



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

# Syns jag så finns jag

En kvalitativ och kvantitativ uppsats om sjukhuskuratorns upplevelser av sin yrkesidentitet, yrkesroll och status i en naturvetenskaplig värld

SQ 4562 Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp

Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits

Kandidatnivå

VT 2015

Författare: Linus Engberg & Thomas Englund

Handledare: Hanan El Malla

## Abstract

82 stycken personer motsvarar det totala antalet sjukhuskuratorer som arbetar med somatisk vård på de Sahlgrenska sjukhusen. Uppsatsens respondenter motsvarar cirka 58 % av dessa.

47 stycken sjukhuskuratorer har via en enkät besvarat frågor gällande sina upplevelser av sin yrkesidentitet, yrkesroll samt status i en naturvetenskaplig kontext. Sjukhuskuratorerna stöter inte sällan på utmaningar där ett tydliggörande av yrkesroll och yrkesidentitet blir nödvändiga grundstenar för ett varaktigt och funktionellt arbetsklimat. Yrkesrollers avgränsning och inramning skapar förutsättningar, ger frihet men exkluderar och inkluderar likaså. Att befinna sig i en kontext där man stundom kan känna sig *som en främmande fågel* bland de som har mer självklara roller i det professionella samspelet kan yttra sig och få som konsekvens att en otydlighet i yrkesrollen tar sin plats. Då man inte kommer från samma vetenskapligt vedertagna utbildningsbakgrund ger detta olik förförståelse och syn på den värld man arbetar i.

Frågeställningar runt sjukhuskuratorns tydlighet, organisation, personligt engagemang, det akademiska spåret och legitimation diskuteras. Några av studiens resultat är: att sjukhuskuratorernas yrkesroll inte alltid är självklart tydlig, vare sig för sjukhuskuratorerna själva eller för övrigt verksamma yrkeskategorier på sjukhuset. En klar majoritet av sjukhuskuratorerna anser att socionomutbildningen är väsentlig för deras yrkesutövning men inte tillräcklig för att arbeta som sjukhuskurator då en stor majoritet vidareutbildat sig. Nästan alla, 96 %, av studiens respondenter trivs med sitt arbete och på sin arbetsplats. Man trivs även med sina kollegor och känner uppskattning för sitt arbete från de flesta men när det kommer till organisationen så faller upplevelsen av uppskattning till ett väsentligt lägre resultat. En stor majoritet anser även att sjukhuskuratorerna är berättigade en legitimation, även om lite mindre än hälften tror att det skulle göra någon skillnad för dem i deras yrkesroller.

**Nyckelord:** *Sjukhuskurator, yrkesidentitet, legitimation, socialt arbete i hälso- och sjukvård.*

# Innehållsförteckning

<b>Abstract</b>	<b>2</b>
<b>Förord</b>	<b>6</b>
<b>1. Introduktion</b>	<b>7</b>
1.1 Problemformulering	7
1.2 Koppling till socialt arbete	8
<b>2. Syfte och frågeställningar</b>	<b>8</b>
2.1 Syfte	8
2.2 Frågeställningar	8
2.3 Hypotes	8
<b>3. Sjukhuskuratorn <i>historia, befattning- och begreppsbeskrivning</i></b>	<b>9</b>
3.1 Yrkesrollens födelse	9
3.2 Befattningsbeskrivning	11
3.3 Begreppsförklaringar	12
<b>4. Teoretiska ansatser</b>	<b>12</b>
<b>4.1 Arbetsgruppsykologi <i>ett huvudperspektiv</i></b>	<b>13</b>
4.1.1 Arbetsgruppen	13
4.1.2 Tydliga roller och grupptillhörighet	14
4.1.3 En bra och fungerande arbetsgrupp	15
4.1.4 Småpratet	16
4.1.5 Återkoppling	17
4.1.6 Förändring	17
<b>4.2 Organisationsteori <i>ett kompletterande metaperspektiv</i></b>	<b>18</b>
4.2.1 Organisationskultur	19
4.2.2 Förändring av kulturen	20
4.2.3 Subgrupper	21
<b>4.3 Makt <i>ständigt närvarande</i></b>	<b>21</b>
<b>5. Tidigare forskning</b>	<b>22</b>
5.1 Tolkning av litteratur och forskning	22
5.2 Det aktuella forskningsläget	23
5.3 Sammanfattning	25
<b>6. Metod</b>	<b>26</b>
Urval, reliabilitet och validitet	26
<b>6.1 Kvalitativ metod</b>	<b>27</b>
6.1.1 Identifiering av problemområde	28
6.1.2 Informationssökning	29
6.1.3 Skapande av djupintervjuformulär	29
6.1.4 Test av djupintervju/ansiktsvalidering	30
6.1.5 Djupintervjuer	31
6.1.6 Meningskoncentrering och tematisering genom färgläggning	32
6.1.7 Svagheter i kvalitativ metod	35
<b>6.2 Kvantitativ metod</b>	<b>35</b>
6.2.1 Konstruktion av enkät	35
6.2.2 Utskick av enkäter	36
6.2.3 Insamlande av enkäter och stansning i SPSS	36
6.2.4 Tidig analys av kvantitativa data och test av bivariata korrelationer	37
6.2.5 Svagheter med kvantitativ metod	37
6.2.6 Triangulering	38
6.2.7 Population	38

6.2.8 Respondenter	38
<b>6.3 Etik</b>	<b>39</b>
6.3.1 Etiska problem kopplat till meningskoncentrering och tematisering	40
6.3.2 Etiska krav i enkätundersökningar	40
6.3.3 Etik och insamling av enkät	41
6.3.4 Övriga etiska åtgärder	41
<b>6.4 Reliabilitet och validitet</b>	<b>41</b>
<b>7. Resultat och analys</b>	<b>42</b>
Urvalsgruppens egenskaper	43
Frågeställningar som redovisas och analyseras	43
<b>7.1 Sjukhuskuratorernas uttryckta behov av ett tydliggörande av yrkesrollen</b>	<b>44</b>
7.1.1 Betydelsen av yrkesidentitetens tydlighet	46
7.1.2 Sammanfattning	48
<b>7.2 Sjukhuskuratorernas uppfattning om sin yrkesroll i förhållande till: 1. Organisationen 2. Det personliga engagemanget 3. Det akademiska spåret 4. Legitimationsfrågan</b>	<b>49</b>
<b>7.2.1 Organisation</b>	<b>49</b>
7.2.1.1 Trivsel och uppskattning	49
Känsla av uppskattning	49
7.2.1.2 Hierarki	50
7.2.1.3 Det lyssnas men får ingen effekt	52
7.2.1.4 Chefens betydelse	52
7.2.1.5 Utbildningsbakgrundens påverkan på yrkesrollens relevans	53
7.2.1.6 Sammanfattning	54
<b>7.2.2 Det personliga engagemanget</b>	<b>54</b>
7.2.2.1 Sammanfattning	56
<b>7.2.3 Det akademiska spåret</b>	<b>56</b>
7.2.3.1 Stöd till vidareutbildning	57
7.2.3.2 Fråga	58
7.2.3.3 Sammanfattning	60
<b>7.2.4 Legitimationsfrågan</b>	<b>60</b>
7.2.4.1 Den aktuella realiteten	61
7.2.4.2 Legitimationens värde	63
7.2.4.3 Rivaliserande revirtaganden - en kamp mot psykologerna?	63
7.2.4.4 Sammanfattning	64
<b>7.3 Förstärkande av yrkesidentiteten</b>	<b>64</b>
7.3.1 Sammanfattning	67
<b>8. Sammanfattande slutsatser</b>	<b>67</b>
8.1 Höll hypotesen?	68
<b>9. Slutdiskussion</b>	<b>68</b>
9.1 Upplyftande resultat och viktiga konstateranden	68
9.2 Tydligheten	68
9.3 Legitimationsfrågans möjliga stötestenar	69
9.4 Forskningsspårets skapande av status	69
9.5 Mätning av socialt och psykosocialt arbete	70
9.6 Det akademiska spåret	70
9.7 Tidigare forskning	71
9.8 Ur ett genusperspektiv	71
<b>10. Litteraturlista</b>	<b>72</b>
<b>11. Bilagor</b>	<b>75</b>

11.1 Djupintervjufrågor	75
11.2 Samtyckesformulär	78
11.3 Enkätfrågor	79

## Förord

I detta avsnitt kommer vi att presentera våra forskningsfrågors ursprung. Vi kommer att berätta hur vårt intresse för dessa frågor formades samt hur vår förståelse och vårt syfte fick sin grund.

Vi har både varit ytterst hängivna uppgiften och i det funnit en ro och tillit till varandras kompetens och initialt utvärderat denna för att kunna bestämma vem som gör vad bäst. Vi hade tidigt ett sådant samtal i syfte att bestämma metodens tillvägagångssätt. Vi har båda två skrivit i alla avsnitt men också givetvis debatterat och beslutat om uppsatsens alla delar, kapitel och avsnitt. Båda två har också korrekturläst, ofta tillsammans, allt för att kunna säkerställa att vi haft en genomgående språklig ton som känts följsam och läsvänlig. Om något specifikt skulle vara värt att nämna fördelningsmässigt så är det att Linus har stått för de mer hårdtagna teoretiska återknytningarna samt den skarpast kritiska ståndpunkten medan Thomas stått för det som man skulle kunna kalla teoriernas koppling till andra dylika perspektiv eller åskådningar, jämförelser och mer fritt svävande associationer men också till tankar och anekdoter gällande hur våra frågeställningar kunde kopplas till den egna under VFU-perioden upplevda yrkesrollen som sjukhuskurator. Pragmatik och ostrukturerat tankearbete i en ömsesidigt respektfull och välfungerande symbios.

Denna dynamik upplevde vi tillåtande och utvecklande både för hur vi såg på hur man använt sig av teorin tidigare men också för att återknyta till andra samband utanför vår frågeställningssfär. Vi har upplevt värdet av en kvantitativ undersökning när den i ett triangulärt perspektiv ständigt kan kopplas till de kvalitativa aspekterna av vår uppsats. För att tydliggöra; hur vi gått från djupintervjuer, till enkät och dess resultat för att sedan ytterligare och åter knyta dessa till uttalanden från våra respondenter under djupintervjuerna.

Tack till Britt-Marie Johansson för ditt värdefulla bidrag till denna uppsats som dessutom pågick över en längre tid och i flera steg.

Tack till Lovisa Gullmar för ett aldrig sinande och brinnande intresse för sjukhuskuratorns yrkesroll och för det stöd du gett oss i form av förmedlande av litteratur och artiklar men framför allt för din insats när det gällde att få ihop respondenter. Ett gigantiskt tack går givetvis också till våra djupintervjupersoner och alla de sjukhuskuratorer som visat stort intresse för vår uppsats genom att svara på vår omfattande enkät!

Daniel Uhnoo har varit ett stöttande bollplank i de kvantitativa analysernas gigantiska perspektiv. Daniel har fått oss att tänka på frågor som vi kunnat ställa till vårt material på sätt som vi själva antagligen till fullo inte riktigt kommit nära. Tack.

Kära opponenter, kära Adam Lindquist och Virve Laagus Jönsen, ert intresse för vår uppsats, er uppriktighet, er kompetens, era kommentarer och er oförvanskade välvilja har höjt denna uppsats kvalitet åtskilligt fler snäpp än vad vi utan er hjälp skulle ha mäktat med att åstadkomma. Tack.

Tack till familjemedlemmar och vänner för stöd i en tid då vi båda varit mer än lovligt distraa.

Vi har haft ett ovärderligt stöd från vår handledare Hanan El Malla som uppmuntrat och stöttat men också varit kritisk då det behövts. Hanan har erbjudit erfarenheten och skänkt behövd struktur och ordning blandat med uppvaknanden och nyskapande förståelse, men mycket mer än här nämnt skall tillskrivas och krediteras Hanan. Tusen tack!

*Thomas Englund och Linus Engberg*

# 1. Introduktion

## 1.1 Problemformulering

Att vara en del av teamet ses ofta som en väsentlighet inom omsorgsarbete. Inte sällan anses också tydlighet i både kommunikation och rollfördelning som viktiga beståndsdelar för att uppnå ett gott samarbete. Vad händer om man då kommer från olika utbildningsbakgrund och förförståelse, olika syn på, eller kunskap om hur man bäst ombesörjer någon? Vad sker i dynamiken mellan yrkesgrupper som skall samarbeta på arbetsplatser där det råder en väl synlig hierarkisk ordning? Hur blir det att verka i ett sammanhang där man som sjukhuskurator är den enda akademiskt utbildade och professionella yrkesutövaren som inte befattats med en legitimation? Blir man då i teamet en likvärdigt accepterad auktoritet?

Snart blev det självklart att det krävdes en tydlig avgränsning i uppsatsarbetet och de omfångsrika tankarna så strax var fokus tillbaka där frågeställningarna formats: i klagörandet av hur sjukhuskuratorns roll i en naturvetenskaplig kontext verkligen ser ut och upplevs av sjukhuskuratorerna och vad de själva anser att man kan göra för att tydliggöra deras yrkesroll ytterligare.

Alla dessa frågor är sådana som väcktes under den verksamhetsförlagda utbildning som en av uppsatsförfattarna undergick vid *Östra sjukhusets medicin och geriatrikmottagning* i Göteborg. I dessa funderingar föddes tankar om socionomens utbildning, dess mycket breda fokus, och om det redan under utbildningen möjligen nårs en otydlighet som inte tjänar en explicit yrkesidentitet. Funderingarna gick vidare till om detta försvårar arbetet med att befästa synen på sjukhuskuratorn som en tillförsäkrad auktoritet, något som kanske en legitimation kunde föranleda. Det tycks som om en legitimation är en central del av professioners dignitet. Speciellt om man ser till övrigt legitimerade yrkeskategoriers ställning i en sjukhusvärld som har en tydlig agenda, och där tydliga yrkesroller är en påtaglig del av ett effektivt arbete. Trots en medvetenhet om ett begränsat undersökningsområde, anser uppsatsförfattarna att intresset av dylika forskningsfrågor kan appliceras på andra områden och liknande arbetsgrupper. Tankar kring inkluderande och exkluderande i olika arbetsgrupper kommer ständigt att vara något som är vetbart och betydelsefullt för främjandet av arbete i organisationer. Detta gör undersökningen intressant ur flera perspektiv än det egna.

## 1.2 Koppling till socialt arbete

Sjukhuskuratorn är en socionom i en naturvetenskaplig värld. Sjukhuskuratorn utför sitt uppdrag i ett sammanhang och en kontext där övriga yrkeskategorier härstammar från en annan utbildningsbakgrund och förförståelse. Vad händer när det psykosociala och det naturvetenskapliga skall samsas i vård och omsorg? Hur kan båda tas tillvara och hur kan socialt arbete i hälso- och sjukvård integreras för patientens bästa?

Uppsatsens intentioner är att förtydliga det psykosociala arbetets relevans i den medicinska sjukhusvärlden.

## 2. Syfte och frågeställningar

I detta kapitel så kommer uppsatsens syfte och frågeställningar förklaras. Hypotesen som formade dem likaså.

### 2.1 Syfte

Att undersöka sjukhuskuratorns upplevelser av sin yrkesidentitet, yrkesroll och status i den naturvetenskapliga kontexten.

### 2.2 Frågeställningar

- Uttrycker sjukhuskuratorerna ett behov av att tydliggöra sin yrkesidentitet och yrkesroll på sjukhuset?
- Vad är sjukhuskuratorernas uppfattning om sin yrkesroll i förhållande till:
  - *Organisationen?*
  - *Det personliga engagemanget?*
  - *Det akademiska spåret?*
  - *Legitimationsfrågan?*
- Hur kan sjukhuskuratorns yrkesidentitet förstärkas?

### 2.3 Hypotes

Uppsatsarbetet föddes ur en hypotes där det antogs att - *en tydligt konkret yrkesroll samt yrkesidentitet främjar sjukhuskuratorns sociala arbete i en naturvetenskaplig kontext* -.

Hypotesen var formad ur en empiri där upplevelsen av en otydlig yrkesroll uppkom under den VFU-period som en av uppsatsförfattarna genomgick på Östra Sjukhusets medicin och geriatrik avdelning. Hypotesen var relevant vid uppsatsens start och har efter det inte aktivt fungerat som riktning eller guide.



### **3. Sjukhuskuratorn** *historia, befattning- och begreppsbeskrivning*

För att förstå sjukhuskuratorns utveckling genom mer än ett sekel kommer detta kapitel ge en kortare historisk orientering som syftar till att skapa förståelse för yrkesrollens uppkomst. Tanken är att ge en inblick i varför det psykosociala arbetets hemvist på sjukhus inte är lika uppenbar som för övriga yrkesroller som mer självklart befinner sig inom den naturvetenskapliga ramen.

En befattningsbeskrivning ges för förståelse av sjukhuskuratorns yrkesroll och relevans i en naturvetenskaplig kontext. En begreppsbeskrivning förtydligar de mest förekommande termerna som flitigt används i uppsatsen.

#### **3.1 Yrkesrollens födelse**

110 år har passerat sedan Richard Cabot bedömde att det fanns en koppling mellan sociala eller psykosociala faktorer och sjukdom i dåtidens USA och Boston.

Industrialismens påverkan på världen födde nya och allt större krav på samhället och den sociala vardagen att möta företeelser som sjukdom och fattigdom. Cabot, var läkare och fann att det ofta fanns en stark korrelation mellan svåra sociala situationer och olika sjukdomsförlopp. Tuberkulos, som gick hårt fram, hade starkt negativ påverkan på sjukhusets organisations resurser. Cabot förstod angelägenheten av en helhetssyn som tog hänsyn till andra aspekter än bara den rent diagnostiska bilden av patientens sjukdom. Troligen så var han också influerad av sin mors biståndsarbete och fick med sig liknande överblicksperspektiv som vi studenter på institutionen för socialt arbete lär oss att tillämpa. Svaret för Cabot blev att sjukhuset behövde socialt utbildade experter så han startade *The Social Corner*, en liten social avdelning på Massachusetts General Hospital.

I Englands London hade det psykosociala tänket redan haft sin tillblivelse och så tidigt som 1895 påstås en kuratorsverksamhet redan varit verksam. På Sir Charles Lock initiativ startades Charity Organisation Society vid ett sjukhus för fattiga och avlönade distriktssekreteraren i organisationen, Mary Stewart som kurator eller som det på den tiden kallades, Lady Almoners eller Fröken allmoseutdelare på svenska. 1903 startade vid samma sjukhus en social utbildning där "The almoners" skulle utreda patienters ekonomiska situation och sociala status för att effektivisera sjukhusets arbete.

I Boston på ovannämnda Massachusetts General Hospital anställdes det bara ett par år senare 1905 Garnet Pelton som *Social worker* och här utformades kuratorns arbete allt mer tydligt och innefattade även en tanke om att arbeta förebyggande. Ida Cannon, som var utbildad både som sjuksköterska och i socialt arbete, hade naturligt med sig de nödvändiga perspektiven för en helhetssyn på patienten, och socialt arbete i en sjukhuskontext befästes allt tydligare.

För att göra ytterligare en europeisk jämförelse så hade man i Tysklands Berlin under samma epok, 1913 närmare bestämt, en frivilligorganisation vid de somatiska sjukhusen där socialt arbete utfördes och 1920 anställdes "Fürsorgerinnen" eller vårdare som är den svenska översättningen. Uppgiften var att förmedla olika former av stöd som kunde vara till hjälp för patienten och dennes familj.

101 år har passerat sedan den första svenska sjukhuskuratorn Gertrud Rodhe fick sin anställning i Sverige 1914. Bakgrunden till hennes befattning inom psykiatri var att man hade funnit samma samband mellan de psykiskt sjukas diagnoser och bakomliggande sociala problematik som i exempelvis Boston. Sådan problematik gick med psykosociala professioner att rå på och på vis kunde man också hjälpa människor till tillfrisknande eller bättring. Det förekom också en koppling mellan läkarnas akuta behov av hjälp med överfulla vårdplatser och en kunskap om vad man kunde göra för att möjliggöra en hemgång. Rodhe beskrivs som en kvinna med lidelse för de svaga med ett motto för kuratorn som löd: "Att värna om den enskilde patientens rätt till värdiga livsbetingelser" och att man "Inom sjukvården hävdar respekten för patienten som människa". Med anledning av att denna uppsats rör sig i Sahlgrenska Universitetssjukhusets sfär, vill uppsatsförfattarna avslutningsvis göra en lokal sammankoppling, genom att nämna hur Matilda Pålsson med samma riktlinjer för det sociala arbetet för de sinnessjuka som Gertrud Rodhe implementerat påbörjade sitt arbete i Göteborg år 1923. (Olsson, S. 1999; Lundin, Benkel, Neergaard, Johansson, Öhrling, 2007; Lalos, Blom, Morén, Olsson, 2014).

### **Sammanfattningsvis**

Utvecklingen för sjukhuskuratorns organisatoriska tillhörighet har pågått i snart 94 år och inte heller präglats av en enkel och följsam progression. Snarare har den formats av ständig omorganisering, detta bland annat och ofta beroende på samhällslig tillväxt och evolution. Därtill också olika synsätt på förväntningar av yrkesrollen samt gången av att

*förankras* till att *integreras* i sjukvården. Yrkesgruppens naturliga sammanhang är fortfarande inte självklar för de oinvigda.

### **3.2 Befattningsbeskrivning**

Sjukhuskuratorn står för den psykosociala kompetensen i teamarbetet och omsorgsvården. Exempelvis sker detta ofta vid händelser som kan vara traumatiska och livsförändrande. Till detta arbete hör bland mycket annat:

- Att kunna möta människor där de är och att med ett professionellt förhållningssätt kunna empatisera, utan att bli för uppslukad av det som är tragiskt och svårt, är en kurators främsta uppgift för att kunna bistå i ett nödvändigt sorterande både av det inre psykologiska men ofta också i det yttre mer praktiska. Att stärka och peka på egna resurser hos patienten.
- Sjukhuskuratorns breda duglighet, där man också är den enda yrkeskategori som har en väsentlig juridisk kompetens, borgar för att säkerställa patientens rättigheter så långt som möjligt.
- Att informera om de stöd och vägar som finns att tillgå både innanför och utanför sjukhusets väggar och vård, både under och efter själva sjukhusvistelsen. Detta kan röra sig om kontakten med kommun, landsting, fond- och färdtjänstansökningar men också stöd i kontakten med hyresvärdar eller andra som inte är medvetna om varför patienten inte betalar sin hyra och räkningar.
- Att företräda patienten och vara länken mellan patient och en sjukhusapparat som inte sällan är en utomordentligt mäktig organisation att ta sig an, förstå och göra sig förstådd i, synnerligen om man dessutom är sjuk.
- Relativt övervägande handlar arbetet ofta om samtal som kan röra sig ifrån medlande i patientens familjerelationer till krisstöd och mer varaktigt lyssnande när patienter som befinner sig i långvariga eller kroniska sjukdomstillstånd behöver ett mer kontinuerligt stöd (Lundin et al., 2007; Lalos et al., 2014).

