

Med avstegen som arbetsplats

En etnografisk studie av hälso- och sjukvårdskuratorns arbete

Elisabet Sernbo



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Skriftserie för avhandlingar, Institutionen för socialt arbete,
Göteborg universitet, 2019:1

© 2019 Elisabet Sernbo

Omslagsbild: Magnus Vargvinter

Tryck: BrandFactory AB, Bangårdsvägen 8, 428 35 Källered

ISBN 978-91-88267-09-2

ISSN 1401-5781

”Man måste, tänkte hon, medan hon betänksamt doppade penselspetsen, vara öppen för den vardagliga verkligheten. Man måste helt enkelt känna att detta är en stol. Detta är ett bord. Och ändå: det är ett under. Det är extas.”

Virginia Wolf

ABSTRACT

Title: Out of line as workplace – An ethnographic study of health social work

Author: Elisabet Sernbo

Keywords: health social work, ethnography, queer phenomenology, reorienting work, jurisdictional work, professional self-image, professional-patient relations, interprofessional relations

Distribution: University of Gothenburg, Department of Social work,
Box 720, S-405 30 Göteborg

ISBN: 978-91-88267-09-2

ISSN: 1401-5781

E-publishing: <http://hdl.handle.net/2077/59806>

The aim of this thesis is to analyse what characterizes everyday health social work, focusing on the interplay between health social workers, patients and other health care professionals, and on the professional self-image of health social workers. The approach is ethnographic and the study is based on shadowing and focus group interviews. The overarching theoretical concepts are inspired by queer phenomenology. The analysis shows that in the main, health social work is not characterized by the exercise of public authority or redistribution of resources. It is therefore analysed as reorienting work – affecting how people understand themselves and direct their attention as well as what objects become reachable. Health social workers help patients as well other staff members and teams to cope with difficulties and contribute to maintaining organizational efficiency and specialization by offloading other staff members and enhancing patient compliance. They position themselves, and are positioned, in many and contrasting ways. This results in multifaceted everyday work directed at individual patients as well as other health care professionals, in which the health social workers become a conditioned part of several constellations of ‘we’. These ambivalent loyalties are balanced using strategies that allow them to be perceived as parts of the institutions and also as unattached. This makes them flexible in organizing their work but also dependent on cultivating and maintaining personal relationships, resulting in a high degree of temporality in their jurisdictional work. Health social workers hold a professional self-image of valuing loyalty with patients, but this ideal is difficult to observe in practice. They often intend to function as extended arms for patients, but sometimes they rather become extended arms of the organizations.

Förord.

Ibland skulle jag vilja vara lite mer som Frida Hyvönen, som i sitt tacktal på Grammisgalan 2017 tackade sig själv och sa: "Jag har skrivit hela skiten själv!"

Jag har skrivit hela skiten själv.

Men hon sa också: "Det finns ingen att tacka." Det varken kan eller vill jag säga. Jag hade inte kunnat göra det utan kuratorerna jag skuggat. Stort tack till er, inte enbart för att ni släppte in mig i era arbetsliv, utan också för hur ni släppte in mig. Stort tack till alla patienter och anhöriga, som låtit mig vara med på en del av era liv. Stort tack också till er som deltog i fokusgruppen. Jag har levt med era röster länge nu.

Jag hade inte heller kunnat göra det utan mitt nätverk av händer:

Anna och Anette. Jag antar att ni hållit mig på linjer, men ni har gjort det med sådan varsamhet att jag hela tiden känt mig fri. Tack.

Björn och Hanna. Ni har pressat mig lite mer, just när jag behövde det. Tack.

Cecilia. Din kombination av att vara skärpt och schysst är ett föredöme. Tack.

Ingegerd. Tack för all koll och omsorg. Lycka till med vad du än tar dig för nu.

Jolijt, Veronica, Helena, Matilda, Mattis, Ellinor, Mari, Jenny, Yommine, Nika, Katarina, Russell, Anna, Kerstin, Kristin, Birgitta, Elisabeth, Julia, Hanna, Manuela, Karin, Helena, Jesper, Charlotta, Barbro, Tua, Viktoria, Johan, Majsa, Leila, Magnus och Jonas. Tack för alla samtal, alla skruvade möbler, alla löpturer, alla kramar, all pepp, allt kaffe, all musik.

Lena, Jan och Anna.

Framför allt och alla Levi och Ruben.

Innehåll

Förord.....	7
1. Introduktion.....	13
Inledning och bakgrund.....	15
Ingången till fältet och forskningsfrågorna.....	15
En ”vanlig” arbetsdag hos en hälso- och sjukvårdskurator.....	16
Hälso- och sjukvårdskuratoren i Sverige idag.....	18
Framväxten av hälso- och sjukvårdskuratorsarbetet.....	21
Det nutida sammanhanget.....	24
Tidigare forskning.....	27
Kuratoren i hälso- och sjukvården.....	27
Patient- eller organisationsfokus?.....	29
Frihet i periferin?.....	32
Funktioner och förväntningar.....	34
Reflektion kring tidigare forskning.....	38
Avhandlingens fokus och struktur.....	39
Syfte och frågeställningar.....	39
Avhandlingens fokus och begränsningar.....	39
Reflektioner kring forskarens position.....	40
Avhandlingens disposition.....	41
2. Teoretiska perspektiv och centrala begrepp.....	43
Bakgrund.....	43
Begrepp jag bar med mig in i fält.....	44
Mötet med fältet.....	46
En social ontologi.....	48
Sjukvården som ”nätverk av händer”.....	51
En queer fenomenologi.....	53
Orientering som arbete.....	55
Kuratoren, avstegen och linjerna.....	57
Det vardagliga arbetets organisering.....	59

Att hantera bekymmer och problem	59
Handlingsutrymme och jurisdiktionsarbete	62
Kapital som resurs	64
Sammanfattande reflektion.....	68
3. Metod och material	71
Övergripande metodologiska reflektioner	71
Studiens deltagare.....	72
Rekryteringsprocessen	74
Fältstudierna	75
Tid, plats och person	78
Att skugga, följa eller delta?	80
Skuggan som subjekt - funderingar om närhet och distans	81
Relationerna till patienter och anhöriga	87
Fokusgruppen	90
Yrkesrelaterad självförståelse och kollektiv meningskonstruktion	90
Fokusgrupp som process och uppförande	92
Fokusgruppens genomförande	92
Tolkningen av materialet	94
Beskrivning, analys och tolkning	96
Reflektioner kring tillförlitlighet	97
4. Livet och effektiviteten	101
Kuratorns positioner och funktioner	101
(Utskrivnings)planering som arbete	114
Livslinjer och effektivitetslinjer	119
När livet och effektiviteten är på väg åt olika håll	124
Aktivitet och passivitet, öppenhet och hemlighet	128
Livet under radarn	134
Sammanfattande reflektion.....	139
5. Specialisering och assimilering	143
Arbete med nätverk av händer	145

