegor om förslag på som de trodde skulle vilja medverka. Sammantaget kontaktade jag till slut fyra kuratorer via mail med ett bifogat följebrev (bilaga 1) med information om studien och syftet med intervjun. Alla fyra svarade positivt via mail och telefon inom en vecka och intervjuerna genomfördes under sammanlagt sex dagar. Av de fyra intervjuade kände jag redan till två av dem och två av dem var nya för mig. I följebrevet nämns att fokusgruppintervju skulle utföras. Detta valdes sedermera bort med hänsyn till utrymmes- och tidsskäl.

Mailkontakt bestående av specifika frågor ställda till två chefkuratorer på SU (bilaga 5), utfördes under arbetet med studiens analysavsnitt, kapitel 6, då uppgifter behövde verifieras. Båda chefkuratorer är socionomer och verksamma inom olika kliniker där somatisk vård för vuxna bedrivs. De båda bedömdes utifrån arbetsplats och chefsposition vara lämpliga att kunna bistå med erfarenhets- och kunskapsbaserad information av vikt vid utformande av analysavsnittet.

4.1.3 Genomförande av datainsamling

4.1.3.1 Intervjuer

De fyra intervjuerna genomfördes på respondenternas arbetsrum och tog mellan 45 min till som längst 90 min. Intervjuguide användes vid alla tillfällen (bilaga 3).

Intervjuerna bar utöver fördjupande kunskap också syftet att som ett slags pilotprojekt ge möjlighet att pröva tänkta samt få fram intressanta och relevanta frågeområden att använda i den kommande enkätundersökningen (Widerberg 2002). För att få möjlighet att pröva på förhand tänkta frågeområden var det av vikt att alla intervjuer i någon grad behandlade samma teman och en högre grad av strukturering, än enbart öppna under intervjun påkomna frågor, behövdes (Trost 2007). Jag valde att använda mig av en intervjuguide (bilaga 3) som skulle kunna fungera som ram och ge struktur åt intervjun. För att inte fastna i mina egna uppfattningar om vad som är relevant eller i vad som traditionellt bör ingå (Widerberg 2002) delades guiden in i kronologiska teman (före, under och efter patientbesöket/patientkontakten) med förslag på frågor utifrån vilka jag kunde ställa följdfrågor och resonera kring tillsammans med respondenterna (Kvale & Brinkmann 2009).

De fyra kuratorerna fick frågan var de ville intervjuas (Troost 2010) och alla föredrog att bli intervjuade på sina egna arbetsrum. Att bli intervjuad i sin egen invanda miljö kan verka för en avspänd stämning och enkelhet i att tala om ämnet samt bidra till att respondenternas möjlighet att känna sig avslappnade och trygga ökade (Skott 2004). Intervjuerna planerades ta som mest en och en halv timme eftersom längre tid sannolikt inte skulle ge mer användbar information utan istället leda till sänkt koncentration och uttröttade intervjudeltagare (Repstad 2007). Jag upplevde intervjuerna som mycket givande och det var tydligt att respondenterna alla tidigare hade reflekterat över undersökningsområdet. Alla fyra uttryckte också under intervjuerna att de upplevde det viktigt att undersöka valt område och att de var positivt inställda till att dela med sig av sin kunskap genom att låta sig intervjuas. För att inte förlora material som är risken vid anteckningar som enda minnesstöd under en intervju tillfrågades respondenterna om intervjuerna kunde spelas in på band (Troost 2010). Alla samtyckte.

4.1.3.2 Enkätundersökning

Enkäten bestod av 37 frågor och skickades ut med önskemål om svar inom fyra veckor. Frågorna hade skapats utifrån de tidigare genomförda intervjuerna och de områden som med hjälp av där använd intervjuguide (bilaga 3) hade framkommit.

Efter genomförda intervjuer och transkribering av desamma tog arbetet med att strukturera och få fram områden av specifikt intresse som underlag till enkätens frågor vid. Jag bestämde mig för att använda mig av kodning genom kategorisering (Kvale & Brinkmann 2009). Denna metod tilltalade mig då den kan användas för att organisera intervjutexter, koncentrera mening och utarbeta underförstådd mening i det sagda men också uppmärksammar att texttolkaren (intervjuaren) med sin förförståelse och antaganden påverkar intervjun, tolkningen och på så sätt också blir ett slags medskapare av tolkningen (Kvale & Brinkmann 2009). Vid genomläsning av det transkriberade materialet fann jag att ett flertal gemensamma kategorier, utöver de frågeområden jag valt i intervjuguiden, framträdde i svaren. Med hjälp av överstrykningspennor i olika färger kodades materialet efter dessa återkommande kategorier vilka på så sätt blev överskådliga och lätta att återfinna i de olika intervjuerna. Respondenternas svar lades under en rubrik och mina tankar och idéer under en. Mycket av det som framkom i intervjuerna stämde väl överens mellan de fyra respondenterna men en del olikheter framkom också.

Mycket var intressant och ville ha sin plats i enkäten och ett idogt arbete med att reducera antalet frågor till de mest väsentliga tog vid och uppehöll mig under lång tid. Resultatet blev en enkät med 37 frågor (bilaga 4) uppdelade i samma teman som intervjuerna (före, under och efter patientbesöket/patientkontakten) med fokus på vad man upplevde ledde till hjälp och i hur hög grad olika insatser och förhållanden påverkade hjälpen. Enkäten är omfattande och sannolikt tidskrävande för respondenterna vilket i enkätens inledande text uppmärksammades och där även en ödmjuk vädjan om tålmod skrevs in.

Enkäten inleds med ett avsnitt sakfrågor, det vill säga frågor som behandlar faktiska förhållanden gällande år i yrket och arbetsuppgifter (Troost 2007). Den i enkätsammanhang vanliga frågan om kön plockades av naturliga skäl bort då jag visste att alla respondenter var kvinnor. I huvuddelen av enkäten ställs attitydfrågor med rangordning av olika svarsalternativ eller frågor där respondenterna ombeds ange i vilken grad de upplever, tycker eller tror någonting. Resultaten på sådana frågor visade sig vara en utmaning att statistiskt utvärdera och beskriva i figurer och i efterhand kan jag se att det hade varit betydligt enklare att använda annan typ av svarsalternativ.

Avslutningsvis lämnas temat med före, under och efter patientbesöket/kontakten och frågor om utvärdering/mätbarhet, tillgänglighet, handlingsfrihet samt nya och/eller fördjupade kunskaper ställs. I alla svarsalternativ undviks negationer då sådana kan förvirra och irritera vilket kan påverka inte bara reliabilitet och validitet utan även respondenternas lust att svara (Trost 2007). Innan enkäten skickades ut fick den gås igenom av ett par erfarna kuratorer. Tyvärr upptäckte vare sig de eller jag att två frågor fick nummer 5 vilket i resultatredovisningen korrigeras till 5a och 5b.

Enkäten skickades ut i internkuvert med önskemål om att få tillbaka ifylld enkät senast fyra veckor senare.

4.1.3.3 Mailkontakt

Ett mail skickades ut till två chefskuratorer (bilaga 5) gällande frågor om ”deras” kuratorers vidareutbildning/kompetenshöjning. Båda svarade och bjöd även in till vidare kontakt vid behov.

4.1.4 Analys och resultatredovisning

4.1.4.1 Bortfall

Vid intervjuer och mailkontakt deltog alla tillfrågade respondenter. Enkäten skickades ut till 86 stycken kuratorer varav 51 stycken svarade vilket ger ett bortfall med 35 stycken vilket kan ses som ett normalt till gott deltagande (Trost 2007). I resultatredovisningen, kapitel 5, anges vid varje fråga n =det antal av de 51 respondenterna som svarat på aktuell fråga.

Med bortfall avses ”icke-svar” (Djurfeldt et al. 2008) och ses som den osäkerhet som omger kvantitativa undersökningar. Bortfall ses som en okontrollerbar felkälla som bör minimeras så långt det är möjligt. I aktuell studie valde jag att med hänsyn till respondenternas anonymitet, inte på något sätt märka enkäterna och således var ett riktat påminnelseutskick till de som inte svarade inte möjligt för att minska bortfallet. Eftersom jag arbetar inom målgruppen och har varit verksam på SU/Sahlgrenska under flera år känner jag personligen eller känner till många ur målgruppen. Jag hyste därmed en farhåga att märkta enkäter kunde leda till att respondenterna inte skulle känna sig helt fria vid ifyllandet eller kanske välja att inte fylla i över huvud taget, just utifrån den personliga kännedomen. Eftersom deltagandet ändå kunde anses som gott valde jag att inte göra något massutskick för att påminna om enkäten. I ett försök till bortfallsanalys fokuserar jag på den arbetsbelastning min förförståelse säger mig att målgruppen har i sin vardag. Enkätens omfattning kan också ha verkat avskräckande. Det ändå höga antalet svar kan vittna om ett intresse och engagemang i studiens frågeställning.

En annan typ av bortfall noterades där respondenter ibland valde att inte svara på vissa av enkätens frågor. I resultatredovisningen (kapitel 5) hanteras sådant bortfall genom att anges vid varje figur eller text. Denna typ av bortfall förekommer nästan uteslutande i ett mycket litet antal, mellan en till två stycken respondenter, och vid 24 av de 37 frågorna i enkäten. Med hänsyn till det låga antalet tolkas dessa bortfall som misstag eller att respondenten kan ha haft bråttom och valt att inte svara istället för att ta sig tid att tänka efter. På en fråga, nummer 32, förekommer ett större bortfall, 15 stycken, där 7 naturligt fallit bort för att den aktuella frågan utifrån deras svar på den föregående frågan inte längre berörde dem. Åtta stycken valde dock att inte svara vilket i efterhand tolkas utifrån att frågan inte hade något svarsalternativ för den osäkre. Alternativet ”vet inte” saknades.

4.1.4.2 Intervjuer

Analys av intervjuerna utfördes i tre steg: intervjutillfället, arbete med transkription, genomläsning och kodning och till sist tolkning där materialet arbetades igenom med hjälp av de perspektiv och begrepp studien utgår från (Trost 2010). Intervjuerna skrevs ut i sin helhet, inte talstilsspecifikt där t.ex. talspråksformer och talstyrka återges (Skott 2004) men väl så ordagrant som möjligt, dock utan att skriva ut skratt och pauser. Även passager som inte innehöll det jag var primärt intresserad av skrevs ut då det som vid första anblick kan te sig ointressant senare kan vara av vikt (Skott 2004). Det transkriberade materialet bestod av sammanlagt 45 sidor.

Vid analys av kvalitativt material finns, till skillnad från kvantitativt, inga på förhand specifikt bestämda tekniker (Trost 2010). Efter att intervjuerna genomförts följde ett tidskrävande arbete med transkription och textbearbetning. Analysprocessen är en tolkande praktik (Johansson 2005) som påbörjas redan under intervjun i samspelet mellan aktörerna. Materialet formas gemensamt (Skott 2004) och påverkas av faktorer som förförståelse och val av frågor. Under nästa steg, utskriften av det inspelade materialet från tal till text, sker ånyo en bearbetning och selektion av det talade ordet och ett slags tolkning sker sålunda även där (Skott 2004).

I studiens resultatredovisning presenteras intervjuerna genom citat utvalda för att exemplifiera och fördjupa förståelsen av de kvantitativa resultaten. Aktuella citat presenteras i anslutning till varje enkätfråga och vilken intervju som används markeras med de fiktiva initialerna AA, BB, CC samt DD.

4.1.4.3 Enkätundersökning

Analys av enkätsvaren inleddes med inmatning i ett datorprogram för statistisk analys, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).http://sv.wikipedia.org/wiki/SPSS/cite_note-1 Univariat analys valdes som mest passande för studien. Ett urval av resultatet från enkätundersökningen redovisas i kapitel 5 med hjälp av text, tabeller och stapeldiagram.

För att undvika direkta inmatningsfel i SPSS kontrollerades materialet vid ett tillfälle utöver själva inmatningstillfället. Frågorna kördes därefter i SPSS som en univariat analys vilket ger beskrivande statistik (Djurfeldt et al. 2008) vilket kan ge svar på hur många som tycker någonting. Eftersom jag i huvudsak var ute efter att få fram hur respondenterna uppfattade vad som blir till hjälp och hur många som valde respektive svarsalternativ såg jag den univariata analysen som tillräcklig. Att göra en bivariat eller multivariat analys där flera frågor eller flera mättillfällen jämförs med varandra valdes därmed bort. Dels för att begränsa studiens omfattning men också då valet av rankningsfrågor i enkäten försvårade användandet av sådana analysmetoder.

I studiens resultatredovisning (kapitel 5) presenteras resultaten från enkätundersökningen med hjälp av text, tabeller och stapeldiagram. Tabeller har använts då de exakta resultaten har bedömts angelägna att framgå i figuren och således lätt kunna avläsas. De frågor som haft en gradskala (i mycket hög grad, i hög grad och så vidare) har också redovisats i tabell då sådan utifrån de många svarsalternativen bedömdes ge dessa frågor en tydligare överblick. Stapeldiagram har använts vid frågor där figurens visuella intryck av resultaten bedömdes förenkla och leda till en snabb överblick. De exakta resultaten redovisas där istället i text.

I resultatredovisningen redovisas ett urval av enkätfrågorna. Urvalet har gjorts utifrån direkt relevans för studiens frågeställningar samt med hänsyn till utrymmesskäl. Frågor som inte redovisas i resultatredovisningen behandlar sjukhuskurators kontextuella sammanhang och ses mer som en bakgrundskunskap viktig för förståelsen men anses inte primärt beröra aktuella frågeställningar. Enkätfrågorna redovisas i resultatredovisningen inte alltid i kronologisk ordning då det istället för att hålla sig till strikt nummerordning bedömdes som mer lämpligt och sammanhängande att redovisa besläktade frågor inom samma område.

Valet att i enkätundersökningen använda rankningsfrågor blev till besvär vid tolkning och redovisning. Frågorna var komplicerade att utläsa och svåra att på ett korrekt och lättfattligt sätt visa i bild. Gällande enkätundersökningens många frågor hade möjligtvis fler svar kommit in om den gjorts mindre omfattande vilket hade varit positivt. Dock finns nu mycket material att använda till eventuella kommande studier inom ämnet.

4.1.4.4 Mailkontakt

Svaren på mailade frågor till chefkuratorer används för att verifiera information i analysavsnittet varför de enbart redovisas i text och enbart i det avsnittet (kapitel 6).

4.1.5 Validitet och reliabilitet

Med begreppet validitet menas giltighet med betydelsen hur väl de frågor som ställs mäter det som ska undersökas. Begreppet reliabilitet avser tillförlitlighet med betydelsen hur mätningarna gjorts samt att upprepade mätningar ger samma resultat (Djurfeldt et al. 2008; Trost 2010). Begreppen utvecklades från kvantitativa metoder som en sanningsbärande grund för god forskning (Djurfeldt et al. 2008; Repstad 2007). Sedan det objektiva sanningsbegreppet upplösts har framför allt begreppet validitet blivit mer och mer omdiskuterat (Skott 2004) och man frågar sig vanligtvis inte längre om ett kvalitativt material är sant eller ej då det istället ses som socialt konstruerat och med det kontextuellt bundet (Johansson 2005).

För att säkerställa hög validitet i intervjuerna användes intervjuguide som på förhand lästes igenom och kommenterades av två kollegor som inte ingick i intervju-undersökningen och som båda arbetat länge som sjukhuskuratorer. Intervjuguiden visade sig fungera väl som en ”rygggrad” och motverkade också att jag som intervjuare skulle uppta mina tankar med kommande fråga istället för att fokusera på det som sägs (Repstad 2007). Det kan vara klokt att tidigt se över intervjuguiden varför jag redan efter första intervjun korrigerade och tog bort någon fråga (Trost 2010). I övrigt behölls guiden intakt.

Under intervjuerna kunde validiteten optimeras eftersom frågeområdenas relevans, begriplighet och tolkning kontinuerligt var möjliga att kontrollera genom direkta frågor. Intervjuerna fungerade som förprojekt till enkätundersökningen och bidrog till att ge denna höjd validitet då vad som skulle kunna vara relevanta frågor i enkäten redan då kunde framarbetas och börja prövas (Djurfeldt et al. 2008). Enkätundersökningens frågor stöttes och blöttes med handledare och kollegor, något som kan ses som ytterligare ett sätt att säkerställa relevans och begriplighet.

Reliabiliteten i en kvantitativ studie anses hög då upprepade mätningar oberoende av varandra ger likartade resultat, så kallad replikerbarhet (Djurfeldt et al. 2008). Aktuell studies replikerbarhet har, då den enligt min vetskap nationellt är den enda i sitt slag, inte kunnat undersökas mer än att andra studier om vad som blir till hjälp inom socialt arbete i stort visar

resultat i samma riktning. Som till exempel Bengt Carlssons "Hjälpprocesser i socialt arbete" från 2005. Reliabilitet handlar om mätinstrumentets kvalitet, i denna studies fall både kvalitativ och kvantitativ undersökning, varför frågorna i respektive delar har formulerats så tydligt som möjligt och förutsättningarna inom de olika delarna gjorts så likartade som möjligt. I enkätundersökningen ges tydliga anvisningar och förklaringar till dess frågor och vad gäller intervjuerna har det så långt det varit möjligt getts samma förutsättningar gällande rum, avskildhet och introduktion. För att i möjligaste mån säkerställa objektiviteten har allt material från intervjuerna behandlats på samma sätt gällande transkription, kodning och kategorisering och allt material från enkäterna har lagts in i datorprogrammet SPSS på samma sätt (Trost 2007). För att öka reliabiliteten och således minska risken för slumpmässiga fel lyssnades intervjuerna efter transkription igenom ännu en gång samtidigt som den transkriberade texten lästes igenom (Djurfeldt et al. 2008). De i SPSS inlagda svaren från enkätundersökningen kontrollerades även de vid ytterligare ett tillfälle för att säkerställa att rena inmatningsfel inte uppstått (Djurfeldt et al. 2008).

4.1.6 Generaliserbarhet

Enkätundersökningen fick ett gott svarsdeltagande och vänder sig till en specifik grupp i en specifik miljö varför den kan göra anspråk på generaliserbar kunskap gällande målgruppens åsikter.

Överlag kan inte kvalitativa resultat, och i synnerhet inte från en studie i det mindre formatet som den aktuella, sägas vara generaliserbara för en större population. Dock kan de fungera som en insiktsskapare gällande en viss miljö eller visst sammanhang (Repstad 2007). För att nå en generaliserbarhet i betydelsen fördelningsmönster i en stor population måste dock andra sätt att samla in data användas (Repstad 2007). Aktuella resultat kan vara intressanta och applicerbara även för en större population, som exempel sjukhuskuratorer i Sverige. Detta eftersom det undersökta inte systematiskt skiljer sig från den större helheten, frågeställningarna har hållits generella och studiens undersökningsenhet på många sätt är jämförbar med en tänkt större population (Esaiasson et al. 2007).

4.1.7 Etiska aspekter

Vid intervjuerna användes "informerat samtycke" (bilaga 2) enligt Vetenskapsrådet och som en bilaga till enkäten medföljde ett följebrev (första sidan, bilaga 4) med information om studien. Maktaspekt och konfidentialitet har under hela studien beaktats på olika sätt.

Intervjuer i forskningssyfte har tidigare setts som en dialog där båda parter deltar på jämlika villkor. Vid jämlika förhållanden har båda parter samma intresse i att ett samtal äger rum och hur det utformas och så är inte fallet inom forskning. En forskningsintervju initieras och genomdrivs av intervjuaren vilken också härskar över situationens konkreta former såsom på förhand bestämda frågor och tidsbegränsning. En ojämn maktbalans mellan deltagarna framträder och är nödvändig att tas hänsyn till både utifrån etiska skäl samt respekt för den enskilde men också för att forskaren ska få ut så mycket som möjligt av intervjun. Risken finns att respondenter i försök att utjämna upplevd obalans kan utöva motkontroll och undanhålla information (Kvale 2006).