### 3.3 Begreppsförklaringar

- Sjukhuskuratorn: En socionomutbildad kurator som arbetar med socialt arbete på sjukhus
- Övriga yrkeskategorier: Sjuksköterskor, läkare, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister, audionomer, sjukhuskuratorer, sjukhuspräster, undersköterskor, psykologer
- Organisation: Arbetsplats, strukturell uppbyggnad, ramverk för utförande av arbetet. I denna uppsats mest förekommande som ett sjukhus inkluderat dess ledning och styre. Detta kan innebära att kopplingar till större perspektiv som politik nämns men skall i sådant fall förklaras tillbörligt
- Yrkesidentitet: Den subjektiva uppfattningen om sig själv i sitt yrke
- Yrkesroll: Arbetsgruppens och/eller organisationens/arbetsplatsens syn eller förväntan på den enskilde i sitt arbete

## 4. Teoretiska ansatser

I det här kapitlet kommer uppsatsförfattarna att förklara val av teorier och hur de förstås, hur de tolkas och appliceras. Arbetsgruppspsykologi ses som ett huvudperspektiv där sjukhuskuratorn ses i sitt sammanhang i arbetsgruppen, både i den egna kuratorsgruppen som i den större organisationens grupp där övriga yrkeskategorier också verkar. Det ger också en vidare anknytning till det större organisationssteoretiska perspektivet som här används som en förståelsesfär i ett större, mer övergripande sammanhang. Detta för att visa likheter i hur man ur närbesläktade perspektiv kan förklara företeelser som känsla av tillhörighet och samspel, men också kultur och maktstrukturers påverkan på arbetsgruppen, detta både ur positiva som negativa vinklingar (Aronsson, Hellgren, Isaksson, Johansson, Sverke & Torbiörn, 2012; Hwang & Nilsson, 2014; Lennéer Axelson & Thylefors, 2005; Mathiasson, 1994; Svedberg, 2012).

## 4.1 Arbetsgruppsykologi ett huvudperspektiv

Begreppet *primärgrupp* introducerades redan i början av 1900-talet och ringade in och benämnde då en samling människor kände samhörighet med varandra - Gruppsykologi. (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005). Utvecklingen för gruppsykologin leddes framåt av förgrundsgestalter som Lewin, Lippitt, Bradford, Gibb och Benne som alla var starkt bidragande till det kunskapande om grupper socialiserande som skedde i den experimentella socialpsykologin under 1940-, 50- och 60-talet. Parallellt utvecklades även en förståelse och kunskap om grupper inom den psykoanalytiska och humanistiska skolan där personer som Bion, Scheidlinger, Perls och Hefferline var bidragande.

Än idag finns inte någon allomfattande teori för grupper. Det som finns är istället modeller och teoretiska bidrag, som tillsammans bildar en nästan täckande bild av fenomenet (ibid.).

Det främsta bidraget till uppsatsförfattarnas förståelse av arbetsgruppsykologi är boken *Arbetsgruppens psykologi* (2005). Den förståelse av arbetsgruppsykologi som går att läsa i denna bok har sitt ursprung i gruppsykologin och många av dess förgrundsgestalter, detta enligt Barbro Lennéer Axelson som är en av bokens författare.

Uppsatsförfattarna har valt att använda arbetsgruppsykologi utifrån att människor skapar och upprätthåller roller och identiteter genom samspel eller ett bristande samspel med varandra. Om så vore sant bör arbetsgruppen, där sjukhuskuratorn utgör en del, studeras för att se hur alla bidrar till ett rådande arbetsklimat på sjukhusen. Uppsatsförfattarna kommer i detta teoriavsnitt föra fram vad de anser kan understödja ökad förståelse för sjukhuskuratorn. I teoriredovisningen ska termen *arbetsgrupp* betyda - grupp bestående utav människor med olika professioner - alltså inte bestående utav enbart sjukhuskuratorer.

### 4.1.1 Arbetsgruppen

Den direkta anledningen till att det bildas arbetsgrupper varierar men det som förenar alla arbetsgrupper är att de har ett behov att fylla, en efterfrågan (Aronsson et al., 2012; Hwang & Nilsson, 2014; Lennéer Axelson & Thylefors, 2005; Mathiasson, 1994; Svedberg, 2012). Alla arbetsgrupper fyller ett syfte, alla har ett eller flera mål, dock så skiljer sig målet åt beroende på vilken arbetsgrupp man koncentrerar sig på (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005). Fokus för detta teoriavsnitt är på arbetsgrupper som jobbar

i ett sammanhang som styrs av Hälso- och sjukvårdslagen där paragrafer bestämmer det övergripande ansvaret och målen som alla ska jobba efter. Målen som lagen anger är inte svårtolkade, i 2§ framgår att en god hälsa och vård på lika villkor är de stora och otvetydiga uppdragen för sjukhusen (SFS 1982:763). Det ska dock betonas att det ansvaret endast gäller de som jobbar med åtgärder för att *medicinskt* förebygga, utreda och behandla sjukdomar enligt 1§ i Hälso- och sjukvårdslagen. Sjukhuskuratorn omnämns alltså *inte* i den lag som ligger till grund för den vård som sker på sjukhus. Resultatet av detta är att en stor del av arbetsgruppen på sjukhuset jobbar mot och för mål som har lagrumstöd medan en annan del av arbetsgruppen, sjukhuskuratorerna, inte gör så och ger på det sättet en svagare legitimitet enligt uppsatsförfattarna.

#### 4.1.2 Tydliga roller och grupptillhörighet

Att alla i en grupp innehar en klar och tydlig roll underlättar samvaron och samarbetet. Man vet vilka de andra är och vad man kan förvänta sig av dem (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005; Mathiasson, 1994). Samma sak kan appliceras på arbetsgrupper där medlemmarna innehar yrkesroller, som i denna studie består av exempelvis läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och så vidare. De flesta av de yrkesroller som ovan räknats upp har en klar roll att spela på ett sjukhus, deras uppgift och uppdrag går ut på att svara upp till det ansvar som tillskrivits dem genom Hälso- och sjukvårdslagen.

Sjukhuskuratorn å sin sida ansvarar för att tillgodose patienters behov av psykosocialt stöd och hjälp. En fråga som möjligen kan ställas, är om sjukhuskuratorn kan vara en lika naturlig del av den större arbetsgruppen när deras arbetsuppgift inte omnämns i Hälso- och sjukvårdslagen? Vad är det som definierar en arbetsgrupp, eller ett team som är den mer använda etiketten i detta sammanhang? Enligt Lennéer Axelson och Thylefors (2005) finns 4 stycken sakförhållanden eller egenskaper som ramar in att det är en arbetsgrupp man talar om.

- För det första ska alla i arbetsgruppen dela samma övergripande mål
- För det andra ska alla i gruppen, mer eller mindre vara i en beroendeställning till den övriga gruppen för att nå detta övergripande mål
- För det tredje ska alla i arbetsgruppen ha en vetskap om de andra gruppmedlemmarnas existens

- För det fjärde ska alla i arbetsgruppen anse sig själv som en del i gruppen

Uppsatsförfattarna anser att punkt nummer 2 inte är applicerbar på den relation som sjukhuskuratorn har till sin arbetsgrupp, det ömsesidiga beroendet som skall finnas för att det ska kunna definieras som en arbetsgrupp mellan sjukhuskuratorn och övrig vårdpersonal saknas i linje med Lennéer Axelson och Thylefors (2005).

Målen som tillskrivs vårdpersonalen genom 1§ Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), att *medicinskt* förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador delas inte med sjukhuskuratorn. Övrig vårdpersonal är därmed inte i ett beroendeförhållande till sjukhuskuratorn för att nå målen.

Det ska tilläggas att uppsatsförfattarna anser att sjukhuskuratorn jobbar efter samma övergripande mål som övrig vårdpersonal, dock så särskiljer man sig genom att arbeta med den psykosociala kompetensen framför den medicinska.

Arbetsgruppen på sjukhuset verkar i ett sammanhang som skapats av de organisatoriska medicinska avgränsningar som gjorts, utifrån vilken somatisk vård det handlar om, dessa kallas avdelningar. En sådan indelning gör att arbetsgruppens storlek kan variera. Generellt för arbetsgrupper är att storleken har betydelse. Bli arbetsgruppen för stor riskeras den ömsesidighet som är viktigt för en fungerande arbetsgrupp att tunnna ut, (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005; Mathiasson, 1994). Ett resultat av att en arbetsgrupp blir för stor eller får för svag sammanhållning är bildandet utav subgrupper, detta är inget som per automatik är negativt, det kan även förekomma positiva effekter om än inte alltid (Aronsson et al., 2012; Lennéer Axelson & Thylefors, 2005). Till positiva skeenden räknas att subgrupperingar får likasinnade kollegor att samlas, dessa kan sedan i gruppen få det utbyte de behöver för att sedan i den stora gruppen kunna agera mer professionellt (Mathiasson, 1994). Grupperingarna kan och andra sidan konstruera en föreställning om ett "vi och dem", vilket riskerar att tillhörigheten och sammanhållning med den stora gruppen försvagas eller försvinner (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005).

#### **4.1.3 En bra och fungerande arbetsgrupp**

En bra, välfungerande och stark arbetsgrupp gynnar alla inblandade i deras arbete, vilket vidare också gynnar arbetsgivaren och arbetsplatsen (Mathiasson, 1994). Vad är det då som skapar samhörighet, tydlighet? Vad är det som skapar en bra grupp? Att alla

i gruppen har samma mål torde vara väsentligt, få arbetsgrupper fungerar väl om medlemmarna jobbar mot skilda mål (Hwang & Nilsson, 2014).

Förutom detta är också ett gott självförtroende en viktig faktor för en välfungerande grupp, både kollektivt och individuellt. Man bör vara stolt över sitt yrke och sin grupp. Detta har att göra med både hur varje gruppmedlem själv känner för sin yrkesidentitet men också vad gruppmedlemmen tror att andras inställning är mot densamma.

Kollektivt självförtroende i gruppen föreligger när gruppmedlemmarna är stolta över sin uppgift, sitt mål och de insatser gruppen åstadkommit. När alla i en arbetsgrupp innehar den kompetens som behövs för den gemensamma uppgiften och kombinerar detta med en yrkesstolthet och ett gott självförtroende, så kommer också en respekt och en acceptans för olikheter inom gruppen mer lättvindigt accepteras. (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005)

Ett gott självförtroende, individuellt och kollektivt, initierar också en bra och tydlig kommunikation (ibid.). Kommunikation är en viktig del av en bra och fungerande grupp då den möjliggör bra grundade beslut, problemlösning och informationsutbyte (ibid.). Dålig kommunikation skapar tvärtemot ofta negativt laddade subgrupper, där idéer och missnöje får möjlighet att växa (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005; Mathiasson, 1994).

#### **4.1.4 Småpratet**

Något som också kan tas i beaktning gällande kommunikation är vikten av *småpratet* i de informella grupper som exempelvis bildas på kafferasten eller i omklädningsrummet. Småpratet kollegor emellan skapar och stärker sociala band och bygger upp ett förtroendekapital som inverkar på den formella jobbrelationen. Om förtroendet är svagt så drar sig många för att be om hjälp eller för att slussa problemet vidare vilket gör att resultatet blir lidande (Ekman, 2003). I småpratet skapas informella ledare och grupper, det etablerar och upprätthåller föreställningar, det ger och tar makt från den formella chefen, det både inkluderar och stänger ute (ibid.). För att dessa informella grupper ska kunna bildas krävs att organisationen har tillhandahållit en lämplig arena för social samvaro, exempelvis ett lunchrum, där kollegor kan mötas, prata, bygga tillit, få förtroende i gemenskap (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005). Möts inte människorna bakom professionerna kommer, som ovan nämnt, inte något större förtroende byggas



upp och tilliten till andra, som behövs på en multiprofessionell arbetsplats, blir för svag (ibid).

Gunnar Ekman (2003) skriver att det i de informella mötena, där småpratet är en stor del, kan komma att tas många beslut. Speciellt om de som yttrar dem befinner sig högre upp i den sociala hierarkin. Dessa beslut, riktlinjer och rutiner följs sen inofficiellt. Småpratets vikt och den mer personliga relationen går alltså inte att underskatta om man ska ha någon reell chans att inkluderas och ha en påverkansmöjlighet på arbetsgruppen.

#### **4.1.5 Återkoppling**

Något som bör tas upp är vikten av återkoppling. Återkoppling om ens arbetsinsats och prestationer är viktigt utifrån att det skänker mening och en känsla av att vara sedd, både ur perspektivet att den anställde får beröm när det gått bra men även konstruktiv feedback när det gått mindre bra. På exempelvis sjukhus får de anställda mest positiv återkoppling från de som tagit del av tjänsten, alltså patienterna. Att få respons från chef och/eller ledning är lika viktigt som att få det från kunder eller patienter. Har en person ett arbete där resultatet utav dennes arbetsinsats är tydligt så är det generellt lättare för dennes chef att ge feedback än om resultatet är svårt att mäta. (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005)

#### **4.1.6 Förändring**

Om en förändring krävs, var bör den i sådant fall starta för att få störst chans att lyckas? Enligt Kristina Håkansson's studie *Förändringsstrategier i arbetslivet* (1995) är det få förändringar som skapas genom påtryckningar utifrån eller underifrån. Det är istället ovanifrån, ledningar och högre chefer som har störst möjlighet att driva igenom både mindre och större förändringar. Gäller detta också sjukhusen, så är det sjukhusledningen och styrande politiker som sitter med makten att förändra.

Ett hinder som är värt att nämna och som ibland måste övervinnas är om arbetsgruppen inte är mottaglig för förändring, en grupp som sätter upp försvar mot externa och interna hot mot invanda rutiner och vanor. I sådana grupper förekommer retorik som lägger skuld och inkompetens på de som vill förändra, såsom chefer, nya medlemmar och opinion. Roten till detta är många gånger att den trygghet som till en början gjorde gruppen stark nu har skapat en rädsla för att en förändring av ett sedan gammalt, fungerande sätt kommer att bort tryggheten (Mathiasson, 1994).

## 4.2 Organisationsteori ett kompletterande metaperspektiv

Organisationsteorin används i uppsatsen som ett komplement till Arbetsgruppsykologin i ett försök att få ett större grepp om och förståelse för, den stora organisation som sjukhuset är. Arbetsgruppen är det sammanhang som ligger sjukhuskuratorn närmast, men arbetsgruppen är inte isolerad utan befinner sig i en ständig växelverkan med det större sammanhanget, organisationen och organisationskulturen. I detta teoriavsnitt kommer organisationsteori med betoningen på organisationskultur läggas fram och knyts till fokusområdet i ett försök att öka förståelsen för sjukhuskuratorns kontext och sammanhang i ett metaperspektiv.

Organisationsteori är som Arbetsgruppsykologi tämligen färskt som forskningsfält. Organisationsteorins avsikter är att vara allmängiltig, för alla sorters organisationer. Teorin föddes i början av förra seklet som ett svar på problem och behov inom industrin men även i samhället i stort (Bakka, Fivelsdal & Lindkvist, 2006).

Inom organisationsteorin finns fyra stora skolor:

*Scientific Management* med F.W Taylor som förgrundsfigur, ser organisationen som en apparat vars uppgift är att producera på ett så effektivt sätt som möjligt. Stark kontroll och genomgripande planering är verktyg för att maximera organisationen.

*Human Relations*, med Elton Mayo som dess företrädare uppkom som en motpol till *Scientific Management*, här ses människors behov av tillhörighet och bekräftelse som det som är viktigt i organisationen. Detta fick organisationer att börja titta på och följa upp sådant som rekrytering, välmående och utveckling av personal.

Enligt *Administrationsteorin* som startades av Henri Fayol skall rationella beslut nås i organisationen genom att man, genom administrativa funktioner, samlar in nödvändig information och sedan strukturerar dessa så de kan agera som bra beslutsunderlag. Optimala beslut ses enbart som något som kan uppnås på ett teoretiskt plan.

Den *sociologiska byråkratiteorin* är rationell till sin natur. Max Weber som är en av förgrundsgestalterna såg på organisationen som ett maktinstrument där organisationen är en maskin. Denna idé har kommit och spela en stor roll i utformandet av modern byråkrati (ibid.).

### 4.2.1 Organisationskultur

En definition av organisationskultur

*"Ett mönster av grundläggande antaganden - skapat, upptäckt eller utvecklat av en given grupp, efterhand som den lär sig bemästra sina problem med extern anpassning och intern integration - som har fungerat tillräckligt bra för att betraktats som riktigt och för att kunna läras ut till nya medlemmar som det rätta sättet att uppfatta, tänka och känna på i förhållande till föreliggande problem". (Schein, 1985, se Lindkvist, Bakka & Fivelsdal, 2014, s.128)*

En organisationskultur kan ses som något rådande, en uppfattning, sanning eller praxis. Det som inleddes som en idé har sedan efter hand det fungerat satt sig att utgöra en grund för beslutsfattande, förhållningsätt och praxis, precis som citatet ovan deklarerar. Organisationskultur kan skapa solidaritet och gemenskap, man ska klä sig, tänka och tycka på samma sätt. Organisationskulturen kan få alla anställda att gå åt samma håll, men också åt olika håll (Flaa, Hofoss, Holmer-Hoven, Medhus & Rønning, 1998).

Kulturen i en organisation tjänar två syften:

- För det första ett externt syfte, den anpassar organisationen till och efter omvärlden
- För det andra ett internt syfte, bland annat i en integration av nya medlemmar. (ibid.)

Det externa syftet ska skapa en gemensam förståelse för vilka mål alla ska jobba mot. Exempelvis skulle detta kunna vara att erbjuda *en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen* (SFS 1982:763). I organisationskulturen ska det också vara klart vilken strategi som är lämplig för att nå målet, och vidare också en överenskommelse om vilka medel som ska tas till och hur. Det ska också finnas en överenskommelse om hur utvärdering och förbättring ska ske så att organisationen kan korrigera sig om något går mindre bra. Det interna syftet med organisationskultur är att sätta ramarna för ett medlemskap. Vad som förväntas av medlemmarna, hur man ska tänka runt exempelvis regler, gemensamt språk, gemenskap och hierarki (Lindkvist et al., 2014; Flaa et al., 1998) I detta ligger en dimension av makt, där ledarna är de som sätter upp ramar och regler för alla i organisationen verkande och därigenom till viss del också styr kulturen.

Alla som ingår i organisationen ingår i det system där ett fåtal personer med makt bestämmer systemets lagar, till exempel vilka som är medlemmar, hur man blir medlem, hur man sparkas från att vara medlem etc. (Börjesson & Rehn, 2009). De med makt i organisationen ser, direkt eller indirekt, till att nya medlemmar socialiseras så att de följer de kulturellt uppsatta normerna. Det ska dock sägas att socialisationen inte alltid lyckas till fullo, majoriteten accepterar den nya kulturen och dess normer medan ett fåtal har motsättningar. Som ny i en organisation har man ofta inget annat val än att acceptera de uppsatta premisserna för ett medlemskap och införliva sig själv i den rådande organisationskulturen (Aronsson et al., 2012; Flaa et al., 1998). Allt i en organisation är inte tydligt, det hela kan liknas med ett isberg där större delen ligger osynlig (läs: informell) under ytan. De synliga formella aspekterna och toppen av isberget består av exempelvis mål, ekonomi och bestämda rutiner, medan den största biten av isberget består utav en informell sida av organisationen, såsom känslor, gruppnormer och attityder. (Lindkvist et al., 2014; Lennéer Axelson & Thylefors, 2005). Metaforen med isberget gör det gällande att mycket av organisationskulturen är informell och många gånger inte synlig och eller öppen för direkt påverkan av chefer eller personer i maktställning. Istället kan det vara arbetsgruppen som konstruerar den rådande kulturen, genom att man sätter upp normer, attityder och förhållanden (Lindkvist et al., 2014).

#### **4.2.2 Förändring av kulturen**

Organisationskulturen är inget som inom organisationen är snabbt och ombytligt. Tvärtom kan en kultur sitta djupt och ofta också bestå av flera lager, där vissa är tydliga medan andra, såsom vanor, har lagt sig i det undermedvetna (Lindkvist et al., 2014). Om en organisation byter ledare/ledning så kan en ny sådan komma in med nya perspektiv som efterhand får gehör neråt i leden. Ett annat sätt på vilken en kan förändring ske är om en kris uppkommer eller om något går väldigt fel eller dåligt, då kan den rådande kulturen hamna fokus och förändras (Flaa et al., 1998).

Lindkvist et al. (2014) lyfter begreppet *kulturrevolution*, där nya tankar och idéer går i kliché med gamla föreställningar och normer. En kulturell revolution, i betydelsen att nytt påverkar eller förändrar gammalt. Det har stora likheter med systemteorins balans av *feedback* och *input* (Öquist, 2003).

Att avsiktligt byta eller förändra en kultur kan vara en långsam process. Har

dessutom en organisation en kultur uppbyggd runt exempelvis en gruppgemenskap, idé eller rådande informell praxis som blivit så stark att det råder ett uttalat eller outtalat förbund emot att ifrågasätta den, kan processen bli än mer problematisk. (Lindkvist et al., 2014; Flaa et al., 1998).

### 4.2.3 Subgrupper

Det finns ett flertal anledningar till att subgrupper eller subkulturer bildas. En kan vara att organisationen växer sig så pass stor att det kan bildas grupper runt specialiseringar, såsom läkare och sjukhuskuratorer. Subgrupperingar blir starkare om de använder olika språk, har olika världsförståelser och olika perspektiv än andra grupper inom organisationen. (Flaa et al., 1998) En annan anledning till att subgrupper bildas är förekomsten av förlegade mentaliteter, rutiner och tankesätt som vissa i organisationen anser bör bytas ut. Bristen på förnyelse skapar opposition mot det rådande sättet att styra. (ibid.) Även här syns koppling till systemteorin och diskussionen om *slutna kretslopp* och bristen på *input*, i systemteorin (Öquist, 2003).

### 4.3 Makt *ständigt närvarande*

Uppsatsens förståelse av makt är baserad på hur Michel Foucault ansåg att makten var något ständigt närvarande (Börjesson & Rehn, 2009). Makt skapas i alla sociala relationer och eller förhållanden såsom i det mellan en individ och dess arbetsplats eller organisation. I alla relationer råder maktförhållanden som styr och skapar förhållningssätt (Payne, 2002). Här är också en förståelse för Foucaults tankar om diskurs relevant för att förstå hur det kan vara att vara utanför den eller ses som utomstående eller till och med skapande av en egen diskurs i den egna subgruppen.(Börjesson & Rehn, 2009). Makt är precis som i övriga världen alltså också i denna uppsats ständigt närvarande. Istället för att göra hårdragna hänvisningar till litteraturen om makt, annat än där de behövs förstås, så används maktbegreppen här i form av ord såsom, hierarki, organisationskultur som kan förstås som diskurs och också organisation.