Att understödja specialiseringslinjer	148
Den halvt hemliga handledaren	154
Förhandlingen om att underlätta.....	157
Gubben i lådan?	163
Beroenden av andra.....	171
Kollektiviteten i linjer.....	175
Sammanfattande reflektion.....	177
6. Följsamhet och förlängda armar	179
Arbete med samarbete	183
En parentes om en madrass.....	187
Besvärliga subjekt	188
Att kombinera auktoritet med samarbete.....	190
Symbolisk makt eller frigörande potential?	193
Oföljsamma kroppar	195
Hjälp med perspektiven.....	199
Frågan om affekt och relationer på spel.....	203
Allierad med alla, allierad med ingen?.....	206
Sammanfattande reflektion.....	211
7. Redistribution och reorientering.....	213
Det materiella och det emotionella.....	216
Livets dimensioner.....	217
Kroppen, känslan och livet	218
Att arbeta med det andra bestämmer över	219
Kuratorernas resurser och förhandlingen kring hur de ska användas	225
Att mobilisera andras resurser	228
Den ojämlika fördelningen av ”meck”	230
När förväntningarna krockar	231
När resurserna inte finns hos någon?.....	237
Den konfliktundvikande kameleonten	243
Sammanfattande reflektion.....	245

8. Avslutande diskussion	249
Att förstå hälso- och sjukvårdskuratorns arbete.....	249
Kuratorn som stress- och påtryckningsspecialist.....	252
Kuratorn som den förlängda armen.....	256
Kurators linje?	258
9. English summary.....	263
Aim, research questions and empirical material	264
Theoretical framework and analytical tools.....	265
Main results	266
Life and efficiency.....	266
Specialization and assimilation.....	267
Compliance and extended arms.....	268
Redistribution and reorientation.....	269
Concluding reflections.....	270
10. Referenser	273

1. Introduktion

Med kurator Elsa, våren 2015

Elsa går in till en patient, Mia. Mia sover och Elsa kommer ut i korridoren igen. Men, säger Elsa, Mia ska väckas för lunch snart ändå. Elsa går in igen, väcker Mia. Hon frågar om jag får vara med när de ska samtala och får besked om att det är ok. Samtalsrummet är upptaget. Elsa går med Mia till ett rum med glasväggar, innanför dagrummet. Det sitter en annan patient där, han håller på med en pärlplatta. Elsa frågar om han kan gå. Han ser inte helt nöjd ut och säger: Men var ska jag vara? Det sägs i rörelse, han är redan på väg ut.

Mia är liten i kroppen och liksom tillbakadragen i sitt sätt. Pratar tyst. Jag gör så gott jag kan för att anteckna vad som sägs. Elsa frågar om hon träffat kurator i slutenvården förut. Mia frågar: Slutenvård? "Ja, när du var inlagd?" Mia svarar att hon träffat kurator på en annan avdelning. Bra, säger Elsa, då vet du hur vi jobbar, då behöver jag inte förklara det. Socialtjänsten har frågat om korttid. Mia säger att hon har en lägenhet, vet inte om hon behöver korttidsboende. Elsa säger att det finns personal på ett boende. Bor hon ensam? Ja. Har hon varit på korttid förut, eller besökt? Nej. Elsa säger att hon ska prata med socialtjänsten, om Mia samtycker till det. Det gör Mia. Sedan undrar Mia om hon ska gå nu. Elsa säger "inte än", och frågar om hennes försörjning. Mia säger att hon har försörjningsstöd, men att hon ska få självförsörjning. Elsa undrar vad det är. Mia säger att det är från Försäkringskassan. Är det aktivitetsersättning? Mmm. Elsa undrar över Mias sysselsättning. Mia svarar "ingenting", hon kan inte. Elsa frågar hur det har varit innan, och Mia berättar att hon haft praktik: på kemtvätt och i affär. Sedan frågar Elsa om Mia har några kontakter inom öppenvården och om hon har några förväntningar på hjälp i övrigt.

Patienten som var i rummet förut, mannen med pärlplattan, kommer in och säger: "Ursäkta fem sekunder."

Mia säger att hon vill ha behandling för sin depression. Hon vill kunna ta hand om sig själv. Det är svårt att gå ut, det känns inte bra, hon har en spänning i huvudet. Hon säger att hon vill ha en stödperson med sig hela tiden. Elsa säger, liksom frågande: "Stödperson, eh?" Ja, som tar omhand, bara jag tänker blir jag spänd i huvudet. Elsa undrar om hon menar som en god man. Mia säger igen, som tar hand om, ger en pengar. Elsa säger: ge pengar, följa med på möten,

söka fonder, betala räkningar, är det något sådant du vill ha? Mia hummar bekräftande och säger: Och kroppen, allergi. Har varit för att testa, men det blev inget test, de säger att jag inte har allergi och jag bara, hur vet du det? Elsa säger att Mia får ta upp det med läkaren, det är inte hennes kompetens. Men hon har själv testat sig för allergi och fick svar direkt, så var det för henne. Men, ta det med läkaren.

Mia säger att det är svårt med omvärlden. Elsa undrar hur hon menar. Mia säger att hon får en känsla. Elsa frågar igen hur hon menar. Usch, nu börjar min hals... shit! "Jag tror att jag behöver en person, alltså 24/7".¹ Elsa säger att de inte är med henne jämt på boendet. Mia undrar: "Finns det någon som är med en jämt?" Inte vad jag vet, svarar Elsa, som en personlig assistent? Mia säger: en personlig assistent. Jag vill ha som en mamma, från myndigheterna. Elsa säger att man inte kan ha en personlig assistent och korttidsboende samtidigt. Mia liksom höjer händerna och håller dem för halsen. Kippar med andningen och börjar pipa. Elsa frågar om de ska avsluta.

Med kurator Anna, hösten 2015

Under fikat sitter två sjuksköterskor och en läkare och diskuterar en patient som inte kommer på bokade tider och som inte tar sina mediciner som hon ska. De relaterar också till en annan patient som gjort på samma sätt. De pratar om hur detta är problematiskt och svårt att hantera. Sjukdomarna har de planer för hur de ska hantera, men det är svårt när patienterna inte är följsamma. Sjuksköterskorna vänder sig i samtalet mot Anna och säger att hennes funktion blir viktig här: hon är den som både kan upplysa patienterna om hur de bör göra och hjälpa till att avtäcka de skäl man antar ligger bakom den bristande följsamheten. Sjuksköterskorna pratar om att det kan vara olika saker. Det kan vara sociala faktorer: att man inte har nätverk, inte kan språket, inte har förstått. Eller så kan det vara något psykologiskt, att man inte mår bra. Läkaren säger att det också kan vara en knepig personlighet som gör att man inte "kommer fram."