Maktaspekten har beaktats under hela insamlingen av det empiriska materialet till aktuell studie. I intervjusituationen är min upplevelse att maktskillnaden tonades ner då jag vistades i dennes

arbetsrum och således också dennes territorium samt fann att den intervjuade hade ett uttalat intresse, engagemang och lust att tala om ämnet. Alla uttryckte att det var viktigt att genomföra aktuell studie. Kanske invaggades jag dock i en falsk känsla av att vi samtalade som jämlika kollegor när vi egentligen också befann oss i ett helt annat sammanhang med andra positioner. I eftertankens kranka blekhet kan jag se att det hade varit mer etiskt korrekt att i intervjusituationen öppet belysa maktens aspekter vilket inte gjordes. Att urvalet skapades via egna och andras kontakter bedömdes inte påverka negativt då det avgörande var de intervjuades vilja och engagemang att tala om aktuellt ämne samt att de förväntades kunna bistå med viktig och för studien relevant information.

För att respektera respondenternas rätt till anonymitet och information samt skapa förutsättningar för en jämlik maktbalans följer aktuell studie Vetenskapsrådets riktlinjer om information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande (Vetenskapsrådet 2009). Mot denna bakgrund fick respondenterna innan intervjuerna påbörjades muntlig information, (som komplement till det tidigare utskickade skriftliga informationsbrevet, se bilaga 1), om studien och ombads därefter skriva under ett informerat samtycke (Repstad 2007) (bilaga 2). För att garantera respondenternas anonymitet har deras namn inte använts för att ”märka” bandinspelningar eller transkriberat material. Enbart datum och fingerade initialer har angetts på banden och varje enskild utskrivna sida för att utskriften från olika intervjuer inte ska blandas med varandra. Respondenterna har inte heller gått att spåra i studiens resultatredovisning eller analysavsnitt eftersom enbart fingerade initialer använts (Repstad 2007). Bandinspelningar och utskrift ska behandlas som källdata (Skott 2004) varför dessa i sitt ursprungliga skick är avidentifierade och förvaras utan möjlig tillgång för utomstående.

Vid ett enkätutskick är det utifrån konfidentialitet och arbetsinsats från både respondenter och forskare ofta inte genomförbart att först skicka ut informerat samtycke för påskrift och därefter enkät. För att respondenterna skulle vara välinformerade om sina rättigheter samt studiens upplägg och syfte valde jag därför att med enkäten skicka ett följebrev med information (första sidan, bilaga 4). Enkäterna har inte märkts på något sätt mer än att ankomstdatum har markerats på ifylld enkät. Detta för att i efterhand ha möjlighet att se över svarsflödet och utifrån det kunna få en bild av hur intresset av undersökningen och ämnet sett ut. Hur enkätens respondenter sett på konfidentialitet har till del återspeglats vid deras återsändande av ifylld enkät. Vissa har skickat tillbaka enkäten i samma internkuvert som den kom i, med deras eget namn och adress som senaste mottagare och jag har sålunda kunnat förstå vem som fyllt i enkäten. Någon har skrivit under enkäten med en hälsning och sitt eget namn medan vissa har valt att sända åter enkäten i ett vitt kuvert, omöjligt att härleda. Synen på konfidentialitet får därför sägas vara tämligen skiftande inom urvalsenheten. Valet att vara och förbli helt anonym som respondent har dock utnyttjats av majoriteten.

Kapitel 5

Resultatredovisning

5.1 Inledning

I kapitlet nedan presenteras och redovisas studiens empiri utifrån aktuellt syfte och frågeställningar. Enkätfrågor presenteras i text och tabeller och studiens intervjuer genom citat (i kursiv stil).

5.2 Arbetsuppgifter och arbetsförhållanden

Enkätfrågorna som redovisas i avsnittet nedan behandlar hur respondenterna upplever och beskriver sina arbetsuppgifter samt ser på sina arbetsförhållanden. För att visa på vilka ramar respondenterna upplever sig arbeta inom inleds avsnittet med redovisning av den enkätfråga som berörde handlingsfrihet. Därefter presenteras frågor kring arbetsuppgifter och hur de fördelas på respektive tjänst. Respondenternas uppfattning om hur patienter kommer till dem samt andra professioners kunskap om sjukhuskurators arbetsuppgifter behandlas. Respondenternas syn på yttre förberedelser, både praktiska som exempel av rummet där besöket ska hållas eller att på olika sätt hämta kunskap om patienten, redovisas. Även inre förberedelser för kurator själv presenteras.

5.2.1 Upplevelse av handlingsfrihet (enkätfråga 34)

Nedan redovisas i vilken grad respondenterna upplever handlingsfrihet i att lägga upp och planera sitt arbete.

Tabell 1

	antal pers	andel i %
I mycket hög grad	18	35,3
I hög grad	28	54,9
Medel	4	7,8
I låg grad	0	0,0
I mycket låg grad	0	0,0
Vet ej	0	0,0
Totalt	50	98,0
Ej besvarad	1	2,0

n=50

Ungefär 90% av respondenterna menade att de har hög eller mycket hög grad handlingsfrihet vid upplägg och planering av sitt arbete (tabell 1).

5.2.2 Sjukhuskurators arbetsuppgifter (enkätfrågor 3, 5a)

Respondenterna angav utan undantag att deras arbetsområden återfinns både inom fältet för praktiska insatser samt för samtal.

Tabellen nedan visar hur respondenterna skattade fördelningen av sin arbetstid mellan praktiska insatser (PI) och samtal.

Tabell 2

	antal pers	andel i %
80% PI - 20% samtal	2	3,9
60% PI - 40% samtal	7	13,7
50% PI - 50% samtal	10	19,6
40% PI - 60% samtal	8	15,7
20% PI - 80% samtal	20	39,2
Annan fördelning	4	7,9
Totalt	51	100,0

n=51

Majoriteten av respondenterna skattade att de arbetar mer med samtal än med praktiska insatser (tabell 2).

De intervjuade kuratorerna beskrev hur kombinationen av samtal och praktiska insatser förekommer naturligt. Arbetets båda delar tillskrevs en självklar plats men uttrycktes inte ha någon inbördes rangordning utan beskrevs istället som inflätade i varandra. Gränsen mellan de olika delarna angavs som ”glidande” då de uttrycktes kunna röra sig fram och tillbaka.

BB: ”Precis, det börjar med en sak sedan blir det jättemycket av det andra i mitten och sedan så återgår det till det det var från början”.

De praktiska insatserna beskrevs i intervjuerna ibland som en ”inkörsport” vilken kunde leda till att samtalsinsatser påbörjas.

DD: ”Det är ju inte alla som behöver praktiskt utan det är bara stödsamtal och det kan vara långa kontakter, men för andra är det praktiska det viktigaste kanske. Med pengar och få reda på lite olika saker vad man kan göra och hur man ska klara det här. Så det ser väldigt olika ut. En del kommer in på det sättet men att det i fortsättningen leder till stödjande samtal”.

5.2.3 Hur kommer patienten i kontakt med sjukhuskurator? (enkätfråga 5b)

Patienter får kontakt med kurator på olika sätt. Respondenterna ombads ange kontaktvägar från det de upplever som det vanligaste sättet till det minst vanliga. Enkätsvaren nedan visade på följande där nummer 1 avser det vanligaste kontaktsättet, nummer 6 det minst vanliga och svaren däremellan i fallande ordning.

1. Andra professioner på sjukhuset uppmärksammar kurator på patientens behov av insatser (utan remiss)
2. Patienten tar själv kontakt med kurator
3. Skriftlig remiss
4. Patientens anhöriga uppmärksammar kurator på patientens behov av insatser
5. Patienten får kontakt med kurator som ett led i teamarbete
6. Patienten får kontakt med kurator enligt lag eller vårdprogram

n=51

AA: "Det är ju väldigt många sköterskor som fångar upp inom slutenvården, att de själva ser att patienten, ja att det är svajigt runt patienten av någon anledning eller att patienten själv säger så här att "- jag vill prata med kurator".

5.2.4 Andra professioners kunskap om sjukhuskurators arbetsområde och kompetens (enkätfråga 6)

Enligt studiens respondenter är det vanligaste sättet för patienter att komma i kontakt med kurator genom att annan profession uppmärksammar behov och förmedlar kontakt. Detta innebär att annan profession ofta är den som primärt bedömer patientens behov och huruvida dessa överensstämmer med vilka insatser kurator kan ge. Andra professioners kunskap om vad som ingår i kurators kompetens och arbetsområde kan därmed ses som viktigt för att de patienter som är i behov av kuratorsinsatser och som inte på egen hand eller med hjälp av anhöriga söker upp kurator ska erbjudas kontakt.

I tabellen nedan redovisas respondenternas upplevelse av i vilken grad andra professioner inom hälso- och sjukvård har kunskap om sjukhuskurators arbete.

Tabell 3

	antal pers	andel i %
I mycket hög grad	4	7,8
I hög grad	25	49,0
Medel	19	37,3
I låg grad	2	3,9
I mycket låg grad	0	0,0
Vet ej	0	0,0
Totalt	50	98,0

n=50

Strax över hälften av respondenterna upplevde att andra professioner i hög grad eller i mycket hög grad har kunskap om vad kurators arbete innebär. Återstoden upplevde att andra professioner på medelnivå eller i låg grad har kunskap om deras arbete (tabell 3).

5.2.5 Yttre förberedelser (enkätfrågor 8-11)

I enkäten ställdes frågor om kurator förbereder sig på något sätt innan ett patientbesök och hur sådana förberedelser i så fall kunde se ut. Dessa i enkäten kallade yttre förberedelser förklarades med åtgärder som påverkar kurators kunskap om aktuell patient samt om platsen där besöket ska hållas justeras på något sätt med tanke på det kommande besöket.

Inledningsvis ställdes frågor om respondenterna inhämtar information om patienten innan ett besök samt hur de i så fall går till väga.

Tabell 4

	antal pers	andel i %
Ja	32	62,7
Nej	0	0,0
Ibland/ibland inte	19	37,3
Totalt	51	100,0

n=51

Alla respondenter uppgav att de inhämtar information om patienten innan ett besök, en del alltid och andra ibland (tabell 4).

Vid fråga om hur kurator inhämtar information om patienten innan ett besök fick respondenterna rangordna sina svar där läsa journal användes som primär informationskälla och att hämta kunskap från andra professioner som sekundär. Svartalternativ 1 är det som rangordnades av flest som den vanligaste informationskällan, 4 som mest sällan förekommande och svaren däremellan i fallande ordning.

1. Läser journal
2. Hämta kunskap från andra professioner
3. Läsa aktuell remiss
4. Annat

n=50

Respondenterna ombads rangordna svartalternativ gällande olika typer av förberedelser av rummet. Svartalternativ 1 är det som rangordnades av flest som den vanligaste förberedelsen, 5 som mest sällan förekommande och svaren däremellan i fallande ordning.

1. Stänga av arbetstelefon
2. Stänga av privat mobiltelefon
3. Angivelse på dörr
4. Iordningsställa besöksrum
5. Annat

n=50

Den vanligaste förberedelsen av rummet där mötet mellan patient och kurator ska hållas var enligt respondenterna att stänga av sin arbetstelefon för inkommande samtal. Svartalternativen ”stänga av arbetstelefon” och ”angivelse på dörr” användes inte alls av två respektive nio personer.

Tabellen nedan visar respondenternas upplevelse av i vilken grad de fann att yttre förberedelser främjar att hjälp uppnås i kontakten mellan patient och kurator.

Tabell 5	antal pers	andel i %
I mycket hög grad	24	47,1
I hög grad	24	47,1
Medel	3	5,8
I låg grad	0	0,0
I mycket låg grad	0	0,0
Vet ej	0	0,0

Totalt	51	100,0
--------	----	-------

n=51

Nästan alla, 94%, av respondenterna ansåg att yttre förberedelser i mycket hög eller hög grad främjar att hjälp uppstår (tabell 5).

5.2.6 Inre förberedelser (enkätfrågor 12-13)

De i enkäten kallade inre förberedelser innan ett patientbesök, avsåg åtgärder ej visuellt synliga för patienten och primärt avsedda för sjukhuskurator själv. Det beskrevs handla om att ta en paus innan eller efter ett besök, inte boka in krävande besök efter varandra eller använda sig av någon avslappningsmetod. Valet att utföra eller inte utföra inre förberedelse tänktes sekundärt kunna påverka även patient och aktuellt möte.

Respondenterna ombads ange i vilken grad de upplevde att inre förberedelser främjade att hjälp skulle uppnås i kontakten mellan patient och kurator.

Tabell 6

	antal pers	andel i %
I mycket hög grad	11	21,7
I hög grad	27	52,9
Medel	9	17,6
I låg grad	0	0,0
I mycket låg grad	0	0,0
Vet ej	4	7,8
Totalt	51	100,0

n=51

En klar majoritet av respondenterna ansåg att inre förberedelser i mycket hög eller hög grad främjar att hjälp uppstår i arbetet mellan kurator och patient (tabell 6).

I intervjuerna angavs inre förberedelser hysa en dubbel funktion. De beskrevs dels som betydande för sjukhuskurators egen återhämtning inför och mellan besök samtidigt som de också upplevdes kunna påverka patienten genom sjukhuskurators möjlighet att vara mer fokuserad på det aktuella mötet.

AA: "Då går jag en lov till sköterskan, jag går en lov ut hit, [det egna arbetsrummet] jag går en lov till postrummet. Jag gör vad tusan som helst. Ja, jag måste ha en lov på några minuter emellan. För att avsluta den gamla patienten och för att förbereda mig för den nya. För annars har jag den gamla patienten med mig i kroppen när jag går in till den nya. Det går inte".

CC: "...men jag försöker att inte boka in nydrabbade par timmarna efter varandra för det kan bli för tungt både för mig och dem".

5.3 Vad leder till hjälp? (enkätfråga 37)

Avsnittet nedan inleds med beskrivning av enkätens avslutande fråga där respondenterna ombads rangordna hjälpfaktorer i patientarbetet. De fyra hjälpfaktorerna som respondenterna rangordnade högst redovisas utifrån den plats de fått i rangordningen. kurators kunskap och kompetens, relationen mellan kurator och patient samt frivillighet i kontakten.

Respondenternas uppgifter om hur de rangordnar hjälpfrämjande faktorer i arbetet med patienter kan delas in i två grupper. De tre högst rankade svarsalternativen användes av i princip alla (ett (1) undantag avseende svarsalternativ 2) och presenteras som en grupp. Här rangordnades svarsalternativen "kurators kunskap och kompetens" samt "relationen mellan kurator och patient" till första och andra plats men kan tolkas som lika viktiga då ungefär lika många använt dem som första respektive andra (2:a) svarsalternativ. Återstående fyra alternativ hade gemensamt att de alla i olika utsträckning och på olika nivå i rangordningsskalan ibland helt valts bort av respondenterna och då inte alls använts som svarsalternativ. Dock redovisas även svarsalternativet "Hur förväntningar och begränsningar lyfts fram under kontakten" då det fick högst plats i rangordningen efter gruppen med de tre mest använda alternativen. Sammantaget kan således de tre första alternativen förstås som avgörande hjälpfrämjande faktorer och de övriga fyra som mindre viktiga.

I redovisningen nedan avser "1" det svarsalternativ som flest rangordnade som den komponent som i högst grad främjar att hjälp uppnås, "8" den som i lägst grad främjar hjälp och svaren däremellan i fallande ordning.

1. Kurators kunskap och kompetens
2. Relationen mellan kurator och patient
3. Frivillighet i kontakten

4. Hur förväntningar och begränsningar lyfts fram under kontakten
5. Struktur i kontakten
6. Kurators egna förberedelser
7. Kurators tillgänglighet
8. Annat

n=50

5.3.1 Ny och/eller fördjupad kunskap (enkätfrågor 35-36)

Kurators egen kunskap och kompetens rangordnades som den viktigaste hjälpfrämjande faktorn i patientarbetet. Fråga ställdes om respondenternas uppfattning om *hur* viktig den är, alltså i vilken grad ny/fördjupad kunskap främjar att hjälp uppnås.

Tabell 7

	antal pers	andel i %
I mycket hög grad	20	39,2
I hög grad	23	45,1
Medel	6	11,8
I låg grad	0	0,0
I mycket låg grad	1	2,0
Vet ej	0	0,0
Totalt	50	98,0

n=50

Kurators egen nya eller fördjupade kunskap tillskrevs stor betydelse då nära 84% av respondenterna angav att de i hög eller mycket hög grad upplever att sådan främjar att hjälp uppnås i patientarbetet (tabell 7).

Tabellen nedan visar respondenternas uppfattning om i vilken grad de upplever att de får möjlighet att förkovra sig med ny eller fördjupad kunskap.

Tabell 8

	antal pers	andel i %
I mycket hög grad	4	7,8
I hög grad	7	13,7
Medel	24	47,1
I låg grad	10	19,6
I mycket låg grad	4	7,8
Vet ej	1	2,0
Totalt	50	98,0

n=50

Nästan 50 % av respondenterna angav att de utifrån en medelnivå upplever att de får den nya eller fördjupade kunskap de tycker att de behöver. Svartalernativet ”medelnivå” kan förstås med att dessa respondenter inte är nöjda med den möjlighet de får till ny eller fördjupad kunskap, men heller inte missnöjda. De vill ha ökade möjligheter till att få ny eller fördjupad kunskap och kan inte ses som nöjda med den situation de har idag. Ca 27% av respondenterna angav att de får ny eller fördjupad kunskap i låg eller mycket låg grad vilket tolkas som ett missnöje (tabell 8).

5.3.2 Hjälprelationen (enkätfråga 22)

Relationen mellan patient och kurator är att definiera som en hjälprelation och rangordnades av respondenterna till näst viktigaste hjälpfrämjande faktor. I enkäten ställdes fråga om vad en hjälprelation består av vilket redogörs för nedan. Respondenterna ombads rangordna olika byggstenar utifrån vilken roll de uppfattades spela för uppbyggandet av en god relation mellan kurator och patient. I svaren avser ”1” det svartalernativ som av flest rangordnades som viktigaste byggstenen i relationen mellan patient och kurator, ”5” minst viktig och svaren däremellan i fallande ordning.

1. Kurators närvaro i patientkontakten
2. Kurators intresse och engagemang i patienten
3. Kurators tillgänglighet
4. Humor
5. Annat

n=50

Svartalernativet humor användes inte alls av över hälften av respondenterna och rankades av övriga till sista plats.

I intervjuerna beskrevs hur relationens uppbyggnad och byggmaterial kan vara abstrakt och bestå av icke påtagliga insatser såsom ordlös kommunikation och förmedlande av en känsla.

AA: ” ...och sedan att jag, att man signalerar med ord och med ickekommunikation att jag är rädd om dig, jag värnar om dig, jag har respekt för dig, jag har respekt för din integritet. Man är inte liksom 5:2 här, man är inte en höftledsprotes här utan man är Evelyn på 5:1. Det är en person. Man är något annat än en höftled här utan man är en hel person. Aldrig att jag ger avkall på det”.

5.3.3 Frivillighet (enkätfråga 7)

Att patienten kommer frivilligt till kurator för att få ta del av insatser rangordnades av respondenterna som en viktig hjälpfrämjande faktor (tredje plats). Nedan beskrivs respondenternas uppfattning av *hur* viktig frivilligheten i kontakten uppfattas vara, alltså i vilken grad frivilligheten främjar att hjälp uppnås.

Tabell 9

	antal pers	andel i %
I mycket hög grad	20	39,2
I hög grad	21	41,2
Medel	7	13,7
I låg grad	1	2,0
I mycket låg grad	0	0,0
Vet ej	1	2,0
Totalt	50	98,0

n=50

Enkätsvaren visar att en majoritet av respondenterna, ca 80%, tyckte att frivillighet i hög eller mycket hög grad påverkar om hjälp uppnås eller ej (tabell 9).

5.3.4 Patientens förväntningar och kurators begränsningar (enkätfrågor 19-20)

När parternas förväntningar på en hjälprelation och de insatser den omfattar stämmer överens med dess möjligheter och eventuella begränsningar kan goda förutsättningar för att hjälp ska uppnås tänkas föreligga. Detta i och med samstämmigheten i en gemensam och realistisk målformulering. Vid låg eller obefintlig kännedom om förväntningar och begränsningar kan ett gemensamt arbete försvåras.

Förväntningar förklarades i enkäten med det patienten önskar uppnå genom kontakten med kurator och begränsningar med att patientens önskemål om insatser inte omfattas av kurators arbetsuppgifter eller kompetensområde. Tabellen nedan visar respondenternas uppfattning om i vilken grad de ansåg att hjälprelationens parterers kunskap om varandras förväntningar och begränsningar påverkade att hjälp uppnåddes.