Det kommer alltså inte att ständigt göras återkopplingar till makt och dess litteratur annat än på de sätt som det presenteras i bland annat ovan exemplifierade ord. Men, det är viktigt att det råder en medvetenhet om dess konstanta närvaro då maktens utspel

figurerar överallt och hela tiden, (Payne, 2002) inte minst i de perspektiv och belysningar som åsyftas här, och därför presenteras det ändå som en veritabel teori i detta teorikapitel.

Makt innebär komprimerat att någon eller något är i beroendeställning till någon eller något. Makten byggs upp eller uppstår i ett intresse att skapa eller åstadkomma något. I en organisation fungerar detta både positivt och negativt beroende på hur väl arbetsgruppen eller organisationen fungerar. För att övervinna motstånd eller friktion används makt som maktbruk. (Börjesson & Rehn, 2009).

Makt fungerar, precis som organisationskulturen ofta dold, speciellt om man inte är invigd, äger kunskap eller tillåts förstå en situation till fullo. Ofta utnyttjas makten till fördel för den som vet mest om rådande sakförhållande. Makt är som inledningsvis nämndes överallt och hela tiden. I personliga och mindre, individuella plan likväl som i världsomvälvande och stora globala förändringar. Makt är beroende av beroenden, relationer, människor och blir ofta mest synlig i oenighet eller missförhållanden där det råder obalans men även i belönande såsom återkoppling (Hwang & Nilsson, 2014)

Ett för uppsatsförfattarna väsentligt maktområde är naturligt det mellan organisationen och den enskilde som däri verkar. Där finns otaliga versioner av makt som här kan fungera som handlingsfrihet eller bristande handlingsutrymme.

## **5. Tidigare forskning**

Detta kapitel ämnar introducera en sammanfattande del av den forskning och artiklar som funnits relevanta i förhållande till uppsatsen. Också hur vi gått tillväga för att tolka dessa. De knyts genomgående till frågeställningarna och syftet. Kapitlet avslutas med en sammanfattning.

### **5.1 Tolkning av litteratur och forskning**

Vid varje tolkning av forskning och litteratur så har uppsatsförfattarna tagit sig an olika texter. Den person som inte tolkat har efteråt läst den andres text och återberättat hur den uppfattats av honom. Uppsatsförfattarna har efter det diskuterat ordval och betydelser eller ibland skrotat något som inte varit relevant kopplat till

frågeställningarna, eller där uppsatsförfattarna varit oense om hur en text skulle tolkas. Dessa tillfällen var få men förekom likväl och förtjänar därför en förklaring.

## 5.2 Det aktuella forskningsläget

De senaste åren och inte minst på Göteborgs Universitet så har det förekommit ett antal uppsatser som berör sjukhuskuratorn, det tyder på att yrket även av andra uppfattats som något som bör vara värt att undersökas. Den största delen av forskningen berörde inte det denna studie avsett att undersöka, alltså sjukhusuratorernas egen uppfattning och upplevelse av sin yrkesidentitet och yrkesroll samt status. Snarare var de studier som gjorts med detta som utgångspunkt på en C-uppsatsnivå varför uppsatsförfattarna valt att välja bort dem.

I Manuela Sjöströms avhandling *To blend in or stand out* (2013) analyseras hur den svenska och tyska kuratorskåren ser på sin tillhörighet inom de olika ländernas organisation. Hur de tyska sjukhusuratorernas företrädare faktiskt accepterar sin avgränsade ställning och *vill* se sig som en avgränsad yrkeskår. Hur man vill "stå ut" och inte ses som en assimilerad del av sjukhusets organisation. Detta för att försvara sin yrkesroll som socialarbetare. Sjöström (2013) menar att den svenska kuratorskåren har en större tendens att integreras i sjukhusvårdens organisation och att man på sådant sätt riskerar försvaga sin förankring som social arbetare, detta som ett led i sin vilja att smälta in. Man tenderar att ta sig an medicinska uttryck och gebit och blir enligt Sjöström (2013) integrerad in i den medicinska världens kontext. Som uppsatsförfattarna tolkar Sjöström (2013) så är detta något oroväckande då man i kontrast till de tyska kollegorna som betonar och markerar sin tillhörighet riskerar tappa sin professionella identitet. Uppsatsförfattarna anser detta ge en koppling till sjukhusuratorernas syn på sig själva och deras vilja till att vara mer eller mindre del av sjukhusapparaten vilket konkret härrör till yrkesrollens tydlighet.

Beder menar i sin artikel *Evaluation Research on the Effectiveness of Social Work Intervention on Dialysis Patients* i *Social Work and Healthcare* (2008) att de konstant rådande nedskärningarna inom sjukvården i USA drabbar det psykosociala fältet på grund av dess hierarkiska status i en kontext där den naturvetenskapliga vården är väsentligt överordnad och att man i tider av besparing bortprioriteras. I Sverige kan vi härröra detta till samma typ av besparingskrav och koppla till det som Hans Karlsson skriver i en artikel i *Socionomen* (2015) att det i dag är aktuellt med psykologer i

primärvården som tar över kuratorns roll, för att det i riktlinjerna för de olika verksamheterna står att det måste finnas en psykolog medan kuratorn inte nämns. Detta tyder inte bara på en brist i förståelse för kuratorns yrkesroll utan även en otillräcklighet i kunskapen om vad som täcks av en psykologs arbetsuppgifter, där juridik och praktiskt psykosocialt arbete sällan innefattas. Uppsatsförfattarna tolkar att plötsligt blir sjukhuskuratorn tvungen att rättfärdiga sin yrkesrolls existens, eller till och med slåss för dess relevans. Kopplingen till frågeställningarna blir att detta rimligt anses vara bidragande till en osäker yrkesidentitet där yrkesrollen kan ifrågasättas. Det skapar otrygghet vilket i sin tur också ger en otydlighet i förhållanden som status och relevans. Detta kan vidare leda till en artikel där Gibbons & Plath i *Single Contacts with Hospital Social Workers: The Clients Experiences* (2009) menar att trygghet i yrkesrollen påverkar patientarbetet. Inte helt ryckt ur luften så är självförtroendet väl så påverkande av allt från identitet till professionellt förhållningssätt. (Lennéer Axelsson & Thylefors, 2005) Å andra sidan, beskriver Olsson (1999) i sin doktorsavhandling *Kuratorn förr och nu. Sjukhuskuratorernas arbete i ett historiskt perspektiv* att sjukhuskuratorns utveckling gått från att i huvudsak handha praktiska psykosociala uppgifter till ett mer utpräglat och samtalsfokuserat arbete. Det skulle man kunna tolka som att det faktiskt är kuratorn som något kliver in på psykologens revir. Detta kan härledas till att avgränsningarnas otydlighet borgar för den typ av friktion som gränsöverskridandet innebär och återfinns i frågeställningarna i form av frågan om behovet av de olika yrkesrollernas förtydligande. En osäkerhet i yrkesrollen kan också bli aktuell om samma typ av arbetsuppgift utförs av olika professioner, eller om man tangerar och kliver in i varandras områden för frekvent. Detta förklarar Davidson då han i sin artikel *Role Blurring and the Hospital Social Worker's Search for a Clear Domain* (1990) hävdar att kuratorerna strävar efter ett ökat inflytande och betydelse. Den processen kan föda en osäkerhet till yrkesrollens eller yrkesidentitetens territorier och revir om man i sin yrkesidentitet är ostadig. Samma typ av tankar delar också Lennéer Axelsson & Thylefors (2005) i sin diskussion om yrkesrollens tydlighet. Enligt Davidson (1990) kan en effekt bli att yrkets omfattningsområde snarare minskar än ökar, detta för att man istället tar försiktigt avstånd från de områden man är osäker att man har rätt till. Däremot kan det också fungera tvärtom och att man alltså tar mer plats än vad yrkesrollen är ämnad för. Uppsatsförfattarna menar att ett nära arbete ihop med övrig vårdpersonal är viktigt av många anledningar för kuratorn, men när det uppstår tveksamheter i var gränserna går, och vem som skall utföra vilken uppgift, kan alla



professioner uppleva sig hotade i sin yrkesroll. Som ett ytterligare steg i detta menar Davidson (1990) att kuratorerna har ensam tillgång till den psykosociala kunskapsbanken. De har utvecklat patientvården till att inbegripa mer än det medicinska genom att arbeta för en psykosocial acceptans som en, om än inte likvärdig, men starkt bidragande del av tillfrisknande.

### **5.3 Sammanfattning**

Samtlig använd forskning, de vetenskapliga artiklar och den litteratur som vi har tagit upp under kapitlet tidigare forskning berör sjukhuskurators yrkesrolls otydlighet. Forskningen berör detta ur olika perspektiv men där det mest frekvent kan utläsas att otydligheten föder osäkerhet som också missgynnar självkänslan som i sin tur kan skapa en osäkerhet i yrkesidentiteten. Osäkerhet i tillhörighet och att befinna sig som en minoritet i en kontext där andra yrkeskategorier är överordnade på grund av annan vetenskaplig grund, ger ett otydligt handlingsutrymme. Andra yrkeskategoriers inträde på det område där man subjektivt möjligen har en klar bild av sin sjukhuskuratorsroll men där andra inte är lika övertygade om yrkets dignitet, eller ens relevans, bidrar till friktion och ytterligare osäkerhet.

En uppmaning till läsarna från uppsatsförfattarna, för att ytterligare förstå uppsatsens intention och tolkning av forskning, är att jämföra de andra inom sjukhuset verkande yrkeskategorierna och om det gällande exempelvis läkare eller sjuksköterskor råder tankar om dessa yrkesrollers tydlighet.

## 6. Metod

I metodkapitlet är ambitionen att uppsatsens metod så transparent och lättförståeligt som möjligt presenteras. Vi kommer inledningsvis att presentera vårt urval för att senare göra en uppdelning av den kvalitativa och den kvantitativa metodens tillvägagångssätt, steg för steg. Från expertintervju till djupintervjuer och vidare till meningskoncentrering och tematisering i förberedande av enkätkonstruktion för att slutligen hamna i insamling av enkäterna samt införande av data i SPSS.

### Urval, reliabilitet och validitet

Uppsatsförfattarna inser att undersökningen endast ämnar representera ett fåtal utvalda personer, de som faktiskt vill svara. Detta ger bekvämlighetsaspekten i urvalet, att man alltså tagit det man fått, ett ansikte. Samtidigt förstås att det inte gärna kunde gå till på något annat sätt med tanke på att uppsatsförfattarna befinner sig i respondenternas makt och deras vilja att delta eller inte. Däremot blir det höga deltagandet hos respondenterna mycket signifikant. Frågan om validitet och reliabilitet bör dock som alltid ifrågasättas (Bryman, 2011). Självklart hade det varit önskvärt med en intervjuform som bara avsåg att undersöka upplevelsen av en arbetssituation i stort, och det var syftet, men frågornas utformning var också präglade av intresse för det som önskades undersökas. Detta skall ses som en brist även om medvetenheten om just den rådande situationen var konstant närvarande. Ett återskapande av strukturen för undersökningen är möjlig, till och med trolig, men olika påverkansfaktorer såsom tid och inte minst en skiftande verklighet, samt de unika individuella egenskaperna hos respondenterna, är något som alltid kommer utöva påverkan på variabler och data.

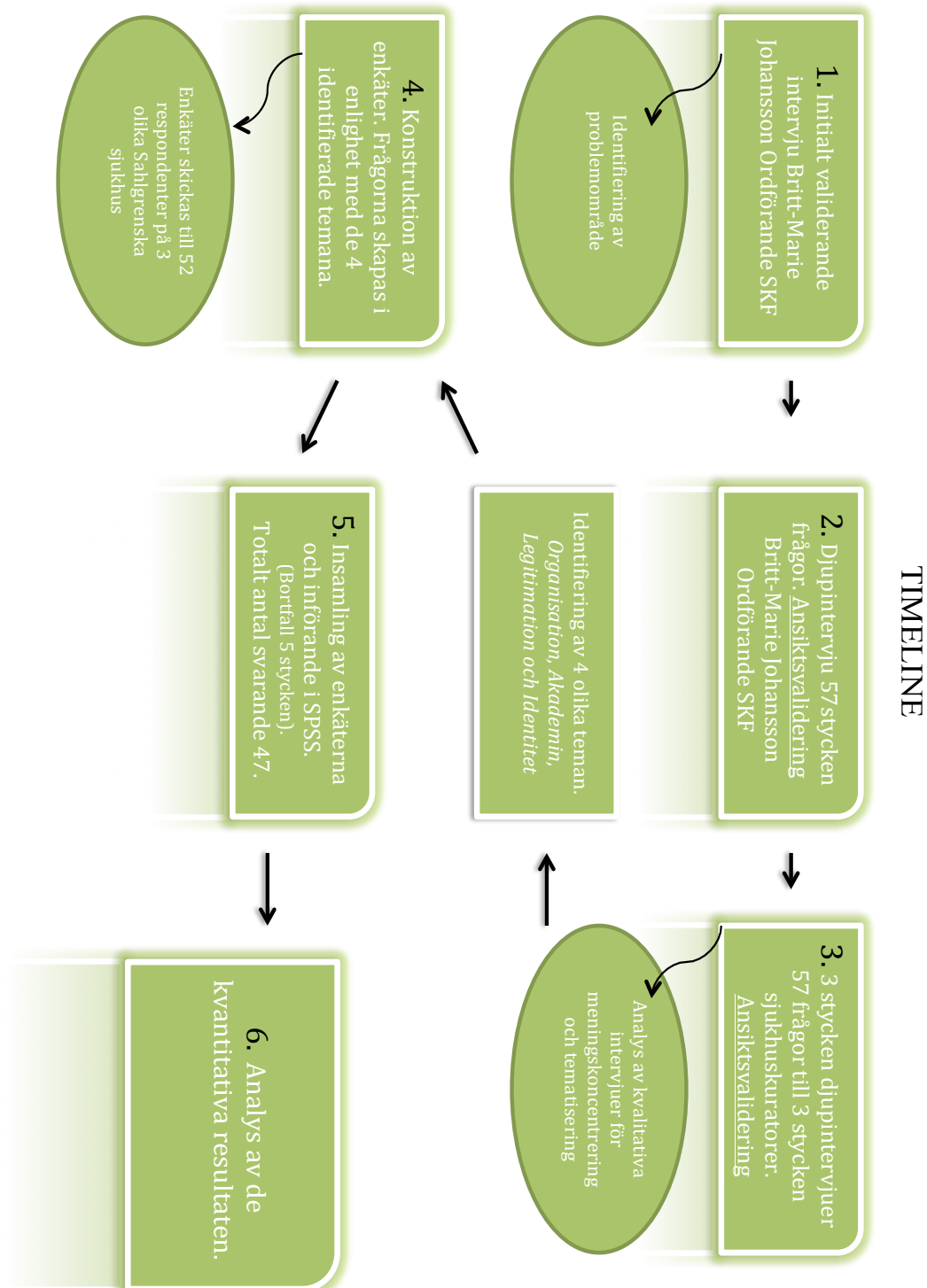
Validiteten är något som gagnas av metodens struktur, urval och transparensen av allt nämnt (Kvale & Brinkmann, 2014).

Uppsatsförfattarnas ambition att hitta svar på frågeställningarna har varit beständig och även om ordvalen vänts och vridits på - i nästintill absurdum - så har vårt syfte bestått (Bryman, 2011). Metoden får liknas med att vi kom från en induktiv, empirinära förförståelse i teori och tanke, detta skiftades till något som blev mer cirkulärt i sin funktion och mer liknar den abduktiva förståelsen där vi växelvis blandat teori och empiri med ny förståelse och nya fakta (Kvale & Brinkmann, 2014).

## 6.1 Kvalitativ metod

Uppsatsförfattarnas strävan var att läsaren genomgående skulle finna de relevanta kopplingarna mellan frågeställningarna och utformandet av metoden, också i en kronologisk och löpande ordning. Först sker ett sådant förtydligande i form av en bild av en tidslinje som väsentligen förklarar arbetets olika steg.

### Tidslinje



### 6.1.1 Identifiering av problemområde

Redan under januari månad 2015 såddes frön till uppsatsens frågeställningar. Innan den då pågående verksamhetsförlagda utbildningen avslutats fick uppsatsförfattarna tillfället att undersöka om det fanns något värde i det som ämnades utforskas via en intresseintervju med ordföranden för Svensk Kuratorsförening Britt-Marie Johansson. Detta benämns som själva identifieringen av möjliga problemområden. Fanns det eventuellt något här som var värt att undersöka och kunde det genom en sådan intervju ge validitet till en uppsats (Kvale & Brinkmann, 2014).

Då Britt-Marie dessutom är en av författarna till boken *Kurator inom Hälso- och sjukvård* (Lundin et al., 2007) så blev detta en verkligt ovärderlig källa till äkta information som ger tyngd avseende validitet. En träff med Britt-Marie stämde för att initialt undersöka hur och om ganska enkla frågeställningar om en otydlig yrkesroll och en löst förankrad yrkesidentitet i en naturvetenskaplig kontext var något som var värt att undersöka. En relativt fritt formulerad intervjumall hade konstruerats vilken i detta första möte mer formade ett samtal där möjlighet gavs att fylla på vårt förråd av kunskap inför sjukhuskurators roll och ställning i sjukhusvärlden men också ställde nya frågor på sin kant. Frågor om den olika utbildningsgrunden för de olika yrkesverksamma dryftades och började nu bilda tydligare frågeställningar.

Den nya informationen togs emot och gavs tid till att forma mer precisa funderingar, som senare skulle lägga grunden till en god start och ett motiverat och mer begränsat undersökningsområde.

Det verkliga arbetet inleddes för uppsatsförfattarna genom att var för sig, men också tillsammans, fundera över de frågor som uppkommit under den kvarvarande VFU-terminen. Utifrån dessa funderingar föddes således ett preliminärt syfte med tillhörande frågeställningar, som inte var särskilt långt ifrån de ursprungligen utformade, men med avsevärd skillnad gällande just sin förankring i verkligheten, något som Britt-Marie Johansson skänkt.

Det första mötet med handledare Hanan El Malla, var ett givande sådant där försök till att renodla och konkretisera frågeställningarna gjordes. Det bollades och skrevs på *whiteboard* för att strukturera och konkretisera det kommande arbetets tillvägagångssätt och efter en datumbestämd och schemalagd struktur så kunde arbetet påbörjas.

### 6.1.2 Informationssökning

För att finna relevant litteratur och forskning så har Göteborgs Universitets olika databaser och sökfunktioner använts. De söktjänster som vi främst använt oss av är SuperSök på Göteborgs Universitetsbibliotek, Google Scholar och GUNDA. Sökningen har skett på svenska ord som *yrkesidentitet*, *oklar yrkesroll*, *arbetsgrupper* och *profession*. Strävan har varit att finna internationell litteratur med sökord som exempelvis *hospital social worker*, *social work in health care*, *profession* och *almoner*. Med de sökresultaten har vi sedan gått vidare och undersökt vad för litteratur som dessa författare har använt sig av. Det kunde gå till så att om en bok inte riktigt kunde hjälpa oss men ändå berörde ämnet, då kontrollerades bokens referenslista för att se vad för litteratur boken använde. I sökningarna efter litteratur och tidigare forskning har bibliotekarier på bibliotek som Humanistiska biblioteket, Samhällsvetenskapliga biblioteket, Biomedicinska biblioteket med flera varit mycket behjälpliga med sin kunskap.

### 6.1.3 Skapande av djupintervjuformulär

Inför djupintervjuerna, som skulle ge underlag till den planerade enkäten, och för att opåverkade av varandra kunna skriva så många och unika frågor som möjligt, valde uppsatsförfattarna att först fundera på frågor var för sig och sedermera forma dessa tillsammans. Efter en relativt kort men intensivt kreativ period sattes ett möte för att se hur många frågor som skulle kvalificera sig för djupintervjun. Frågorna stöttes och blöttes, och många av dem genomgick en förändring, både större och mindre. Många liknade varandra och behövde sållas, renodlas och omformuleras. Inte minst tillbringades mycket tid till att finna rätt ord som inte kunde missförstås eller som kunde förstås på andra sätt än det avsedda.

För att få ett bra och gediget underlag ansågs det behövas mellan 50 och 100 frågor gällande det som skulle kunna ge perspektiv till frågeställningarna, samt självklart en korrekt återgivning och en berikande insikt av sjukhusuratorernas vardag. Det diskuterades hur att vara trogna syftet var mycket viktigt (Bryman 2011; Watt Boolsen, 2007). Detta fick som effekt att redan i djupintervjuernas skapande så strävades det efter en begynnelse till åsyftning av de uppkomna frågeställningarna.

Tillsammans med handledare Hanan diskuterades transparensens betydelse (Bryman 2011) för uppsatsen och därför skickades även frågorna till henne för genomläsning och

feedback. Efter någon dag kom de tillbaka med kommentarer och tankar och återigen gick de igenom under lupp. Slutligen bokades det sedan in ett möte med handledare Hanan för att noga granska de frågor som möjligen fortfarande var tveksamma eller otydliga. Vid detta tillfälle bestämdes att det var dags att gå vidare till nästa steg av arbetet.

#### **6.1.4 Test av djupintervju/ansiktsvalidering**

Britt-Marie Johansson (Ordförande i Svensk Kuratorsförening) erbjöd möjligheten att få testa djupintervjun med henne. *Ansiktsvalidering* syftar till att, ansikte mot ansikte med en respondent, pröva om uppsatsförfattarnas frågor undersöker det de avsett göra, så att det inte uppstår alltför avvikande reaktioner eller oförstånd till frågorna. Enkelt uttryckt att kontrollera så att intervjun så långt som möjligt motsvarar det förväntade (Hersen, 2004). Den kvalitativa intervjumetoden är ett interpersonellt samspel där dynamik och oförutsägbarhet skulle kunna rucka på trovärdigheten om man på grund av oförväntade reaktioner hos sin respondent för mycket avviker från planen. Den intersubjektivitet som uppstår i mötet mellan det som sagts och det som uppfattas är också något man kan förbereda så gott som logiskt möjligt genom ett test av intervjun (Dalen, 2007) detta var syftet med förberedelserna.

I denna intervju skulle således frågorna möta verkligheten och den valda intervjumetodiken skulle kunna testas och värderas. Något som uppsatsförfattarna ger ytterligare tyngd till valideringen (Dalen, 2007; Kvale & Brinkmann, 2014). Uppfattningen var att ytterligare registrering av Britt-Maries erfarenhet från fältet endast kunde gynna uppsatsen. Det förelåg en medvetenhet om den enda nackdel som uppsatsförfattarna kunde finna vilken var att Britt-Marie i dag jobbar som kurator på en vårdcentral och alltså inte som sjukhuskurator som våra respondenter. Det som gjorde att beslutet togs för att ändå intervju Britt-Marie var att hon tidigare under många år arbetat som sjukhuskurator och därför besatt en betydelsefullt bred erfarenhetsbank av händelser och situationer. Dessutom var uppsatsförfattarna också ute efter hennes respons på de frågor som utformats utifrån hennes långa kunskap och engagemang för kuratorer i Svensk Kuratorsförening, där hon är i ständig kontakt med de som uppsatsens respondenter verkligen utgörs av.