Anna och Elsa arbetar som hälso- och sjukvårdskuratorer² och jag har under några dagar skuggat dem och sex av deras kollegor i deras respektive arbeten. Dessa utdrag syftar till att ge en första inblick i arbetets vardag, där kuratorn i olika slags rum

1 Som jag förstår det menar hon med detta dygnet runt, alla dagar i veckan.

2 I avhandlingen används begreppet hälso- och sjukvårdskurator för att benämna yrkesgruppen. Ibland skriver jag enbart kurator eller yrkesgruppen, exempelvis för att någon sagt så och citeras, eller för att undvika upprepningar som skulle kunna störa läsningen. När andra typer av kuratorer refereras till skrivs det därför ut tydligt, som när texten avser skolkuratorer.

möter både patienter och annan personal, liksom olika typer av förväntningar på arbetets innehåll och utformning. Som utdragen låter ana kommer analyserna att visa hur arbetet präglas av en mångfald av positioner och funktioner som kuratorn på olika sätt manövrerar i samspel med patienter och annan personal. Utan att arbeta med direkt beslutsfattande förväntas kuratorn hjälpa både patienten, den andra personalen och den sjukvårdande organisationen på ett sådant sätt att de alla, för att låna några ord från läkaren i utdraget ovan, ”*kommer fram.*”

Inledning och bakgrund

Detta är en avhandling om hälso- och sjukvårdskuratorns arbete, inom regionernas specialistsjukvård riktad till vuxna, i Sverige. Det empiriska materialet består av fältanteckningar som jag, under åren 2014–2016, samlat in genom att skugga åtta kuratorer verksamma inom skilda medicinskt definierade verksamhetsområden. Jag har också samtalat med en fokusgrupp bestående av åtta ytterligare hälso- och sjukvårdskuratorer under två tillfällen våren 2016. Mitt intresse har riktats mot arbetets vardagliga organisering och vad som karaktäriserar arbetet genom att ställa frågor som vilka resurser kuratorer har tillgång till. Detta har sedan också relaterats till yrkesgruppens självbild.

I detta inledande kapitel presenteras min personliga bakgrund till avhandlingens fokus liksom en summarisk beskrivning av hur en hälso- och sjukvårdskurators arbetsdag kan se ut, baserad på fältanteckningar från de kuratorer som skuggats. Beskrivningen syftar till att ge läsaren en övergripande bild av arbetet.³ Sedan följer en dagslägesbeskrivning relaterat till kuratorernas antal, lagar som reglerar arbetet, sammanslutningar som företräder yrkesgruppens intressen och exempel på hur arbetet beskrivs i platsannonser. Därefter beskrivs yrkets framväxt liksom det dagsaktuella sammanhanget i relation till yrkesgruppen. Slutligen följer ett avsnitt med fokus på den tidigare forskning som avhandlingen går i konversation med och en redogörelse för avhandlingens fokus och struktur.

Ingången till fältet och forskningsfrågorna

Innan jag påbörjade forskarutbildningen arbetade jag som hälso- och sjukvårdskurator i nio år. Parallellt läste jag till en masterexamen i socialt arbete. Utbildningen avslutades med ett vetenskapligt arbete (Sernbo 2012). Inför detta kände jag en

3 Den beskrivning som ges här kan givetvis inte förstås som neutral, utan är ett resultat av en destillering från min sida. Det är dock min förhoppning att inte föregå analysen, utan att denna beskrivning kan fungera som en introduktion som gör läsningen av avhandlingen mer begriplig, också för någon som inte har så mycket förkunskaper om hälso- och sjukvårdskuratorer.

trötthet inför att tänka på mitt eget arbete, varför jag valde att fokusera på andra yrkesgrupper. Jag observerade och spelade in tvärprofessionella möten och undersökte dessa med fokus på patientkonstruktioner. I min analys gjorde jag tolkningen att de patientidentiteter som konstrueras kan fungera som sorteringsmekanismer för vården, då patienterna genom dessa identiteter förstås som mer eller mindre möjliga att hjälpa. Det senare i synnerhet relaterat till patienter som av teamens medlemmar beskrevs som belastade av olika typer av social problematik, som bostadslöshet, missbruk och arbetslöshet. I min strävan att vända uppmärksamheten från hälso- och sjukvårdskuratorn landade jag alltså, paradoxalt nog, mitt i det som kan uppfattas som yrkesgruppens själva raison d'être: hanteringen av sociala problem inom hälso- och sjukvården. När jag blev antagen till forskarutbildningen i socialt arbete vände jag därför blicken tillbaka mot kuratorn, men istället för att arbeta som kurator ville jag nu utforska kuratorns arbete.

En ”vanlig” arbetsdag hos en hälso- och sjukvårdskurator

En vanlig arbetsdag bland de kuratorer jag skuggat börjar inom ramen för de flex-tidsavtal de flesta av dem har som reglering av arbetstiden. Dessa avtal kan innebära att de kan börja arbeta mellan kl. 06.30 och 09.00. Som regel är de på plats någon gång mellan kl. 07.30 och 08.15. Arbetsdagen inleds vanligen med en kopp kaffe, lite småprat med någon kollega, en koll i dagens almanacka och en titt i brevlådan - en elektronisk och en i form av pappersfack - efter meddelanden eller remisser. Telefonsvarare lyssnas av och de som byter om till arbetskläder gör det. Vissa gör det alltid, andra aldrig. Ytterligare någon byter om flera gånger per dag relaterat till vad arbetsdagen innehåller och vilka rum hon⁴ vistas i.

Alla kuratorer jag skuggat har egna kontor på eller i anslutning till den mottagning eller avdelning där de arbetar. En del av dem använder rummen enbart till administrativt arbete och träffar patienter i andra rum, en del av dem har rummen som samtalsrum och kontorsrum. Ingen av dem som arbetar inom slutenvården har sina rum placerade på själva avdelningen. När de ska träffa inneliggande patienter sker därför dessa möten i andra typer av rum på avdelningarna: patientrum, samtalsrum, konferensrum, dagrum eller korridorer. Mycket av samtalen med annan personal sker, också för kuratorerna inom öppenvården, på läkar- eller sjuksköterskeexpedi-

4 Jag väljer att i avhandlingens text använda ”hon” som pronomen för att beteckna kuratorn. Detta då samtliga deltagande kuratorer i avhandlingen identifierar sig som kvinnor. Då personer som identifierar sig som män återfinns i avhandlingen används ”han”. När jag vid några enstaka tillfällen inte vetat alternativt refererar till en funktion snarare än en person använder jag ”hen”.

tioner eller i korridorer. Kuratorns arbete kan därför beskrivas som av mycket varierad och ofta också spontan rumslig karaktär.