Tabell 10

	antal pers	andel i %
I mycket hög grad	21	41,2
I hög grad	25	49,0
Medel	5	9,8
I låg grad	0	0,0
I mycket låg grad	0	0,0
Vet ej	0	0,0
Totalt	51	100,0

n=51

Ömsesidig kunskap om förväntningar respektive begränsningar ansågs av den stora majoriteten respondenter i mycket hög eller hög grad främja att hjälp uppnås (tabell 10).

Respondenterna tillfrågades om deras upplevelse av om patienterna har orealistiska förväntningar på deras möjlighet till insatser.

Tabell 11

	antal pers	andel i %
I mycket hög grad	1	2,0
I hög grad	1	2,0
Medel	23	45,1
I låg grad	19	37,3
I mycket låg grad	6	11,8
Vet ej	1	2,0
Totalt	51	100,0

n=51

Nästan 50% upplevde att patienterna i låg eller mycket låg grad hade orealistiska förväntningar på vad kontakt med kurator skulle kunna uppnå. Ca 45 % angav att orealistiska förväntningar förekommer på en medelnivå (tabell 11).

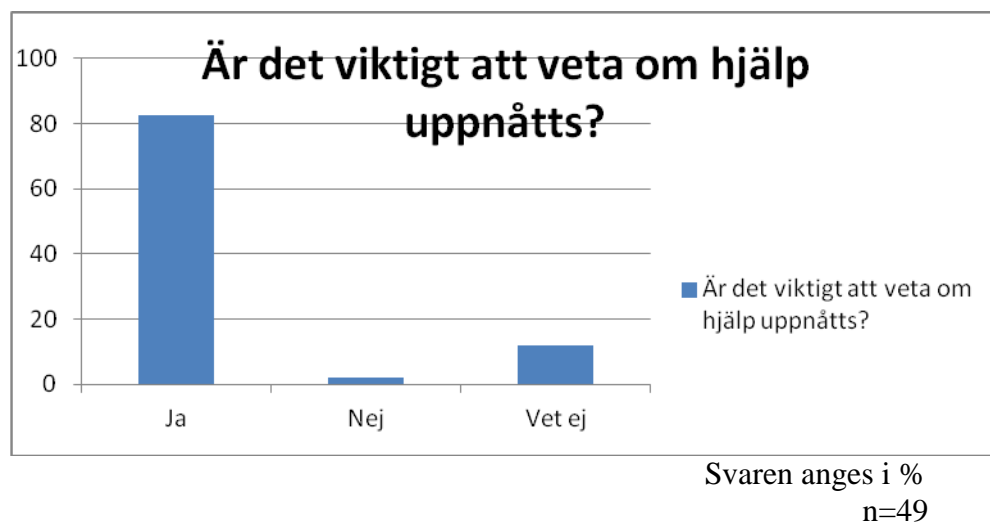
5.4 Insatsernas effekt

Nedanstående avsnitt har fokus på tiden efter att ett besök eller en kontakt mellan kurator och patient avslutats. Initialt behandlas hur respondenterna beskriver hur och när de vet att hjälp uppstått samt om de upplever det viktigt att veta om hjälp har uppnåtts eller ej. Därefter följer frågor om utvärdering som ett instrument för att få veta mer insatsernas och kontaktens utfall.

5.4.1 När och hur uppnås hjälp? (enkätfrågor 25-27)

Respondenterna ombads ange om de fann det viktigt att efter att en kontakt avslutats få visshet i om hjälp uppnåtts eller ej. Svaren redovisas i bilden nedan.

Tabell 12



Majoriteten av respondenterna (82%/42 st) angav att de finner det viktigt att efter ett besök eller vid avslutandet av en kontakt få vetskap i om hjälp uppnåtts eller ej. 2%/1 st tycker inte att det är viktigt och 12%/6 st vet inte (tabell 12).

Respondenterna tillfrågades om hur de vet alternativt gör för att få veta om hjälp har uppnåtts i kontakten med en patient. Respondenterna ombads rangordna sina svar där 1 är det svarsalternativ som rangordnades som vanligast förekommande, 5 minst förekommande och svaren däremellan i fallande ordning.

1. Patienten säger själv att den har blivit hjälpt
2. Kurator frågar patienten om den har blivit hjälpt
3. Patientens uttalade förväntningar har infriats
4. Skriftlig utvärdering där det framgår om patienten upplever att hjälp uppnåtts används
5. Kurator vet inte om hjälp uppnåtts

n=50

Resultaten ovan visar på att hur kurator får veta om hjälp uppnåtts sker på olika sätt där det är vanligast förekommande att patienten själv anger att hjälp har uppnåtts. Vanligt är också att

kurator frågar patienten. Endast ett fåtal använder någon gång skriftlig utvärdering som instrument. 86%/44 st använde inte svarsalternativet om skriftlig utvärdering alls i sin rangordning. 12%/6 st angav att de i någon utsträckning använder sig av skriftlig utvärdering. Enkätsvaren visade på att en övervägande majoritet respondenter upplever att de vet att hjälp uppnåtts i patientkontakten. Endast en person angav sig inte veta och en rangordnade detta svarsalternativ till näst sista (fjärde) plats.

Respondenterna tillfrågades om när de upplever att de vet när hjälp uppnåtts. Respondenterna ombads rangordna sina svar där 1 avsåg det svarsalternativ som av flest rangordnades som mest förekommande, 5 minst förekommande och svaren däremellan i fallande ordning.

1. Patienten upplever att hjälp uppnåtts.
2. Både kurator och patient upplever att hjälp uppnåtts.
3. Kurator upplever att hjälp uppnåtts.
4. Annan profession upplever att hjälp uppnåtts.
5. Jag vet inte när hjälp uppnåtts.

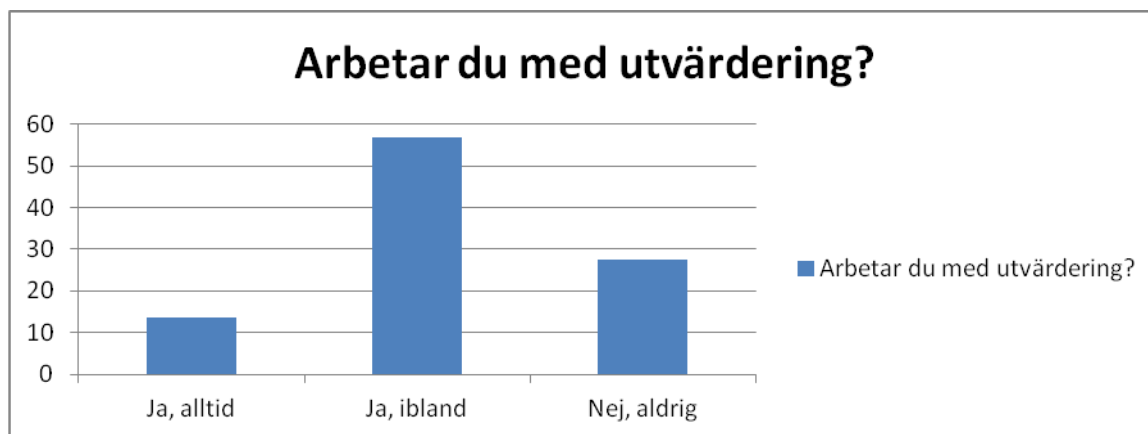
n=50

Endast en person använde sig av svarsalternativet ”jag vet inte när hjälp uppnåtts” och valde att rangordna det till sista (femte) plats. Den vanligaste tidpunkten för när flest respondenter upplever att de vet när hjälp har uppnåtts angavs vara när patienten säger det. Mindre betydelse tillskrevs kurators egen upplevelse och minst betydelse när andra professioner menar att hjälp är uppnådd.

5.4.2 Utvärdering av professionella insatsers effekt (enkätfrågor 31-32)

Muntlig eller skriftlig utvärdering av patientarbetet förklarades i enkäten bland annat kunna visa på förändring i patientens upplevelse av livskvalitet, psykiska välbefinnande eller upplevelse av att ha blivit hjälpt. Utvärdering beskrevs också som ett instrument för att visa på effekt av kurators insatser. Nedan redovisas respondenternas inställning till arbete med utvärdering.

Tabell 13



Svaren anges i %.

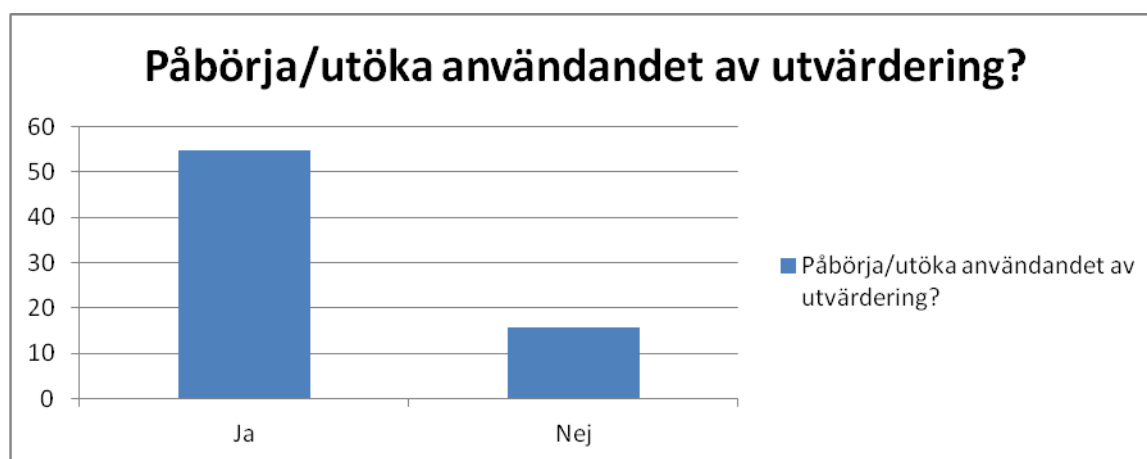
n= 50

En mindre del av respondenterna, (14%/7 st) angav att de alltid arbetar med utvärdering i sitt patientarbete och dubbelt så många att de aldrig gör det, (27%/14 st). Återstoden, (57%/29 st)

använder sig av någon slags utvärdering då och då (tabell 13).

Respondenterna ombads svara på om de ville påbörja eller utöka användandet av utvärdering. Denna fråga riktades till dem som på frågan ovan där frågeställningen var ”arbetar du med utvärdering”, angett att de aldrig eller ibland använde sig av utvärdering. Övriga, de som angett att de alltid använde sig av utvärdering, 7 st, skulle inte svara på denna fråga. Av de 44 respondenter som således var aktuella för frågan valde 8 st att inte svara.

Tabell 14



Svaren anges i %
n=36

Över hälften (55%/28 st) av respondenterna ville börja använda sig av eller utöka sitt användande av utvärdering och (15%/8 st) ville det inte. Således är det sammantaget 69% av respondenterna som antingen redan använder sig av, eller vill börja/utöka användandet av utvärdering (tabell 14).

I intervjuerna uttrycks olika sätt att se på och att utföra utvärdering. Det berättas om viljan att säkerställa att vara ”på rätt väg” med patienten och att kontinuerlig utvärdering då kan göras löpande under kontaktens gång. Denna typ av utvärdering beskrivs som muntlig och med karaktären av summering och spegling av patientens förändringsprocess.

CC: ”Det händer i samtal med par i en sorgprocess till exempel. Som man efter några gånger mer kan höra om du jämför med hur det var första gången vi träffades så hör jag att nu har du varit och handlat i den egna affären. Jag vet att första gången vi sågs var det fullständigt otänkbart för dig då åkte du över halva stan, stämmer det? Att man någonstans försöker skatta och se genom att jämföra hur illa mådde du då jämfört med idag. Att man verkligen går framåt”.

Skriftlig utvärdering såsom skattningsskala eller liknande uttrycks i intervjuerna både som en tillgång eller tvärtom, något som skulle kunna störa eller påverka kontakten på ett negativt sätt.

CC: ”Nej, jag kan inte se vilken naturlig funktion det skulle ha. Det är inte så mätbart det som sker i samtalen här. Jag tror det skulle vara lite pressande att sätta hur man mår på skala ett till tio när man kommer och när man går”.

AA: "Jag tror att det skulle hjälpa relationen och hjälpa mig och patienten om man hade någon form av konkret verktyg, patienten får själv uttala för mig på ett papper eller för någon annan att det här upplever jag har varit hjälp eller nej vi står och stampar".

Kapitel 6

Analys

6.1 Inledning

Analyskapitlet problematiserar de empiriska resultaten utifrån syfte och frågeställningar samt de för studien utvalda teoretiska perspektiven. Varje avsnitt har för att underlätta för läsaren en inledning där empiri aktuell för avsnittet kort belyses.

6.2 Sjukhuskurators individuella handlingsfrihet

Det empiriska materialet visade att övervägande majoritet av respondenterna upplevde hög grad av egen handlingsfrihet i att själva planera och lägga upp sina arbetsinsatser. Resultatet visade också att hur respondenterna fördelar det psykosociala arbetsområdets uppgifter på respektive tjänst skiljer sig åt. Respondenterna ombads beskriva i givna procentsatser hur de fördelade sitt arbete på praktiska insatser respektive samtal där majoriteten angav att de arbetar mer med samtal än med praktiska insatser. Sett från ytterlighet till ytterlighet var dock diskrepansen omfattande då svarsalternativen med allt från arbete med 80% praktiska insatser och 20 % samtal till 80% samtal och 20% praktiska insatser användes.

Vid sökande i litteratur och forskning har någon uppgift som kan förklara resultatet gällande skillnaderna i fördelning av arbetsuppgifter inte stått att finna. Inte heller riktlinjer om hur fördelning ska eller bör göras på respektive tjänst har påträffats. Detta vare sig för kuratorer inom SU eller för professionen i stort och varken hos fackförbund, arbetsgivare eller intresseorganisation (Akademikerförbundet SSR 2012; Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2010; Svensk kuratorsförening 2011).

I avsnitten 6.2.1 – 6.2.3 beskrivs olika faktorer som kan visa på hur uppgifterna i empirin gällande skillnaderna i hur respondenterna fördelar sina arbetsuppgifter på de olika tjänsterna kan förklaras och förstås. Betingelserna ställs löpande i relation till respondenternas upplevelse av hög grad av handlingsfrihet.

6.2.1 Verksamhets- och diagnosrelaterade skillnader

I det empiriska materialet framträder som ovan presenterats skillnader i hur respondenterna på sina tjänster fördelar arbetsuppgifter inom området för det psykosociala arbetet. Hur detta kan förstås kan förklaras på olika sätt där skillnader inom verksamhet och diagnos kan utgöra en faktor som ligger till grund för olikheterna.

Sjukhuskuratorer arbetar inom olika typer av direkt patientrelaterade verksamheter, både inom planerad öppenvård samt inom akut eller planerad slutenvård. Den tidsrymd kurator har kontakt med en patient kan se olika ut med allt från månads- och årslånga öppenvårdskontakter till ett par dagars kontakt på en slutenvårdsavdelning. Vid kortare kontakter kan det handla om krisstöd och/eller ansökningar av olika slag. Vid längre kontakter kan insatserna bestå av stödjande och bearbetande samtal och arbete med mer tidskrävande utredningar och ansökningar (Benkel et al.

2009). Typ av diagnos och dess prognos samt hur desamma påverkar patientens tillvaro kan skilja sig mycket åt vilket också utgör påverkan på insatserna. Besked om obotlig sjukdom genererar vissa insatser och traumatiska skador med ingrepp och behandling men successiv återgång till livet andra. Även det fysiska rummet erbjuder olika förutsättningar för kuratorsarbete där ett besök på sjukhussal med flera bäddar skiljer sig åt från ett besök på en egen expedition (Benkel et al. 2009; Gordan 2004; Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2010). Vilken verksamhet och vilka diagnoser enskild kurator arbetar med är således en grundläggande påverkansfaktor som kan antas alltid vara med och styra kurators val av insatser samt hur arbetet kan utföras.

6.2.2 Individuella preferenser/förutsättningar

Inom ramen för hög grad av handlingsfrihet, liksom den beskriven i det empiriska materialet, ryms individuella skillnader. När en individ har möjlighet, större eller mindre, att välja vad den vill fokusera på i sitt arbete kan arbetets inriktning förstås utifrån vad denne tycker om, är intresserad av och känner sig bekväm i att utföra. Den framkomna diskrepansen i respondenternas fördelning av arbetsuppgifter parat med den angivna upplevelsen av hög grad av handlingsfrihet skulle därför kunna förklaras och förstås utifrån respondenternas individuella förutsättningar och preferenser.

I mailkontakt med två chefkuratorer verksamma inom SU (bilaga 5) framkommer att kompetenshöjning ytterst styrs av verksamhetens behov och budget men att enskild kurators intresse, inom de ekonomiska ramar verksamheten ger, är det som avgör om vidareutbildning utförs och inom vad. Inga formella krav på yrkesspecifik vidareutbildning vare sig gemensam inom professionen eller för enskild kurator ställs. Viss obligatorisk kompetenshöjning förekommer och utförs då ofta som gemensam över hela SU, ofta för nyanställda eller vid administrativa förändringar eller liknande, och avser då exempelvis utbildning i journalsystem, bokningssystem, datakunskap och hjärt-, lungräddning. Vidtalade chefkuratorer menar att vidareutbildning och kompetenshöjning sker på initiativ från enskild kurator alternativt från arbetsgivaren och att diskussion om enskild kurators kompetensutveckling kontinuerligt pågår mellan chef och kurator, ofta med utgångspunkt i årliga utvecklingssamtal.

Vid genomsökning av aktuell litteratur och forskning kunde inte några uppgifter om uttalade eller formaliserade krav på specifik kompetenshöjning hos sjukhuskuratorer återfinnas. Något som styrker vidtalade chefkuratorers uppgifter och indikerar att förhållandet inte enbart gäller SU utan även avser sjukhuskuratorer i ett större sammanhang.

Chefkuratorernas uppgifter om att krav på vidareutbildning inte ställs på vare sig kuratorskår eller individ visar på att utrymme finns för respondenterna att utöva sin handlingsfrihet i att fördela arbetsuppgifterna utifrån egna preferenser. I den del av yrkesutövande och kunskapsinhämtning som kan styras av kurator själv ligger utgångspunkten för arbetsfördelning därmed i enskild kurators önskemål i kombination med verksamhetens ramar. Tänkbara effekter av hög grad av handlingsfrihet att själv styra kunskapsinhämtning kan då utgöras av ökad kunskap och engagemang men med huvudsakligt fokus enbart inom de områden enskild kurator har sitt intresse. Då gemensam kunskaphöjning för alla kuratorer inte genomförs som praxis är det tänkbart att den individuella kompetenshöjningen skapar diskrepans mellan olika kurators kunskap inom olika områden. Diskrepans som inte kan härledas till personliga egenskaper eller erfarenhetsbaserad kunskap utan i genomgången vidareutbildning. Följden kan då vara att patient,

beroende på vilken kurator denne möter, erhåller insatser baserade på en formell kunskapsgrund som utöver grundutbildning kan skilja sig kraftigt åt olika kuratorer emellan. De i studien framkomna skillnaderna gällande fördelning av arbetsuppgifter skulle därmed kunna förstås utifrån enskild kurators preferenser och förutsättningar där det arbetsfält där individens erfarenhet, kunskap och intresse finns också skulle kunna vara det denne föredrar att arbeta med.

6.2.3 Intraprofessionell professionalisering

Ett annat sätt att förstå spridningen i arbetsuppgifternas fördelning på respektive tjänst har sin grund i sjukhuskuratorers professionsutveckling. Litteraturen visar på hur socionomer och kuratorer i sin professionella utveckling har haft svårigheter att markera yrkesmässiga gränser (Liljegren 2008; Olsson 1999). Man har trots flera försök misslyckats med att få legitimation, något både fackförbund och intresseförening kämpat för under lång tid (Akademikerförbundet SSR 2012; Liljegren 2008; Svensk kuratorsförening 2012). Med legitimation menas en tydlighet kring en professions uppdrag och befogenheter framträda (Dellgran & Höjer 2000; Olsson 1999).