Under intervjun så upptäcktes frågor som kunde tas bort eller som behövdes förändras. Några av orsakerna var irrelevanta svar på frågor som var för brett ställda, missförstånd, men också dubletter som nästintill var identiska till skillnad på något ord

eller en ordföljd. Detta gav värdet av, att trots den gedigna genomgången av frågorna i inledningsskedet så slank en och annan missformulering eller ett misstag igenom.

Efter intervjun samtalades det om resultatet, att mycket var intressant, men att det återigen var viktigt med en fokusering på syftet och att det inte svävade iväg i vidare svårigheter eller för vidsträckta och för frågeställningarna irrelevanta anekdoter.

Valet av att inte transkribera Britt-Maries intervju var att den fungerade som ett test av djupintervjun, detta för att återigen bedöma om frågorna fortfarande var relevanta och valida (Kvale & Brinkmann, 2014).

Vi sökte bekräftelse av om frågorna fungerade men också för att se hur tidsåtgången och känslan i mötet blev. Det lyssnades till intervjun för att flytta frågor som dynamiskt landat på sämre ställen och ett försök till att strukturera upp något som skulle bli så enkelt som möjligt att utföra och också för respondenterna att tillgodogöra sig (Dalen, 2007).

### **6.1.5 Djupintervjuer**

Det beslöts inför intervjuerna att enbart en och samma person skulle ställa frågorna för att säkerställa att samma betoningar och nyanser kom fram då frågan ställdes men även då det krävdes en respons så kändes det nödvändigt att den skedde på samma vis. (Bryman, 2011; Dalen, 2007)

Intervjuerna med de tre deltagande sjukhusuratorerna utfördes vid tre separata tillfällen under en kort tidsperiod på fyra dagar. Intervjuerna varade mellan 43 och 83 minuter och spelades in på tre separata medium.

Vi har använt oss av kvalitativa intervjuer med en planerad strukturerad intervjuform som mål. Detta fick revideras något då redan första intervjun ledde till vidare frågor och reaktioner som inte förutspåts. Däremot hade redan innan intervjun bestämts att den av oss som inte gjorde själva utfrågningen skulle notera och föra bok över eventuellt uppkomna följdfrågor så att utförandet av nästkommande intervju åtminstone kunde få samma reaktioner, och då följdfrågor vid ett eventuellt liknande scenario. I händelse av att respondenterna inte skulle förstå frågan så hade det i förväg skrivits ner de förklaringar som kunde ges så att alla fick samma klagörande.

Efter att en fråga hade ställts läts respondenten prata fritt utan styrning och det genererade också utfallet att intervjuerna skilde sig väsentligen i längd. Alltså blev semistrukturerade intervjuer också det faktiska tillvägagångssättet (Dalen, 2007).

Efter varje intervju satte sig uppsatsförfattarna separat för att transkribera varsin halva av intervjun, detta motiveras med att det har varit kort om tid för uppsatsens olika delar och att en viss tidssnålhet krävts för att få tid till allt som ska göras (Bryman, 2011). Dessutom ansågs risken av att tappa validitet här obefogad då vi transkriberat ordagrant. Dock så var detta uppe till diskussion och det funderades i banor om de enskilda uppfattningarna av intervjuens verbala del och genom tillgodogörandet av transkriberingen kunde få betydelse senare i analysen av frågorna om de då förståtts annorlunda av var och en. Detta diskuterades tämligen länge men ledde till att det bestämdes att vi skulle gå igenom varandras transkriberingar för att säkerställa så långt som var logiskt motiverat.

Kvalitativa intervjuer handlar om att presentera intervjupersonernas verklighet och det var det vi var där för att uppfatta och registrera (Dalen, 2007).

De små skiftningar som upplevdes under intervjuerna gav ingen negativ påverkan i utformandet av att enkäterna. Snarare skapade det ytterligare djup och förstående som sträckte sig bortom de ganska snäva frågorna. Detta föranledde att vissa svar på samma fråga kunde skilja sig kvantitativt flera hundra ord men också kvalitativt i form av intresse. Detta tolkades snart som olika sätt att verbalt uttrycka sig på men möjligen också som olika uppfattning av hur man förstod frågan eller hur relevant just den frågan var för respektive person.

Här blev värdet av 3 olika djupintervjuer stort. Även om inte allt kunde förutsägas och alla reaktioners respons kunde förutses så har heller inget behövt omskrivas betydligt, istället mer försiktigt omformulerats utan att också ha värderat eller lagt ord i mun på respondenten. Vi var förberedda på *vad* som kunde ske och vad det kunde få för reaktion från vår sida men inte *hur* det skulle utspela sig (Bryman, 2011).

En intervjusituation kan vara stressande och intervjupersonen kan känna sig trängd eller rädd för att ses okunnig. Detta var något som det rådde en medvetenhet kring ur de etiska perspektiven (Kvale & Brinkmann, 2014).

### **6.1.6 Meningskoncentrering och tematisering genom färgläggning**

När alla transkriberingarna var gjorda så var det dags för en meningskoncentrering och senare tematisering av detsamma. Meningskoncentreringen (Kvale & Brinkmann, 2014) gick till så att texterna gick igenom av båda uppsatsförfattarna och sedan så undersöktes om det hade formats liknande tankar kring vad som sades i intervjuerna.



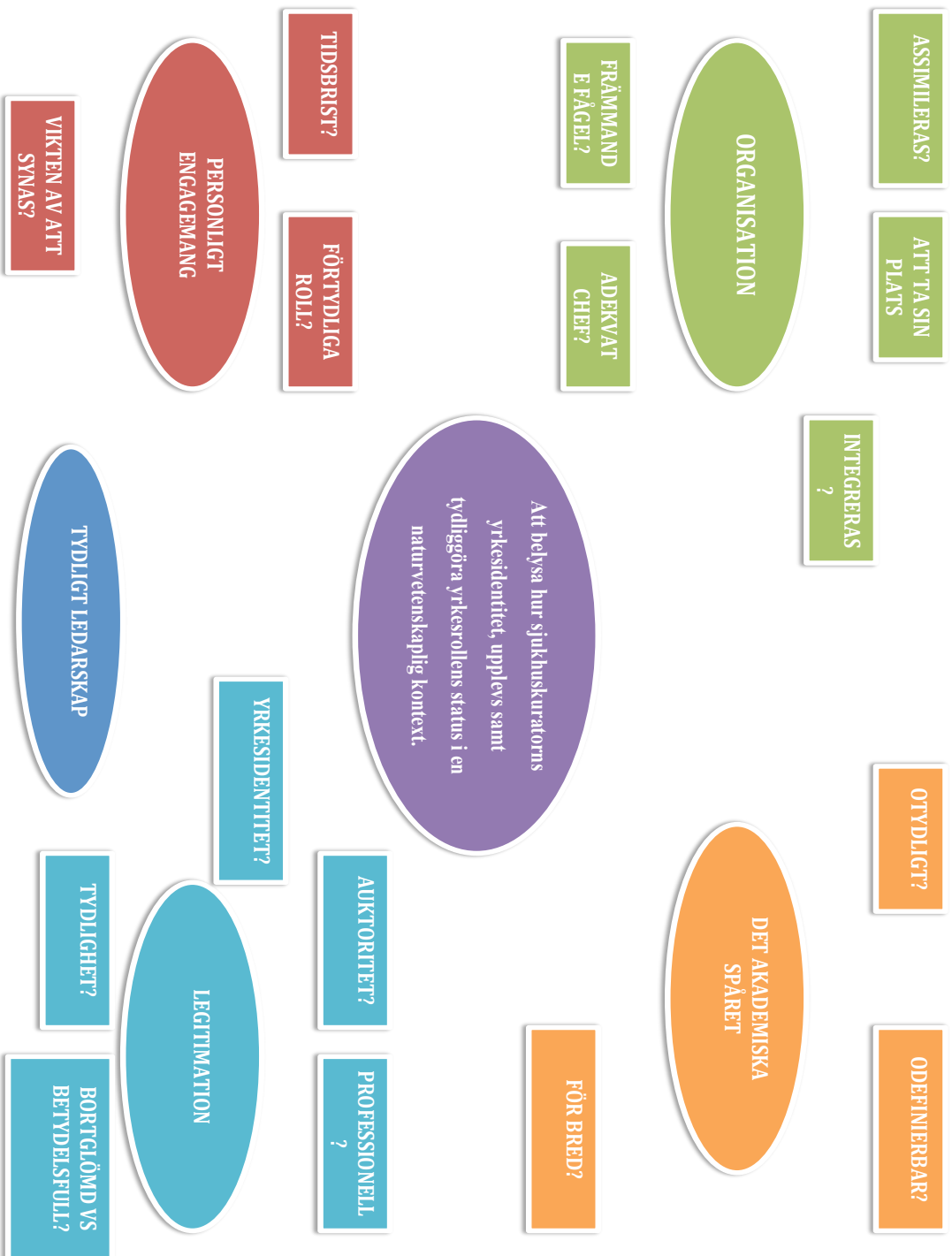
När detta var sorterat till de mest förekommande ämnena så tycktes 4 centrala teman kunna utläsas av det som nämndes mest frekvent under djupintervjuerna.

Dessa teman tilldelades varsin färg. Grönt tillskrevs *organisation*. Rött gavs epitetet *personligt engagemang*. Gult eller orange handlade om det *akademiska spårets* inverkan och blått om *Legitimationsfrågan* (Bryman, 2011).

På det sättet blev det lättare att kunna särskilja dem i texten vid en snabb överblick och också faktiskt se var mest betoning låg, och hur mycket utrymme procentuellt sett som varje indelning uppskattningsvis gavs. Tematiseringen gjordes även den separat, men denna gång gjordes ingen uppdelning utav uppgiften, istället tematiserade vi båda all text. Det ansågs att om detta gjordes tillsammans så skulle det finnas en bättre chans att skapa bra och intressanta diskussioner när det var dags att jämföra tematiseringarna med varandra. Att vara tvungen att motivera sina beslut för en motpart blev nog så viktigt, men som förutspåts så skapade motiveringarna också en diskussion vilket i sin tur skapade nya insikter. När tematiseringen var klar så valdes att klippa ihop de frågor som hade samma färg, detta gav en bra överblick över fördelningen av färgerna, men möjliggjorde också att på ett enklare sätt kunde göra ytterligare en karaktärisering som då i sin tur skulle forma enkätfrågornas bredd och kvantitet per område. Det beslutades också om att göra en *mindmap* eller tankekarta för att bildligt kunna förklara och för oss själva få en överblick av tillvägagångssättet och tankearbetet gällande utformandet av den stundande enkätkonstruktionen. Tankekartan illustrerar meningskoncentreringen samt tematiseringens analytiska resultat, detta återger vi med en indelning i färger.

Denna indelning kommer senare därtill att presenteras i ett *resultat* av analysen där också en sammanslagning av de kvantitativa och kvalitativa resultaten redogörs för i samma indelade och identifierade problemområden. Detta sker under en egen rubrik som benämns 7.2 i resultat och analyskapitlet.

Tankekartan



### 6.1.7 Svagheter i kvalitativ metod

Kvantitativa forskare menar att kvalitativ forskning riskerar att påverkas av forskarens subjektivitet. Forskaren riskerar att, medvetet eller omedvetet, påverka exempelvis forskningsfrågor, intervjupersoner och analys. Kvalitativ forskning blir även svår att kritisera då det många gånger är forskaren som är verktyget för nå empirin. Det är forskaren som observerar, förstår och tolkar all information. Även den många gånger lilla storleken på undersökningarna får kritik av de kvantitativa forskarna, i och med att de menar att det inte går att generalisera kunskap som fås utav några få individer i sina unika situationer (Bryman, 2011).

## 6.2 Kvantitativ metod

I det här kapitlet så kommer de mer kvantitativa delarna av metoden att avhandlas. Trots att vissa av delarna förekommer i både den kvalitativa som den kvantitativa metoden om vartannat. Inledningsvis med en konstruktion av enkät för att senare hamna i utskick och insamlande av densamma. Införande av data i Statistikprogrammet SPSS samt en presentation av populationen och respondenternas huvudsakliga egenskaper.

### 6.2.1 Konstruktion av enkät

Själva konstruktionen av enkäterna gick till på det sättet att vissa frågor lyftes in direkt från djupintervjuerna. Dessa frågor var väsentliga för enkätens återkoppling till frågeställningarna men tilldelas också svarsalternativ, detta för att erbjuda ytterligare valmöjligheter som kanske inte uppstår i djupintervjufasen. Ett förfinade av många svarsalternativ där värdet av ord övervägdes, exempelvis *mycket nöjd*, *nöjd*, eller *missnöjd*. Detta var ett tämligen digert arbete där ett begrundande över hur svarsalternativen kunde tas emot, men även om det missades grader av svarens betydelse var konstant närvarande.

Enkätens layout kändes viktig och lodräta svarsalternativ med relativt mycket luft mellan frågorna gav ett lugnare intryck. En ambition var att enkäten skulle se så professionell ut som möjligt. Det fanns också ett övervägande om radavstånd för att inte få enkäten verka för omfattande (Bryman, 2011).

Detta ledde till vidare grubblerier av om det skulle göras en digital enkät som senare skulle skickas till respondenterna. Detta hindrades dock av en teknikalitet gällande

säkerheten med Västra Götaland-regionens emailklient.

Så valet föll således på printade pappersenkäter som egenhändigt konstruerats i Word. Strukturen, med största fokus på frågornas ordning var även det ett noga övervägt arbete. Här fördes också en diskussion om hur frågornas tematisering skulle vara tydlig i enkäten eller ej, det läts vara outtalat. Handledare Hanan hjälpte till med att strukturera tankarna kring detta och slutligen nåddes en tillfredsställande ordning.

### **6.2.2 Utskick av enkäter**

Vid överlämnandet av enkäterna till respondenterna så tilldelades först våra djupintervjurespondenter ansvaret för att dessa distribuerades till de tillänkta.

Utöver det gick uppsatsförfattarna själva och överlämnade återstoden till de olika sjukhuskuratorerna, de berörda motsvarade över hälften av respondenterna. 4 stycken enkäter skickades per post till de svarande.

Överlag skall denna del av distribuerandet anses som en svaghet i reliabiliteten då vi helt förlitat oss på att enkäterna hamnat i rätt händer. I egentlig mening så skulle några få personer, ett tiotal möjligen, ha suttit och besvarat alla enkäterna. Detta tordes inte rimligt men här blir bekvämlighetsurvalet ytterligare betonat som en brist (Bryman, 2011).

### **6.2.3 Insamlande av enkäter och stansning i SPSS**

Det gjordes en överenskommelse av ett datum då insamlingen av enkäterna skulle ske. Insamlingen och överlämningen som tidigare nämnts gjordes av uppsatsförfattarna själva vilket också möjligen skapade en informell känsla av ansvar hos den betrodde, något som möjligen den höga svarsfrekvensen kan påvisa.

Av de utdelade 52 stycken enkäterna så mottogs 47 stycken i retur. Detta ger ett bortfall av 5 stycken enkäter. Procentuellt motsvarar detta cirka 90 % svarsfrekvens.

Den totala sjukhuskuratorspopulationen inom somatisk vård på de Sahlgrenska sjukhusen är 82 stycken vid uppsatsens tillblivelse. Detta gör att 47 stycken enkätsvar motsvarar en 58 % av en totalundersökning.

Vid införandet av data i SPSS (Statistical Package for the Social Science) som är ett statistikprogram för analys av kvantitativ information, så fördelades arbetet på så sätt att kodsvaren lästes upp av en och fördes in av den andre. Med detta tillvägagångssätt så

var kontrollen konstant då det ofta hamnade snett och då fick startas om från fråga 1. Att föra och koda resultaten var ett gediget arbete som tog en bit över 2 dagar.

#### **6.2.4 Tidig analys av kvantitativa data och test av bivariata korrelationer**

Efter att data stansats (införts) i SPSS så kördes univariata frekvensuträkningar på alla tillämpliga frågor för att få fram de procentuella fördelningarna i svaren. Detta visade sig också vara de värden som uppsatsens frågeställningar mest tydligt gynnades av. Dock så gjordes försök till bivariata korrelationer. Den enda frågan som var relevant för undersökningens forskningsfrågor var då en jämförelse gjordes mellan graden av nöjdhet med sin chef och chefens utbildningsbakgrund. Redovisning sker i kapitlet *Resultat och analys*.

Tämligen tydliga mönster kunde relativt kvickt utrönas av svarens procentuella fördelningar. Detta startade automatiskt analysmekanismen hos uppsatsförfattarna. Vid det tillfället så återfördes den procentuella fördelningen med penna till en faktisk pappersenkät för en tydligare överblick. Då svarskategorierna i enkäten befann sig i en tematisk ordning så kunde man också relativt snabbt få en uppfattning av vad respondenterna var överens om och inte.

Även tydliga grupperingar kunde fastställas vilket gav ytterligare fart till analysarbetet. Våra tematiserade indelningars intentioner styrktes också av ganska väl synliga svar som skulle bli av värde för det uppsatsen syftade till att undersöka.

#### **6.2.5 Svagheter med kvantitativ metod**

En forskare som använder en kvantitativ metod riskerar att missa att människor är unika individer som har en unik tolkning utav världen (Bryman, 2011). För att förtydliga så riskerar forskaren att missa de nyanser som forskarens enkät inte specifikt efterfrågar.

De termer som används i enkäten kan tolkas på lika många sätt som det finns respondenter, vilket inte kommer framgå i enkätsvaren. Därför kan metoden uppfattas ge mer precision i svaren än vad den egentligen ger. Forskaren kan inte heller veta respondentens kunskapsnivå eller måttet av intresse för de frågor som forskaren är intresserade av att mäta. Vet till exempel alla sjukhuskuratorer i denna uppsats enkätundersökning vad ordet *yrkesidentitet* betyder? Även relationer mellan olika variabler riskerar att missas, finns det till exempel en relation mellan att man anser sig

ha en bra chef och att man har en socionom som chef (ibid.)? Detta kan dock mätas som också gjorts i denna uppsats genom en bivariat analys.

### 6.2.6 Triangulering

Uppsatsens analys och resultat är baserade på en växelvis sammanslagning av de kvantitativa och kvalitativa resultaten där också röster från djupintervjuerna kom att blandas in för ytterligare förstärkning av tolkningar och resonemang.

Detta kallas triangulering, vilket är en teknik som använts för att resonera kring och tillgodogöra sig två *olika* forskningsmetoders förening och att i detta hitta samstämmighet (Bryman, 2011).

### 6.2.7 Population

I Sverige arbetar cirka 4000 sjukhuskuratorer. På Sahlgrenska universitetssjukhuset arbetar det 209 kuratorer inkluderat kuratorer i chefsposition. Av dessa arbetar enligt uppgift från Vg-regionens HR 127 stycken under den psykiatriska vårdens organisation. Detta lämnar 82 stycken kuratorer som arbetar med somatisk vård och som utgör vår population. Av dessa fick vi tillgång till 52 stycken respondenter.

### 6.2.8 Respondenter

- Av de 52 respondenter enkäten överlämnats till så har 47 svarat. Detta ger 90 % svarsfrekvens. Bortfallet är 5 stycken vilket motsvarar cirka 10 %.
- Av den totala sjukhuskuratorspopulationen (82 stycken) inom somatisk vård på de Sahlgrenska sjukhusen motsvarar svarsfrekvensen cirka 58 %.
- Samtliga respondenter (47 personer) är kvinnor
- Samtliga respondenter jobbar inom Sahlgrenska Universitetssjukhusen som består av Östra, Sahlgrenska, Högsbo och Mölndals sjukhus

Våra respondenter krävs att delas upp i 3 stycken olika kategorier:

- *Britt-Marie Johansson*, ordförande i Svensk Kuratorsförening

- *Djupintervjurespondenter*: 3 stycken verksamma sjukhuskuratorer. De 3 jobbar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset men på 3 olika områden och inom tre olika inriktningar/avdelningar
- *Enkätresponenter*: 52 stycken tillfrågade sjukhuskuratorer från samma områdesindelning som våra djupintervjurespondenter. En enkät skickades till Institutionen för socialt arbete men har inte mottagits och är försvunnen. Totalt antal svarande blev därför 47

Respondenterna arbetar inom så skilda områden som barn, geriatrik, medicin, kirurgi, kvinnoklinik, reumatisk vård, neurosjukvård och infektion. Detta skulle kunna utläsas som en brist i homogenitet, vi anser dock att det skänker bredd och förståelse för kåren inom åtminstone de sjukhusorganisationer som vi ämnat undersöka.

### 6.3 Etik

En statlig utredning om forskningsetik (SOU 1999:4) fastslog att varje forskare i sin forskning måste ta ansvar för att reflektera över de etiska dimensioner som hen riskerar att möta. Detta ansvar är något uppsatsförfattarna har tagit till sig med stort allvar. I detta kapitel kommer därför uppsatsförfattarnas etiska tankar och de åtgärder som gjorts att presenteras och i och med detta hoppas uppsatsförfattarna att det ansvar som tilldelats dem infrias. I uppsatsens alla delar har eventuella etiska problem tänks igenom för att de inte ska inträffa. Många av dessa problem tillhörde en mikronivå, exempelvis om respondenten riskerade lida skada eller om respondenten riskerade få någon påföljd för sina svar etc. Det som inte fick glömmas bort var att även lyfta forskningens eventuella effekter på en makronivå, vad kunde exempelvis denna uppsats få för effekter efter den offentliggjorts (Kvale & Brinkmann, 2014)? Intention med uppsatsen har varit att utgöra en grund för förändring till det bättre för sjukhuskuratorerna.

Uppsatsförfattarna har dock varit väl medvetna om att även de bästa intentionerna kan slå fel, men inställningen från uppsatsförfattarna har från början till slut varit att handla efter den etiska principen *att göra gott* (ibid.). Både mänskliga och vetenskapliga intressen måste tas tillvara i all samhällsforskning, och det kan skapa en etisk dragkamp mellan den nytta som forskningen skulle kunna åstadkomma och den eventuella kränkning som inte bör ske av forskningens deltagare (ibid.). Uppsatsförfattarna har tagit så många åtgärder de kunnat för att inte riskerar att kränka forskningens deltagare

samtidigt som de siktat på att göra gott, både för sjukhuskuratorerna i stort men också för forskningen.

### 6.3.1 Etiska problem kopplat till meningskoncentrering och tematisering

Då transkriberingarna från djupintervjuerna meningskoncentrerades och tematiserades riskerade uppsatsförfattarna att tolka fel, läsa in resultat som passar uppsatsen frågeställningar etc. Det förelåg en risk att göra våld på de, i intervjun, uttryckta åsikterna. Om så skulle ske skulle kvalitén på uppsatsen brista och bli på så sätt oetisk (Bryman, 2011). Uppsatsförfattarna var väl medvetna om detta i sin meningskoncentrering och tematisering och vidtog åtgärder för att minimera risken för feltolkningar. Både meningskoncentreringen och tematiseringen utfördes separat av uppsatsförfattarna för att sedan gemensamt jämföras och på djupet diskuteras i vad som kunde utläsas i intervju svaren. Uppsatsförfattarna anser därmed att de gjort allt de kunnat för att göra risken för feltolkning så låg som möjligt, men är medvetna om att hur liten risken än är så existerar den fortfarande.