I kuratorernas kontor finns som regel ett stort skrivbord med dator och telefon, en tillhörande kontorstol samt två fåtöljer placerade snett mitt emot varandra med ett litet bord emellan. De är möblerade för samtal, också de rum som sällan eller aldrig används för samtal med patienter eller anhöriga. I många av rummen finns också en enklare pinnstol bredvid skrivbordet, vilken vanligen används av annan personal då de besöker kuratorns rum. I rummen finns också bokhyllor. Bland titlarna märks böcker om stress, kognitiv beteendeterapi/KBT, sömn, psykoser, döden och kris. I de flesta bokhyllor trängs också många pärmar, vilka av ryggarna att döma innehåller olika typer av blanketter, som ansökningar om färdtjänst och god man, liksom olika typer av skattningsskalor. Andra pärmar innehåller utbildningsmaterial från kurser kuratorn ifråga deltagit i, exempelvis psykosocialt behandlingsarbete. På många rum finns också flera informationsbroschyrer, vanligen om olika typer av stöd som kan vara aktuella för patienter, som samtalsgrupper och patientföreningar.

Kuratorerna har kontakter med patienter och deras anhöriga, oftast i enskilda samtal som berör hur livet förändrats efter sjukdom eller skada och hur detta kan hanteras. Kontakterna kan också ske genom deltagande vid olika typer av möten, oftast avseende samhällets övriga stödinsatser. De vanligaste frågorna som behandlas handlar om eventuella behov av stöd från socialtjänsten eller olika former av samtalsstöd. Bland de områden som berörs finns exempelvis relationssvårigheter, bostadsproblem, ekonomiska problem, ensamhet, kriser och oro. Den medicinska inriktningen på vården ifråga kan sedan innebära att en kurator arbetar med exempelvis smittspårning, abortrådgivning eller psykoterapi.

Efter varje samtal, på plats eller genom telefon, journalförs kontakten i en elektronisk patientjournal. Själva kontakten registreras och klassificeras också i ett sjukvårdens registersystem, där den medicinska diagnosen och karaktären på insatsen noteras, exempelvis "bedömning av livsomständigheter", "stödsamtal" eller "stöd i ekonomiskt liv". Vissa insatser, som smittspårningar, registreras i ytterligare register. Vissa besök innebär annat efterarbete i form av telefonsamtal liksom författande av olika typer av intyg, vanligtvis vid ansökningar om insatser från samhällets övriga instanser eller ansökningar om fondmedel.⁵ Också dessa insatser journalförs och registreras.

5 Dessa är en form av stipendier, eller bidrag, som närmast kan liknas vid välgörenhet. Ofta består de av testamenterade tillgångar, specifikt avsedda för olika diagnoser eller situationer, vilka förvaltas av sammanslutningar som tar emot och bedömer ansökningar, exempelvis från kuratorer, men också direkt från sökande eller från andra företrädare för sökande, som gode män.

Några av kuratorerna har kontakt med alla patienter på en viss avdelning och kontakt med kurator kan då uppfattas som en del av avdelningens ordinarie rutiner. En del kuratorer fungerar mer som konsulter, som kommer till en avdelning först då någon annan gjort en bedömning och gjort kuratorn uppmärksam på att det finns behov av ett besök.

Stora delar av kuratorernas arbetsdagar ägnas vidare åt samtal med annan personal, i form av exempelvis telefonkontakter med socialtjänst eller andra vårdgivare, liksom olika typer av möten som arbetsplatsträffar eller team-möten, där personal talar om patienter utan deras deltagande. På arbetsplatserna finns också andra typer av möten, som handledning i grupp, yrkesgruppsmöten eller en form av effektivitetsmöten. Dessa går under lite olika benämningar, men innehåller diskussioner kring hur ”flödet” av patienter genom verksamheterna kan förbättras eller hur olika typer av rutiner kan effektiviseras. Utöver detta används mycket tid till mer informella samtal mellan personal. Dessa kan bestå av att en kurator ber en läkare om ett intyg eller samtal av mer avstämmande karaktär: vem ska journalföra vad, vilken planering av eftervård är möjlig i den aktuella situationen, vem har träffat vilken patient och vilken bedömning gjordes, hur har en situation eller en patient uppfattats?

Kuratorerna lämnar som regel sina arbeten mellan kl. 15.00 och kl. 17.30. Några har mer reglerad arbetstid som sträcker sig länge in på kvällen, relaterat till vårdens karaktär. Kuratorerna är inte anträffbara efter arbetsdagens slut, de har alltså inte någon form av jourssystem. Några av dem är aktiva i sjukvårdens organiserade katastrofberedskap, och kan därmed kallas in vid händelser av mer extrem karaktär.

Hälso- och sjukvårdskuratorn i Sverige idag

Det är inte möjligt att med exakthet uppge antalet verksamma hälso- och sjukvårdskuratorer i Sverige. Socialstyrelsen har inte fört något register över yrkesgruppen då den saknat legitimation. Vidare saknas samlad statistik från den privata sektorn. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting fanns, i november 2017, 4 377 anställda kuratorer inom landets regioner och landsting.⁶ Detta uppges utgöra ca 10 % av alla socionomer anställda inom landets kommuner och regioner.⁷ Enligt uppgifter som lämnats från Akademikerförbundet SSR uppskattar de år 2018 antalet till 4 500, varav ca 4 200 uppskattas vara anställda inom den offentliga vården. Mot bakgrund av att en betydande del av studenterna på socionomprogrammen är kvinnor kan det

6 Sedan januari 2019 är alla landsting regioner. Benämningen landsting finns kvar till dess att alla lagar som berörs har uppdaterats, men jag väljer generellt i avhandlingen att använda benämningen region.

7 Liksom ca 2 % av samtliga anställda inom landstingens och regionernas hälso- och sjukvård (SKL 2018. Valfärden i siffror).

föresätts att detsamma gäller hälso- och sjukvårdskuratorer.⁸ Avseende utbildning förefaller en stor majoritet av kuratorerna ha socionomexamen. Enligt statistik från SSR är exempelvis 98 % av de kuratorer som är medlemmar i detta fackförbund socionomer. Då samlad heltäckande statistisk över yrkesgruppen saknas går det inte att med exakthet uttala sig om faktorer som ålder.