En framgångsrik professionsprocess beskrivs med att ett yrke tydligt kan positionera sig och avgränsa sig gentemot andra yrkesgrupper och genom det skapa ett arbetsområde definierat som "sitt eget" med uppgifter enbart det har mandat att utföra (jurisdiktion). Såväl som ett yrkes professionaliseringsprocess kan ske samlat gentemot andra professioner (interprofessionell) kan den också ske inom en och samma profession (intraprofessionell). Sistnämnd process utgörs av gränsarbete (boundary work) där en grupp gör anspråk på ett visst yrkesfält och vill, i relation till andra grupper inom professionen, ha exklusiv rätt att utföra de arbetsuppgifter som den menar tillhör dem (Liljegren 2008). Vinsterna kan utgöras av höjd status, anspråk på högre lön och ökade påverkansmöjligheter inom det egna området (Dellgran & Höjer 2000; Liljegren 2008; Selander 1989). Det intraprofessionella gränsarbetet kan ske genom att vissa arbetsuppgifter successivt konstrueras och laddas såsom mer eller mindre avancerade och i förlängningen mer eller mindre eftersträvarvärda att arbeta med. De arbetsuppgifter som härrör det område som anses svårare kan då i förlängningen skattas som mer värdefulla och på så sätt erkännas högre status (Liljegren 2008).

Liljegren (2008) fann inom ramen för sin avhandling hur intervjuade socionomer verksamma på socialkontor uttryckte arbetsuppgifter med behandlingsinriktning som något mer avancerat och statusfyllt än arbete med ekonomiskt bistånd vilket tolkades som en intraprofessionell professionaliseringsprocess. Om socialsekreterarnas intraprofessionella gränsarbete appliceras på sjukhuskuratorer framstår en möjlig förklaring till spridningen i respondenternas fördelning av sina arbetsuppgifter. Hur fördelning av arbetsuppgifter sker kan då tolkas som en profilering där kurators praktiska insatser kan liknas vid socialsekreterares arbete med ekonomiskt bistånd och samtalsstöd vid behandlingsarbete. Respondenternas uppgifter om spridningen av arbetsuppgifter skulle kunna tolkas som att en intraprofessionell gränsdragning föreligger. Aktuell studies mer samtalsorienterade respondenter skulle då sträva i en professionaliseringsprocess och de som arbetar med tonvikt på praktiska insatser i en annan. Någon jurisdiktion föreligger inte eftersom båda områdenas arbetsuppgifter tillhör och förväntas utföras av alla kuratorer. Handlingsfriheten som av respondenterna angivits som omfattande i kombination med det ej existerande kravet på obligatorisk vidareutbildning kan således skapa utrymme för intraprofessionella gränsdragningsprocesser och gruppera sjukhuskuratorerna i de mer inriktade på samtal respektive de mer inriktade på praktiska insatser.

Den centralt drivna kampen för legitimation för socionom- samt kuratorskollektivet kan ses som en samlad professionsgemensam process. Den är transparent så till vida att den förs i det öppna genom bl.a. formella ansökningar om professionsunik legitimation och diskussioner och föreläsningar i offentliga sammanhang (Akademikerförbundet SSR 2012; Svensk kuratorsförening 2012). Processen omfattar alla socionomer och kuratorer oberoende av arbetsområde eller vidareutbildning och kan därför utifrån maktperspektiv ses som jämlik. En intraprofessionell professionaliseringsprocess kan däremot föras i det fördolda och till förmån för en grupp på bekostnad av en annan (Liljegren 2008; Selander 1989). En ojämlig maktbalans råder och den intraprofessionella professionaliseringsprocessen strävar till sin natur efter att en grupp ska få ökad makt över en annan. Konflikten uppstår då uppgifter med ”lägre” status anses mindre värda och baserade på mer allmän och lättillgänglig kunskap. Sådana uppgifter utgör sämre bränsle i en professionaliseringsprocess där strävan är specialisering och jurisdiktion över arbetsfält. Vilken status arbetsuppgifter har påverkar också utförarens roll utifrån hur denne uppfattas av andra samt ser på sig själv. Den som utför uppgifter med lägre status riskerar att bli sedd på på samma sätt då uppgifterna inte anses kräva samma kunskap och insats. En roll skapas i ett samspel av dess innehavare och av omvärlden vilket enligt symbolisk interaktionism och rollteori kan leda till att innehavaren tolkar sig själv genom andras ögon (Swärd & Starrin 2006). Roll med lägre status är mindre attraktivt och eftersträvansvärt. En intraprofessionell professionaliseringsprocess verkar för höjning av en grupps status och sänkning, (eller bibehållande på ursprunglig nivå), av en annans. En förklaring till spridningen i hur respondenterna fördelar sina arbetsuppgifter kan således vara att kuratorsprofessionen genomgår en dubbel professionaliseringsprocess, en i det öppna och en i det fördolda. Båda med samma mål, professionsgemensam som intraprofessionell, att öka möjligheten att positionera och avgränsa sig. Vid professionsgemensam process drivs hela kåren framåt utan att särskilja viktiga och mindre viktiga arbetsuppgifter. Vid intraprofessionell process föreligger dock det problematiska att vissa uppgifter anses mindre viktiga. Sådant förhållande kan innebära risk att patienter erhåller mer av det som upplevs gynna professionaliseringsprocessen och mindre av uppgifter som anses mindre viktiga.

6.3 Andras kunskap om sjukhuskurators arbete

I avsnittet nedan behandlas hur respondenterna får kontakt med sina patienter. I avsnittet presenteras också hur respondenterna bedömer andra professioners kunskap om kurators kompetens och arbetsuppgifter samt konsekvenser av variationer i kunskapen.

6.3.1 Kontaktvägar och andra professioners kunskap

Det empiriska materialet visar att kontakt via annan profession utgör det vanligast förekommande sättet för patienter att komma till kurator. Patienter eller deras närstående kan själva utifrån egen kunskap och bedömning initiera kontakt men det anges av respondenterna som mindre vanligt. Kontakt som förmedlats av annan profession försiggås således av densammes bedömning av om patientens hjälpbehov och kurators insatser överensstämmer. Bedöms dessa sammanfalla kan det antas att annan profession för patients räkning initierar kontakt med kurator. Bedöms de inte sammanfalla kan det tänkas att kontakt med kurator inte tas. Andra professioners kunskap om kurators arbete och kompetensområde kan därmed ses som en avgörande faktor för att kontakt skapas. I detta förhållande kan både kurator och patient ses befinna sig i beroendeställning till andra professioner genom deras makt och möjlighet att initiera kontakt eller inte.

I det empiriska materialet framkom att strax under hälften av respondenterna upplevde att andra professioner har kunskap om deras arbete på medelnivå eller lägre. Med medelnivå avses här vare sig nöje eller missnöje och med lägre nivå menas att respondenterna uttrycker missnöje. Strax över hälften av respondenterna menade att andra professioner i hög eller mycket hög grad känner till vad de arbetar med och denna grupp anses här ge uttryck för att vara nöjda. En tvetydig bild framkommer där respondenternas upplevelse om andra professioners kunskap om deras arbete skiljer sig åt. Detta resultat överensstämmer väl med forskning och litteratur där hur kurator själv uppfattar sitt arbetsområde och kompetens jämfört med hur andra professioner gör det beskrivs som något sedan länge diskuterat och där flera studier har genomförts för att kartlägga de olika uppfattningarna (Alenius 2000; Cowles & Lefcowitz 1992; Gillblom & Kilhlberg 2005).

Majoriteten av respondenterna i aktuell studie angav att de mer arbetar med samtal än med praktiska uppgifter. Sådan uppfattning beskrivs i litteratur och forskning som vanligt förekommande (Cowles & Lefcowitz 1992). Dock visar studier på hur det förekommer att andra professioner inom hälso- och sjukvård räknar med att kurator arbetar med samtal men att arbetsområdet jämlikt delas med andra och inte måste utföras av kurator utan med samma behållning kan utföras av andra professioner (Cowles & Lefcowitz 1992). I litteraturen höjs också röster för att kurator mer behöver visa på och muta in sitt arbetsområde. Risker menas annars vara att andra professioner hävdar områdena helt eller till del som sina och kurators yrkesidentitet försvagas (Davidson 1990). Man menar att val föreligger mellan att antingen profilera och förtydliga sitt arbete gentemot andra professioner (särskiljande professionsutveckling) eller acceptera och uttala ett delat ansvar för de områden kurator upplever som sina (sammanhållande professionsutveckling) (Cowles & Lefcowitz 1992).

Sjukhuskurator arbetar under HSL där lagstiftaren anger sjukvårdens mål med ”...en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (HSL 1982:763 § 2). Patienter med behov av insatser från kurator ska således erbjudas en jämlik vård. Det kan i detta sammanhang betyda att när andra professioners kunskap om kurators arbetsuppgifter och kompetens överlag ligger på hög nivå kan patienter, oavsett var de vårdas eller vilka personer de möter inom vården, få en korrekt bedömning och vid behov få kontakt med kurator. Då andra professioners kunskap och uppfattning om kurators arbete och kompetens varierar, såsom beskrivet i studiens empiri, försvåras också, när den sker via andra professioner, patienters möjlighet att få kontakt med kurator. Således kan andra professioners kunskap om kurators arbetsuppgifter och kompetens sägas påverka möjligheterna till jämlik vård.

Det empiriska resultatet och spridningen i respondenternas upplevelse av andra professioners kunskap behöver inte bara påverka patienternas möjlighet till kontakt med kurator utan kan även belysas utifrån rollteori och respondenternas syn på sig själva. En roll skapas i samspelet mellan individ och rådande normer varför andras uppfattning påverkar hur rollen utformas (Alenius 2000). Rollteorin beskriver att då andras förväntningar överensstämmer med de egna upplevs rollkomplementaritet och då de inte gör det, rollambiguitet. Rollkomplementaritet beskrivs med att egen och andras förväntningar överensstämmer och rollambiguitet det motsatta förhållandet (Biddle 1979). Kurator beskrivs ställas, till skillnad från många andra professioner, inför att hantera en mängd olika roller samt förväntningar på hur utförandet av dessa ska se ut. Detta förklaras med det omfattande arbetsområdet men också med otydlig och långsam professionaliseringsprocess som ger utrymme för andras påverkan och uppfattningar. Grogrund för rollambiguitet menas för professioner inom psykosocialt arbete framför allt vara bristen på

legitimation och jurisdiktion (Liljegren 2008; Olsson 1999). Kurators bild av den egna rollen och sättet på vilket densamma själv vill utföra den och vilken eller vilka roller andra professioner tillskriver skapar ett tryck av förväntningar att förhålla sig till. Såväl inifrån den egna uppfattningen som utifrån från andra (Davidson 1990). De av studiens respondenter som inte är nöjda med andra professioners grad av kunskap om deras arbetsområde och kompetens kan tänkas utsättas för fler olika typer av förväntningar än övriga respondenter. Detta kan leda till en osäkerhet i den egna upplevelsen av rollen. Rollosäkerhet menas öppna upp för andras tolkningar att bidra till formandet av en yrkesroll (Biddle 1979). Då andra professioner besitter hög kunskap om respondenternas arbete kan förutsättningarna för rollkomplementaritet öka vilket bidrar till ökad tydlighet kring de professionella gränserna och verkar gynnande för professionaliseringsprocessen.

6.4 Vad bidrar till hjälp?

I avsnittet nedan presenteras de olika faktorer som respondenterna rangordnat som viktigaste hjälpfrämjande komponenter i patientarbetet. Faktorerna presenteras utifrån den ordning de rangordnades i enkäten (fråga 37) varför avsnitt om ”egen kunskap” inleder och följs av ”hjälprelation” samt ”frivillighet” och avslutningsvis ett avsnitt om ”förväntningar och begränsningar”. Vid presentation av hjälprelation problematiseras även två av dess byggstenar, yttre och inre förberedelser, och deras betydelse för att hjälp ska uppnås.

6.4.1 Egen kunskap

I det empiriska materialet anger majoriteten av respondenterna, 84 %, att ny eller fördjupad kunskap i hög eller mycket hög grad främjar att hjälp uppnås i patientarbetet. Egen kunskap rangordnas också som den viktigaste hjälpfrämjande faktorn. Respondenterna tillskriver således egen kunskap stor betydelse både som arbetsredskap och hjälpfrämjande faktor. Ny eller fördjupad kunskap kan införskaffas på olika sätt, till exempel på fritiden efter eget initiativ eller på arbetstid på eget eller arbetsgivares initiativ. Gemensamt för formaliserat kunskapsinhämtande (kortare eller längre utbildningstillfällen) på arbetstid är att insatsen i någon omfattning är sanktionerad av arbetsgivaren. Arbetsgivarens inställning till personalens kunskapsinhämtande kan därför ses som en avgörande faktor för personalens möjlighet till formaliserat kunskapsinhämtande.

I enkäten ställdes fråga om i vilken grad respondenterna upplever att de får och ges möjlighet till ny eller fördjupad kunskap. Nära hälften av respondenterna upplevde att de på en medelnivå får ny eller fördjupad kunskap vilket här tolkas med att de inte var missnöjda men heller inte nöjda. Tillsammans med de respondenter som ansåg att de får kunskap i låg eller mycket låg grad utgör det nära 75% av respondenterna. Resultatet pekar således på att respondenterna identifierar den egna kunskapen som en avgörande hjälpfrämjande faktor men att tre fjärdedelar inte är nöjda med i vilken grad de får möjlighet att få ny kunskap till sig eller fördjupa den de redan har.

Lagar samt intentioner från respondenternas arbetsgivare uttrycker att all hälso- och sjukvårdspersonal ska erbjuda vård på lika villkor till hela befolkningen (HSL 1982:763; Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2012). Insatserna ska ges utifrån ett helhetsperspektiv där både medicinska och psykosociala aspekter tillgodoses (SOU 1995:5). Ingen skillnad görs mellan olika professioner varför studiens respondenter förstås arbeta under samma förväntningar som andra verksamma inom hälso- och sjukvård. På respondenterna likaväl som övriga professioner ställs

även grundläggande krav på givna insatsers kvalitet och utformning: ”Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet” (Patientsäkerhetslag 2010:659) Respondenternas medvetenhet om egen kunskap som viktigaste hjälpfrämjande faktor i patientarbetet ligger i linje med lagstiftarens intentioner. För att kunna följa med i kunskapens föränderliga natur och ständiga utveckling kan kontinuerlig möjlighet till ny och/eller fördjupad kunskap anses vara angelägen och ett sätt att uppfylla lagstiftarens intentioner. Här visar det empiriska materialet på något som kan förstås som ett dilemma för respondenterna. Kunskapen är identifierad som mycket viktig för att insatserna ska leda till hjälp. Många är dock inte nöjda med vilka möjligheter de ges att lära nytt eller utveckla och uppdatera gammal kunskap vilket försätter dem i en position där hjälpfaktorn är klart och tydligt identifierad men utövandet försvårat.

Kunskap är makt och brist på kunskap är maktlöshet menar Foucault och talar om hur kunskap skapar tillgång till begrepp och språk som i sig ger ett tolknings- och manövermonopol (Repstad 2005). Sjukhuskurator är enda yrkeskategorin inom hälso- och sjukvård som helt företräder och arbetar med det psykosociala fältet och kan därmed genom sin specifika utbildning och erfarenhet sägas besitta kunskapsmakt. Sjukhuskurators kunskap menas dock inte självklart leda till tolkningsföreträde då professionen formellt inte tillhör den rådande medicinska diskursen. Kurator har inte full tillgång till vare sig begreppsapparat eller utmärkande position i informella hierarkier inom den medicinska diskursen varför en ojämlig maktsituation som kan påverka det professionella inflytandet, förändringsmöjligheter och position uppstår (Payne 2002; Swärd & Starrin 2006). Trots kunskap inom sitt område befinner sig kurator genom sin, inom det medicinska området, perifera diskurstillhörighet och numerära minoritet således i ett maktunderläge. Kurator anges vara en viktig medarbetare kring patienten men utifrån sin position bredvid och hierarkiskt underställd det medicinska området ses hon som en inte alltid obligatorisk del av insatserna utan sätts in vid behov (Alenius 2000; Westrin & Westrin 1996). Underläget kan tänkas påverka inte enbart enskild kurator eller yrkesgrupp utan kan också ha effekt på det psykosociala perspektivets genomslagskraft i det multidisciplinära arbetet inom sjukvården. När sjukhuskurator ges möjligheter till kontinuerligt kunskapsinhämtande kan det ses som en maktförstärkande komponent. Ökad kunskap och med det ökad makt kan i sig, trots diskurs och numerärt underläge, leda till en starkare position med större möjligheter att tydliggöra de professionella ramarna samt att uppfylla lagstiftarens och arbetsgivarens mål och intentioner.

6.4.2 Hjälprelation samt yttre och inre förberedelser

Relationen mellan kurator och patient rangordnas av respondenterna i aktuell studie som den näst viktigaste hjälpfaktorn i patientarbetet. Hur kurator arbetar för att skapa en god hjälprelation angavs av respondenterna bygga på personliga egenskaper samt kemin mellan parterna. Det framkom också att respondenterna utför både yttre och inre förberedelser i syfte att skapa förutsättningar för en fungerande hjälprelation. Med yttre förberedelser avsågs åtgärder som påverkar kuratorns kunskap om aktuell patient samt om platsen där besöket ska hållas justeras på något sätt med tanke på det kommande besöket. Med inre förberedelser avsågs i enkät och intervjuer åtgärder ej visuellt synliga för patienten och primärt avsedda för sjukhuskurator själv. Både yttre och inre förberedelser tillskrevs av majoriteten respondenter i hög eller mycket hög grad ha betydelse som hjälpbärande faktorer (94,2% yttre respektive 74,5% inre). Empiriskt material visar även på att förberedelserna utförs ofta.

I litteraturen uppmärksammas relationens betydelse som avgörande för att hjälp ska nå fram till mottagaren (Bernler & Johnsson 2001; Carlsson 2005). Handlings- och relationsmönster som styr och påverkar kontakten menas grundläggas tidigt och då en hjälpsökande initialt får en positiv upplevelse menar man att det kan göra det lättare för denne att övervinna ett inre motstånd eller oro inför kontakten. En god start kan optimera förutsättningarna för att en positiv hjälprelation ska utvecklas (Billquist 1999; Carlsson 2005; Gordan 2004). Utöver det som sägs och är synligt mellan parterna tillskrivs olika typer av ickeverbala budskap stor betydelse i skapandet av hjälprelationen:

”Primarily it is the give and take of attitudes and feelings that build a relationship and provide the channel through which ideas are imparted and decisions are reached” (Brill 1973, s. 49)

Litteraturen förklarar hur hjälprelationen till sin natur omfattas av ett asymmetriskt maktförhållande där en part har något den andre vill ha (Bernler & Johnsson 2001; Carlsson 2005; Skau 2007). Åtgärder vidtagna i syfte att ge mötet goda förutsättningar menas kunna ses som ett försök att utjämna rådande maktojämlighet. Den makt kurator genom sitt ämbete besitter kvarstår kontakten igenom men kan sannolikt reduceras på mellanmänsklig nivå om aktiva förberedelser som signalerar respekt för den hjälpsökande, inre såväl som yttre, utförs och ges utrymme. Inre och yttre förberedelser kan ses som ett sätt att presentera sig själv som kurator och bidra till att visa intentionerna med mötet.

6.4.2.1 Yttre förberedelser

Alla respondenter angav att de alltid eller ibland inhämtar kunskap om patienten innan ett besök. Ingen angav att de aldrig inhämtade kunskap. I studien ombads respondenterna rangordna yttre förberedelser utifrån deras betydelse för att hjälp ska uppnås. Stänga av arbetstelefon och privat mobiltelefon samt att på dörren ange att besök pågår sågs, i nämnd ordning, som viktiga förberedelser. Två respektive nio respondenter angav dock att de inte alls använde sig av sådana åtgärder. I likhet med respondenternas uppfattning pekas även i litteraturen på hur olika typer av förberedelser inför ett möte kan utgöra viktiga relationsskapande faktorer. Gordan (2004) understryker insatser som försvårar avbrott som viktiga förutsättningar för att skapa ett förtroendefullt möte. Han menar att när behandlaren under ett besök tillåter att telefonen ringer eller att andra, kollegor eller patienter, kommer in i rummet kan patienten uppfatta detta som en prioritering och att andra eller annat är viktigare. Sådana avbrott under ett möte mellan behandlare och patient menas kunna bli destruktiva och få långvariga konsekvenser i relationsskapandet (Billquist 1999; Gordan 2004).