### 6.3.2 Etiska krav i enkätundersökningar

När en enkätundersökning skall genomföras finns ett antal etiska principer som ska tas i beaktning. Informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskravet och nyttjandekrav (Bryman, 2011). När den enkät som legat som grund till denna uppsats skickades ut fanns ett Samtyckesformulär i form av försättsblad (se bilaga) där dessa krav tillgodosågs.

- **Informationskravet:** I samtyckesformuläret informerades om C-uppsatsens syfte så långt som det var möjligt att utan risk att påverka respondenternas svar
- **Samtyckeskravet:** I samtyckesformuläret klargjordes att all medverkan var frivillig och att den utan skäl kunde avbrytas när som helst. Genom detta anser uppsatsförfattarna att samtyckeskravet är mött. Regeln att respondenten skall få information om forskningen innan ett samtycke kan ges har möts av informationen på försättsbladet (codex.vr.se, 2014)
- **Konfidentialitetskravet:** Alla enkäter var anonyma vilket också försättsbladet informerade om. Uppsatsförfattarna har heller aldrig haft som avsikt att respondenternas överordnande skulle ha vetskap om deras deltagande i



enkätundersökningen. Trots uppsatsförfattarnas avsikt, har en sådan diskretion inte kunnat garanteras utifrån att uppsatsförfattarna inte har kunnat kontrollera respondenternas kontext där enkätundersökningen har gjorts. I vilken mån respondenterna har velat offentliggöra sin medverkan i enkätundersökningen har varit upp till respondenterna själva, vilket gör att uppsatsförfattarna anser att konfidentialitetskravet är mött

- **Nyttjandekravet:** En brist från uppsatsförfattarnas sida är att det ingenstans har informerats om avsikten att resultatet av enkätundersökningen endast skulle användas till denna C-uppsats för att därefter förstöras. Dock har ett antal kontaktuppgifter till både handledare och uppsatsförfattare funnits att tillgå på försättsbladet om ytterligare information hade behövts

### 6.3.3 Etik och insamling av enkät

Insamlingen av enkäterna har gjorts av samma ombud som distribuerat dem i en majoritet av fallen. Denna process har dock inte samma problem med konfidentialitetskravet (Bryman, 2011) som utskicket av enkäterna hade eftersom varje respondent har erhållit ett kuvert som de kunnat klistra igen efter enkäten gjorts och lagts i. Ingen av de kuvert som varit igenklistrade har kommit tillbaka uppbrutet och därför anser uppsatsförfattarna att konfidentialitetskravet är tillmötesgått så långt det varit möjligt under de förutsättningar som getts.

### 6.3.4 Övriga etiska åtgärder

Ingen av respondenterna kommer att presenteras vid namn eller ges en koppling till vilket sjukhus man arbetar på. Allt detta är för att bevara en anonymitet i enlighet med det samtyckesformulär som bifogades enkäten. Utöver detta är också djupintervjurespondenterna anonyma i enlighet med samma premisser. Citat kommer därför att presenteras i form av *sjukhuskurator 1 säger*, etcetera.

## 6.4 Reliabilitet och validitet

Uppsatsförfattarnas mål har genom hela uppsatsen varit att uppehålla en så solid validitet och reliabilitet som möjligt. Vid djupintervjuerna hade uppsatsförfattarna

bestämt att endast en av dem skulle hålla i intervjun då det kunde finnas en risk att olika intervjuare skulle få olika svar på samma fråga utifrån omedveten personlig påverkan och intervjuteknik. Genom *triangulering* av metoder, kvalitativa djupintervjuer och en kvantitativ enkätundersökning som i växelverkan har gett det resultat som redovisas i uppsatsen, har en högre mått av validitet uppnåtts (Watt Boolsen, 2007; Bryman, 2011). Genom hela sitt arbete har uppsatsförfattarna kontinuerligt kritiskt granskat all information som funnits och förts i uppsatsens olika delar för att exempelvis motverka felaktiga tolkningar eller selektiv uppdelningar av resultat (Kvale & Brinkmann, 2014). Vidare har det också förts kontinuerliga anteckningar och dokumentering av alla steg i uppsatsprocessen. Ett kritiskt förhållningsätt och en transparens genom kontinuerlig dokumentering och redovisning ger en ökad validitet (Watt Boolsen, 2007).

I metoden har uppsatsförfattarna noga redogjort för hur de kommit fram till de data som kommit av de kvalitativa djupintervjuerna. Genom att redogöra för denna process som ledde fram till de kvalitativa data som blev en del av resultatet har uppsatsen fått en ytterligare ökad validitet (Watt Boolsen, 2007).

## **7. Resultat och analys**

I det här kapitlet kommer uppsatsförfattarna att presentera sina resultat. Detta kommer att inledas med en sammanfattande presentation av respondenternas egenskaper för att i nästa steg hamna i redovisning samt analys av våra frågeställningar.

Resultaten är en växelvis sammanslagning av de kvantitativa och kvalitativa resultaten där också röster från djupintervjuerna kommer att synas för att ytterligare förstärka tolkningar och resonemang, men framförallt för att få en tydlighet av hur olika röster om det redovisade kan låta. Detta kallas triangulering, vilket är en metod som kan användas för att dubbelkontrollera eller finna stöd i materialet ur de olika perspektiven. Det är en teknik som använts för att resonera kring och tillgodogöra sig två *olika* forskningsmetoders förening och att i detta hitta samstämmighet (Bryman, 2011).

I utformandet av enkäternas frågor så är dessa som nämnt i metodkapitlet baserade på djupintervjuernas tematisering. Med det vill sägas att uppsatsförfattarna inte värderat eller *valt* att värdera några av ordens betydelser. Detta skall ses som en svaghet då det inte finns möjlighet att bedöma om enkätrespondenterna uppfattat orden såsom djupintervjurespondenterna. Detta knyter Bryman (2011) till en brist i ekologisk

validitet. Dock, skall tilläggas att uppsatsförfattarna kommer att tydliggöra *vissa* begrepp i kommande kapitel där det funnits konsensus mellan uppsatsförfattarna och djupintervjurespondenterna.

### **Urvalsgruppens egenskaper**

- Av de 52 respondenterna så har 47 svarat. Detta ger cirka 90 % svarsfrekvens
- Bortfallet är 5 stycken vilket motsvarar cirka 10 %
- Av den totala sjukhuskuratorspopulationen inom somatisk vård på de Sahlgrenska sjukhusen motsvarar vår urvalsgrupp cirka 58 % (47 av totalt 82 stycken personer)

#### **Samtliga (47 personer) är kvinnor**

- Jobbar inom Sahlgrenska Universitetssjukhusen som består av Östra, Sahlgrenska, Högsbo och Mölndals sjukhus
- Jobbar med somatisk vård
- Har en socionomutbildning i grunden
- 66 % har, och 11 % har påbörjat, en vidareutbildning, exempelvis en Steg 1 i psykoterapi och eller Kognitiv Beteende Terapi utbildning
- De mest förekommande åldrarna sträcker sig mellan 31-60 år med 50 % av respondenterna på var sin sida om 50 år-strecket
- Antal år i yrket, eller på arbetsplatsen som uttryckt i enkäten varierar mellan 3 månader och 39 år
- Cirka 50 % har jobbat som sjukhuskurator i 10 år eller mer
- 26 % har mer än 15 års tid i yrket varav 8 % jobbat i mer än 25 års tid
- 31 % har jobbat mindre än 5 års tid 6,5 % av dessa har jobbat mindre än 1 års tid

### **Frågeställningar som redovisas och analyseras**

1. Uttrycker sjukhuskuratorerna ett behov av att tydliggöra sin yrkesidentitet och yrkesroll inom arbetsgruppen på sjukhuset?
2. Vad är sjukhuskuratorernas uppfattning om sin yrkesroll i förhållande till:
  - *Organisationen*
  - *Det personliga engagemanget*

- *Det akademiska spåret*
  - *Legitimationsfrågan*
3. Hur kan sjukhuskuratorns yrkesidentitet förstärkas?

## 7.1 Sjukhuskuratorernas uttryckta behov av ett tydliggörande av yrkesrollen

Sjukhuskuratorns roll är inte självklart tydlig, vare sig för de andra verksamma yrkesrollerna inom sjukhuset eller ens för en majoritet av de svarande själva.

Däremot så tycks viljan till tydlighet vara stark, då nästan alla, 96 % anser att en personlig relation med de övriga yrkesverksamma på sjukhuset är väsentlig för en ökad förståelse för sjukhuskuratorns yrkesroll. Personlig relation skall här tydas som att man är medveten om varandras roller och möjligen känner varandra vid namn. Ordet *tydlig* har värderats av enkätrespondenterna själva.

Yrkesroll skall här förstås som arbetsgruppens och/eller organisationens/arbetsplatsens syn eller förväntan på den enskilde i sitt arbete. Yrkesidentitet är den subjektiva uppfattningen om sig själv i sitt yrke.

På frågan om sjukhuskuratorerna upplever sin yrkes- roll/identitet som tydlig svarar

- 55 % att de upplever sin yrkesroll/identitet som *något otydlig*
- 43 % att de upplever sin yrkesroll/identitet som *helt tydlig*
- 2 % att de upplever sin yrkesroll/identitet som *otydlig*

### Ytterligare svar på frågor gällande yrkesrollens tydlighet

- 62 % av sjukhuskuratorerna svarar att det *oftast* råder en kunskap om sjukhuskuratorns yrkesroll/identitet bland de övriga yrkeskategorierna
- 59 % av sjukhuskuratorerna anser att det råder *delvis* förståelse för deras yrkesroll som socionom
- 50 % säger *sällan* behöver marknadsföra eller motivera sin yrkesrolls betydelse *på sjukhuset*, 37 % säger *ofta* och 6,5 % säger *alltid*, 6,5 % säger att de *aldrig*
- 78 % anser att de *i liten omfattning* behöver tydliggöra eller förklara sitt uppdrag för övrig *vårdpersonal*. 13 % *i stor omfattning*, 9 % *i ingen omfattning*

- 96 % anser att deras närvaro bland övrig vårdpersonal förtydligar deras yrkesroll

Ovan resultat förtydligas av sjukhuskurator 1 då hon svarar på frågan: *Har du arbetat på andra sjukhus, Om ja, Skiljer sig de olika arbetsplatserna åt på något sätt"?*

"Ja, de gör de, jag har varit på Högsbo som är det allra minsta sjukhuset, där blir det ju en helt annan familjär stämning i och med att man ses i lunchrummet på ett annat sätt, det är färre avdelningar som man rör sig ikring så att man, man lär känna personalen på ett annat sätt. Så där blir det ju mera en "Vi-känsla"

I arbetsgruppsykologin har vikten av småpratet tidigare nämnts i teorikapitlet under *4.1.4 Småpratet*. Resonemanget förtydligar relevansen av den personliga kontakten som skapar nödvändiga sociala band på arbetsplatsen.

96 % anser att närvaron bland övrig vårdpersonal förtydligar deras yrkesroll. Om man drar detta till både arbetsgruppens psykologi (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005) och systemteorins tankar om balans, utbyte, belöning för jämvikt (Öquist, 2003) så säger båda teorierna att det man stoppar in i systemet eller bidrar med till gruppen vill man också så att säga få betalt för, det skapar balans. På sjukhuset ämnar ofta sjukhuskuratorn anta en slags konsultroll där man bidrar periodvis eller stundtals till den större organisatoriska gruppen, i det här fallet på avdelning. Sjukhuskurator 3 speglar ovan resonemang och tillhörigheten till övrig organisation så här

"Så mitt uppdrag är väl på avdelning, om vi börjar där så är det, inte så att, jag ingår i, men är inte med på teamronden och sådant. Vi har inget sånt på den avdelningen, utan jag kallas in vid behov, jag har en liten konsultroll. Så de ringer mig när behov uppstår eller när en patient efterfrågar kontakt".

Sjukhuskurator 1 svarar på om hon anser sin yrkesroll som tydlig

"Både ja och nej då. För mig, när jag gör mitt arbete tillsammans med patient kan jag ju tycka att jag har en tydlig roll. Jag kommer och presenterar mig och ringar in vad mitt arbete består av. Det som kan vara utmaningen i sjukvården kan vara att kommunicera det med andra yrkeskategorier. Det är väl där som otydligheten kan ligga

ibland. Både vad andra förväntar sig av oss, eller har kunskap om vad vårt yrkesfält innebär och så".

Man skulle kunna se ovan citat som en önskan av ökad förståelse för yrkesrollen för att undvika otydlighet och vad det medför. Enligt uppsatsens valda teorier eftersöker man ett utbyte som gynnar både yrkesidentiteten, gruppen eller systemet. Arbetsgruppens psykologi betonar att återkopplingen ger en känsla av att vara sedd, ett meningsutbyte (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005). Organisationsteorin har i denna uppsats som bekant ett övergripande perspektiv och här sammanfattas just utbytet eller återkopplingen genom att Abrahamsson (2000) citerar Emery och Trist,

"Jämvikt genom positiv bytesbalans för organisations intressenter".

En sådan balans av tydlighet i yrkesrollen som får ett naturligt flöde och utbyte speglar sjukhuskurator 2 så här

"I teamet, där ser jag mig som att där har jag en väldigt tydlig yrkesroll. De i teamet vet vad jag gör, och jag vet vad de gör och vi har upparbetat så att, där finns ett förtroende oss mellan, jag får ofta liksom förfrågningar, vad tänker du om det här? Är det här någonting som vi, som patienten skulle behöva, eller ska vi jobba tillsammans i det här? Så ja, så det tycker jag faktiskt och det är detsamma i hjärtteamet.

Det är annat på avdelningen kan jag säga, jag har också en halv avdelning, hjärtintensivavdelningen, och där är jag mer inne som konsult, så där är det dem som hela tiden bedömer behovet. Det ligger inte på mig".

Ovan blir det tämligen tydligt att det råder skillnad på när man är med i ett team eller ser sig som konsult. Detta knyts återigen till *Arbetsgruppsykologin* och avsnittet 4.1.5 *Återkoppling* och utbytesbalans som man finner under 4.3 *Makt*.

### **7.1.1 Betydelsen av yrkesidentitetens tydlighet**

Vidare enkätresultat visar att det anses viktigt att inom sjukhusets väggar presentera sig som det man anser sig vara, övervägande som sjukhuskurator och inte som socionom.

Cirka 70 % presenterar sig som sjukhuskurator, 29 % presenterar sig som både socionom och sjukhuskurator *på* sjukhuset. 1 % svarade inte

Utanför sjukhuset visas en annan sida då 70 % istället presenterar sig som både socionom *och* sjukhuskurator. Det görs alltså en åtskillnad beroende på vilken kontext man befinner sig i.

Sjukhuskurator 3 svarar på frågan om hon någonsin upplever att övrig vårdpersonal är osäker på vad hennes uppgift/uppdrag som sjukhuskurator är?

"Ja men som sagt, det är de ju ibland. Hehe, sen är det ju det här att det här är ett stort sjukhus och det är en väldig omsättning på personal så att eh, många är "nyexade" och det är klart att de då inte har koll på... ibland, i perioder på avdelningarna kan det vara väldigt mycket så, så att de inte vet, så lär man upp dem ibland inom citationstecken så vet de sen när de skall ringa och så".

Uppsatsförfattarna anser det inte rimligt att tro att samma diskussion är aktuell i andra yrken då ingen av de övriga yrkeskategorierna befinner sig i samma tvärvetenskaplighet. För inte säger väl fysioterapeuten att den är något annat beroende på kontext eller sammanhang? Inte presenterar sig sjuksköterskan som någonting annat än sin yrkestitel? Bidrar den dubbla identiteten till en tydlig eller otydlig yrkesroll?

Lalos et al. (2014) säger exempelvis att det är väsentligt för sjukhuskuratorn att ha en dubbel specialisering trots en utbildningsgrund som enbart utgår från en disciplin och att detta möjligen bidrar till en tveksamhet inför sin yrkesroll. Davidson (1990) säger som tidigare påpekats att en osäkerhet i sin yrkesidentitet kan åstadkomma en tveksamhet i yrkesrollen. I detta får Davidsson också tydligt stöd av Lennér Axelson och Thylefors (2005).

Sjukhuskurator 2 utvecklar

"Det är ju väldigt mycket upp till dig själv och din egen drivkraft att marknadsföra dig. Tidigare arbetade jag inom socialtjänsten, där var vi alla socionomer, där var vi ju alla socialsekreterare. Så där behövde du aldrig förklara vad du gjorde eller förklara, vi pratade samma språk. Och det gör vi inte här, då det måste du hela tiden... jobba med"

Sjöström (2013) vidrör en liknande del av diskussionen när hon i sin avhandling påpekar att just tillhörigheten, jämfört Sverige och Tyskland, alltså att vara integrerad eller fristående, ser annorlunda ut länderna i mellan. Enligt hennes avhandling så lutar den svenska kuratorskåren mer åt att vilja vara en integrerad del av sjukvården. De tyska kollegorna eftersträvar en tydlig åtskillnad för att enligt henne inte förlora sin utbildningsbakgrund som socialarbetare i det medicinska fältet.

Detta möter inte helt samstämmiga resultat i vår uppsats då 66 % av respondenterna säger att de vill se sig som en egen fristående grupp inom organisationen. Men oavsett var man vill se sig eller inte så är huvudtesen enligt organisationsteorin, att för att fungera i det system som en organisation eller arbetsgrupp utgör så måste man vara medveten om sin egen roll eller position i systemet. Arbetsgruppsykologin säger att arbetsgruppen gynnas av tydliga roller både för den enskildes skull och för gruppens välmående. Vad blir då verkan för sjukhuskuratorn om man själv är osäker på vad ens roll eller arbetsuppgift i gruppen eller teamet är, eller att man bemöts av liknande åsikter ifrån övriga yrkeskategorier (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005)?

Vi avslutar med att Sjukhuskurator 1 ringar in mycket av det som resoneras kring i detta kapitel, alltså om man behöver påminna om sin yrkesrolls betydelse för att skapa en ökad tydlighet.

"Jo, men det är ju det här att när man kommer ny till en verksamhet, att man får jobba in sig. Man får jobba en del i början med att vara på avdelningen och befästa att "det är jag som är kuratorn och jag jobbar med det här och det här". Sen beroende på personalen, vilka glasögon de har på sig och om de är kvar i tjänst så behöver det förnyas då och då. Det är ju inte så att vi är en total okänd klick så, det är inte så jag menar. Men det tror jag nog att vi behöver jobba med".

### **7.1.2 Sammanfattning**

Ovan kapitel förstås av uppsatsförfattarna som att det råder en *viss* kunskap om sjukhuskuratorns yrkesroll, som inte är heltäckande och som kräver ett kontinuerligt förtydligande genom att man påminner och förklarar den. Vad en sådan dynamik gör för känslan av uppskattning och yrkesidentitetens dignitet kan spekuleras i.



## 7.2 Sjukhuskuratorernas uppfattning om sin yrkesroll i

**förhållande till:** 1. Organisationen 2. Det personliga engagemanget 3. Det akademiska spåret 4. Legitimationsfrågan

### 7.2.1 Organisation

I detta avsnitt kommer det att presenteras hur sjukhuskuratorn uppfattar sin plats i organisationen. Sjukhuskuratorerna beskriver trivsel, uppskattning och hierarkiska ordningar samt upplevelsen av om man känner sig lyssnad till, och om ens framförda åsikter får en effekt för en själv i organisationen.

#### 7.2.1.1 Trivsel och uppskattning

Förutom det tydliga resultatet av att trivseln, ur de perspektiv som uppsatsen undersökt, är mycket hög så är även känslan av uppskattning densamma.

Där man kan avläsa att uppskattningsupplevelsen skiljer sig är då frågan gäller erkännandet från organisationen. Här sker ett väsentligt tapp i känslan av uppskattning. Ordet uppskattning skall här förstås som positiv återkoppling i arbetsgruppens psykologi (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005).

- 98 % svarar att de i *hög* eller *mycket hög* grad gör trivs med *sitt arbete*
- 85 % svarar att de i *hög* eller *mycket hög* grad trivs på *sin arbetsplats*
- 94 % svarar att de i *hög* eller *mycket hög* grad trivs med *sina närmaste kuratorskollegor*
- 55 % anser sig *ganska nöjda* med sin lön, 43 % anser sig *missnöjda* med sin lön och 2 % anser sig *nöjda* med sin lön

#### Känsla av uppskattning

- 100 % svarar att de i *hög* eller *mycket hög* grad känner sig uppskattade av *patienterna*
- 83 % svarar att de i *hög* eller *mycket hög* grad känner sig uppskattade av de *andra yrkesgrupperna* på sjukhuset och 17 % svarar att de *delvis* känner uppskattning av de *andra yrkesgrupperna*

- 37 % svarar att de i *hög* eller *mycket hög* grad känner sig uppskattade av *organisationen* på sjukhuset, 35 % svarar att de *delvis* känner uppskattning. 22 % svarar att de i *liten* grad känner uppskattning och 6 % säger att de i *mycket liten grad* känner uppskattning från organisationen

### 7.2.1.2 Hierarki

Om man räknar in de hierarkiska värden som tagits fram så belyser de att det råder en dominerande rangordning bland yrkeskategorierna där man som sjukhuskurator placerar sig själv på en mellannivå. Enligt Mathiasson (1994) så bör alla i en hierarki veta sin plats och det ska finnas klart definierade roller. En hierarki har ofta en klar struktur över vem som ska göra vad, vilka regler som skall följas och också vem som har mest makt och tydlighet är ett nyckelord (Börjesson & Rehn, 2009).

- 81 % anser att det råder en *tydlig* hierarkisk ordning på sjukhuset, 10 % anser att den hierarkiska ordningen är *otydlig* och 9 % anser att det inte råder någon tydlig hierarkisk ordning
- 32 % anser att hierarkin påverkar deras yrkesroll, 46 % anser att hierarkin har en *liten påverkan*, 15 % anser att påverkan är *lagom påverkande*, 7 % svarar att den *inte alls påverkar* yrkesrollen och 6 stycken valde att inte svara
- 15 % placerar sig själva *högt* i den hierarkiska ordningen, 68 % placerar sig på en *mellannivå* och 17 % placerar sig *lågt*
- 13 % säger sig vara *mycket nöjda* med sin placering i hierarkin, 58 % anser sig vara *lagom nöjda*, 18 % anser sig *missnöjda* och 11 % anser sig *inte alls nöjda*
- 55 % anser att utbildningen har en *stor påverkan* på platsen i hierarkin, 38 % anser *påverkan liten* och 7 % anser att utbildningen *inte har någon påverkan*

En röst som speglar hierarkin men också hur hon upplever sig i organisationen är då sjukhuskurator 3 säger så här:

"Jag tycker vi är ganska *väl* sedda faktiskt, upplever jag ändå. Vi kanske blir bortglömda ibland och så där, vi får liksom påminna att vi finns, men jag tycker ändå att när vi väl finns i ett team så är vi respekterade och att man hör oss. Men det medicinska är ändå alltid

överordnat här på sjukhuset så är det, och det får liksom välja att acceptera. Så är det. Men våra perspektiv finns liksom med. Särskilt om man börjar prata och diskutera om patienterna ... Så det finns en öppenhet att ta in våra perspektiv, men det glöms av ibland tror jag, det tror jag också är en stressgrej, snabbt in, åtgärda, ut, då orkar man inte ta in alla andra perspektiv som finns på det här".