Bland de sammanslutningar som kan sägas företräda yrkesgruppens intressen finns, förutom nämnda SSR, också andra fackförbund, exempelvis Vision. Enligt Sjöström (2013) uppskattas ca 80 % av samtliga socionomer i Sverige vara fackligt anslutna. Det finns också andra typer av sammanslutningar som företräder yrkesgruppens intressen, framför allt Svensk Kuratorsförening. De beskriver sig själva som en yrkesförening, som fungerar som ett nationellt forum för kuratorer och remissinstans. Antalet medlemmar förefaller vara relativt ringa relaterat till yrkesgruppens storlek. Enligt deras egna uppgifter uppgår antalet medlemmar, år 2018, till ca 350. Sökningar via internet ger vid handen att också andra sammanslutningar finns, eller har funnits, exempelvis Socionomer i Palliativ vård och Föreningen Barnpsykiatriska kuratorer. Då jag inte lyckats få fram någon information om aktuella aktiviteter eller medlemsantal, kan dessa sammanslutningar antas vara interna eller relativt passiva i dagsläget.

Avseende de lagar som reglerar hälso- och sjukvårdskuratorns arbete märks framför allt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), vilken innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Lagen är en ramlag som förespråkar vård av god kvalitet på lika villkor för befolkningen, där prioriteringar ska ske relaterat till behov av vård. Andra lagar som reglerar arbetet är bland annat Patientlagen (2014:821) och Patientsäkerhetslagen (2010:659), i vilka exempelvis tillgänglighet, samtycke och delaktighet respektive kompetens-, ansvars- och tillsynsfrågor behandlas. Också Patientdatalagen (2008:355), Dataskyddsförordningen (EU nr 2016/679) och Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) berör hälso- och sjukvårdskuratorns arbete, avseende exempelvis behandling av personuppgifter, tystnadsplikt och hantering av allmänna handlingar. I relation till vårdens inriktning kan också exempelvis Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, Smittskyddslagen (2004:168) och Abortlagen (1974:595) beröra arbetet.

Hälso- och sjukvårdskuratorn saknar som regel formella arbetsbeskrivningar och arbetsuppgifter som enligt lag är kuratorns. I de fall kuratorer utför formaliserad kontroll, som vid smittspårning, är detta på delegation från läkare, som inte måste

⁸ Läsåret 2015/2016 genomgick exempelvis 1 895 kvinnor och 299 män socionomutbildningen i Göteborg. Enligt SKL var ca 90 % av de kuratorer som var anställda inom landets regioner och landsting i november 2017 kvinnor.

ges till en kurator utan lika gärna kan ges till exempelvis en barnmorska. I relation till klassiska sociala problem, som barns utsatthet, är skyldigheten att anmäla till kommunens socialtjänst vid misstanke om att barn far illa ett generellt ansvar för all personal inom sjukvården. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har sjukvården också ett generellt ansvar för att uppmärksamma och stötta barn som kommer i kontakt med sjukvården som anhöriga, genom att beakta barnens behov av råd, stöd och information.⁹ Inte heller detta ansvar kopplas till någon specifik yrkesgrupp, utan berör alla lika. I Abortlagen framgår vidare att den vårdsökande inför, liksom efter, en abort ska erbjudas stödsamtal. Det specificeras dock inte av vilken yrkesgrupp.

Kuratorn kontrollerar i egentlig mening inga formella tillgångar och saknar mandat att fatta beslut, utöver hur hon ska använda sig själv som resurs. Till skillnad från många socionomer arbetar kuratorn alltså som regel inte med myndighetsutövning, även om kuratorer kan vara delaktiga i beredning av vissa beslut.¹⁰ Vissa kuratorer har tillgång till en handkassa, bestående av medel som de erhållit genom att söka stipendier eller fonder för detta ändamål.¹¹ Över dessa pengar bestämmer kuratorn.

I platsannonser syns stor variation i beskrivningen av arbetet som kurator. Generellt eftersöks sökande med socionomexamen, ibland önskas också vidareutbildning exempelvis inom KBT, eller arbetslivserfarenhet relaterad till vissa sjukdomar. Då arbetsuppgifterna beskrivs återfinns ibland generella och korta skrivningar som exempelvis:

Varierande arbetsuppgifter inom öppen och slutenvård. Teamverksamhet. Mobilt stroketeam.¹²

Ibland återfinns mer utförliga beskrivningar, av såväl arbetsplatsen som kuratorns arbetsuppgifter, exempelvis:

Du kommer att arbeta i ett multiprofessionellt team bestående av arbetsterapeuter, fysioterapeuter, psykolog och specialistläkare. Teamets uppdrag består

9 Enligt lagtext avses situationer där barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk sjukdom eller en psykisk funktionsnedsättning, har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, har ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel eller oväntat avlider.

10 Exempelvis författandet av sociala utredningar inför ansökan om god manskap/förvaltare.

11 Som regel rör det sig om ca 2 000-4 000 kr. per år.

12 Neurologi- och rehabiliteringskliniken i Karlstad söker två kuratorer för tillsvidareanställningar, i november 2018 (text från annons på Arbetsförmedlingens hemsida, läst 181126, annons-id: 8029299)

av behandling och psykopedagogiska insatser till personer med AST¹³-problematik och där den enskildes nätverk engageras vid behov. Som kurator i AST-teamet har du ansvar för att informera om samt vägleda patienter och medarbetare kring vilka stödinsatser som finns i samhället för målgruppen. Du utför enskilda bedömningar och insatser i form av exempelvis motiverande och stödjande samtal, stress- och ångesthantering, diagnossamtal samt anhörigstöd. Som kurator deltar du i myndighetssamverkan och hjälper patienter att initiera, framföra behov och etablera kontakt med andra myndigheter och lämpliga stödinsatser i samhället. Förutom de individuella insatserna förväntas du kunna leda gruppverksamhet och olika typer av kurser/ utbildningar för vår patientgrupp och anhöriga.¹⁴

Under 2018 fattades beslut om att införa legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer. Detta framför allt i syfte att öka patientsäkerheten genom formella krav på lämplighet och kompetens, men också möjligheten att återkalla legitimationen vid grov oskicklighet eller uppenbar olämplighet i yrkesutövningen. Beslutet om legitimation påverkar Patientdatalagen och Patientsäkerhetslagen, framför allt då kuratorer i och med legitimationen blir skyldiga att föra journal. Vidare specificeras att grunden för legitimation bör vara genomgången socionomexamen,¹⁵ erfarenhet av arbete som kurator,¹⁶ liksom en yrkesexamen för hälso- och sjukvårdskuratorer omfattande 60 högskolepoäng. Enligt lagrådsremissen syftar denna nya utbildning till att bättre anpassa kompetensen hos yrkesgruppen till yrket, men också till att bidra till en ökad nationell likförmning, liksom en generell kvalitetshöjning. Legitimationen införs år 2019.