Den yttre förberedelsen att plocka undan på rummet där besöket ska hållas rangordnades av respondenterna till fjärde plats och kan därmed ses som ett uttryck för att sådan åtgärd upplevs som mindre viktig. Billquist (1999) menar att fysiska förhållanden kan ses som en spegling eller parallellisering av de olika förhållanden som råder inte minst avseende maktpositioner parterna emellan. Oberoende av behandlarens personliga hållning och intentioner bidrar mötets fysiska miljö till att bilda förväntningar, negativa som positiva, för såväl möte som deltagande aktörer. Gordan (2004) beskriver hur det han kallar det yttre rummet, ofta ett väntrum, och dess atmosfär utövar en stark påverkan på den hjälpsökandes upplevelse av institutionens värdering av densamme. Behandlarens eget rum kan av den hjälpsökande tolkas som ett uttryck för behandlarens egen person och dennes värderingar.

Olikheterna i respondenternas uppfattning om vad i de yttre förberedelserna som anses viktiga respektive mindre viktiga skulle kunna förklaras med olika fysiska förutsättningar och specifik vårdenhets karaktär. Benkel et al (2009) berättar om hur sjukhuskurators arbete kan utföras inom både slutenvård och öppenvård. Med slutenvård avses då patienten är inlagd på vårdavdelning och med öppenvård då patienten vistas i sitt hem och vid behov besöker en mottagning på sjukhuset. På vårdavdelning har kurator som regel inget eget rum utan träffar patienten på dennes sal, i samtalsrum eller liknande på avdelningen. Vid besök på mottagning tar kurator ofta emot patienten på sitt eget arbetsrum. Vilka förutsättningar fysisk miljö och i vilken typ av verksamhet kuratorsinsatserna ges kan därmed tänkas spela in vid utförande och prioritering av förberedelser och således tjäna som förklaring till det empiriska materialet. Kurator med eget rum tänks ha möjlighet att utforma och förbereda rummet efter eget tycke medan kurator på avdelning kan ha hastigt påkomna besök där behov av avskildhet kan vara svårt att tillgodose och möjlighet till yttre förberedelser ses som betydligt svårare att genomföra. Benkel et al (2009) menar också att typ av verksamhet kan skilja kurators förutsättningar kraftigt åt. Detta då verksamhet inom sjukhusets ram kan variera med allt från akuta insatser med höga krav på kurators flexibilitet till sedan lång tid tillbaka inplanerade besök.

6.4.2.2 Inre förberedelser

Alla förutom tre respondenter angav att de på något sätt företar inre förberedelser inför ett besök. Den inre förberedelsen kan verka avstressande samt syfta till kurators ökade fokusering på aktuell patient och dennes situation och inte upptas av tankar och engagemang från andra patienter och arbetsuppgifter. Respondenterna ombads rangordna inre förberedelser och att innan besöket planera kring besökets längd samt möjlighet till egen återhämtning före och efter rangordnades till plats ett och två. Majoriteten (74%) av respondenterna upplevde inre förberedelser i hög eller mycket hög grad som hjälpfrämjande i kontakten mellan patient och kurator.

Såväl empiriskt material och litteratur visar således på att goda fysiska förutsättningar där ett mötes avskildhet och ostördhet kan garanteras är en viktig relationsskapande strategi (Bernler & Johnsson 2001; Billquist 1999; Gordan 2004). Även de åtgärder kurator vidtar i syfte att skapa eget utrymme och möjlighet till återhämtning urskiljs av respondenterna som gynnande för relationen. Resultaten från det empiriska materialet visar på att dessa inre förberedelser såsom hjälpbärande faktorer tillskrivs stor betydelse men inte alltid används av respondenterna.

Vilka förberedelser kurator vidtar för sig och mötet med patienten kan i ljuset av den amerikanske sociologen Goffmans (1922-1982) dramaturgiska perspektiv på roller ses som ett sätt att presentera sig och den kommande relationen. Goffman menar att människor i likhet med skådespelare på en scen med hjälp av yttre kännetecken och sätt att agera anger hur man vill bli uppfattad (Svensson 1993). Sjukhuskurator arbetar under olika kontextuella förhållanden vilka kan tänkas påverka möjligheterna till förberedelser och något densamma inte alltid kan råda över. Sådana förhållanden skulle kunna ses som en institutionens presentation av sig själv. De egna inre och yttre förberedelserna som respondenterna i studien identifierar som viktiga för att hjälp ska uppnås kan ses som verktyg och möjligheter till den egna presentationen.

Sjukhuskurators möjligheter till inre förberedelser påverkas av vilken av de olika verksamheterna densamma arbetar inom. Verksamheterna har vitt skilda karaktärer vilket till exempel kan ställa krav på akuta insatser vid arbete med människor i chock eller kris (Benkel et al 2009). I sådana situationer finns ingen tid för ett genomtänkt arbete med inre förberedelser.

6.4.3 Frivillighet

Patientens möjlighet att själv välja att ha kontakt med kurator rangordnades av respondenterna som den tredje viktigaste hjälpande faktorn i patientarbetet. Resultatet visar också att en majoritet av respondenterna, ca 80%, tyckte att frivillighet i hög eller mycket hög grad påverkar om hjälp uppnås eller ej.

I begreppet frivillighet ligger att patienten anses ha en valmöjlighet i att söka upp alternativt erbjudas kontakt och utifrån eget önskemål tacka ja eller nej till insatser från kurator. I HSL återfinns inget tvingande moment utan för en sjukhuskurator som arbetar med somatisk vård försiggår kontakten med en patient i princip aldrig av ett tvång utan bygger på frivillighet (Benkel et al 2009). En patient kan bli rekommenderad eller remitterad av sitt nätverk, såväl professionellt som privat, att kontakta kurator men formellt är valet patientens eget. Frivillighet beskrivs i litteraturen ofta som något positivt som menas underlätta för en fungerande hjälprelation och hjälpprocess (Carlsson 2005). En annan sida av frivillighet lyfts också fram där kontakten menas kunna vara sprungen ur påtryckningar som av olika anledningar är svåra för den enskilde att stå emot. Påtryckningar som begränsar det fria valet menas kunna komma från såväl den privata omgivningen som den professionella (Carlsson 2005).

I mötet mellan kurator och patient möts inte bara två individer utan också två sociala positioner med tillhörande roller och förväntningar. Trots patientens fria val att ha kontakt med kurator innebär inte mötet jämlikhet mellan parterna utan istället föreligger en ojämlig maktrelation (Bernler & Johnsson 2001; Carlsson 2005; Skau 2007). Kurator besitter resursmakt vilken återfinns (Bernler & Johnsson 2001) i form av att utifrån kunskap och tillgängliga resurser bedöma och ge insatser samt att genom sin kontextuella tillhörighet och kännedom fungera som en länk till övriga professioner som patienten kommer i kontakt med. Den ojämliga maktrelationen kan märkas i parternas olika roller och vad dessa omfattar för fördelar alternativt begränsningar. Kurators roll såsom hjälpare är formell och inlärd genom studier och praktik medan rollen som hjälpsökande lärs in genom ”trial and error” och är informell och improviserad (Skau 2007). Hjälparen besitter genom sin kontextuella kunskap gentemot den hjälpsökande ett försprång och övertag genom lång tids träning och skolning. Hjälparen kan sägas spela på hemmaplan och den hjälpsökande på bortaplan (Skau 2007).

6.4.4 Förväntningar och begränsningar

Ömsesidig kunskap om förväntningar och begränsningar rangordnades av respondenterna i aktuell studie som fjärde viktigaste orsak till att hjälp uppnås i relationen mellan kurator och patient. Alla respondenter förutom ett (1) bortfall angav att de på något sätt försöker få fram patientens förväntningar. Det stora flertalet, 90,2%, ansåg att parternas ömsesidiga kännedom om förväntningar och begränsningar i hög eller mycket hög grad påverkar att hjälp uppnås i kontakten dem emellan. I det empiriska materialet tecknas således bilden av att respondenterna är angelägna om att kurator och patient tillsammans identifierar och uttalar vilket/vilka mål de arbetar mot samt att man upplever insatsen som viktig. Resultatet styrks i litteraturen där Bernler et al (1993) samt Bernler och Johnsson (2001) menar att föreställningar kring det aktuella problemet, den andre samt hjälpens form och innehåll existerar redan innan parterna i en hjälprelation möts. Man framhåller vikten av att föreställningarna medvetandegörs då man menar att dessa annars för parterna omedvetet kan påverka och styra relationens utformning och med det också hur och när hjälp kan uppstå.

”Avsaknaden om kunskaper om varandras avsikter... kan göra att resultatet av handlingar blir helt annorlunda än vad någon hade tänkt sig” (Repstad 2005, s. 73).

I enkäten angav majoriteten av respondenterna att tydliggörande av förväntningar och begränsningar i hög eller mycket hög grad påverkar att hjälp uppnås i patientkontakten. I litteraturen beskrivs medvetandegörande av förväntningar och begränsningar som en relationsskapande intervention vilken ökar möjligheten för parternas bilder av den kommande kontakten att överensstämma (Carlsson 2005; Skau 2007). Sådan intervention kan dels ses som avsedd att skapa förutsättningar för en trygg och respektfull relation men dels också för att patienten ska ha korrekt och realistisk information om vad denne kan förvänta sig. Det senare skapar möjlighet för kurator att tidigt avgöra om patienten kommit till rätt instans eller ska hänvisas till annan, bättre lämpad utifrån angivna förväntningar och problematik. Patienten undviker då att börja bygga en relation som måste avslutas utan att förväntningarna har kunnat uppnås och kurator behöver inte heller lägga ner arbetsinsats och tid på och med patient vars problematik är bättre lämpad att bemötas av annan.

Respondenterna angav att de på något sätt alltid alternativt ibland/ibland inte hämtar information om patienten innan ett besök. Vanligast var att läsa journal och därefter att få kunskap från andra, det vill säga tala med andra professioner. Vare sig kurator hämtar information via journal eller samtal är det att ses som andrahandsuppgifter filtrerade av den andra professionen. Litteraturen påvisar (Bernler et al 1993; Carlsson 2005; Johansson 2006) hur inhämtande av information från andra innan mötet mellan patient och behandlare äger rum kan bidra till förutfattade meningar om problemet och om patienten. Detta menas kunna försvåra relationsskapandet och att hjälpinsatserna når fram och har avsedd effekt. Det menas även kunna leda till risk för sammanblandning av vad patienten respektive andra professioner har för förväntningar på kontakten med kurator och man manar till försiktighet med hur förhandsinformation inhämtas och hanteras (Bernler & Johansson 2001; Carlsson 2005; Skau 2007).

För att få kunskap om respondenternas upplevelse av patientens förväntningar och om dessa överensstämmer med kurators möjligheter ställdes fråga om i vilken grad förväntningarna upplevdes som orealistiska. I det empiriska materialet framkom då att nära hälften av respondenterna (49 %) fann att patienten inte har en orealistisk bild av vilken hjälp de kan få av kurator. Den andra hälften av respondenterna upplevde dock att patientens förväntningar på vilken hjälp en kurator kan ge var orealistisk på medelnivå eller högre. Empirin visar på att den vanligaste kontaktvägen för patient till kurator går via annan profession varför realistiska och orealistiska bilder skulle kunna förklaras med grad av kunskap om kurators arbete hos den som bedömt och uppmärksammat patientens behov. Om patienten själv tagit kontakt kan realistiskt eller orealistiskt ställda förväntningar förklaras med grad av kunskap hos patienten själv och dennes bedömning av om kurators insatser är lämpliga för hjälp med de upplevda behoven. Då orealistiska förväntningar föreligger hos patient där kontakt med kurator förmedlats av annan profession kan det förklaras med brister i andra professioners kunskap om kurators arbetsområde och kompetens.

I överensstämmelse med de empiriska uppgifterna tecknar litteraturen en bild av hur kunskapsnivån om kuratorsarbetet skiljer sig kraftigt åt. Man menar att detta kan ses som ett uttryck för att yrket saknar metodbeskrivningar samt tydliga gränser kring arbetsområde och

arbetsuppgifter (Cowles & Lefcowitz 1992; Davidson 1990; Dhooper 1997; Olsson 1999). Sådan otydlighet menas tyda på att kurators arbetsområde och kompetens inte är till fullo känd för andra och skapar utrymme för tolkningar hos patient, andra professioner och närstående. En osäkerhet kring vad som är kurators område och arbetsuppgifter kan därmed skapa otydlighet i vad patient och andra professioner kan förvänta sig.

6.5 Efter besöket/avslutad kontakt

Avsnittet nedan har utgångspunkt i hur kurator ser på och förstår sina insatser efter att de avslutats. Fokus läggs på i enkäten framkomna resultat där respondenterna uttrycker att de i hög grad vet när och hur hjälp uppnåtts i patientkontakten. Trots sådan vetskap vill de i stor utsträckning börja eller fortsätta arbeta med att mer formaliserat utvärdera sina insatser. Respondenternas intresse för användande av utvärdering tolkas rymma förhoppningar om mer än svar på frågor kring om och när hjälp har uppnåtts varför resultatet belyses i skenet av professionaliseringsprocess och evidensbaserad praktik.

6.5.1 Utvärderande arbete och säkerställande av kvalitet

Det empiriska materialet visar att det stora flertalet, över 80%, av respondenterna finner det viktigt att få veta om hjälp har uppnåtts i kontakten med en patient. Sådan vetskap uppnås på olika sätt men vanligast är att det framkommer i samtalet med patienten då denne själv berättar eller när kurator frågar. Ett mer strukturerat och mätbart sätt att införskaffa information om uppnådd hjälp men som bland respondenterna används mer sällan, är skriftlig eller muntlig utvärdering. Det empiriska materialet visar på ett utbrett intresse hos respondenterna av att påbörja eller utöka användandet av utvärdering. Detta trots att en övervägande majoritet menar att de i hög utsträckning redan har kunskap om både hur och när hjälp uppnås. (I enkäten använde en (1) respondent svarsalternativet ”jag vet inte när hjälp uppnåtts” och en (1) respondent ”jag vet inte hur hjälp uppnås”). Det empiriska materialet visar således att respondenterna vill öka sin kunskap och inte är främmande för att göra det genom att använda utvärdering. Detta kan förstås med att respondenterna hyser en vilja att få fram något mer än enbart om insatserna blev till hjälp eller inte. Det empiriska resultatet visar att få (14%) använder sig regelmässigt av utvärdering. Sammanlagt angav 69% av respondenterna att de redan använder sig av, eller vill börja/utöka användandet av utvärdering.

Alla insatser inom hälso- och sjukvård ska ges utifrån evidens och väl beprövad erfarenhet (Patientsäkerhetslag 2010:659). Inom området för medicinska insatser utförs idag utvärderande arbete kontinuerligt men samma krav menas i praktiken inte ställas på hälso- och sjukvårdens ickemedicinska insatser (Levi 2009). Att detta kan gälla sjukhuskurators arbete styrks av det låga antal respondenter som angav sig regelmässigt använda utvärdering. En förklarande omständighet kan vara att vissa områden anses vara svårare än andra att utvärdera, utan att för den skull anses oviktiga, och att alla insatser inom hälso- och sjukvård vare sig kan eller ska mätas med samma mått och att ”...angelägen omvårdnad och omsorg för att dämpa oro, ångest och smärta och för att skapa lugn, trygghet och tillförsikt”(SOU 1995:5 s 55) kräver resurser och måste få göra det (Levi 1998; SOU 1995:5).

Varför respondenterna när de enligt de empiriska resultaten redan upplever att de vet när och hur hjälp uppstår ändå visar intresse för att arbeta med utvärdering kan tolkas som ett intresse för att arbeta utifrån evidensbaserad praktik. För att nå fram till vad som är evidensbaserat behövs

kunskap om vad som leder till hjälp och att de arbetsmetoder som används är sprungna ur aktuell forskning ("Om evidensbaserad praktik" 2011). Sjukhuskuratorer behöver således som profession tillsammans ha och formulera kunskap om vad som fungerar och varför. Gällande sjukhuskuratorer visar litteraturen att brist på sådan gemensamt formulerad kunskap föreligger (Lidén 2009; Olsson 1999). Brist på gemensam kunskapsbas visar sig även i det empiriska materialet då svarsspridningen i vissa fall är omfattande och tyder på att uppfattningar mer eller mindre kraftigt skiljer sig åt. Respondenternas visade intresse för utvärdering kan tolkas som ett behov av att formulera en gemensam kunskap med utvärdering som metod för att samla underlag till arbete baserat på evidens.

Arbete med utvärdering ger underlag för evidensbaserat arbete samt utgör ett led i att säkerställa kvalitet och effekt. Det av respondenterna efterfrågade arbetet med utvärdering skulle även kunna påverka kuratorsyrkets professionaliseringsprocess. Här skönjs ytterligare en förklaring till respondenternas intresse för arbete med utvärdering trots redan befintlig kunskap om när och hur hjälp uppnås. Kurators arbetsuppgifter och kompetens beskrivs i litteratur och forskning som ett område med otydliga konturer vilket menas göra det sårbart för andras tolkningar och uppfattningar (Alenius 2000; Cowles & Lefcowitz 1992; Olsson 1999). Arbete med utvärdering skulle kunna leda till ökad kunskap om vad kurator gör och även vad som leder till hjälp vilket kan öka förutsättningarna för att professionens gränser tydliggörs. Respondenternas intresse för arbete med utvärdering kan därigenom ses som ett sökande efter ett professionsstärkande verktyg i en pågående professionaliseringsprocess.

Kapitel 7

Avslutande diskussion

7.1 Inledning

Syftet med studien var att identifiera och beskriva vad sjukhuskuratorer i deras arbete upplever har effekt för patienterna. Kort och gott – vad fungerar? Dessutom hade studien som syfte att kartlägga sjukhuskuratorernas arbetssätt och försöka förstå det i relation till deras professionella särställning som socialarbetare i medicinsk miljö. Syftet hoppades kunna uppnås genom frågeställningar om vilka de stödjande och hjälpande faktorerna var samt hur olikheter och likheter i materialet skulle kunna förstås utifrån professionalitet, makt och roll.

Det empiriska materialet har visat att de tre faktorer respondenterna upplevde som absolut viktigast för att hjälp ska uppnås i patientarbetet var den egna kunskapen, hjälprelationen med olika typer av förberedelser samt frivillighet. Sjukhuskuratorer har, i jämförelse med andra professioner inom hälso- och sjukvård, en långsam professionaliseringsprocess vilken påverkar deras möjligheter att i relation till andra professioner hävda territorium och tolkningsföreträde. En ökad professionalisering kan ha som effekt att inte bara förtydliga de professionella konturerna för kuratorskåren själv och för andra professioner utan också öka förutsättningarna för att hjälp ska uppnås i patientarbetet. Empirin visar på att sjukhuskuratorerna vet vad som fungerar och leder till effekt och hjälp i patientarbetet samt också när och hur det gör det. Flera faktorer som försvårar utövandet av de identifierade hjälpfaktorerna har dock framkommit vilka tänks kunna skapa hinder för kuratorerna att utöva sitt arbete i enlighet med vad de upplever fungerar. Sådana faktorer kan uppfattas i relation till andra professioner och till den diskursiva särställningen men också inom kåren själv där begrepp kan behöva problematiseras för att gemensam uppfattning och medvetenhet ska råda.

Diskussionen inleds med avsnitt som behandlar de tre av respondenterna angivna viktigaste hjälpfaktorerna i patientarbetet. Därefter diskuteras hur andra professioners kunskap om sjukhuskurators arbete och kompetens påverkar både kurator och professionaliseringsprocess. Sjukhuskurators professionaliseringsprocess och dess betydelse samt hur utvärdering och evidensbaserad praktik kan ses som ett led i professionalisering diskuteras och avslutningsvis visas på tankar om hur studiens resultat kan användas i praktiken.