Uppsatsförfattarna tolkar ovan som en känsla av synlighet och också relevans men att den ibland får ge vika när tid eller det medicinska prioriteras.

Sjukhuskurator 1 säger om samma tankar

"Inom verksamheter där man har ett teamarbete, tycker jag att man är mer en i laget och har samma spelfält som de andra. Det som jag tycker skillnaden är när jag kom hit till detta sjukhus, är att man är lite mer av en konsultspelare, de ringer såklart och de vet att det är jag som hör till avdelningen och så, men lite mer, ja. Och där behövs, personalen bytts ju också ut, det är nya sköterskor som jag själv inte hinner lära känna, så det blir inte den känslan på så vis. Så hierarkin är väl, det ligger också där någonstans, att när läkaren inte riktigt vet vem kurator är i person så är det lite längre väg där att tänka kring det psykosociala. Det blir lite mer på deras villkor där, om kuratorn spelas in då eller inte, eller om man är i ett tydligt team där man själv har möjligheten att ta det initiativet".

Igen så tyds detta som att vara i ett team där man är synlig och där man har en tydlig, och också vedertagen roll, så blir man mer relevant, ur de flesta aspekter.

Egentligen är detta ingen märklig företeelse för precis som Lennéer Axelsson och Thylefors (2005) säger så ger kunskap om människor, professioner och deras avgränsningar, alltså vad som innefattas och vad som utesluts, en tydlighet som föder en säkerhetskänsla. Då man vet vad allas roller är, vad de betyder, och kanske vad de också får för effekt så blir tillit och tillåtande ett istället rådande klimat där makt inte sällan spelar en stor roll enligt Granér (1991). Detta kan man också likna vid Foucaults tankar om diskurs (Payne, 2002).

Organisationsteorin förklarar att (organisations)kulturen ofta fungerar främjande för att uppnå inte bara en känsla av gemenskap, som styr gruppens förståelse i rätt riktning

mot organisationens huvuduppgift, utan för också med sig fördelar som uppskattning och tillit (Flaa et al., 1998). I tillägg så skänker *organisationsstrukturen* fokus, man vet sin plats, sitt arbetsutrymme samt handlingsutrymme. Det koordinerar och gör gemensam sak. Här blir det återigen viktigt med någon som företräder professionen adekvat.

### 7.2.1.3 Det lyssnas men får ingen effekt

På frågan om man upplever att ens åsikter om sin arbetsplats och yrkesrollen beaktas och lyssnas till svarar: 85 % *oftast*, 9 % *alltid* och 6 % *sällan*.

Detta är goda resultat men när sjukhuskuratorerna på frågan om de framförda åsikterna får en *påverkan* för en själv i organisationen så svarar: 65 % *liten påverkan*, 33 % *stor påverkan*, och 2 % *ingen påverkan*. Detta skulle kunna tolkas som att man har en inlyssnande chef eller ledning men att det sällan får en effekt. Det skall tilläggas att det för en tredjedel upplevs som *att* det får en stor effekt så här är det två tydliga åsiktsläger.

### 7.2.1.4 Chefens betydelse

Förs då resultaten av *önskad chef* in och om man har en *lämplig chef* så blir detta värdefullt då organisationsteorins viktigaste grundstenar sägs vara ledare som aktivt arbetar med att införliva kulturen. Känner man då att man *inte* har en chef som är till fullo införstådd med sin yrkesroll, så kan detta upplevas om ett hinder för att föra ens talan, vilket i sin tur kan föda en känsla av brist på lyhördhet (ibid.).

Respondenternas önskan om *en socionom som chef* talar sitt tydliga språk. Trots att det givetvis handlar om den enskilde personens kompetens så uttrycker ändå 95 % att de vill ha en *socionom som chef*. Här blir den bivariata korrelationsmätningen aktuell.

- 64 % av respondenterna *har en socionom* som chef, och 84 % av dessa anser sin chef som *adekvat*
- 36 % av respondenterna *har inte en socionom* som chef, och 70 % av dessa anser inte sin chef som *adekvat*

Den liberala styrningen som förutsätter individers, men framförallt inom avdelningsarbetet, yrkesgruppers självstyre borde böttna i att man då också har en likvärdig chans att påverka sin organisations arbetsklimat. Organisationsteorin förklarar detta med att befinna sig ett socio-tekniskt systemperspektiv där delar av de psykologiska aspekterna just är att uppfatta sig som medbestämmande i beslut inom det

område som man kan kalla sitt eget. Behov av anseende, social gemenskap, erkännande på arbetsplatsen tillhör de tankarna och också behov av att se mening och definitivt behovet av att se hur arbetet leder till en önskvärd framtid (Lindqvist et al., 2014).

Ser man på samma dynamik ur ett arbetspsykologiskt perspektiv så är det likt valet av personcentrerad vård, som är sjukvårdens stora ledord, det är individen som vet bäst och eller skall vara informerad eller informera om sin syn på sitt välbefinnande. Detta fungerar alltså likvärdigt i arbetsgruppers medbestämmande. Om man då blir förbisedd eller inte upplever sin röst som värdefull eller hörd skapar detta en självklar friktion som motverkar det önskade och kan i förlängning få drivkrafter och ambitioner att mattas (Lalos et al., 2014).

Ovan resultat skulle också kunna vara beroende på om man arbetar i team eller inte, men att arbeta med socialt arbete i en naturvetenskaplig värld där evidensbaserad och vetenskap utgörs av det som går att *mäta* och *avläsa* blir det inte sällan en utmaning för den som kommer från en annan teoretisk utgångspunkt. Givetvis öppnar det också för en *kombination* av de båda världarnas förförståelse vilket borde främja teoriutvecklingen, om det finns en öppenhet för en sådan (Lalos et al., 2014).

#### **7.2.1.5 Utbildningsbakgrundens påverkan på yrkesrollens relevans**

På frågan om det förekommer något problem med att komma från icke-naturvetenskaplig utbildning men att arbeta i dess kontext så svarar: 59 % *delvis*, 24 % *nej* och 17 % *ja*.

Här blir strukturen en utmaning, för sjukhusvärldens organisation strävar efter en målsättning som kortar vårdtider och hierarkiskt tydligt rättar sig efter den naturvetenskapligt lagbundna synen på tillfrisknande eller i alla fall "tillräckligt frisk" för en vidare vård i primärvården.

En av sjukhuskuratorerna berättar att hon tidigare hade en chef som förde statistik över antal timmar i återbesök, alltså tid som inte syns för de som jobbar på avdelningen och som skapar en diskrepans i uppfattningen av vad som skett eller vad för status patienten har. Ett främjande av statistisk rapportering skulle ge bättre underlag för att mätas med övrig evidensbaserad.

#### **Sjukhuskurator 3**

"Vi sitter på vår kammare här och det är faktiskt så att patienter kan ringa till mig och ingen vet att jag varit i kontakt med dem. Man får

vara lite smart där med statistiken för att ta fram om det blåser snåla vindar. För det har ju varit så att om någon går i pension så försvinner tjänsten, det *har* varit lite så".

### 7.2.1.6 Sammanfattning

De psykosociala aspekterna av (tillräckligt) välmående är inte simpelt att förklara i form av mätbara värden. Det ger att det i organisationer som förlitar sig på målstyrning och effektivitet baserat på medicinskt säkerställda bevis inte lika enkelt förstår, eller kanske förstår att lyssna till, hälsotillstånd på samma sätt som de som mäts inom patologins ramverk. Under 80-talets senare del så förändrades synen på sjukvårdens organisatoriska styre. Läkarna ålades med ett ansvar där redovisning av vad och hur man arbetade och dess resultat gavs mycket fokus. Även politiker fick tänka på hur de nu skulle styra sjukvården så att skattebetalarna fick valuta för sina pengar. EBM (Evidensbaserad medicin) handlar om att behandling skall ske med stöd av den senaste forskningen. Genom detta var det tänkt att en kvalitetssäkring skulle ske. EBM har efter detta blivit ett styrverktyg inom vården, både för ledning och politiker. Metoden drabbar gruppen sjukhuskuratorer, då evidens inte lika enkelt går att utvärdera när det gäller patienters psykosociala hälsa (Garpenby & Carlsson, 2007).

### 7.2.2 Det personliga engagemanget

Det råder litet tvivel hos både sjukhuskuratorerna och uppsatsförfattarna om att den individuella insatsen har en relevant betydelse för hur man uppfattas och ett det får en positiv effekt för yrkesrollens tydlighet. Det personliga engagemanget i hänseendet övrig personal tas på allvar men tidsbrist är ett ofta ett förekommande hinder för att faktiskt hinna med att göra sin röst hörd och ta sin plats i gruppen eller på avdelning.

- 51 % svarar *ja* och 49 % svarar *nej* på frågan om tidsbrist är något som påverkar yrkesrollens tydlighet bland övrig vårdpersonal
- 78 % svarar *ja* och 22 % svarar *nej* på frågan om de anser att sjukhuskuratorn behöver lägga ner mer tid på att göra sin röst hörd på sjukhuset
- 69 % svarar *ja* och 31 % svarar *nej* på frågan om de *skulle* lägga ner mer tid om tid gavs till att få en mer personlig relation med övrig vårdpersonal

- 50 % svarar *lagom mycket*, 35 % svarar *lite tid*, 11 % svarar *mycket tid* och 4 % svarar *ingen tid* på frågan om hur mycket tid man skulle lägga på att öka närvaron bland övrig vårdpersonal
- 75 % svarar *sällan*, 23 % svarar *ofta*, och 2 % svarar aldrig på frågan om man deltar på informationsmöten med övrig vårdpersonal där man informerar om sin yrkesroll och sitt uppdrag på sjukhuset
- 66 % svarar *ja*, och 34 % svarar *nej* på frågan om man skulle vara med på fler sådana informationsmöten om tid fanns

De 78 % som anser att man som sjukhuskurator behöver lägga mer tid till att göra sin röst hörd visar just att de tycker det, men på frågan om man skulle lägga ner mer tid om tid gavs svarar 35 % att de skulle lägga ner *lite tid* på att öka sin närvaro bland övrig vårdpersonal.

På frågan om man deltar på informationsmöten där man kan informera om sin yrkesroll så svarar 75 % att de *sällan* deltar på sådana. Här undrar uppsatsförfattarna om det inte finns en utvecklingspotential men att den i sådant fall kombineras med ett motiverande och uppmuntrande så att man inser värdet av dylika möten och på så sätt *vill* delta. För på frågan om man *skulle* delta på sådana möten om tid fanns så svarar 34 % nej. Om detta kan tolkas som en ovilja gentemot organisationen, trötthet på grund av tidsbrist, en osäkerhet i vad arbetsgruppen tycker om att man för en egen utanför organisationskulturen bestämd agenda, en kulturrevolution som Lindkvist et al. (2014) talar om, eller om det är andra faktorer som påverkar är svårt att sja om. Möjligen skulle det kunna tolkas som det som Lalos et al. (2014) nämner om drivkrafter och ambitioner som mattats på grund av tidigare brist på gehör eller gensvar (ibid.). Det skulle också kunna uppfattas som ett motstånd till förändring som Lennéer Axelsson och Thylefors (2005) nämner, att situationen inte är helt tillfreds men att det i åtminstone är bättre än något helt nytt och okänt. Här kan möjligen arbetsgruppens *olika* uppfattning skapa tveksamhet i vad man anser att man *bör* eller *kan* göra utan att trampa varandra på tårna, återigen i linje med hur organisationsteorin förklarar värdet av kulturen. Samstämmigt skulle också kunna tolkas att man bör vara en tydlig majoritet för att förändra kulturen i en organisation eller mindre arbetsgrupp (Flaa et al., 1998). Det bör finnas en företrädare för yrkeskåren som för sådana frågor uppåt till de instanser där de får effekt, för det kan bli för tungt för den enskilde, likt hur Håkansson (1995) menar att

förändring aktualiseras genom att den kommer från ledning eller högre instans. Detta för oss tillbaka till chefsfrågan och en önskan om en adekvat sådan.

En röst som förstärker detta resonemang är då sjukhuskurator 1 uttrycker sig så här

"Sedan tror jag att om man tittar ute på fältet så tänker jag att det ändå är en organisationsfråga, så att det inte ramlar ner på den enskilda medarbetaren att orka eller vilja, att känna att man passar för det eller vill det, eller att det är upp till var och ens personliga engagemang att förtydliga sin yrkesroll".

### **7.2.2.1 Sammanfattning**

Kapitlet tyds som att man är tillräckligt tillfredsställd men möjligen att det råder en brist på tid, ork eller styrka att föra sin talan. Man önskar en adekvat chef som för de större strukturella och organisatoriska frågorna. Man är som kurator en minoritet inom de naturvetenskapliga väggarnas kontext, och att föra sin sak då ställer höga krav på en homogen uppfattning om situationen, och också om åtgärder, intresse eller förståelse för vad som anses behövs göras. Uppsatsförfattarna finner bland sjukhuskuratorerna ingen sådan homogenitet.

### **7.2.3 Det akademiska spåret**

Ett tidigt spår i djupintervjuerna var att de 3 intervjuade var överens om socionomutbildningens mycket breda fokus och dess tämligen ofokuserade inriktning. De upplevde alla 3 att utbildningen viktig och nödvändig men inte fullgod för yrket som sjukhuskurator.

Enkätrespondenterna upplevde till 83 % socionomutbildningen som mycket viktig för arbetet som sjukhuskurator.

Samtidigt så ansåg 44 % att det krävdes en vidareutbildning för att behärska arbetet som sjukhuskurator.

Sjukhuskurator 2 säger

"Det har jag väl funderat på ibland och tyckt att det kanske behövs, att den var lite för bred. Att man bara går in och nosar på vissa saker, men samtidigt så är ju det en styrka att vi har den här bredden som



socionomer och jag tror att det är upp till en själv att hitta det här andra... "

På frågan om man anser att *epitetet socionom* är ett yrke så svarar 70 % av enkätrespondenterna att de tycker det, 1 av 3 djupintervjurespondenter håller med. En röst som illustrerar detta är sjukhuskurator 3 som säger

"Nej, för mig är det en utbildning, ja en examen, för att jag vet ju att när man jobbade som socialsekreterare så kände man sig som en socialsekreterare. Ja, mm. Det är nog så, en utbildning, en examen som en grund, ja, för en rad yrken, mm".

Sjukhuskurator 1 är inne på samma spår

"Ja du, ett yrke? Nä, inte som jag tänker mig ett yrke, för det är mer konkret sådär. Och socionom är ju inte sådär jättekonkret, det är liksom, ja vad är det, jag kommer inte på något bra ord nu men, yrkeskår kanske"?

I frågan om en tydligt avgränsad yrkesroll som främjar allas arbete inom gruppen frågar sig uppsatsförfattarna om det inte redan på utbildningens grundnivå är så att det närts en otydlighet som man sedan bär med sig och får tampas med i sitt fortsatta yrkesliv? Så tycks det i alla fall vara för sjukhuskuratorerna som inte är överens om hur de skall se på sin egen utbildning eller om de arbetar som sjukhuskuratorer, socionomer eller både och. För vissa är det klarare och för andra inte. Vi menar att detta medför för andra utomstående grupperingar och yrkeskategorier möjlig ytterligare otydlighet som i sin tur inte alls främjar en tydlig och säker yrkesidentitet. En av de viktigaste förberedelserna för att inta positioner och roller i organisationerna är enligt Flaa et al. (1998) upplärning som sker inom vårt utbildningssystem.

### **7.2.3.1 Stöd till vidareutbildning**

På frågan om det förekommer *adekvata vidareutbildningar* svarar 62 % *ja*, 28 % *delvis* och 10 % *nej*.

På frågan om arbetsplatsen skulle finansiera en sådan vidareutbildning svarar 47 % *nej*, 23 % svarar *ja* och 17 % svarar *ja, delvis* och 13 % *vet inte*.

Stor majoritet av sjukhuskuratorerna säger sig känna ett stöd från sin arbetsgivare till en vidareutbildning. Om stödet är faktiskt eller på en mer uppmuntrande nivå framgår inte riktigt av svaren. På frågan om man också tror att arbetsgivaren kan tänkas finansiera en sådan vidareutbildning så uppstår två tämligen jämnfördelade uppfattningar om saken.

Något mindre än 50 % upplever alltså ett reellt stöd och återstoden gör det inte.

Detta tolkar uppsatsförfattarna som någorlunda märkligt då man de facto befinner sig under samma organisatoriska paraply, om än inom 3 olika geografiska områden. För att ta reda på om ett område har tillgång till högre budget eller till och med har en annan syn på vidareutbildningens värde krävs mer specifika frågeställningar och ytterligare undersökning.

Sjukhuskurator 1 verkar befinna sig på den halvan som inte upplever ett sådant stöd och säger

"Utbildningsbiten önskar vi jättemycket kring för jag känner både en törst och längtan och ett behov av påfyllning där. Vi är många kuratorer som tycker att Steg 1 är en väldigt lämplig och passande vidareutbildning. Men att få den utbildningen kan ju innebära en kostnad privat i och med att arbetsgivaren inte har samma syn ... Och det tycker jag kan vara lite märkligt och snett. Att den akademiska vägen är så otydlig".

### 7.2.3.2 Fråga

Uppsatsförfattarna vill här passa på att ställa en fråga som baseras på djupintervjuerna och enkätsvaren. Har inte Sveriges socionomutbildningar möjlighet att erbjuda en vidareutbildning som efterfrågas? Man skulle kunna tycka att det är ett märkligt upplägg att en institution som utbildar socionomer, som i sin tur är de som arbetar som sjukhuskuratorer, inte erbjuder de vidareutbildningar som sjukhusen anser tillhöriga. Istället måste man söka sig utanför sin egen institution och ofta också finansiera detta själv. Det är troligt att anta att sådana utbildningar också skulle kunna gynna institutionen och ge ökad dignitet men inte minst en tydlighet i sitt fokus för de som ämnar arbeta med socialt arbete inom hälso- och sjukvård. Uppsatsförfattarna finner stöd i Lalos et al. (2014) som påpekar värdet och behovet av att vara stadigt stående i

*både* den medicinska och den psykosociala världen. Detta medför för sjukhuskuratorn krav på att behärska två områden, både språkligt och kunskapsmässigt då man bör vara insatt i sina patienters kontext och uppfattningen om den. En sådan kunskap kräver enligt Lalos et al. (2014) en vidareutbildning. Vidare stöd till tankar som vi trodde att vi var först med att forma finner vi i Sjöström (2013) som i en intervju med Svensk Kuratorsförening (SK) får information om att SK haft som ambition att ha ett möte med universiteten. Först och främst för att forma en rikstäckande enhetlig socionomutbildning, men också för att se hur man kan vara med och påverka sjukhuskuratorsyrkets profession redan från akademisk grund. Enligt SK var det omöjligt att få till ett sådant möte.

En sådan förfrågan borde inte anses märkligare än att inse hur de naturvetenskapliga utbildningarna rimligen fyller samma kriterier för sin utbildning av läkare och sjuksköterskor. Wingfors citerar Abbot som lyckas fånga essensen av uppsatsförfattarnas tankar kring den akademiska influensens väsentlighet.

*"In fact, the true use of academic professional knowledge legitimizes professional work... demonstrate the rigor, the clarity and the scientifically logical character of professional work, thereby legitimating that work in the context of larger values"* (Abbot 1998 53-54).

Sjukhuskurator 1 ger ytterligare stöd till att utbildningens fundamentala grund får effekt även i yrkesutövandet när hon svarar på frågan: *Önskar du att det fanns något i din utbildning som främjat din yrkesidentitet mer?*

"Ja, och utbildning har vi ju pratat mycket och jag tycker det finns mycket att göra där. Både kurser på institutionen och för att lägga in i Master, eller i en Masterexamen. Det finns ju den där kriskursen, sen fanns det en kurs som hette Hälso- sjukvård i socialt arbete, men den finns ju inte ens kvar. Då är det lite svårt, var man ska vända sig utanför dessa ramar? För internt här finns det ju ingen utbildningsväg för oss utan det är ju institutionen. Där finns ett jättebehov tycker jag. Jag önskar verkligen att det kommer den här nya utbildningen via legitimationsspåret".

### 7.2.3.3 Sammanfattning

Sammantaget tolkar uppsatsförfattarna kapitlet ovan som att utbildningen är mycket väsentlig men inte fullständig för yrkesrollen som sjukhuskurator. Det är enligt både de kvantitativa och kvalitativa resultaten tveksamt att man med en endast socionomutbildning som grund fullgott skall kunna fungera i ett yrke som sjukhuskurator. Detta skulle i ett sådant fall kräva tämligen rejäla insatser och stöd av kollegor, vilket det ofta inte finns tid till i en redan tidspressad verklighet.

Då blir det slutligen en fråga om patientsäkerhet som finns som krav på alla övriga yrkeskategorier. Ansvar för patientsäkerhet är något som en legitimation medför. Detta leder vidare till det sista av uppsatsförfattarnas resultats steg, legitimationsfrågan.

### 7.2.4 Legitimationsfrågan

I detta kapitel kommer uppsatsförfattarna att presentera och diskutera synen på legitimationen både från sjukhusuratorernas egna perspektiv men också framlägga var frågan befinner sig i ett samhälleligt, politiskt och EU-perspektiv.

Frågan är mycket aktuell och här delges regeringsuttalanden, tidningsartiklar och beslut som fattats inom de senaste 4-6 veckorna och som har en definitiv påverkan av beviljandet eller hindrandet av en legitimation för sjukhuskuratorn.

78 % av uppsatsens respondenter säger sig *vilja ha* en legitimation, 19 % uttrycker en *tveksamhet* och 2.1 % *en ovilja*. Dessutom skall det tilläggas att på frågan om man trodde att legitimationen skulle göra skillnad för *sjukhusuratorns betydelse* och ställning så ansåg endast 45 % detta som *självlklart*. 34 % *trodde* och 15 % *trodde inte* att det skulle få någon effekt. 6 % visste inte vad de tyckte i frågan.

Uppsatsförfattarna tolkar detta som om legitimationsfrågan för sjukhuskuratorn inte gynnas av olik uppfattning av vad som krävs för tydliggöra yrkesidentiteten för kåren.