Framväxten av hälso- och sjukvårdskuratorsarbetet

För att förstå hälso- och sjukvårdskurators arbete idag kan en historisk överblick av yrkets uppkomst fungera som både bakgrundsbeskrivning och analytiskt bollplank. Olsson (1999) beskriver i sin avhandling en generell samhällsutveckling under det förra sekelskiftet, som karaktäriseras av industrialisering och ökande sociala klyftor. Också sjukvården förändras, dels då den differentieras och fler tillstånd medikaliseras, dels då medicinska framsteg medför ett förändrat fokus, från bot till behandling

13 AST: autismspektrumtillstånd

14 Psykiatriska kliniken i Norrköping söker en kurator på heltid, sex månader eller längre, november 2018. (Text från annons på Arbetsförmedlingens hemsida, läst 181126, annons-id: 8021166)

15 Socionomexamen eller annan likvärdig utbildning. Universitetskanslersämbetet (Rapport 2017:5) gör dock bedömningen att det inte finns någon annan yrkesexamen som motsvarar socionomexamen.

16 I fem år, alternativt två år i kombination med relevant vidareutbildning.

och i viss mån också i riktning mot förebyggande arbete. Utvecklingen innebär fler patienter och nya patientgrupper, samtidigt som vårdtiderna förkortas. Intresse väcks för patienternas sociala förutsättningar och deras betydelse för vården. Frågan väcks lokalt i Sverige, men influenser hämtas framför allt från USA, där länkarna mellan socialt arbete och sjukvård redan diskuterats en tid.

Argument för en ökad integrering mellan socialt arbete och sjukvård kommer bland annat till uttryck i svaren på en enkät utsänd av Svenska fattigvårdsförbundet år 1911:¹⁷ ”obotligt sjuka där läkaren ingenting kunde göra. Här skulle en *social arbetare* kunna ge råd och hjälp både under sjukdomstiden och efter försörjarens död” (Olsson 1999:85).¹⁸ Här framstår situationer där läkarens möjligheter att hjälpa patienten är uttömda, men patienten, och de anhöriga, kan behöva fortsatt eller annorlunda hjälp, inte minst relaterat till ekonomiska frågor.

I förhållande till stöd riktat till patienterna framkommer också andra önskemål om socialt arbete, som snarare än sjukvårdens begränsade möjligheter att erbjuda hjälp, kan betraktas som riktade mot att hjälpa patienter som vill ”fel” saker med sina liv: ”patienter med lättare eller svårare skador som behövde en längre tids uppföljning med fostran, stöd och uppmuntran för att komma igång i arbete” (Olsson 1999:85). Det förefaller här inte vara patienternas sjukdomar eller skador som blir svåra för sjukvården att hantera, utan patienternas vilja eller strävanden i livet.

I enkätsvaren uttrycks också andra svårigheter för sjukvården att begränsa och nå framgång med det egna uppdraget relaterat till patienter som inte gör som det var tänkt:

andra patienter som vandrade runt till olika kliniker. Även om de blev inlagda för vård var deras tillstånd oförändrat vid utskrivningen. För att kunna ge dem varaktig hjälp krävdes att någon tog reda på deras situation och vid behov kunde påverka deras hemförhållanden, bekymmer, fattigdom etc eftersom dessa kunde vara orsak till deras 'inbillade' sjukdom (Olsson 1999:85).

På detta sätt framkommer ett sjukvårdens behov av att hantera patienter som på grund av sociala problem snarare än medicinska har blivit inbillat sjuka och därför inte går att skriva ut. Dessa patienter kanske inte vill fel saker, men de blir sjuka av ”fel” skäl.

Behov av socialt arbete i förhållande till relationerna mellan sjukvården och livet utanför sjukhusen lyfts också genom: ”patienternas behov av en rationell eftervård

17 De enkätsvar Olsson (1999:85) återger kommer från en överläkare vid Sabbatsbergs kirurgiska avdelning, E S Perman.

18 Kursiv i original.

för att ha full nytta av sjukhusets behandling” (Olsson 1999:85).¹⁹ Patienterna kan alltså behöva mer eller annorlunda hjälp än den sjukhusen kan erbjuda. Att behandlingen ska bli så framgångsrik som möjligt relateras dock inte enbart till patienterna och eftervården, utan också till sjukvårdens legitimitet i samhället: ”ett samarbete mellan sjukhusläkarna och det sociala arbetet skulle fylla ett länge känt behov och vara en viktig funktion för att sjukhusarbetets resultat skall motsvara de ofantliga summor, som det slukar” (ibid.).²⁰

Relationerna mellan socialt arbete och sjukvård beskrivs på detta sätt i förhållande till många potentiella bekymmer för sjukvården. Dels i förhållande till patienter, som behöver annan hjälp än den sjukvården kan erbjuda, blir sjuka av fel skäl eller lever på fel sätt. Dels i förhållande till relationerna mellan sjukvårdens uppdrag och eftervården, liksom till relationerna mellan sjukvården och samhället i bredare bemärkelse. Förväntningarna på hälso- och sjukvårdskuratoren kan därför tolkas som formade av upplevda behov av att hjälpa både patienterna och sjukvården hantera relationerna mellan sociala problem och ohälsa. Kuratorn ska ge råd och hjälp till patienterna och deras anhöriga, men också uppmuntra dem i en viss riktning i livet. Frågan om en bedömning av patienternas trovärdighet lyfts också, om än diskret formulerat relaterat till deras (potentiellt) ”inbillade” sjukdom. I viss mån önskas också en kurator som kan hjälpa hela samhället, genom att fostra patienterna mot förvärvsarbete samt hjälpa till att legitimera sjukvårdens kostnader.

Det som sedan uttrycks som syfte bakom anställningen av den första hälso- och sjukvårdskuratoren i Sverige, Gertrud Rodhe år 1914, var att hon skulle: ”bevaka och skydda patienternas rättigheter och intressen under deras vistelse på sjukhuset” (Olsson 1999:88), vilket skulle kombineras med att: ”förbereda patienternas utskrivning genom att ordna arbete, bostad etc och följa upp hur det gick för dem, utreda patienternas sociala och ekonomiska situation samt fungera som stödkontakt för patienterna” (ibid.). På detta sätt skrivs det fram ett antagande om att patienternas rättigheter och intressen behöver (mer) bevakning och skydd än vad sjukvården eller samhället i övrigt hittills erbjudit. Det skrivs också fram ett behov av att underlätta patienternas väg från sjukhuset, genom att ordna adekvat boende liksom arbete. Vidare ska kuratorn utreda patientens sociala och ekonomiska situation och fungera som stöd för patienten.