7.2 Egen kunskap och dess betydelse för professionaliseringsprocessen

Den stora majoriteten av sjukhuskuratorerna är i det empiriska materialet överens om att den egna kunskapen är det som framför allt leder till att hjälp uppnås och att deras insatser har effekt för patienten. Det finns dock ett missnöje kring i vilken omfattning de får, på arbetstid eller på annat sätt genom arbetet, möjlighet till ny och/eller fördjupad kunskap. Den hjälpande faktorn är identifierad men respondenterna beskriver ett hinder i att till fullo använda och utveckla den. Lagtext påvisar att personal inom hälso- och sjukvård ska arbeta utifrån vetenskaplighet och användande av senaste forskning och kunskap (Patientsäkerhetslag 2010:659). Respondenterna är således beroende av att arbetsgivaren skapar möjligheter för kunskapsinhämtande för att kunna

erbjuda det lagen påbjuder.

Det empiriska materialet visar att det i princip inte föreligger någon obligatorisk kunskapsinhämtning inom kuratorskollektivet. Yrkesspecifik gemensam kunskapsbas för sjukhuskuratorerna är i huvudsak grundutbildning till socionom. Kortare eller längre utbildningstillfällen sanktioneras och möjliggörs av arbetsgivaren och styrs av verksamhetens ramar. Initiativ till kunskapsinhämtande sker företrädesvis på enskild kurators önskemål och utifrån dennas preferens. Kompetenshöjning och utveckling som baseras på individuella preferenser kan utifrån ett professionaliseringsteoretiskt perspektiv inte ses som en professionsgemensam rörelse och inte heller som intra- (en grupp särskiljer sig från andra grupper inom professionen) eller interprofessionalisering (profession särskiljer sig från annan profession). Kvarstår gör då den individuella utvecklingen i arbetsutövning och position vilket sannolikt är mycket värt för enskild kurator och för dennes patienter och samarbetspartners. Skeendet torde dock inte hjälpa professionens gemensamma utveckling framåt, främja dess position eller förtydliga en mer eller mindre oklar roll utan kanske mer bidra till diskrepans mellan vilka insatser som erbjuds från olika kuratorer. Följderna kan tänkas bli en kraftigt varierad teoretisk kunskap i kuratorskollektivet med allt från enbart grundutbildning till en mängd påbyggnadskunskap inom olika områden. Sådan variation kan för andra professioner tänkas skapa en förvirrande bild av kuratorskåren och vad som kan förväntas av den. Möjligheten för andra professioner att uppfatta sjukhuskuratorer som en samlad grupp med gemensam och kontinuerligt höjd kunskapsbas försvåras och deras uppfattning om kuratorsprofessionen kan mer tänkas baseras på individuell kurator än dennas professionstillhörighet. Den kunskapsmakt som kan ge tolkningsföreträde tillfaller sannolikt då inte kuratorsprofessionen som helhet utan istället enskild kurator. Det psykosociala perspektivets utrymme i vården kan då bli bundet till individ mer än till profession.

En professionaliseringsprocess beskrivs som kontinuerlig och kräver underhåll i takt med att yrkesområdet på olika sätt förändras och utvecklas (Dellgran & Höjer 2000). Processen bygger på vetenskaplig auktoritet vilket ger att möjligheten för både individ och kollektiv att fördjupa eller få ny kunskap inom arbetsområdet i hög grad påverkar sådan process. En profession som inte ges möjlighet att förnya och/eller fördjupa sin kunskap och med det upprätthålla sin position som specialiserad inom sitt eget område löper risk att förlora tolkningsföreträde och kunskapsområdet riskerar att sämre uppmärksammas.

7.2.1 Vikten av att problematisera det till synes självklara

Vid diskussion om kuratorers egen kunskaps betydelse för professionaliseringsprocess och gemensam kunskapsbas behöver ytterligare ett perspektiv antas. Detta tänks vara sjukhuskurators behov av att problematisera och förstå sin egen situation med fokus på det vars betydelse ses som självklar. Respondenterna har i det empiriska materialet gällande vissa begrepp angivit hög samstämmighet. Litteratur och forskning visar vid problematiserande av samma begrepp på motsatsförhållanden. Exempel är frivillighet och handlingsfrihet vilka oproblematiserade kan ses som, för båda parter, goda och flexibla inslag i det gemensamma arbetet. Ur andra perspektiv kan de istället ses som uttryck för maktojämlighet och beroende. Det empiriska materialets samstämmighet kan å ena sidan förstås som sprunget ur något man inom kuratorsgruppen på SU har diskuterat och problematiserat för att sedan nå konsensus om vad aktuellt begrepp innebär för kontakten mellan patient och enskild kurator. Å andra sidan kan materialet förstås utifrån motsatt förhållande där begreppet inte diskuterats och samstämmigheten då bygger på en gemensam

oproblematiserad uppfattning. Det senare kan styrkas utifrån chefkuratorernas uppgifter om att formaliserad eller obligatorisk gemensam kunskapsbyggnad i princip inte föreligger.

7.2.1.1 Frivillighet

För att problematisera begreppet patientens frivillighet i kontakten med kurator måste först påminnas om den makt kurator besitter i och med sitt professionsutövande. Grundläggande är att ett möte mellan kurator och patient till sin natur är byggt på maktojämlikhet där kurator har tillgång till något patienten vill ha. Patienten står därmed i beroendeställning (Bernler & Johnsson 2001; Carlsson 2005; Skau 2007). När en patient på frivillig basis kommer i kontakt med kurator kan påtryckningar av olika slag finnas med i bakgrunden. Frivillighet i kontakten kan därmed omfatta uttryck för fri vilja men också att patienten gör det någon annan/andra förväntar sig i en viss situation. Skau (2007) beskriver patientens beroendeställning med att en person som blir patient får sin identitet förskjutet från subjekt till objekt och kan ses som: "...att inte längre vara kung i sitt eget rike utan att förvandlas till undersåte i hjälpapparatens rike".

Den sjukroll en patient träder in i vid kontakt med sjukvården påbjuder att de krav som normalt ställs avseende produktivitet och deltagande i samhället dras tillbaka men detta i utbyte mot ett aktivt inordnade i sitt tillfrisknande (Svensson 1993). En del av ett sådant inordnande och att som patient "rätt" axla sjukrollen kan innebära att acceptera insatser från kurator. Kurator kan därmed såsom en av flera sjukvårdande insatser utgöra en del i patientens möjlighet att uppfylla sin sjukroll där ett avvisande av erbjudande om kuratorskontakt kan innebära att rollen inte uppfylls enligt rådande normer. När patienten visar följsamhet (compliance) i vården följer den personalens råd och rekommendationer och arbetar aktivt för sitt tillfrisknande på ett av omgivningen förväntat sätt. Roll och förväntningar blir då förståeliga och uppnåeliga (rollkomplementaritet) och samspel och spegling med och av andra upplevs som positiv. Vid icke-följsamhet (non-compliance) uppstår risk för att beteendet ska uppfattas som avvikande och risk för sanktioner som en följd av patientens motverkande eller icke deltagande föreligger. Ju högre grad av samarbetsvilja och positiv inställning till föreslagna eller givna insatser den hjälpsökande visar desto större makt får denne att göra sin röst hörd. "... at hun får sit billede af sin situation gjort gældende" (Järvinen & Mik-Meyer 2003, s. 95). Att inte acceptera kontakt med kurator kan uppfattas som att inte uppfylla patientrollen på ett förväntat sätt. Valet i att säga ja eller nej till en insats är således inte bara ett ställningstagande till det aktuella förslaget utan även att välja att framstå som följsam eller ej. "De kan låta bli att ta ordinerad medicin eller vägra att följa uppläggningsen av en behandling. Men ett sådant agerande är alltid förknippat med ett visst risktagande och en fara för sanktioner" (Skau 2007, s. 38). Sanktioner i detta sammanhang kan uttryckas genom uteblivna insatser, sämre bemötande och snävare handlingsutrymme.

Den frivillighet som av respondenterna angavs spela stor roll i kuratorsinsatsernas effekt kan med resonemangen ovan ses som dubbelbottnad. Både en hjälpfrämjande sida där patienten kan tacka ja eller nej alternativt initiera kontakt eller ej men också en maktojämlikhet där kurator genom sin position innehar möjlighet att bidra till hur patientens tid inom vården utvecklas.

7.2.1.2 Handlingsfrihet

Handlingsfrihet att själv lägga upp och planera sitt arbete kan ses som positivt och stimulerande för enskild sjukhuskurator. Det kan sannolikt även gagna patienter då möjlighet och utrymme för flexibla lösningar kan tänkas vara större än i mer styrda verksamheter. Handlingsfriheten kan dock också tänkas skapa möjlighet att för enskild kurator fokusera på de insatser densamma

föredrar att arbeta med vilket i förlängningen kan tänkas försvåra en gemensam professionaliseringsprocess. Detta eftersom andras uppfattningar om kuratorers arbete då tillåts baseras på individ istället för kollektiv.

Ordet handlingsfrihet andas optimism och möjlighet till individuell frihet att påverka både arbetsituation och insatsers utförande. En yrkesutövers person, intresse och kunskap färgar, inom alla områden, vilka insatser som erbjuds och hur de ges. För många professioner kan sådant individuellt svängrum sannolikt tillämpas och samtidigt rymmas inom för professionen givna ramar. Kollektiva ramar som håller samman individuella skillnader kan utgöras av en uttalad förankring i professionsgemensam kunskapsbas utöver grundutbildning och som är sprungen ur och hålls levande genom aktuell forskning och evidens. För sjukhuskuratorer ser förhållandena något annorlunda ut. Sjukhuskuratorer är som vi vet företrädesvis socionomer med grundutbildning inom socialt arbete som gemensam bas. Utbildningen skapar en bred kunskapsgrund avsedd att fungera som plattform inom samhällets många olika arenor för professionellt psykosocialt arbete och är inte specifik för att vara verksam som sjukhuskurator. Utifrån det empiriska materialet framkommer att några formella krav på gemensam eller individuell vidareutbildning inte föreligger. Utan gemensam obligatorisk kompetenshöjning förlorar sjukhuskuratorerna möjligheterna till de kollektiva ramar som skulle kunna ge utrymme till individuella skillnader inom det professionsgemensamma. Den i studien angivna höga graden av handlingsfrihet kan ge sjukhuskuratorer ökade möjligheter att, i jämförelse med andra professioner, utifrån enskild patient ”skräddarsy” insatser mer än vad som sannolikt annars är möjligt. Utifrån professionalisering kan det utrymme handlingsfriheten ger skapa olika bilder av kuratorers arbetsområde och kompetens. Detta baseras då på individuella val istället för kårgemensamma beslut.

7.3 Hjälprelation och förberedelser

Hur kurator förbereder sig och platsen där mötet med patienten ska hållas anges i litteraturen som en viktig del av uppbyggandet av hjälprelationen (Bernler & Johnsson 2001; Carlsson 2005; Gordan 2004) Uppfattningen styrks av det empiriska materialet där hjälprelation och dess olika delar rangordnades till näst viktigaste hjälpfaktorn. De första intrycken påverkar relationen och det kurator kan styra kan också aktivt användas som relationsskapande interventioner. Förberett rum och förberedd kurator kan även uppfattas som visad respekt för patienten vilket ökar förutsättningarna för ett förtroendefullt möte. En arbetssituation präglad av stress och prestation kan tänkas försvåra utförandet av förberedelser. I tider av hög arbetsbelastning kan till synes enkla insatser bortprioriteras och deras betydelse negligeras. Bristfällig kunskap om insatsernas betydelse skulle också kunna leda till att de inte utförs. Om kurator inte är medveten om på vilket sätt inre och yttre förberedelser kan påverka och gynna hjälprelationen kan tänkas att desamma är lättare att finna ovidkommande och således inte utföras. Utöver den egna kunskapen om betydelsen av hur ett besök förbereds är även vilka förutsättningar kurator ges av vikt att belysa. Inre förberedelser är beroende av mer eller mindre tid till eftertanke och återhämtning och yttre av att fysiska förutsättningar i form av att avskildhet under besöket är möjligt att ordna. För att kurator ska kunna utföra de förberedelser som enligt litteratur och empiriskt material är viktiga för att hjälprelationen ska fungera tillfredsställande måste både kurator och arbetsgivare känna till vikten av desamma och arbeta för att göra utförandet möjligt.

7.4 Andra professioners kunskap om sjukhuskuratorers arbete och kompetens

I det empiriska materialet framkom stor spridning i resultatet kring respondenternas upplevelse

av andra professioners kunskap om deras arbete och kompetens. Uppfattningen återfinns i litteraturen där både nationella och internationella exempel ges på hur andra professioners kunskap kan vara bristfällig och hur det på olika sätt har konsekvenser för kurator och dennas yrkesutövande (Cowles & Lefcowitz 1992; Davidson 1990). Det vanligaste sättet för en patient att komma i kontakt med kurator är via annan profession sannolikt eftersom sjukhuskurator inte möter alla patienter och därmed inte heller själv alltid kan göra första bedömningen av om behov av insatser inom det psykosociala området föreligger eller ej.

För att kontakt ska förmedlas för de patienter som inte på egen hand identifierar behov och själv söker kurator föreligger ett beroende av att andra professioner besitter realistisk och uppdaterad kunskap om arbetsområdet. Andra professioners kunskap kan därmed sägas stå i direkt relation till vilka patienter som erbjuds kontakt med kurator. Om bristfälliga kunskaper föreligger hos andra professioner finns risk att patienter på olika grunder förbises. Patients behov av så kallade praktiska insatser kan missas om andra professioner inte vet inom vilka områden kurator har specifik kunskap och viktig hjälp och vägledning kan gå förlorad. För att bedöma när patient har behov av samtal behöver kunskap om kurators samtalskompetens finnas men inte minst viktigt, kunskap om hur behov av sådana insatser kan yttra sig hos patienter.

7.4.1 Utvärdering och evidensbaserad praktik - ett led i professionaliseringsprocessen genom ökad kunskap

Att som yrkeskår ha vetskap om och arbeta utifrån fungerande insatser och metoder kan bidra till ökad kunskap om vad som utmärker den professionsspecifika kompetensen. Arbete med att utvärdera insatser och så få fram vad som fungerar är att ses som ett kvalitetssäkrande arbete utifrån evidens. Sjukhuskurator har i relation till många andra professioner inom hälso- och sjukvård, en professionell särställning. Detta bland annat utifrån faktorer som avsaknad av legitimation, arbete i numerär minoritet samt arbete i annan diskurs än den egna. Den i litteratur beskrivna professionsgemensamma svårigheten att förklara och beskriva arbetsuppgifter, kompetens och effekt av insatser samt att befästa arbetsområdets avgränsning försvårar ytterligare (Davidson 1990). Som exempel påvisar Olsson (1999) en fara i ovan beskriven särställning genom att lyfta fram hur avsaknaden av legitimation befaras kunna leda till att sjukhuskurator i praktiken kan "...ersättas av vilken annan person som helst under förutsättning att denne kan utföra det arbete som krävs" (Olsson 1999). Sjukhuskuratorers särställning och svårigheter menas även bromsa yrkets professionaliseringsprocess. När en yrkesgrupp till exempel genom utvärdering påvisar vilken specifik kunskap och arbetsmetodik den besitter och använder sig av särskiljs det egna området gentemot andras och det blir tydligt vad gruppen är mer kvalificerad än andra att utföra. Ett skeende som menas påskynda och främja ett yrkes professionaliseringsprocess. När detta inte görs uppstår alternativt förstärks otydlighet i professionens konturer, både avseende kompetens och arbetsområde (Dellgran & Höjer 2005; Liljegren 2008).

I det empiriska materialet framkom stort intresse av arbete med utvärdering av givna insatser. Få av respondenterna arbetar med utvärdering som metod idag men många vill börja. En dokumenterad kunskap om insatsers effekt skulle i kombination med kontinuerlig gemensam kunskapsinhämtning kunna ge en kvalitetssäkring där patienten dels erbjuds insatser man vet kan fungera men också tillhandahåller likartade insatser oberoende av vem denne möter. Att öka kunskapen om insatsers effekt torde främja arbetet med ett, inom fältet, gemensamt arbetssätt.

7.5 Sjukhuskurators professionaliseringsprocess och dess betydelse

Sjukhuskurator menas i jämförelse med många andra professioner inom hälso- och sjukvård ha en långsam professionaliseringsprocess med en otydlighet kring arbetsområde och insatsers effekt. Studier visar på hur sjukhuskuratorer nationellt och internationellt upplever svårigheter att finna och uttala en tydlighet i yrkesroll och arbetsuppgifter (Cowles & Lefcowitz 1992; Olsson 1999). I motsats till många av sina ”grannprofessioner” inom hälso- och sjukvård bedriver sjukhuskuratorer forskning i liten skala vilket också möjliggör att kunskap inte avtäcks och formuleras. Vilken effekt sjukhuskurators insatser har är inte heller mätt och redovisat i någon större utsträckning vilket särskiljer professionen från många andra inom hälso- och sjukvård (Levi 2009). Sjukhuskurator saknar också den kanske mest påtagliga professionsmarkören, legitimation, och med det den tydlighet i den professionella konturen sådan menas ge (Dellgran & Höjer 2005; Liljegren 2008).

En gynnsam professionaliseringsprocess menas leda till ökad status, anseende och större möjlighet för en yrkeskår att påverka och utveckla sitt område (Selander 1990). Arbetsområdets gränser tydliggörs till att omfatta de arbetsuppgifter som enbart den aktuella professionen utför i sin helhet vilket leder till en suverän kunskap över ett eget avgränsat kunskaps territorium samt tillgång till språk och uttryck som ger möjlighet till tolkningsföreträde (Swärd & Starrin 2006). Den särställning specialiserad kunskap ger skapar möjlighet att med större kraft hävda de egna arbetsområdets frågor. I och med de tydligare gränserna utsätts arbetsområdet för mindre risk att blandas upp i andra närliggande områden och mottagare av insatser får större säkerhet i att insatserna baseras på specialiserad kunskap av specialiserad personal. Kuratorer har haft en långsam professionaliseringsprocess som i kombination med numerärt underläge och diskursiv tillhörighet skulle kunna ses som bidragande till svårigheter att muta in det psykosociala arbetsområdet som ett där specialkunskap krävs. Sannolikt kan detta även bidra till kollektiva och individuella svårigheter att i olika sammanhang hävda det psykosociala arbetsområdets frågor. Något som i förlängningen sannolikt kan utgöra negativ påverkan då det psykosociala perspektivet, i jämförelse med andra perspektiv inom vården, löper risk att inte få samma uppmärksamhet.

Ökad professionalisering kan tänkas ske på många sätt. För sjukhuskuratorer och utifrån de problemområden som framkommit i studien skulle det dock kunna tänkas vara att få ökad möjlighet att använda sig av och utveckla de identifierade hjälpande faktorerna. Som exempel kunskap och då inte enbart den egna utifrån möjlighet att förkovra sig eller att kollektivets gemensamma kunskapsbas höjs utan även att andra professioners kunskap om sjukhuskurators arbete och kompetens utökas. I kunskap som ett led i ökad professionalisering ligger även professionens kunskap om sina egna förhållanden. Begrepp som kan tänkas självklara kan behöva problematiseras för att bland annat utjämna makt, öka medvetenhet om vilka roller man som professionell innehar genom sitt ämbete och hur de egna valen och möjligheten att välja kan påverka hur andra uppfattar professionen.

För att en professions ökade kunskap ska påverka professionaliseringsprocessen behöver den föras ut vilket kan ske genom att utvärdera givna insatser. Att utifrån uppgifter baserade på utvärdering beskriva vad som fungerar och när synliggörs professionens kompetens och ökar andras kunskap om densamma. Vid ökad professionalisering minskar risken att andra professioner övertar arbetsuppgifter och patienter kan i högre grad säkerställas att psykosociala

insatser utförs av kvalificerad personal (Alenius 2000; Olsson 1999).

7.6 Avslutande kommentarer

Lagstiftaren fastslår att svensk hälso- och sjukvård ska bedrivas på lika villkor för hela befolkningen (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763 §2). Vård på lika villkor kan tolkas på olika sätt, dels att alla ska erbjudas jämlik vård oavsett kön, religion, etnicitet, sexualitet med mera men också att insatser i grunden ska vara likartade och utgå från liknande kunskapsbas och bedömning oavsett vilken av en professions yrkesutövare en patient möter. Vård ska också bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (Patientsäkerhetslag 2010:659 kap 6 § 1).