Då det uppenbart inte råder en enighet i legitimationsfrågan - ens bland uppsatsens respondenter - kan det då bli svårare att föra en tydlig kamp eller agenda? Blir det inte mer komplicerat att gå i bräsch för något som inte alla står, eller är säkra på att de står bakom? Om legitimationen skulle göra skillnad för sjukhusuratorns ställning återspeglas så här

Sjukhuskurator 1

"Vi är ju den enda yrkesgruppen tror jag snart som inte har legitimation i sjukvården. Bara det hjälper oss att ringa in vad som är vårt fält, och att det kanske förtydligar för andra yrkesgrupper. Men också att man kanske har lite mera att stå på när det gäller att eh, vad skall man säga, ja både efterfråga och ja, kräva bättre förutsättningar och så".

### Sjukhuskurator 3

"Förmodligen skulle den det, jag är positiv till tanken. Absolut, eh, vi har ju hört argumenten och så, och jag tror ändå, apropå det här med hierarkier att det hade kunnat stärka oss lite. Jag var med när dietisterna fick sin legitimation, det var nog åtta år sedan kanske? Och då minns jag att de fick lite tyngd i och med det. Det kanske kan stärka ställningen så sett. Och att om man skall propsa på det så är det ett patientsäkert perspektiv för att förutom undersköterskorna är ju vi de enda man möter som inte är legitimerade. Det känns ju som en naturlig utveckling att man får det".

### Sjukhuskurator 2

"Ja, den där legitimationsfrågan den har ju varit på tapeten länge och i vardagen så tänker jag ju inte så mycket på det. Men sen så börjar man prata om legitimationsfrågan, så visst är det konstigt att vi inte har legitimation när alla de andra yrkeskategorierna har det. Så är vi ju faktiskt ensamma om att inte ha det och då tycker jag ju att det är klart att vi skall ha det också naturligtvis"!

#### **7.2.4.1 Den aktuella realiteten**

Sjukhuskuratorn är den enda högskoleutbildade och inom sjukhuset verkande yrkeskategorin som inte beviljats en legitimation. Detta trots att man uppfyller alla delar av vad en legitimation kräver för ett sådant godkännande nämligen patientkontakt, självständigt arbete, högskoleutbildning samt eget behandlingsansvar.

På vårkanten 2013 så lades det från Alliansregeringen fram ett ärende till Socialstyrelsen att utvärdera hur en sådan legitimation kunde komma att se ut.

I april 2014 så kom förslaget som visade på att det visst fanns ett behov av en legitimation och dessutom en vilja att genomföra en sådan legitimering via en kompletterande 30-poängs högskoleutbildning inom Hälso- och sjukvård. Om man varit arbetande under en lång tid så skulle validering vara aktuell där 5 års yrkesverksamhet skulle bana väg för att få slippa det akademiska spåret. Utbildningen skulle leda till en Examen som Hälso- och sjukvårdskurator. Sedan kom regeringsskiftet och sedan dess har också ärendet legat på regeringens bord utan åtgärd.

I en artikel publicerad i Expressen (Erkers, Henriksson, Jonsson, Westerholm & Widegren, 2015, 7 april) så sammanfattas situationen av gruppleddare inom riksdagens utskott i samarbete med SSR, som företräder 80 % Sveriges kuratorer, enligt följande: I januari 2016 så kommer det att vara EU som beslutar om yrkeskategoriers legitimering eller inte, alltså inte längre upp till medlemsstaternas egna regeringar att besluta om. Det kräver ingen större tankeverksamhet för att räkna ut att detta ytterligare kommer dra ut på kuratorernas legitimering om ingenting händer innan januari. Som jämförelse så kommer vårt finska grannland att införa legitimering av kuratorer från årsskiftet. Man skulle kunna summera som att det brinner lite i knutarna.

Folkpartisten Barbro Westerholm och Socialdemokraten ställer liknande frågor till regeringen om när de tänker initiera legitimeringsarbetet för kuratorerna baserat på Socialstyrelsens rapport. Frågorna ställs till Statsrådet Gabriel Wikström som den 31 mars 2015 svarar:

"Frågan om legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården bereds inom regeringskansliet. En sådan utbildning måste vara väl anpassad till verksamheten inom hälso- och sjukvården samt överensstämma med EU-rättsliga regler. Beredningsarbetet sker i nära dialog mellan bl.a. Social- och Utbildningsdepartementen".

([www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se))

Ett ickesvar kan tyckas men frågan är alltså åtminstone fortfarande under beredning. Samtidigt är det liknande den här situationen det varit sedan arbetet för en legitimation inlets. För; i över 50 års tid har det lagts ner statliga utredningar och forskningsläget har

varit tunt då få har disputerat, vilket inte heller gynnat intresset för frågan. Men nu finns det ett underlag och en utredning som faktiskt förordar legitimation som ovan nämnts.

#### **7.2.4.2 Legitimationens värde**

En legitimation ger inte bara en skyddad titel som hindrar obehöriga från att arbeta med patienters hälsa och dess säkerhet utan också ansvarsskyldigheten som *också* verkar för patientens rätt. Det ger också en tydligare avgränsning för yrkesidentitet och det professionella handlingsutrymmet, något som vi diskuterat genomgående.

Uppsatsförfattarna har vidare uttalat sammanhangets psykologi och relevans för tyngd och dignitet inte bara inom den egna arbetsgruppen utan också organisatoriskt, som i arbetet med andra yrkeskategorier. Vem har tolkningsföreträde? I vilken överordnande ordning bedömer man patienters hälsa, vad är viktigast? Här menar undertecknade att rösten för det psykosociala arbetet får en annan dignitet och legitimitet med en legitimation - ganska precist och ordagrant: En auktoritet med tillhörande behörighetsbevis. I detta för vi stöd av Lalos et al. (2014) som anser att man får en mer självklar roll och *tydlighet* framförallt ur ett patientperspektiv. Det råder alltså enligt dem en otydlighetsproblematik även genom deras glasögon sett.

#### **7.2.4.3 Rivaliserande revirtaganden - en kamp mot psykologerna?**

Vi talade i en likhet med det arbetsgruppspsykologiska perspektivet i teoriavsnittet om vad som händer då det inte finns tydliga avgränsningar för olika yrkeskategorier och att det kan få effekt av att man inte vet vad man kan göra eller får göra eller att till och med andra yrkeskategorier kliver in och "tar över" något av territoriet man själv anser sig berättigad till (Lennéer Axelsson & Thylefors, 2005; Davidson, 1990) Detta får en klarare bild i en artikel av Karlsson (2015, april), där citeras Titti Fränkel, utvecklingschef på Akademikerförbundet SSR i frågan, förvisso om att vårdcentraler anställer psykologer istället för kuratorer för att det står på kravlistan.

"Vårdgivarna tror att de kan ersätta en kurator med en psykolog och att psykologen kan göra det som kuratorn kan, vilket inte är fallet.

Det är två helt olika utbildningar och uppdrag. Båda kan vara psykoterapeuter, men psykologen kan inte göra sociala utredningar och tillgodose psykosocialt stöd. Vi har sett ett offensivt arbete från

psykologerna, som om de kan stå för all psykosocial behandling, men vi menar att det är skillnad. Det finns en stor okunskap hos beslutsfattare och chefer om vad kuratorn faktiskt gör, säger hon"

Till denna diskussion bör det också tilläggas att det inte i enlighet med ovan råder en kunskap om psykologens yrkesroll heller då en majoritet av sjukhuskuratorns uppdrag inte är något som en psykolog skulle se som en del av sitt område.

#### **7.2.4.4 Sammanfattning**

Det som mest tydligt stod ut som ett resultat är att det i frågan inte råder en homogen eller enad åsikt om vare sig legitimationens betydelse, nödvändighet eller ens en välvillighet till den. Man tror inte att yrkesrollen påverkas nämnvärt men man tycker det är märkligt att man inte har en legitimation när man väl börjar fundera.

### **7.3 Förstärkande av yrkesidentiteten**

Att inte ha tid till att etablera sig i en annan arbetsgrupp, som ligger utanför den egna kuratorsgruppen, i det här sammanhanget på avdelning, ger instabilitet och föder osäkerhet. I synnerhet om det skall göras på premisser som tidsbrist, eller om viljan att avsätta tid är tveksam. Yrkes stoltheten får sig en törn då man ständigt måste flagga för sin yrkesroll och dess betydelse samt relevans. Det stör ett bevarande men också uppbyggnaden av en trygg identitet.

Jämförelsevis så är trygghet i identitet och säkerhet i yrkesrollen bland sina likvärdiga arbetskamrater i kuratorsgruppen tämligen rigorös för att man *är* ikring förståelse, i konsensus. Detta baserat på en enighet i organisationens kultur som tidigare illustrerats genomgående (Lindkvist et al., 2014; Flaa et al., 1998).

75 % svarar *ja*, 15 % svarar *vet inte*, och 10 % svarar *nej* på frågan om det finns ett behov av fler anställda sjukhuskuratorer. Anledningen till att detta resultat presenteras här är att det i mångt och mycket lägger grunden för tidsbrist eller tidstillgång som är något som uppkommit tydligt i djupintervjuerna.

För att påminna om resultaten avseende tid till att representera sig själv på sin avdelning eller på sjukhuset i allmänhet så svarade alltså 78 % att det fanns ett behov av att lägga ner mer tid på att göra sig hörd. Cirka 49 % tyckte också att tidstillgången



påverkade yrkesrollens tydlighet.

69 % skulle också lägga ner mer tid på en personlig relation som främjade yrkesrollen.

66 % skulle också vara med på fler möten som informerade om yrkesrollens beskaffenhet. Sammantaget så representeras allt som precis nämnts svaret på om man anser att närvaron bland övrig vårdpersonal påverkar yrkesrollen och yrkesidentiteten, 96 % svarar *ja*.

Här verkar ett rimligt antagande vara att sjukhuskuratorerna faktiskt anser att tidsbrist är negativt påverkande av deras möjlighet till att göra sig hörda och tydliga. Detta knyts till frekvensresultatet överst i detta avsnitt där en majoritet, 75 %, tycker att det behövs fler sjukhuskuratorer, för att det inte finns tid till att sköta sin yrkesroll adekvat. En röst som illustrerar detta och också kommer med förslag på hur detta kan lyftas är när sjukhuskurator 1 svarar på frågan:

"Om du skulle förändra något i din yrkesroll, vad skulle det då vara?  
Om det finns något tydligt exempel"?

"... om man ska ändra någonting utifrån, kanske förbättra då, eller förtydliga, så kan ju jag känna utifrån det sammanhang jag är i nu, här i Göteborg att det inte finns så tydlig struktur i hur vi är organiserade, det kan se olika ut på de olika sjukhuskropparna, och det förändrar förutsättningarna resursmässigt. När jag var anställd i en annan kuratorsgrupp som hade en samordnare, kuratorschef, så drev den personen mycket frågor, som inte har med det direkta patientarbetet att göra. Och när vi önskar att göra det *här*, på *detta* sjukhus nu, så faller det på *oss* att *vi* ska försöka hinna med det, och vi måste såklart prioritera vårt patientarbete, *det* är lite svårt ibland. Det tycker jag skulle vara en hjälp, att organisationen och sådana frågor skulle förtydligas för oss. Eller organiseras på ett tydligare sätt.

Jag tänker mig att det kanske förtydligar, att det hjälper till att förtydliga kuratorsarbetet, funktionen. Vi på avdelningen blir ju en representant för vårt yrke så vi får ju gå dit och flagga för, visa vad vi gör och informera om det. Och det är lite utifrån mån av tid. Det skulle vara bra om det skedde i en tydligare form".

## Sjukhuskurator 2

"... Jag har ju stundtals en hög arbetsbelastning, det är det ju och där kan det ju var så här att eftersom jag har en halv avdelning också som gör att jag faktiskt måste frigöra lite tid för dem. Som jag sa så går jag in som konsult, de kan ju ringa när som helst behöver jag ha lite luft i systemet och det har inte jag inte riktigt. Och jag har inte lärt mig än på alla de här åren så att ibland så tippas tjänsten lite över, och då är det väl så här att, ju mer jag syns, ju mer jag är på en avdelning desto mer uppdrag får jag ju. Så det är väl i så fall där som jag skulle synas mera än som en konsult. Det är där jag tänker att jag skulle behöva ligga i men jag gör det inte det på grund av att jag inte har tid".

På avdelning så är inte den gruppen, alltså de naturvetenskapligt utbildade yrkeskategorierna, lika starka medskapare av sjukhuskuratorns identitet, då denna ses som, och är en utomstående. Genom samspel med varandra bekräftas eller förnekas en begäran av bekräftelse som de flesta medvetet eller omedvetet söker inom grupperingar för att människan söker efter trygghet i gruppen, i den tryggheten finns också en längtan efter att bli accepterad för den man är, de handlingar man utför och de förmågor man har (Mathiasson, 1994). Här kan vi se att sjukhuskuratorn stöter på problem i själva etablerandet av sin yrkesroll bland de andra. Detta skulle istället kunna avhjälpas genom det som sjukhuskurator 1 föreslår, att på ett organisatoriskt sätt strukturera en sådan integrering, att strukturell förändring som leder till verklig förändring kommer ovanifrån (Håkansson, 1995).

Förslagsvis via etablerade informationsmöten men eventuellt också genom att kuratorernas geografiska placering i husen ges en mer deltagande och självklar position.

Här hamnar man dock i något av det som Sjöström (2013) diskuterar och som uppsatsförfattarna tolkar då hon skriver att svenska kuratorer lutar åt att integreras för mycket i den medicinska världen, att man riskerar att förlora något av de socialarbetarvärderingar man har för att istället anamma eller förloras i medicinens värld. En sådan tendens skulle kunna förklaras med att en längtan att tillhöra många leder gånger till att en anpassning sker till gruppen, kontexten och sammanhanget med risk att göra våld på sin egen förförståelse och övertygelse (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005). Det som bör eftersträvas är arbetsrelationer som präglas av lyhördhet i

att förstå och ha acceptans för sina kollegors perspektiv och idéer, men det förutsätter att alla medlemmar i gruppen är tydliga (ibid.).

### **7.3.1 Sammanfattning**

Som en avslutning på ovan kapitel ges Sjukhuskurator 3 utrymme att belysa vad som kan styrka yrkesidentiteten.

"Att synas, som jag sa förut. Det skall finnas informationsblad om att det finns kurator att tillgå, om den informationen finns så blir vi synliga. Men sen tänker jag, att forskning, att där har inte vi varit så bra. Vi har ju en kollega som doktorerat men jag tror att det vi i framtiden, vi måste det. Här i sjukhusvärlden är det ändå det som räknas, att man skall forska, man ska bevisa vetenskapligt och så där och det är ju... det blir ju ett sett att visa på att vi är riktiga, att vi finns och så. Där har arbetsterapeuterna varit mycket bättre på det tror jag, de har ju forskat jättemycket och flyttat fram sina positioner genom det".

## **8. Sammanfattande slutsatser**

Resultat och analys visar att majoriteten av respondenterna trivs med sitt arbete och sina kollegor. Analysen säger att uppskattningen är ett uttryck för positiv återkoppling, enligt arbetsgruppens psykologi. Känslan av uppskattning upplevs inte lika stor från organisationen, som från patienter och team. Detta kopplas till de hierarkier som upplevs: det medicinska är alltid överordnat. Socionomutbildningen upplevs som mycket betydelsefull av kuratorerna, men en majoritet har vidareutbildat sig och nästan hälften anser att en vidareutbildning är nödvändig för att arbeta som sjukhuskurator.

En stor del av kuratorerna upplever att de får sina åsikter hörda, men att det sällan får en faktisk påverkan i organisationen. Yrkesrollen beskrivs som tydlig gentemot patient och teamets medlemmar, men otydlig på avdelningen. Kuratorerna poängterar att de behöver tydliggöra sin roll för de andra kollegorna. Det framhålls att organisatoriska förändringar skulle kunna möjliggöra en tydligare roll för kuratorn i organisationen.

Evidensbaserad medicin dominerar fältet, och då effekten av sjukhuskuratorernas arbete inte är lika simpelt att mäta blir yrkesrollens relevans stundtals oklar.

Tydliggörandet av yrkesrollen kräver ett personligt engagemang från sjukhuskuratorn. Det personliga engagemanget kan minska av bristande gehör och gensvar från organisationen. För att tydliggöra sin yrkesroll behöver kuratorerna hävda sig själva och sin funktion. Detta är tidskrävande och tidstillgång är en brist.

En övervägande majoritet är positiv till en legitimation för sjukhuskuratorn, men det råder delade meningar om hur stor betydelse en sådan skulle få. Utifrån detta menar uppsatsförfattarna att skillnader i uppfattning om eventuella fördelar med legitimation leder till att kampen är och varit svår att föra.

### **8.1 Höll hypotesen?**

Hypotesen löd en tydligt konkret yrkesroll och yrkesidentitet främjar sjukhuskuratorns sociala arbete i en naturvetenskaplig kontext.

Resonemangen under resultatavsnittet ger hypotesen stöd. Det skall dock nämnas att de mest intressanta resultaten är de som besvarar frågeställningarna. Hypotesen fungerade enbart som ett styrmedel för syfte *och* frågeställningar.

## **9. Slutdiskussion**

### **9.1 Upplyftande resultat och viktiga konstateranden**

Efter initiala antaganden, baserade på en egen empiri men också på en sammanfattad uppfattning av hur andra uppsatser och arbeten sett på och redogjort för sjukhuskuratorns status genom historien så landade denna uppsats i resultat som inte speglar en ensidigt negativ bild.

Vi är uppriktigt glada över resultatet som säger att sjukhuskuratorerna till 98 % trivs med sitt arbete. Att de också till 85 % trivs på sin specifika arbetsplats är också glädjande. Det var om sanningen skall fram resultat som vi inte väntade oss. Som ovan nämnt gick vi in i detta med mer negativa farhågor.

### **9.2 Tydligheten**

Det råder inget tvivel om att en tydlighet i sitt ämbete är eftersträvansvärt, att det sedan råder en tidsbrist som härrörs till resursbrist är givetvis inte lika upplyftande då det inverkar negativt på så många av de kvalitetsaspekter som yrkesrollen skulle kunna tillgodogöra sig. Ibland dessa så hamnar tiden till att göra sig hörd och tydlig överst. För

det finns uppenbart en vilja och en önskan till en tydligare yrkesidentitet, något som kan åstadkommas genom att tid frigörs till att vara närvarande bland övriga yrkeskategorier.

### **9.3 Legitimationsfrågans möjliga stötestenar**

Gällande legitimationsfrågan så har vi format nya frågeställningar som vi mycket väl är medvetna om kan provocera och ställa saker i en obekväm dager. Vi har funderat ur ett feministiskt perspektiv och om det patriarkala styret är det som genomsyrar vad som är viktigt eller inte. Trots att det inte existerar någon grupp som är till 100 % homogen så föreligger det utan tvekan uppdelningar av människor (Börjesson & Rehn, 2009) där kön antagligen är den mest använda uppdelningen. Wetterberg (1992) anser att den underordning som sker utav kvinnor inte får bortses ifrån även om gruppen kvinnor i sig själv är väldigt heterogen.

Av de vi intervjuat både via enkäterna som i djupintervjuerna, så är alla kvinnor. Det är fakta. Vår fråga är, och då är vi två män som ställer frågan, var är männen? Var är ni? Var tar ni vägen? Är det därför frågan om legitimationen aldrig ses som viktig nog, för att det inte är män som fört den framåt? För obestridligt är det så att det i en bra bit över 50 år så har frågan stötts och blötts. I flera utredningar så har det ansetts att en legitimation för kuratorn inte är nödvändig eller ens berättigad. Nu ligger ärendet på regeringens bord där det innan årsskiftet måste ha skett ett ställningstagande där man beslutar för en legitimation för att det inte, igen, skall få ett resultat som är fruktlöst.

Enligt Wetterberg (1992) föreligger det en underordning för kvinnor, en patriarkalisk maktstruktur som ligger inbäddad i samhället och dess medborgare. Wetterberg (1992) menar att det är viktigt att se att människan, oberoende av kön, inte är viljelösa kloner i ett och samma sammanhang, utan som handlande subjekt i sina egna unika sammanhang. Här blir vår fråga om ett eventuellt patriarkalt samband tydligt väsentlig men kanske ännu mer provocerande.

### **9.4 Forskningsspårets skapande av status**

Är det forskningsfältet som är så ointressant att det i över ett halvt sekel och av vad vi kan hitta, bara finns ett handfull relevanta avhandlingar och forskningsrapporter. Antalet c-uppsatser är relativt många där de flesta ringar in legitimationsfrågan som relevant. Detta oroar. Var tar all framtagen data vägen efter sin publicering? Vem är intresserad? Är det bara ett inhemskt intresse som råder så är det ju en oerhörd resurs som går förlorad där det som framtagits snart blir utdaterat och irrelevant. Kan det vara så att detta är *ett* hinder. Jämför vi med yrkeskårens arbetsterapeut och fysioterapeut så

är deras väg mot legitimation men också yrkesrollen kantad av en tydligare och mer unison kår men framförallt av en snabbare framfart till en legitimering. Självklart är också den naturvetenskapliga basutbildningen för de båda också något som ger utrymme och en mer självklarhet i sjukhuskontexten och kanske också därför ges en mer självklart och berättigad skyddad yrkestitel?

På samma sätt som att lönefördelningen mellan könen fortfarande är mer eller mindre i samma obalans som för 30 år sedan så tyder detta på krafter som verkar i det fördolda och där skulle tankar om den patriarkala ordningen kunna vara hithörande.

### **9.5 Mätning av socialt och psykosocialt arbete**

Som vi tagit upp så är det svårt att mäta eller utvärdera värdet av det psykosociala arbetet. Men det måste, även i detta fält, till mätmetoder och instrument som kan utvärdera hur en insats leder till en positiv utveckling för en patient, även i sin eftervård och vid sina eventuella återbesök. Men framför allt evidens på hur avsaknaden av sådan omsorg skulle innebära mer frekvent vård på avdelning.

För vissa patienter är de psykiskt ohälsosamma besvären en livslång kamp där avlastning och förståelse för det intrapsykiska är av stor signifikans. Vi tänker på patienter med kroniska besvär såsom hjärt- och leversjukdomar, tarm och cancertillstånd där också den demografiska spridningen men också en stor kulturell utbredning yrkar på stor bredd i förståelse samt ett behov av kurators kompetens av helhetsperspektivet som största fokus.

Det ställer som krav på sjukvårdsapparaten att följa med utvecklingen av en värld där den psykiska ohälsan också i övrigt följer en oroväckande trend i sin markanta ökning. Det kräver likvärdig ökning av förståelsen för psykosociala fältet.

### **9.6 Det akademiska spåret**

Som i diskussionen av det akademiska spåret i resultatdelen så är vi medvetna om att det möjligen rör upp känslor. Inte minst har det länge rört upp känslor för de sjukhuskuratorer som efterfrågar en utbildning som efterfrågas av deras arbetsgivare. Därav valet att diskutera den specifika frågans relevans i resultatkapitlet, för att den inte skulle riskeras att förbises för att den hamnat i en slutdiskussion.