Att arbetet på detta sätt kan ha flera mottagare, patient, organisation och samhälle, är inte specifikt för kuratorn. Syftet för människobehandlande organisationer

19 Detta uttrycks av ortopedprofessorn Patrik Haglund, vid årsmötet för Centralförbundet för socialt arbete år 1918.

20 Här refererar Olsson åter till ES Permans enkätsvar.

kan istället generellt beskrivas som ett arbete i skärningspunkten mellan individ och stat (se t.ex. Hasenfeld 2010). Det som är intressant i relation till just hälso- och sjukvårdskuratoren är att hennes arbete specifikt uttrycks som organisationens sätt att hantera dessa relationer, lite tillspetsat så att vården fungerar bättre och kan motivera sina kostnader.

Kurators arbete kan med andra ord förstås från en sådan position, mellan individ och stat, som en yrkesgrupp som förväntas kunna hjälpa både patienterna och sjukvården genom att på olika sätt hantera relationerna mellan sjukvårdens uppdrag och sociala problem. För att möjliggöra analyser av detta arbete av idag behövs därför en mer dagsaktuell blick på dessa relationer, mellan stat och individ liksom mellan sjukvårdens uppdrag och sociala problem.

Det nutida sammanhanget

Det sammanhang inom vilket Olsson (1999) beskriver hälso- och sjukvårdskurators tillkomst bär många likheter med den tid som kommit efter det 1990 som markerar Olssons (ibid.) avslut. Också den samtida utvecklingen av sjukvården beskrivs återkommande i termer av växande patientgrupper. Detta kopplas dels till bättre behandlingsmöjligheter som resulterat i större möjligheter till överlevnad men kvarstående behov av vård, dels till ett större fokus på förebyggande insatser. På så sätt blir behandlingstiderna totalt sett längre och det blir svårare att göra gränsdragningar mellan hälsa och ohälsa. Samtidigt höjs kraven på snabbare utskrivningstakt och mer standardiserad vård (Johannisson 2006, Repstad 2016, Svensson 1993).

Denna utveckling har följts av nya principer för ledning och styrning vilka fått betydelse för sjukvården. Detta bland annat i form av en ökande arbetsbelastning, vilket påverkar personalens arbete i förhållande till hur de navigerar och balanserar mellan förväntningar och krav från organisationerna respektive patienterna. Selberg (2013) har exempelvis, genom etnografiska studier av sjuksköterskors arbete, visat hur sjuksköterskor på olika sätt försöker kompensera för och manövrera organisationens bristande resurser och krav från ledningen, jämte patienternas behov och krav. Denna utveckling kan antas påverka också kurators arbete, exempelvis i förhållande till relationerna mellan sjukvården och andra samhällseliga insatser. Om det är svårt att dra gränser mellan hälsa och ohälsa borde det exempelvis också bli svårt att dra gränser för det sjukvårdande uppdraget, kanske i synnerhet i förhållande till sociala problem.

Den socialpolitiska kontexten karaktäriseras vidare av omstruktureringar av välfärdsstaten. Denna utveckling syns exempelvis genom ökande grader av privatisering och individualisering av sociala problem, vilka fungerat på ett sådant sätt att åtgär-

der från välfärdsstatens organisationer kommit att syfta till att integrera individer i marknaden istället för att skydda dem från densamma (Bauman 2012, Cantillon och Van Lancker 2013, Järvinen och Mik-Meyer 2012, Mik-Meyer 2017). För sjukvårdens verksamheter har detta exempelvis kommit till uttryck genom en mångfald av vårdgivare och patienternas rätt att välja utförare för olika typer av insatser, men också genom ökande inslag av privata sjukvårdsförsäkringar. För kuratorn, som kan förväntas hantera relationerna mellan sjukvården och andra samhällsliga instanser, kan detta antas påverka arbetet.

Sjukvården är inte den enda arena som påverkas av denna tendens till privatisering och individualisering av sociala problem. Ett annat exempel är socialtjänsten, där Lauri (2016) i sin avhandling i statsvetenskap, genom intervjuer med socialsekreterare, visat hur dessa förändrade styrningsformer medfört en ökad kontroll av såväl socialsekreterarna som deras klienter, liksom avstånd och likgiltighet hos personalen. Det som karaktäriserar utvecklingen inom sjukvårdens verksamheter är dock att dessa inte enbart balanserar mellan organisationernas och patienternas intressen. Det handlar också om ökande svårigheter att avgöra vilka delar av det mänskliga livet sjukvården bör arbeta med, inte minst relaterat till hur exempelvis bostadsort, utbildningsnivå och rökning påverkar människors hälsa (Conrad 1992, Hyde et al. 2006, Topor 2010, Ågren 2015). Det är väl känt att samhällets ekonomiska och sociala organisering, kopplat till exempelvis klass, ras och kön, påverkar människors möjligheter till hälsa (Etherington 2015, Marmot 2017). I ökande utsträckning uppmärksammas också att vårdens resurser fördelas på ett ojämnt sätt av/i de sjukvårdande verksamheterna, och att också detta kan relateras till dessa strukturellt betingade ojämlikheter (för exempel på detta från den svenska kontexten se t.ex. Berglund et al. 2012, Hammarström 2006, Mattsson 2010).

Balansgången, eller gränsdragningarna, mellan samhällsliga och medicinska dimensioner förefaller vara generellt bekymmersam för sjukvården. Pedersen et al. (2017) diskuterar hur personal som arbetar med hälsopromotion i Danmark, genom tidskrävande arbete i svårnavigerade jurisdiktionella landskap, försöker både upplösa och upprätthålla gränser mellan sociala problem/ojämlikhet och hälsa. Petersson (2013), som i sin avhandling i socialt arbete undersöker substitutionsbehandling, vänder blicken mot klientkonstruktioner och problematiserar hur dessa, men också substitutionsbehandlingens möjligheter, relateras till klienternas sociala liv. Petersson (ibid.:306) konstaterar att ”behandlingen inte bara möjliggör, utan också bör leda till en förändring av klienternas sociala situation”. Det är då inte enbart informativt stöd eller medicinsk behandling klienterna anses behöva, det kan också vara förhållanden som ligger långt utanför de insatser personalen kan erbjuda, som bostad

och ”sysselsättning” (ibid.:280). Relaterat till det sociala livet problematiseras bilden ytterligare av en ökande förekomst av stressrelaterad ohälsa, där bekymmer relaterade till arbetsliv, sociala relationer, oro och ångest framstår som bakomliggande faktorer till ohälsa och patienters kontakt med sjukvården (Craig et al. 2016).