Lagtext och resonemang ovan presenterar begreppet jämlik vård som under arbetet med studien allt som oftast kommit för mig. Kurator befinner sig i en professionell särställning såsom tillhörande en diskurs men verksam i en annan och med ansvar för arbetsuppgifter som andra professioner inte står i direkt beroende till. Detta gör det möjligt för kurator att genom omfattande handlingsfrihet lägga upp sitt arbete utifrån individuella preferenser och även själv som enskild kurator mer eller mindre kunna styra sitt förkovrande av ny kunskap i och med de ej existerande kraven på obligatorisk kunskapsinhämtning. Följderna kan tänkas bli att patienter löper risk att beroende på vilken kurator de möter erbjudas insatser utifrån skiftande inriktning i arbetet samt kunskapsnivå. Förhållandet föreligger även utifrån andra professioners kunskap om kurators arbete och kompetens. I verksamheter där andra professioner väl känner till vad en kurator förfogar över för typ av insatser och kunskapsområde kan patientens behov sannolikt snabbare upptäckas och åtgärdas. För de patienter som möts av bristfällig kunskap finns risk att kontakt inte förmedlas och behoven inte heller tillgodoses. När andra professioner överlag har god kunskap om kurator skapas förutsättningar för en jämlik vård.

För det psykosociala arbetsområdet inom hälso- och sjukvård kan ökad kunskap betyda att kvalificerade uppgifter utförs av sjukhuskuratorer såsom den personal som besitter den specialkunskap som krävs. Området riskerar då inte att utarmas och blandas upp i andra delar av hälso- och sjukvården. Med kunskap om insatsers effekt och löpande kunskapsuppdatering hålls det psykosociala arbetsområdet levande och står i en ständig utvecklingsprocess. Med ökad tydlighet kring det psykosociala arbetsområdet och dess plats inom hälso- och sjukvård kan frågorna mer uppmärksammas och utvecklas.

Som en kommentar till arbete med utvärdering vill jag även fokusera på det ekonomiska perspektivet som ytterligare en aspekt att använda uppgifter om fungerande metoder till. I hälso- och sjukvårdens prioriteringsarbete, såväl inom enskilda professioner som i det större multidisciplinära sammanhanget, pågår en kontinuerlig diskussion kring hur knappa resurser, patienters behov och nya, ofta dyra behandlingsmetoder ska kunna kombineras utan att grundläggande etiska principer frångås. Redan 1995 framhölls i den s.k. Prioriteringsutredningen "Vårdens svåra val" att människovärdes-, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen bör ligga till grund till grund för vårdens prioriteringar och arbete (SOU 1995:5). Man menade att de förstnämnda ska ses som överordnade den sistnämnda men att rimlig relation mellan kostnader och effekt bör eftersträvas (SOU 1995:5; SOU 2000:86). Utredningen håller kostnader och effekt av medicinska metoder som utgångspunkt men i

resonemanget görs inga undantag utan omfattar alla typer av insatser och professioner inom hälso- och sjukvården. Verksamheten inom hälso- och sjukvården ska sålunda inte enbart eftersträva ”...en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (HSL §2) utan vid val mellan olika insatser och metoder även ta hänsyn till kostnadseffektivitet med en rimlig avvägning mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet (SOU 1995:5).

I tider av besparingar och kostnadsmedvetenhet synas dock verksamhetens lönsamhet och insatsernas kostnad och effekt ställs mot varandra. Resonemanget att insatsernas betydelse och kostnadseffekt vid en besparingsöversyn utgör viktigt underlag för att få behålla sina resurser ogravade behövs därför inte vara långsökt (Levi 1998). Respondenternas intresse för att starta upp alternativt fortsätta arbeta med att utvärdera sina insatser kan ses som ett led i att skapa bättre underlag vid prioriteringsdiskussioner samt att på ett ansvarsfullt sätt hantera de skattemedel som utgör hälso- och sjukvårdens finansieringsgrund.

7.7 Hur kan studiens resultat användas i praktiken?

Nedan följer förslag på insatser viktiga för att öka möjligheterna för sjukhuskuratorerna att arbeta utifrån identifierade hjälpfaktorer samt gynna en fortsatt professionaliseringsprocess:

- kårens gemensamma kunskapsbas behöver kontinuerligt uppdateras, likaväl som individuell kunskapsinhämtning på olika nivåer behöver stimuleras
- arbetsgivaren behöver skapa möjligheter till kontinuerlig kunskapsinhämtning, både kollektiv och individuell
- grundläggande begrepp som till exempel handlingsfrihet och frivillighet behöver diskuteras och medvetandegöras bland sjukhuskuratorer
- kunskap om förberedelsers effekt behöver belysas och förutsättningar för dess utförande behöver ses över
- andra professioner behöver löpande informeras och uppdateras om sjukhuskurators arbete och kompetens
- givna insatser behöver mätas på ett formaliserat sätt i syfte att basera arbetet på evidens

Insatserna ovan tänks bidra till att:

- patient i högre grad möter likartade insatser oavsett vilken kurator den har kontakt med
- patient erhåller insatser baserade på kunskap utifrån vad som fungerar
- det psykosociala området blir mer känt och behöver inte riskera att blandas upp i andra arbetsområden
- kvalificerade arbetsuppgifter inom det psykosociala området utförs alltid av

sjukhuskuratorer och risk för att sådana uppgifter skulle övertas av annan personal utan specialiserad kunskap minskar

- andra professioners bedömning av patienters behov av insatser inom det psykosociala området underlättas och risken att behov förbises minskar

Källförteckning:

- Alenius, A. (2000) *Socialt arbete i medicinens värld*. Umeå: Umeå universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Allberg, S. & Eriksson, M. (2009) *Socionomens roll i en naturvetenskaplig värld – en studie om hur kuratorer inom hälso- och sjukvården upplever arbetet i en medicinskt dominerad arbetsmiljö*. Ersta Sköndal Högskola
- Bauer, I. & Sundén, K. (1975) *Sjukhuskuratorns roll*. Göteborg: Göteborgs universitet, Socialhögskolan i Göteborg
- Beckman, S. (1990) "Professionalization: borderline authority and autonomy in work". I Burrage, M. & Torstendahl, R. (red): *Professions in theory and history*. London: Sage Publications
- Benkel, I. Johansson, B-M. Lundin, A. de Neergaard, G. & Öhrling, C. (2009) *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Malmö: Studentlitteratur .
- Bergmark, Å. (1998) *Nyckelbegrepp i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur
- Bernler, G. & Johnsson, L. (2001) *Teori för psykosocialt arbete*. Falköping: Natur och Kultur.
- Bernler, G. Johnsson, L. & Skårner, A. (1993) *Behandlingens villkor - om relation och förväntningar i det sociala arbetet*. Borås: Natur och Kultur.
- Biddle, B J. (1979) *Role theory- expectations, identities and behaviors*. New York: Academic Press.
- Billquist, L. (1999) *Rummet, mötet och ritualerna - En studie av socialbyrå, klientarbetet och klientskapet*. Göteborg: Kompendiet AB.
- Brill, N. (1973) *Working with people: the helping process*. Philadelphia: J.B Lippincott company.
- Byström, U. Fredlund, U. Holmkvist, I. & Sejnäs, A-G. (1985) *Kuratorsarbete inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: SSR.
- Cabot, R. (1911) *Läkaren och det sociala arbetet*. Stockholm: Wahlström och Widstrand.
- Carlsson, B. (2005) *Hjälpprocesser i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Charon, J M. (2007) *Symbolic interactionism – an introduction, an interpretation, an integration*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

- Cullberg, J. (1988) *Kris och utveckling*. Lund: Natur och Kultur.
- Dellgran, P. & Höjer, S. (2000) *Kunskapsbildning, akademisering och professionalisering i socialt arbete*. Göteborg: Kompendiet.
- Dhooper, S S. (1997) *Social work in health care in the 21:st century*. Thousand Oaks California USA: Sage publications.
- Djurfeldt, G. Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2008) *Statistisk verktygslåda - samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Esaiasson, P. Gilljam, M. Oscarsson, H. & Wängnerud L (2007) *Metodpraktikan: Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Nordstedts juridik.
- Fredlund, U. (1997) *Kuratorsverksamhet inom svensk sjukvård under 70 år – glimtar och utvecklingstrender*. Stockholm: Svensk kuratorsförening.
- Goffman, E. (1973) *Totala institutioner- Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Gordan, K. (2004) *Professionella möten*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gillblom, A. & Kihlberg, K. (2005) *Kuratorns bidrag till pusslet*. Göteborg: Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Hanquist, L. (2011) *Psykiatrikuratorers yrkesroll och yrkesidentitet*. Göteborg: Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Hillgaard, L. Keiser, L. & Ravn, L. (1984) *Sorg och kris*. Köpenhamn: Liber.
- Jergeby, U. (red) (2008) *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*. Mölnlycke: Gothia Förlag.
- Johansson, A. (2005) *Narrativ teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, T. (2006) ”Mötets många ansikten - när professionella möter klienter”. I Meeuwisse, A. Sunesson, S. & Swärd, H. (red): *Socialt arbete – en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2003) *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Köpenhamn: Hans Reitzels förlag.
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lenéer-Axelsson, B. & Thylefors, I. (1987) *Psykosocialt behandlingsarbete*. Malmö: Natur och Kultur.

- Levi, R. (1998) *Evidensbaserad sjukvård-vård på säkrare grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Levi, R. (2009) *Vettigare vård, evidens och kritiskt tänkande i vården*, Falun: Norstedts.
- Lidén, A. (2009) *Den professionella hjälpprocessen – metoder och teorier för sjukhuskuratorns arbete*. Göteborg: Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Liljegren, A. (2008) *Professionellt gränsarbete – socionomexemplet*. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Lundström, T. & Sunesson, S. (2006) ”Socialt arbete utförs i organisationer”. I Meeuwisse, A. Sunesson, S. & Swärd, H. (red): *Socialt arbete – en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Meeuwisse, A. & Swärd, H. (2002) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Olsson, S. (1999) *Kuratorn förr och nu – sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*. Göteborg: Kompendiet AB.
- Payne, M. (2002) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Pettersson, U. (2001) *Socialt arbete, politik och professionalisering. Den historiska utvecklingen i USA och Sverige*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Repstad, P. (2005) *Sociologiska perspektiv i vård omsorg och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Repstad, P. (2007) *Närhet och distans - Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Oslo: Studentlitteratur.
- Revstedt, P. (1989) *Motivationsarbete*. Stockholm: Liber.
- Selander, S. (red) (1989) *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Selander, S. (1990): “Associative strategies in the process of professionalization”. I Burrage, M. & Torstendahl, R. (red): *Professions in theory and history*. London: Sage Publications.
- Skau, G M. (2007) *Mellan makt och hjälp*. Malmö: Liber AB
- Skott, C. (2004) *Berättelsens praktik och teori - narrativ forskning i ett hermeneutiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensson, R. (1993) *Samhälle, medicin och vård – en introduktion till medicinsk sociologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Swärd, H. & Starrin, B. (2006) ”Makt och socialt arbete”. I Meeuwisse, A. Sunesson, S. & Swärd,

H. (red): *Socialt arbete – en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.

Trost, J. (2007) *Enkätboken*. Pozkal: Studentlitteratur.

Trost, J. (2010) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Widerberg, K. (2002) *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Tidskrifter:

Cowles, L.A. Lefcowitz, M.J. (1992) "Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting". *Health and social work* 17, 1, 57-65.

Davidson, K.W. (1990) "Role blurring and the hospital social worker's search for a clear domain." *Health and social work*.15, 3, 228-234.

Dellgran, P. & Höjer, S. (2005) "Rörelser i tiden. Professionalisering och privatisering i socialt arbete." *Socialvetenskaplig tidskrift* årgång12, nr 2-3.

Judd, R. & Sheffield, S.(2010) "Hospital social work: Contemporary roles and professional activities." *Social work in health care* 49:9, 856-871

Kvale, S. (2006) "Dominance through interviews and dialogues" *Qualitative inquiry* vol 12, nr 3.

Marjavaara, L. (1998) "Hur använder ni egentligen era kuratorer?" *Läkartidningen* , volym 95, 46.

Mc Michael, A. (2000) "Professional identity and continuing education: a study of social workers in hospital settings." *Social work education*, 19, 2, 175-183.

Persson, M. (1989) "Kuratorerna är mycket mer än bra fixare." *SSR-tidningen*, 4, 8-9.

Westrin, B. & Westrin, C-G. (1996) "Kurator 1995" *Socialmedicinsk tidskrift*, 73,1, 2-3.

Lagar och offentliga utredningar:

SFS 1974:595 Abortlagen

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen

SOU 1990:44 *Demokrati och makt i Sverige*. Stockholm (Maktutredningen)

SOU 1995:5 *Vårdens svåra val*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 2010:6 *Kompetens och ansvar. Betänkande av 2009 års Behörighetsutredning*. Stockholm: Socialdepartementet.

Internetreferenser:

Akademikerförbundet SSR (2012) <http://www.akademssr.se>

Nämnden för socionomauktorisering (2011) <http://www.socionomauktorisering.nu>

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2010, 2012) <http://www.sahlgrenska.se>

Socialstyrelsen (2010, 2012) <http://www.socialstyrelsen.se>

Svensk kuratorsförening (2011) <http://www.kurator.se>

Västra Götalandsregion (2011) <http://www.vr.se>

World Health Organization (2012) <http://www.who.int/en/>

Wikipedia (2012) <http://www.wikipedia.org>

Övrigt:

(2011) *Om evidensbaserad praktik*. Västerås: Socialstyrelsen.

Bilaga 1

Brev inför studiens intervjuer

Göteborg 090910

Hej!

Mitt namn är Helena Engberg. Jag arbetar som kurator inom Neurosjukvården på SU/Sahlgrenska och parallellt med det studerar jag på Masternivå på Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet. Jag är nu i färd med att skriva uppsats vilken kommer att undersöka vad i sjukhuskurators arbete som leder till hjälp. Vilka fungerande metoder, arbetssätt och förutsättningar är det som "blir till hjälp"? Ämnet känns viktigt då det ger ökad inblick i och kan konkretisera vad sjukhuskuratorer gör och hur. I den medicinska världen är det inte alltid självklart vad en kurator besitter för kompetens varför ett tydliggörande kan hjälpa till att sätta ord på och även mer synliggöra det arbete som utförs.

I min studie kommer jag att fokusera på sjukhuskuratorer verksamma inom somatisk vård på SU/Mölndal, Sahlgrenska och Östra. Datainsamlingen kommer att utföras genom enskilda intervjuer med fyra sjukhuskuratorer, två fokusgrupper med tre patienter i vardera samt en enkätstudie med utskick till alla kuratorer som ingår i målgruppen.

Min förhoppning är att du vill delta i en enskild intervju på ca 45 -60 min med fokus på vilka metoder och arbetssätt du upplever leder till hjälp i ditt patientarbete. För att ha möjlighet att sammanställa intervjun korrekt kommer bandspelare att användas. Intervjumaterial kommer att aidentifieras.

Jag är tacksam om du lämnar besked om du vill delta eller ej till mig via mail eller telefon under v 38. Min förhoppning är att intervjuer ska genomföras under v 39.

Med vänliga hälsningar,

Helena Engberg

031 – 342 87 59

arb

Bilaga 2

Informerat samtycke

Informerat samtycke till studie om vad som blir hjälp i sjukhuskuratorns arbete, Masteruppsats, Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete.

Undertecknad ger sitt samtycke till att delta i ovan nämnda studie och är informerad om:

- Studiens syfte och upplägning.
- Att deltagandet i studien är frivilligt och att det när som helst kan avbrytas
- Att uppgifter som lämnas är konfidentiella och att de inte kommer att användas för annat syfte än aktuell studie.
- Att man som deltagare i studien ges möjlighet att ge sina synpunkter på forskningsmaterialet innan det publiceras.
- Att resultaten av studien kommer att presenteras på ett sådant sätt att deltagarna inte är identifierbara.
- Att man som deltagare informeras om var studien kommer att publiceras och att man får en rapport eller sammanfattning av denna.

Undertecknad deltagare:

Datum:

.....

Helena Engberg
Student, Masterprogrammet
Inst för soc arb
Göteborgs Universitet

Datum:

Bilaga 3

Intervjuguide

Intervjuguide kuratorer Sahlgrenska Universitetssjukhuset:

Information om studien

Informerat samtycke

* Beskriv dina huvudsakliga arbetsuppgifter:

* År i yrket:

* Vad är hjälp? (*Kort om begreppet hjälp och olika sorters hjälp som en kurator kan ge*)

* Vad kan patienten få hjälp med hos dig?

Innan besöket:

* Hur får du patienten till dig?

* För att nå fram till att hjälp uppnås - vad tycker du är viktigt att göra/tänka på innan besöket?

* Hur tror du ovanstående påverkar att hjälp uppnås?

Under besöket:

* För att nå fram till att hjälp uppnås - vad tycker du är viktigt att göra/tänka på i början och under en kontakt?

* Hur tror du ovanstående påverkar att hjälp uppnås?

* Finns det några faktorer, med utgångspunkt i resonemang utifrån frågorna ovan, som utgör viktigare förutsättningar än andra för att hjälp ska uppnås?

Relation och bemötande:

* Är en god relation mellan patient och kurator viktig för att hjälp ska uppnås?

* Vad är en god relation mellan patient och kurator?

* Hur byggs den?

- * Är kurators bemötande gentemot patienten viktigt för att hjälp ska uppnås?
- * Vad är ett gott bemötande och hur kan det påverka att hjälp uppnås?

Vid avslutande av/efter avslutad kontakt/besök:

- * Hur och när vet du att hjälp uppnåtts?
- * Finns det några faktorer innan och under kontakten med patienten som underlättar vetskapen om att hjälp uppnåtts?
- * Vem “bestämmer” att hjälp uppnåtts?

Allmänna frågor:

- * Uppnås hjälpen på olika sätt beroende på vilka uppgifter du arbetar med?
- * Hur fri är du respektive hur styrd är du vid upplägg och planering av ditt patientarbete och hur påverkar det hjälpen?
- * Arbetar du utifrån vissa specifika metoder och/eller teorier?

Bilaga 4

Enkät

Mitt namn är Helena Engberg och jag studerar på Master programmet på Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet. Jag arbetar också som kurator vid Neurosjukvården på SU/Sahlgrenska. Den studie jag arbetar med behandlar vad kuratorer inom SU/Högsbo, Mölndal, Sahlgrenska och Östra upplever leder till hjälp i deras arbete med patienter och vad de använder för metoder/arbetsätt för att nå dit.

Bakgrund till studien:

Kuratorer har funnits på svenska sjukhus sedan början av 1900-talet och är med det ett självklart inslag i vården, både för patienter och andra professioner. Deras position är dock speciell då de har sina arbetsuppgifter inom ett område, det psykosociala, men arbetar på en plats där ett annat områdes diskurs råder, den medicinska. Sjukhuskuratorer arbetar oftast ensamma eller i tvärprofessionella team vilket bidrar till att det kan vara svårt att själv definiera arbetsområde, uppgifter, vad som görs och varför. I och med ensamarbetet kan det också vara svårt att veta hur andra kuratorer lägger upp sitt patientarbete i praktiken och vilka metoder som används.

Studiens syfte:

Denna studie avser att identifiera delar av vilka metoder/arbetsätt kuratorerna inom SU upplever leder till hjälp och att utifrån det kunna formulera gemensamma nämnare i hur man arbetar. Alltså sätta ord på vad kuratorerna gör, hur man gör det och varför. Detta kommer förhoppningsvis att verka stärkande för professionens sammanhållning och position samt kanske även fungera som en slags kvalitetssäkring där insatser kan ges utifrån en gemensam och genomtänkt utgångspunkt i vad kuratorerna upplever fungerar.

Denna enkät innehåller många frågor! Om det känns tidskrävande att fylla i den kanske du kan dela upp den och svara på en del i taget. Det är din medverkan som gör att studien går att genomföra och jag hoppas att du finner möjlighet och har lust att ta dig tid att besvara frågorna nedan! Dina svar kommer inte att kunna identifieras och din anonymitet är helt garanterad. Har du några frågor är du välkommen att kontakta mig (helena.engberg@vgregion.se) eller min handledare, Mikaela Starke (mikaela.starke@socwork.gu.se).

Resultaten kommer att redovisas inom ramen för Master programmets 30 poängs uppsats vilken beräknas vara slutförd i juni 2010.