Det är givetvis inte vår avsikt att peka finger. Snarare och om något så är det sorgligt att det är 66 % som är vidareutbildade samt 10 % som har påbörjat en vidareutbildning i KBT eller Steg 1, och då alltså utanför socionomutbildningarnas institutioner.

## 9.7 Tidigare forskning

Utbudet av aktuell och också relevant forskning för denna uppsats var som skrevs i början av kapitlet relativt tunn. De C- och masteruppsatser som vi läst för att finna stöd om vilken forskning som finns att tillgå gör att uppsatsförfattarna funderar på om *det* kan vara en bidragande anledning till varför yrkesidentiteten och yrkesrollen för sjukhuskuratorn och dess dignitet står inför en bristande teoriutveckling. Inom arbetsfälten arbetsterapeut samt fysioterapeut råder en mer djupgående forskning vilket också fört de professionerna framåt till de legitimerade yrken de är i dag.

Möjligen är bristande forskning i alla fall en beståndsdel som inverkar på saken.

## 9.8 Ur ett genusperspektiv

Om det i enlighet med de feministiska perspektiven och dithörande könsmaktsordning är så att kvinnor är underordnade männen så blir statusen för frågan om legitimation i enlighet med det resonemanget också underordnad, just för att vår uppsats respondenter till att börja med består av 100 % kvinnor. Vi menar att statusen för frågan måste höjas. Om den inte höjs på grund av avsaknaden av legitimationen till att börja med så är ett tillstånd av status quo ett sorgligt faktum. Också här är fortsatt forskning en dignitet som kommer att fortsätta vara av särskild vikt för det psykosociala och sociala arbetet i en överordnad kontext som den naturvetenskapliga. Detta är funderingar som inte har någon faktiskt teoretisk förankring men som kan vara värt att belysa i det skenet.

Vi hoppas att vi med denna uppsats kan bidra till att lyfta frågan på alla de tänkbara sätt som ses som nödvändigt för att få till en rättmätig legitimation för sjukhuskuratorn.

## 10. Litteraturlista

- Abrahamsson, B. (2000). Organisationsteori: Moderna och klassiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur
- Aronsson, G., Hellgren, J., Isaksson, K., Johansson, G., Sverke, M., & Torbiörn, I. (2012). Arbets- & organisationspsykologi. Stockholm: Natur & Kultur
- Bakka, J.F, Fivelsdal, Egil., & Lindkvist, L. (2006) Organisationsteori: Struktur, Kultur, Processer. Malmö: Liber AB
- Beder, J. (2000). Evaluation Research on the Effectiveness of Social Work Intervention on Dialysis Patients. *Social Work in Health Care*, 30(1), 15-30
- Bryman, A. (2011). Samhällsvetenskapliga metoder. Stockholm: Liber AB
- Börjesson, M., & Rehn, A. (2009) Makt. Malmö: Liber AB
- Dalen, M. (2007). Intervju som metod. Malmö: Gleerups utbildning
- Davidson, K.W. (1990) Role Blurring and the Hospital Social Worker's Search for a Clear Domain. *Health and Social Work*, 15 (3), Periodicals Archive Online pg. 228
- Ekman, G. (2003) Från prat till resultat - Om vardagens ledarskap. 2003. Malmö: Liber AB
- Flaa, P., Hofoss, D., Holmer-Hoven, F., Medhus, T., & Rønning, R. (1998) Introduktion till organisationsteori. Lund: Studentlitteratur
- Garpenby, P., & Carlsson, P. (2007) Organisationsförändring och prioritering. I P. Blomqvist (Red.), *Vem styr vården?* (s. 187-221). Stockholm: SNS Förlag
- Gibbons, J PhD. & Plath, D PhD. (2009). Single Contacts with Hospital Social Workers: The Clients' Experiences. *Social Work in Health Care*, 48:8, 721-735
- Granér, R. (1991). Arbetsgruppen – Den professionella gruppens psykologi. Lund: Studentlitteratur.
- Hersen, M (2004) *comprehensive handbook of psychological assessment*. Hoboken, New Jersey: J. Wiley



- Hwang, P & Nilsson, B (2014) Grupppsykologi för skola, arbetsliv och fritid. Stockholm: Natur och Kultur
- Håkansson, K. (1995). Förändringsstrategier i arbetslivet. Avhandling. Sociologiska Institutionen. Göteborg: Göteborgs Universitet
- Karlsson, H i Socionomen (2015) Nr2
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014) Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur AB
- Lalos, A. Blom, B. Morén, S. & Olsson, M. (2014). Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar. Stockholm: Natur & Kultur
- Lennéer Axelson, B. & Thylefors, I. (2005). Arbetsgruppens Psykologi. Stockholm: Natur och Kultur
- Lindkvist, L., Frode Bakka, J., & Fivelsdal, Egil. (2014) Organisationsteori: Struktur, Kultur, Processer. Stockholm: Liber AB
- Lundin, A. Benkel, I. de Neergaars. G. Johansson, B-M. & Öhrlin, C. (2007). Kurator inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur
- Mathiasson, C. (1994) Praktisk grupppsykologi. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, S. (1999). Kuratorn förr och nu. Sjukhuskuratorernas arbete i ett historiskt perspektiv (Doktorsavhandling). Göteborg: Doktorsavhandlingar från Göteborgs universitet
- Payne, M (2002). Modern teoribildning i socialt arbete. Stockholm: Natur och Kultur
- Sjöström, M. (2013). *To blend in or stand out?* (Doktorsavhandling, 2013:2, ISSN 1401-5781). Göteborg: University of Gothenburg, Dept. of social work,
- Svedberg, L. (2012). Grupppsykologi - om grupper, organisationer och ledarskap. Lund: Studentlitteratur AB
- Wetterberg, C. C. (1992). Från patriarkat till genusystem- och vad kommer sedan? Tidskrift för genusvetenskap, (3), sid-34.

Watt Boolsen, M. (2007). Kvalitativa analyser: forskningsprocess, människa, samhälle. Malmö: Gleerup

Wingfors, S, S. (2004). Socionomyrkets professionalisering. Göteborg: Sociologiska institutionen

Öquist, O. (2003) Systemteori i praktiken. Stockholm: Förlagshuset Gothia

### **Tidskrift online**

Erkers, H. Henriksson, E. Jonsson, A.W. Westerholm, B. & Widegren, C. (2015, 7 april). Inför legitimation för kuratorerna snarast. Expressen. Hämtad 2015-04-22 från <http://www.expressen.se/debatt/infor-legitimation-for-kuratorer-snarast/>

### **Hemsidor**

Codex - regler och riktlinjer för forskning. (2015-01-12) Informerat samtycke. Hämtad 2015-04-19 från <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>

### **Lagar och riksdag**

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

Skriftlig fråga 2014/15:349: Legitimation för kuratorer i sjukvården. Av Veronica Palm till Statsrådet Gabriel Wikström. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2015-04-22 från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Fragor-och-anmalningar/Fragor-for-skriftliga-svar/Legitimation-for-kuratorer-i-s\\_H211349/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Fragor-och-anmalningar/Fragor-for-skriftliga-svar/Legitimation-for-kuratorer-i-s_H211349/)

Skriftlig fråga 2014/15:350: Legitimation för kuratorer i hälso- och sjukvård. Av Barbro Westerholm till Statsrådet Gabriel Wikström. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2015-04-22 från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Fragor-och-anmalningar/Fragor-for-skriftliga-svar/Legitimation-for-kuratorer-i-h\\_H211350/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Fragor-och-anmalningar/Fragor-for-skriftliga-svar/Legitimation-for-kuratorer-i-h_H211350/)

Svar på skriftlig fråga 2014/15:350: Legitimation för kuratorer i hälso- och sjukvård. Av Gabriel Wikström och Socialdepartementet till riksdagen. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2015-04-22 från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Fragor-och-anmalningar/Svar-pa-skriftliga-fragor/Legitimation-for-kuratorer-i-h\\_H212350/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Fragor-och-anmalningar/Svar-pa-skriftliga-fragor/Legitimation-for-kuratorer-i-h_H212350/)

### **Statliga utredningar**

SOU 1999:4. God sed i forskningen. Stockholm.

## 11. Bilagor

### 11.1 Djupintervjufrågor

1. Beskriv din yrkesroll, vilket är ditt arbete?
2. Upplever du att du har en tydlig yrkesroll? **(Följdfråga):** *Om ja, om nej På vilket sätt?*
3. Om du skulle förändra något i din yrkesroll vad skulle det då vara **(Följdfråga)** finns det något tydligt exempel?
4. Om du skulle förändra något på din arbetsplats **(Följdfråga):** vad skulle det då vara?
5. Vad för status anser du att befattningen sjukhuskurator har på ett sjukhus?
6. Existerar det en hierarki på din arbetsplats? (Följdfråga: Beskriv)
7. Känner du att du behöver befästa och/eller motivera din närvaro på sjukhuset? (följdfråga: känner du att du behöver förklara din roll, dina arbetsuppgifter och hävda din kunskap osv.)
8. Hur viktig är din utbildning för ditt arbete?
9. Tycker du att det råder ett helhetsperspektiv perspektiv på din arbetsplats?
10. Upplever att det finns en kunskap om din yrkesroll som socionom bland övrig vårdpersonal?
11. På vilket sätt skiljer sig din kompetens från övrig vårdpersonal?
12. På vilket sätt definierar du yrkesidentitet?
13. Hur ser du på socionomens yrkesidentitet?
14. Är din roll på din arbetsplats viktig?
15. Önskar du att det fanns något i din utbildning som skulle främjat din yrkesidentitet mer?
16. På vilket sätt är det viktigt att inneha en professionell identitet för dig och sjukhuskuratorerna på din arbetsplats?
17. Anser du att sjukhuskuratorerna delar samma målsättning som övrig vårdpersonal på sjukhuset?

18. Anser du att sjukhuskuratorerna bör integreras i sjukvårdens kontext? (frågan bör skrivas om- förtydligas). **(Följdfråga)** Om Ja, anser du att det kan finnas det en fara med det? På vilket sätt?
19. Får du många uppdrag som inte tillhör din yrkesroll?
20. Förekommer det att övrig vårdpersonal har för höga förväntningar på dig?
21. Är du socionom eller sjukhuskurator, hur ser du på dig själv?
22. Hur upplevde du din första tid som sjukhuskurator/socionom?
23. Vad är du mest nöjd med i ditt arbete, vad är mest tillfredställande?
24. Vad är du mest missnöjd med i ditt arbete? Vad är mest frustrerande?
25. När fungerar samarbetet med övrig vårdpersonal som bäst?
26. När fungerar det som sämst?
27. Ser du ditt arbete som självständigt? **(Följdfråga)** *Är detta bra eller dåligt?*
28. Har du arbetat på andra sjukhus, Om Ja; Skiljer sig de olika arbetsplatserna åt på något sätt?
29. Hur upplever du att patienternas kunskap om sjukhuskuratorns roll är?  
**(Följdfråga):** *Måste du förklara vem du är och vad du gör?*
30. Upplever du någonsin att övrig vårdpersonal är osäker på vad din uppgift/uppdrag är?
31. Om du upplever att din yrkesroll är eller uppfattas som otydlig av övrig vårdpersonal, finns det något som *du* anser skulle kunna förändra tillståndet?
32. Har du en chef som adekvat företräder din yrkesgrupp som sjukhuskurator?
33. Bör sjukhuskuratorns chef vara socionom?
34. Har du konkreta förslag på saker som skulle förbättra ditt arbete?
35. Hur är det att komma från en icke-naturvetenskaplig utbildning men fortfarande jobba och verka i dess kontext?
36. Upplever man som sjukhuskurator en tillhörighet med socionomer i allmänhet?
37. Upplever du en yrkestillhörighet på din arbetsplats? **(Följdfråga)** Hur ser yrkestillhörigheten ut?
38. Anser du att en legitimation skulle göra skillnad för *sjukhuskuratorns* ställning?
39. Är en eventuell legitimation för *socionomen* relevant för din yrkesroll?
40. Hur ser du på det ansvar som medföljer en eventuell legitimation för sjukhuskuratorn?

41. Kan en sjukhuskurator bli anmäld enligt Lex Maria? Om Ja: Då har man samma ansvarsskyldighet som övrig vårdpersonal med legitimation. Om nej: så säger ju faktiskt en del om sjukhuskuratorns anseende, vad tycker du om detta?
42. Känner du dig uppskattad?
43. Är epitetet socionom ett yrke? *Syftet och frågan är att vi går en utbildning där vi utbildas till Socionomer, men merparten av oss går sedan vidare till yrken som terapeuter, sjukhuskuratorer, socialsekreterare, familjehemsutredare etc. Hur vi presenterar oss i allt från skylten på dörren till en handskakning med en patient har en tydlig koppling till hur otydlig rollen som socionom är och att det möjligen redan på akademisk nivå skapas en otydlighet och det är sällan vi träffat på någon som säger att de jobbar som socionom. Till och med Arbetsförmedlingens sökord ger föga då man söker ett arbete som socionom, däremot med SOCIONOMUTBILDNING. I en konstruerad värld där språket är viktigt blir den här aspekten av ordets användning högst relevant.*
44. **Hur tycker du att sjukhuskuratorns profession, uppdrag och ställning kan tydliggöras?** *(Det här är vårt syfte - det är intressant för oss att se hur de uppfattar frågan, och då vi ovan delat upp den här frågan i de små delar som du efterfrågar och med annan ordsättning så blir det viktigt att sammanfatta, för att se om de under intervjuens gång också fått till en klarare syn på sig själv och sin roll.)*
45. Trivs du med ditt arbete?

## 11.2 Samtyckesformulär

### Informerat samtycke till medverkan i enkätstudie

Hej!

Våra namn är Thomas Englund och Linus Engberg. Vi går termin 6 på Socionomprogrammet på Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet. Just nu skriver vi en C-uppsats och har valt sjukhuskuratorers yrkesroll som ämne. Mer specifikt så undersöker vi vad som kan förtydliga sjukhuskuratorns roll på sjukhuset.

Vi vill fånga era tankar om ämnet, vad ni ser för möjligheter och hinder, vad ni upplever svårt och lätt, vad som är givande och ev. belastande. Detta vill vi göra genom en enkätstudie som består av 52-strukturerade frågor.

Deltagandet är frivilligt och Du kan när som helst och utan närmare förklaring avbryta deltagandet.

Våra enkäter är anonyma, konfidentiella och kodas under hela processen vilket gör att man inte kan identifiera personen. Enkäten tar ca 15-20 minuter att genomföra.

Ditt medverkande är ytterst viktigt för oss, för vårt arbete och förhoppningsvis också intressant för er.

Vid frågor eller ytterligare information kan vi nås på [guselinu@student.gu.se](mailto:guselinu@student.gu.se) eller via mobil: Thomas 0733946237

Handledare är lektor Hanan El Mala: [hanan.el.mala@socwork.gu.se](mailto:hanan.el.mala@socwork.gu.se) eller 031-7861591

Vänligen

*Linus Engberg, Thomas Englund*

*Hanan El Malla*

### 11.3 Enkätfrågor

#### Enkätfrågor

Obs. Vänligen notera att varje fråga har 1 svarsalternativ.

#### 1. Kön

- Kvinna
- Man
- Annat

#### 2. Ålder

- 21-25
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61-65
- 65+

#### 3. Hur länge har du arbetat på din närvarande arbetsplats

---

#### 4. Vilket år tog du socionomexamen?

---

#### 5. Anser du att epitetet socionom är ett yrke?

- Ja
- Nej
- Vet ej

#### 6. Presenterar du dig som sjukhuskurator eller som socionom *på* sjukhuset?

- Sjukhuskurator
- Socionom
- Både och

#### 7. Presenterar du dig som sjukhuskurator eller som socionom *utanför* sjukhuset?

- Sjukhuskurator
- Socionom
- Både och

#### 8. Upplever du din yrkes- roll/identitet som tydlig?

- Helt tydlig
- Något otydlig
- Otydlig

**9. Känner du dig säker i din yrkesroll?**

- Alltid
- Oftast
- Sällan

**10. Hur tycker du att kommunikationen fungerar mellan dig och övrig vårdpersonal?**

- Tillfredställande
- Mindre tillfredställande
- Ej tillfredställande

**11. Upplever du övrig vårdpersonal som införstådd med vad din uppgift eller roll som sjukhuskurator är?**

- Alltid
- Ofta
- Sällan
- Aldrig

**12. Upplever du att det råder kunskap om din yrkes- roll/identitet som *sjukhuskurator* bland övrig vårdpersonal?**

- Ja
- Oftast
- Delvis
- Nej

**13. Upplever du att det finns en kunskap om din yrkesroll/ -identitet som *socionom* bland övrig vårdpersonal?**

- Ja
- Oftast
- Delvis
- Nej

**14. Känner du att du behöver "marknadsföra" eller motivera din yrkesrolls betydelse på sjukhuset för övrig vårdpersonal?**

- Alltid
- Ofta
- Sällan
- Aldrig

**15. Har du någon gång behövt tydliggöra eller förklara ditt uppdrag för övrig vårdpersonal?**



- Ja
- Nej

**16. I vilken omfattning behöver du tydliggöra eller förklara ditt uppdrag eller dina arbetsuppgifter för övrig vårdpersonal?**

- Ingen omfattning
- Liten omfattning
- Stor omfattning
- Våldigt stor omfattning

**17. Anser du att din närvaro bland övrig vårdpersonal förtydligar din yrkes- roll/identitet?**

- Ja
- Nej

**18. Påverkar en personlig relation med övrig vårdpersonal förståelsen för din yrkes- roll/identitet?**

- Mycket
- Ofta
- Sällan
- Aldrig

**19. Anser du att tidsbrist är något som påverkar din yrkesrolls tydlighet bland övrig vårdpersonal?**

- Ja
- Nej

**20. Anser du att sjukhuskuratorer behöver lägga ner mer tid på att göra sin röst hörd på sjukhuset?**

- Ja
- Nej

**21. Skulle du lägga ner mer tid på att få en personlig relation med övrig vårdpersonal om tid fanns?**

- Ja
- Nej

**22. Hur mycket tid skulle du lägga på att öka din närvaro på avdelningen och bland övrig vårdpersonal om den tiden gavs?**

- Mycket
- Lite
- Lagom mycket

- Ingen

**23. Deltar du på informationsmöten för övrig vårdpersonal där du informerar om din roll och ditt uppdrag på sjukhuset?**

- Ofta
- Sällan
- Aldrig

**24. Skulle du delta på fler sådana informationsmöten om tid fanns?**

- Ja
- Nej

**25. Upplever du att dina eventuella åsikter eller frågeställningar om din arbetsplats och din yrkesroll beaktas och lyssnas till?**

- Alltid
- Oftast
- Sällan
- Aldrig

**26. Upplever du att dina framförda åsikter ger en påverkan i organisationen och/eller för dig själv?**

- Stor påverkan
- Liten påverkan
- Ingen påverkan

**27. Vill du ha en socionom som chef?**

- Ja
- Nej

**28. Har du en socionom som chef?**

- Ja
- Nej

**29. Har du en chef som adekvat företräder din yrkesgrupp som sjukhuskurator?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**30. Har du en bra chef?**

- Mycket bra
- Bra
- Ganska bra
- Dålig
- Mycket dålig

**31. Saknas det en tydlig Ledare/Fackförening/Organisation för er sjukhuskuratorer som yrkeskår?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**32. Råder det en tydlig hierarkisk ordning bland yrkesrollerna på din arbetsplats?**

- Ja
- Otydlig
- Nej

**33. Om ja, hur mycket anser du att yrkesrollernas hierarki påverkar *din* yrkesroll?**

- Mycket
- Lite
- Lagom
- Inte alls

**34. Anser du att din utbildning har någon inverkan på din position i hierarkin?**

- Stor påverkan
- Liten påverkan
- Ingen påverkan

**35. Var skulle du placera dig själv i den hierarkiska ordningen?**

- Högt
- Mellan
- Lågt

**36. Hur nöjd är du med din position i hierarkin?**

- Mycket
- Lagom
- Lite
- Inte alls

**37. Upplever du något problem med att komma från en icke-naturvetenskaplig utbildning men att jobba i dess kontext?**

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

**38. Existerar det adekvata vidareutbildningar/kompetensutbildningar för sjukhuskuratorn?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**39. Hur viktig är din socionomexamen för ditt arbete som sjukhuskurator?**

- Mycket viktig
- Ganska viktig
- Inte viktig

**40. Anser du att socionomexamen är en adekvat utbildning för att bli sjukhuskurator?**

- Ja
- Nej
- Det krävs en vidareutbildning

**41. Har du en vidareutbildning (efter socionomexamen) som är relevant för ditt yrke som sjukhuskurator?**

- Ja
- Nej
- Har påbörjat en utbildning

**42. Upplever du ett stöd från din arbetsgivare för att vidareutbilda dig i din yrkesroll?**

- Ja
- Nej

**43. Tror du att din arbetsplats skulle finansiera en vidareutbildning som skulle främja dig i ditt arbete (exempelvis steg-1)?**

- Ja
- Ja, delvis
- Nej
- Vet inte

**44. Vill du att sjukhuskuratorn skall vara en integrerad del av övrig vårdpersonal eller ser du hellre sjukhuskuratorerna som en egen, fristående grupp inom organisationen?**

- Integrerad
- Fristående
- Vet ej

**45. Föredrar du teamarbete där man jobbar tätt med andra yrkeskategorier eller föredrar du att jobba ensam?**

- Teamarbete
- Ensam

- Både och

**46. Upplever du dig i din yrkesroll uppskattad av *patienterna*?**

- I mycket hög grad
- I hög grad
- Delvis
- I liten grad
- I mycket liten grad

**47. Känner du dig i din yrkesroll uppskattad av de andra *yrkesgrupperna* på sjukhuset?**

- I mycket hög grad
- I hög grad
- Delvis
- I liten grad
- I mycket liten grad

**48. Känner du dig i din yrkesroll uppskattad av *organisationen* på sjukhuset?**

- I mycket hög grad
- I hög grad
- Delvis
- I liten grad
- I mycket liten grad

**49. Finns det ett behov av fler anställda sjukhuskuratorer på din arbetsplats?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**50. Är du nöjd med din lön?**

- Nöjd
- Ganska nöjd
- Missnöjd

**51. Trivs du på din arbetsplats?**

- I mycket hög grad
- I hög grad
- Delvis
- I liten grad
- I mycket liten grad

**52. Trivs du med dina närmaste kuratorskollegor?**

- I mycket hög grad

- I hög grad
- Delvis
- I liten grad
- I mycket liten grad

**53. Trivs du med ditt arbete?**

- I mycket hög grad
- I hög grad
- Delvis
- I liten grad
- I mycket liten grad

**54. Anser du att en legitimation skulle göra skillnad för sjukhuskuratorns betydelse och ställning på sjukhuset?**

- Självklart
- Förmodligen
- Troligtvis inte
- Vet inte

**55. Anser du att sjukhuskuratorn skall ha en legitimation?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

Om det är något som du vill tillägga, som kanske vi har missat eller har andra kommentarer kring enkäten, skriv gärna här:

---

---

---

---

---

---

---

**Tack för din medverkan!**