Skicka besvarad enkät till: **Helena Engberg, Neuromottagningen, Blå Stråket 7, SU/Sahlgrenska.**

Skicka in enkäten senast: 2010-01-11

Tack för din medverkan!!

Helena Engberg

Frågorna nedan har flera svarsalternativ. Ringa in det svarsalternativ du tycker stämmer bäst för dig. Ibland är det flera alternativ som stämmer in på dig och ditt arbete, ringa då in flera.

Där jag ber dig rangordna dina svar, sätt siffror i () efter svaret utifrån ordningen att 1 är mest angeläget, 2 mindre angeläget osv.

1. Hur många år har du arbetat som socionom?

- A 0 – 5
- B 5 – 10
- C 10 – 15
- D 15 – mer

2. Hur många år har du arbetat som kurator på sjukhus?

- A 0 – 5
- B 5 – 10
- C 10 – 15
- D 15 – mer

Arbetsuppgifter

Sjukhuskuratorns arbetsuppgifter består vanligtvis både av information och vägledning i samhällets insatser, nedan benämns det som "praktiska insatser", samt i olika typer av stödjande och/eller bearbetande samtal.

3. Arbetar du med både praktiska insatser och samtal?

- A Ja, jag arbetar med både praktiska insatser och samtal
- B Nej, jag arbetar enbart med praktiska insatser
- C Nej, jag arbetar enbart med samtal

4. Om du under fråga 3 svarat ja på A eller C, att du arbetar med samtal, vilken typ av samtal arbetar du med? Flera svarsalternativ kan vara möjliga.

- A Kris- och krisbearbetande samtal
- B Stödjande samtal
- C Informations- och rådgivande samtal
- D Motiverande samtal
- E Annat, vad?

5. Om du arbetar med både praktiska insatser och samtal, (under fråga 3 svarat ja på A) hur skulle du uppskatta fördelningen mellan praktiska uppgifter och samtal?

- A 80% Praktiska - 20% Samtal
- B 60% Praktiska - 40% Samtal
- C 50% Praktiska - 50% Samtal

- D 40% Praktiska - 60% Samtal
- E 20% Praktiska - 80% Samtal
- F Annat, vad?

Patientens väg till kurator

5. Hur får patienten kontakt med dig? Flera svarsalternativ kan vara möjliga.

- A Patienten tar själv kontakt
- B Anhöriga kontakter kurator och påtalar patientens behov av insatser
- C Andra professioner på sjukhuset påtalar behov och förmedlar kontakt. (informellt ej remiss)
- D Skriftlig remiss
- E Kontakt erbjuds aktivt från sjukvården enligt vårdprogram eller enligt lag.
- F Patienten erbjuds kontakt med kurator som en del i teamarbete (ej vårdprogram)
- G Annat, vad?.....

6. Om andra professioner på sjukhuset aktualiserar patienter hos dig, i vilken grad upplever du att de andra professionerna har kunskap om vad du kan hjälpa en patient med?

- A I mycket hög grad
- B I hög grad
- C Medel
- D I låg grad
- E I mycket låg grad
- F Vet ej

7. Patienten söker som regel frivilligt kontakt med kurator på sjukhus. I vilken grad tror du att frivilligheten främjar att hjälp uppnås i kontakten mellan dig och patienten?

- A I mycket hög grad
- B I hög grad
- C Medel
- D I låg grad
- E I mycket låg grad
- F Vet ej

Dina förberedelser inför ett besök

Kuratorer förbereder sina besök på olika sätt. Det kan handla om praktiska förberedelser, t.ex. ta reda på mer om patienten och dennes situation, förbereda besöksrummet m.m. Det kan också handla om hur du förbereder för dig själv inför ett besök t.ex. genom att boka in paus efter besök, byta miljö en stund m.m.

8. Inhämtar du information om patienten innan ett besök?

- A Ja
- B Nej
- C Ibland gör jag det ibland inte, beskriv kort vad som är orsaken till dina val:
.....

9. Om du under fråga 8 svarat ja på A eller C, vad gör du? Flera svarsalternativ kan vara möjliga. Rangordna i () där 1 är mest angeläget.

- A Läser journal ()
- B Talar med andra professioner som har kunskap om patienten ()
- C Läser remiss ()
- D Annat, vad? ()

10. Hur förbereder du rummet där du ska möta patienten? Flera svarsalternativ kan vara möjliga. Rangordna i () där 1 är mest angeläget.

- A Stänger av arbetstelefonen ()
- B Stänger av mobil ()
- C Plockar undan på rummet (arbetsmaterial m.m). ()
- D Anger på dörren att besök kommer att pågå (skylt, röd lampa eller liknande) ()
- E Annat, vad? ()

11. I vilken grad tror du sådana här förberedelser inför ett besök främjar att hjälp uppnås i kontakten mellan dig och patienten?

- A I mycket hög grad
- B I hög grad
- C Medel
- D I låg grad
- E I mycket låg grad
- F Vet ej

12. Hur förbereder du för dig själv innan du ska möta patienten? Flera svarsalternativ kan vara möjliga. Rangordna i () där 1 är mest angeläget.

- A Planerar hur lång tid besöket ska vara ()
- B Bokar in paus före och/eller efter besöket ()
- C Bokar inte in tunga/krävande besök efter varandra ()
- D Byter miljö, tex. fikar eller liknande ()
- E Avslappning ()
- F Jag förbereder mig inte på något speciellt sätt ()
- G Annat, vad? ()

13. I vilken grad tror du att hur du förbereder för dig själv innan besöket främjar att hjälp uppnås i kontakten mellan dig och patienten?

- A I mycket hög grad
- B I hög grad
- C Medel
- D I låg grad
- E I mycket låg grad
- F Vet ej

Under besöket

Struktur

Struktur, besökets praktiska ramar, kan bestå av på förhand bestämd besökstid och plats, kanske samma tid och plats vid varje besök men kan också vara att specifika ramar inte används och därmed inte uttalas. En del patienter behöver mycket struktur då det kan skapa ordning och förutsägbarhet och en del behöver mindre.

14. Brukar du ha en speciell struktur under ett patientbesök? I så fall vad? Flera svarsalternativ kan vara möjliga. Rangordna i () där 1 är mest angeläget.

- A Jag berättar för patienten hur lång tid aktuellt besök som längst kommer att vara ()
- B Jag berättar hur många gånger patient och jag kommer att träffas ()
- C Jag berättar om de yttre förberedelser som gjorts (avstängd telefon, lampa på m.m) () röd
- D Jag och patienten bokar in tid och plats för nästa besök ()
- E Jag gör inte upp någon struktur - patientens behov får styra ()
- F Annat, vad?..... ()

15. I vilken grad tror du att besökets struktur främjar att hjälp uppnås i kontakten mellan dig och patienten?

- A I mycket hög grad
- B I hög grad
- C Medel
- D I låg grad
- E I mycket låg grad
- F Vet ej

Förväntningar/Begränsningar

Förväntningar = det patienten önskar uppnå genom kontakten med dig

Begränsningar = patienten har önskemål om insatser som inte ingår i dina arbetsuppgifter

16. Tycker du att det är viktigt att få fram vilka förväntningar patienten har på kontakten med dig?

- A I mycket hög grad
- B I hög grad
- C Medel
- D I låg grad
- E I mycket låg grad
- F Vet ej

17. Om du anser att patientens förväntningar är viktiga att känna till, hur gör du för att få kunskap om dem? Flera svarsalternativ kan vara möjliga. Rangordna i () där 1 är mest angeläget.

- A Direkt fråga till patienten ()
- B Samlar information under besöket i takt med att patienten berättar ()
- C Utgår från andras information (andra professioner, anhöriga m.fl) ()
- D Försöker ej få fram patientens förväntningar ()

möjliga. Rangordna i () där 1 är mest angeläget.

- A Din tillgänglighet (patienten får snabbt kontakt med dig) ()
- B Din närvaro i patientkontakten (allt fokus på patienten, inget som distraherar vare sig i rummet eller "i" dig) ()
- C Ditt intresse och engagemang i patienten ()
- D Humor ()
- E Annat, vad?..... ()

23. När anser du att relationsskapandet mellan dig och patienten startar?

- A Så snart du och patienten får kontakt (t.ex vid tidsbokning)
- B Vid inledandet av besöket/När man träffas vid första besöket
- C Under första besöket
- D Under kommande besök
- E Relationen skapas under hela kontakten
- F Annat, vad?

24. Är en god relation mellan dig och patienten en förutsättning för att hjälp ska kunna uppnås?

- A Ja, både vid samtal och vid arbete med praktiska insatser
- B Ja, men enbart gällande samtal
- C Ja, men enbart gällande praktiska insatser
- D Nej, det är inte av betydelse
- E Vet ej

Efter besöket/avslutad kontakt

25. Är det viktigt att veta om hjälp har uppnåtts i arbetet mellan dig och patienten?

- A Ja
- B Nej
- C Vet inte

26. Hur vet du att hjälp har uppnåtts i arbetet mellan dig och patienten? Flera svarsalternativ kan vara möjliga. Rangordna i () där 1 är mest angeläget.

- A Patienten säger själv att den har blivit hjälpt ()
- B Du frågar om patienten upplever sig ha blivit hjälpt ()
- C Patientens uttalade förväntningar har infriats ()
- D Skriftlig utvärdering används där det framgår om patienten upplever att hjälp uppnåtts ()
- E Jag vet inte om hjälp uppnåtts ()

27. När vet du att hjälp har uppnåtts i arbetet mellan dig och patienten? Flera svarsalternativ kan vara möjliga. Rangordna i () där 1 är mest angeläget.

- A När du upplever att hjälp uppnåtts ()
- B När patienten upplever att hjälp uppnåtts ()

- C När både du och patienten upplever att hjälp uppnåtts ()
- D När annan profession upplever att hjälp uppnåtts ()
- E Jag vet inte när hjälp uppnåtts ()

28. Kan hjälp ha uppnåtts om bara en tycker det (du eller patient) eller är samstämmigheten en förutsättning?

- A Ja, hjälp kan ha uppnåtts då bara en tycker det
- B Nej, samstämmigheten är en förutsättning - båda ska vara överens
- C Vet ej

29. Om patientens förväntningar och dina eventuella begränsningar inte har gått igenom, går det då att avgöra om hjälp har uppnåtts?

- A Ja
- B Nej
- C Vet inte

30. Kan hjälp sägas vara uppnådd om du behövt hänvisa patienten vidare till annan instans och sålunda inte kunnat uppfylla patientens förväntningar själv?

- A Ja
- B Nej
- C Vet inte

Utvärdering/Mätbarhet

En utvärdering av arbetet mellan patient och kurator kan bl.a. visa på förändring i patientens upplevelse av livskvalitet, psykiska välbefinnande eller upplevelse av att ha blivit hjälpt. Den kan också fungera som medel för att visa på effekten av kurators insatser.

31. Arbetar du aktivt med någon typ av muntlig eller skriftlig utvärdering i ditt patientarbete?

- A Ja, alltid
- B Ja, ibland
- C Nej, aldrig

32. Om "Nej, aldrig" eller "Ja, ibland", skulle du vilja börja/utöka användandet av muntlig eller skriftlig utvärdering?

- A Ja, jag skulle vilja börja/utöka användandet av utvärdering.
- B Nej, jag vill inte använda utvärdering

Tillgänglighet

Arbetet som sjukhuskurator ställer ofta krav på ett högt tempo där uppgifterna är många och behoven stora. Då kuratorn har **hög tillgänglighet** är patienten tidigt informerad om hur kuratorn kan nås och att det går snabbt att få kontakt. Då kuratorn har mer **begränsad tillgänglighet** är kuratorn nåbar under kortare tider och beroende på arbetsbelastning kan det ta längre tid att få kontakt. Båda inriktningarna kan ha lika lång väntetid till besök.

33. I vilken grad tror du att hög tillgänglighet kan göra att patienten endast hör av sig då det verkligen behövs och på så sätt verkar arbetsbesparande för dig?

- A I mycket hög grad
- B I hög grad
- C Medel
- D I låg grad
- E I mycket låg grad
- F Vet ej

Handlingsfrihet

34. I vilken grad upplever du att du har egen handlingsfrihet vid upplägg och planering av ditt patientarbete?

- A I mycket hög grad
- B I hög grad
- C Medel
- D I låg grad
- E I mycket låg grad
- F Vet ej

Nya och/eller fördjupade kunskaper

Kortare och längre kurser och utbildningar, enstaka föreläsningar m.m. är en väg till ny eller fördjupad kunskap inom arbetsområdet.

35. I vilken grad upplever du att ny eller fördjupad kunskap främjar att hjälp uppnås i arbetet mellan dig och patienten?

- A I mycket hög grad
- B I hög grad
- C Medel
- D I låg grad
- E I mycket låg grad
- F Vet ej

36. I vilken grad upplever du att du får den nya eller fördjupade kunskapen du tycker att du behöver?

- A I mycket hög grad
- B I hög grad
- C Medel
- D I låg grad
- E I mycket låg grad
- F Vet ej

Slutligen,

37. Vad tycker du är den komponent som i högst grad främjar att hjälp uppnås i arbetet mellan dig och patienten? Flera svarsalternativ kan vara möjliga. Rangordna i () där 1 är

mest angeläget.

- | | | |
|---|--|-----|
| A | Din kunskap och kompetens | () |
| B | Att insatsen är frivillig och baserad på patientens önskemål | () |
| C | Dina förberedelser (inhämta information, förbereda rummet, egen paus m.m) | () |
| D | Strukturen (praktiska ramar kring besök/kontakt, t.ex. tid- och rumsangivelse) | () |
| E | Hur patientens förväntningar och dina ev begränsningar belyses under kontakten | () |
| F | Relationen mellan dig och patienten | () |
| G | Din tillgänglighet | () |
| H | Annat, vad..... | () |

TACK!!

Bilaga 5

Mailkorrespondens med två chefkuratorer, SU. Utskick 120509.

Hej!

Jag skriver till er med anledning av mitt arbete med Masteruppsats där jag skriver under arbetsnamnet ”Vad blir till hjälp – en studie om hjälpanande faktorer i sjukhuskurators patientarbete”. Studien omfattar alla kuratorer inom SU som arbetar med vuxen somatik. Som verksam kurator sedan flera år har jag en hel del förståelse och kunskap om fältet men måste ju så klart ha allt verifierat och kunna påvisa källa. Därför vänder jag mig till er för att få ställa några frågor om kuratorernas vidareutbildning/kompetenshöjning och hoppas att det är ok att ni ger er syn på frågorna. Jag är medveten om att ni bara kan svara på hur det är för er grupp kuratorer vilket jag också kommer att ange i texten.

Jag är jättetacksam om ni kan ta er tid för att svara på dessa frågor! Mitt mål med uppsatsen är inte bara att utforska vad som leder till hjälp för patienterna utan även att bidra till en gynnsam professionaliseringsprocess. I en sådan tror jag att vi behöver utforska och sätta ord på våra arbetsvillkor där utbildning och utveckling är en del.

Om det är ok kanske jag återkommer längre fram med någon fråga!

Frågor:

1. Ställs det några formella krav på vidareutbildning /kompetenshöjning hos ”dina” sjukhuskuratorer? Som grupp eller som enskild kurator? (Att man efter viss tid som anställd ska gå en viss utbildning, föreläsning el likn eller att man som verksam inom viss verksamhet ska bygga på med någon specifik utbildning).
2. Måste en kurator delta i viss kompetenshöjning som erbjuds eller är det frivilligt? Vilken kompetenshöjning är i så fall inte frivilligt? (Här tänker jag på allt från yrkesspecifik kompetenshöjning till utbildning i Melior, [journalssystem] brandsäkerhet m.m).
3. I vilka forum diskuteras enskild kurators kompetenshöjning? Är det en pågående diskussion och på vems initiativ förs den? (kurators, chefens, bådas eller verksamhetens)?
4. Förs det någon liknande diskussion för/med ”din” grupp kuratorer som helhet – angående gemensam kompetenshöjning för alla?
5. Kan man säga att det är enskild kurators intresse (inom det yrkesspecifika fältet) som driver fram vilken vidareutbildning/ kompetenshöjning som denna genomför? (eller önskar genomföra – ekonomin styr ju givetvis).
6. Händer det att verksamheten, alltså nivån ”över” dig t.ex. områdesledning, har åsikter om

vidareutbildning/kompetenshöjning för din grupp kuratorer eller enskild kurator?

Många tack!!

Helena Engberg, kurator Neurosjukvården SU/S

Mailsvar från chefkurator Charlotta Öhrling 120720

Fråga 1: Nej, det finns inga formella krav på vidareutbildning om man med det menar t.ex. en masterutbildning eller en steg 1-utbildning. Det formella kravet för anställning är socionomexamen. Vi har inga specialisttjänster som förutsätter högre utbildningsnivå. Däremot finns det krav på att vara uppdaterad på sitt arbetsfält så att kompetensen motsvarar verksamhetens krav på adekvata kuratorsinsatser.

Fråga 2: Vissa kompetenshöjande insatser är uttalat obligatoriska. Ofta rör detta sig om SU-gemensamma utbildningsinsatser. Exempel kan vara det som nämns i din fråga. I fråga om kuratorsspecifik kompetenshöjning har jag hittills inte funnit någon anledning att ställa krav på obligatoriskt deltagande. Erfarenheten är tvärtom att intresset för kompetenshöjning ofta är större än vad det finns möjlighet att bekosta (både i arbetstid och pengar).

Fråga 3: Enskild kurators kompetenshöjning diskuteras i medarbetarsamtal men också kontinuerligt då olika utbildningar allteftersom blir kända. Initiativet kommer i det senare fallet oftast från enskild kurator, men kan också komma från chef. Initiativ kan också komma från olika team inom verksamheten

Fråga 4: Gemensam kompetenshöjning – samma kompetenshöjning för alla eller olika individers olika kompetenshöjning för gruppens samlade gemensamma kompetenshöjning?
Det senare förs det ingen kontinuerlig diskussion kring i någon strukturerad form. Ansatser har gjorts och fortsättning planeras. Det förra sker kontinuerligt vid möten men då mest behov av fortbildning såsom information om förändringar inom lagstiftning, anhörigstöd m.m.

Fråga 5: Både ja och nej. Enskild kurator har hittills inte blivit anmodad att genomgå yrkesspecifik kompetenshöjning som hon inte har intresse av. På så vis styr enskild kurators intresse/brist på intresse vilken vidareutbildning/kompetenshöjning som genomförs/inte genomförs. Däremot bromsar jag som chef önskemål om kompetenshöjning som jag bedömer ligga utanför verksamhetens uppdrag eller där kompetensen redan finns i tillräckligt hög utsträckning – antingen i gruppen som helhet eller hos den enskilde själv. Sammanfattningsvis – den vidareutbildning som enskild kurator faktiskt genomgår ligger i linje med eget önskemål, men bara om jag som chef bedömer att utbildningen ligger inom ramen för verksamhetens behov.

Fråga 6: Verksamhetsledningen har generellt intresse av att alla yrkeskategorier får den kompetenshöjning som behövs för att neurosjukvårdens samlade uppdrag ska kunna utföras. Det är snarare uppdraget som kan diskuteras och där verksamhetschef kan ha åsikter, snarare än diskussion kring specifika utbildningar.

Mailsvar från chefkurator Neri Samuelsson 120511

Fråga 1: Nej, inga formella krav.

Fråga 2: Under introduktion som nyanställd är det obligatoriskt med utbildning i Melior [journalssystem] och ELVIS [bokningssystem]. Utbildning i HLR [hjärt-lungräddning] är obligatorisk liksom utbildning i ev nya datasystem.

Fråga 3: Individuell kompetensutvecklingsplan upprättas varje år i samband med utvecklingssamtalet. Chefen tar initiativ till detta. Mellan utvecklingssamtalen kan frågan om utbildning eller föreläsning initieras från chef eller medarbetare.

Fråga 4: Ja, t ex HLR. Diskussion med gruppen om teman för gemensamma föreläsningdagar för alla kuratorer på SU.

Fråga 5: Verksamhetens behov ska styra vilken kompetenshöjning som behövs. Detta diskuteras under utvecklingssamtalet då den individuella kompetensutvecklingsplanen upprättas.

Fråga 6: Det har aldrig hänt.