Detta kan sägas belysa ytterligare en aspekt av sjukvårdens utveckling, där ökande styrning kombineras med en strävan efter patientcentrerad vård uttryckt som ett sätt att försöka möjliggöra för patienten att fungera som en jämlik partner i planeringen och utvärderingen av vårdens insatser (Moore et al. 2017, Zimmerman och Dabelko 2007). Pii (2012), som utifrån professionskonstruktioner studerar en dansk mottagning för förebyggande vård med fokus på hjärt- och kärlsjukdom, beskriver hur denna typ av mer individinriktat arbete växt fram som ett svar på den kritik en mer paternalistisk vård fått. Vårdens personal har, som kontrast till detta, haft för avsikt att utveckla en helhetsorienterad och processinriktad vård med utgångspunkt i patienternas individuella förutsättningar och önskemål. Detta fokus i behandlingen konkretiseras av ”patienten i forhold til dennes sociala relationer, arbejde, fritid, bopæl og andra forhold” (ibid.:128) liksom ”sociala begivenheder, transport, tv-vaner” (ibid.:129). Också i detta sammanhang blir det alltså tydligt att det som utgör kuratorns intresse eller fält hamnar i fokus snarare än görs till en perifer eller lätt avgränsbar del av sjukvårdens verksamhet (undantaget möjligtvis tv-vanor).

Sammanfattningsvis karaktäriseras alltså samtiden av hur sjukvården greppar efter ett tolkningsföreträde avseende större och större delar av det mänskliga livet, samtidigt som politiserade styrningsformer med ökande krav på effektivitet och individualisering medför att möjligheterna till flexibilitet och helhetssyn minskar. Mitt i dessa paradoxala förhållanden kan hälso- och sjukvårdskuratorn placeras. Lipsky (1980/2010) beskriver hur vetenskapen om patienternas komplexa problematik fungerat som argument för att anställa exempelvis socialarbetare inom det medicinska fältet. Detta kan verka självklart och positivt, som att verksamheterna på detta sätt försöker svara på behov hos medborgarna. Lipsky (ibid.) menar dock att en sådan breddning av verksamheten inte bör undgå en mer kritisk granskning, inte minst då det utökade arbetsområdet lika gärna kan fungera som en källa till ökad alienation för sjukvårdens övriga personal. Ju större område de förväntas greppa över, desto svårare kan det antas vara att hantera pressade krav om effektivitet, i synnerhet om den behandling som kan erbjudas inte svarar mot de bekymmer som framträder.

Hälso- och sjukvårdskuratorn kan alltså sägas befinna sig i flera skärningspunkter - såväl i förhållande till relationerna mellan hälsa/ohälsa och social ojämlikhet, som mellan patienterna, de sjukvårdande organisationerna och det bredare samhället. Frågan är: vad gör kuratorn där?

Tidigare forskning

I detta avsnitt diskuteras forskning som haft betydelse för avhandlingen. Avsikten är med andra ord inte att ge en fullständig redogörelse för forskningen om hälso- och sjukvårdskuratorer, utan att fokusera på forskning som relaterar till arbetets vardagliga organisering.

Inledningsvis fokuseras hälso- och sjukvårdskuratorns yrkesroll och position inom sjukvården. Därefter fördjupas följande teman: patient- eller processfokus, frihet i periferin samt funktioner och förväntningar. I avsnittets inledning skisseras mer väl beforskade delar av kuratorsarbetet, förhållandevis summariskt. Successivt övergår sedan fokus till en mer utförlig diskussion med blicken riktad mot den kunskapslucka avhandlingen syftar till att fylla. Den forskning som refereras handlar också då i första hand om hälso- och sjukvårdskuratorer, men också andra yrkesgrupper berörs.

Kuratorn i hälso- och sjukvården

Det finns mycket forskning om hälso- och sjukvårdskuratorns yrkesroll, bland annat relaterat till yrkets relativt svaga status som profession, eller som Framme (2014:86) beskriver det: ”yrkesutövningens variation och svårdefinierade karaktär”. Fantus et al. (2017:2274) beskriver på liknande sätt hur “[t]he versatility of social work practice across hospital settings has led to an expectation that social workers will assume widespread responsibilities, undertaking almost limitless tasks”. En relativt samstämmig bild av en svag profession med en både otydlig och varierad yrkesroll framträder, såväl relaterat till kuratorernas egna upplevelser som relaterat till andra yrkesgrupper inom sjukvården (Cowles och Lefcowitz 1992, Judd och Sheffield 2010, Olsson 1999, Sjöström 2013).

Hälso- och sjukvårdskuratorn framstår generellt som positionerad utanför, och i underordning, relaterad till sjukvårdens personal i övrigt. Sjöström (2013:18) beskriver yrkesgruppen som ”a professional subgroup that can be said to operate in a subordinate position”. Harsløf et al. (2017) lyfter en liknande upplevelse hos danska hälso- och sjukvårdskuratorer, vilka uppfattar sig som marginaliserade eller utanför den ordinarie vården.

Bailey och Liyanage (2012), som bland annat genomfört observationer av tvärprofessionella team inom den psykiatriska sjukhusvården i Storbritannien, beskriver en känsla av övergivenhet hos kuratorer. De länkar detta till en generellt upplevt svag position inom verksamheterna, men också till en underliggande svårighet att utifrån en sådan position kunna företräda patienternas intressen: “Given the historical social work remit to promote anti-oppressive practice, it is difficult to see how

MHSWs²¹ will be able to advocate effectively on behalf of service users if they themselves are in a position of powerlessness in the organization” (ibid.:1125). Denna bild ska emellertid inte tas som ett bevis för en yrkesgrupp utan makt. Thylefors (2012) undersökning av tvärprofessionella team-möten visar att kuratorn förefaller ta stort talutrymme, samt påverka diskussionerna i teamen i lika stor omfattning som läkare och psykologer. Hennes material består visserligen av konstruerade situationer, fiktiva möten med fokus på problemlösning, men resultatet visar ändå på en tvetydighet relaterat till kuratorns position och påverkansmöjligheter.

Det finns vidare mycket forskning som belyser hur hälso- och sjukvårdskuratorn förhåller sig till den sjukvårdande kontexten och annat socialt arbete. Framme (2014) diskuterar hur kuratorer inom den psykiatriska vården har svårt att i arbetet förhålla sig till relationen mellan socialt arbete och medicin. Denna relation står även i fokus då Sjöström (2013), i sin avhandling i socialt arbete jämför jurisdiktionsarbete hos hälso- och sjukvårdskuratorers organisationer, i Sverige respektive Tyskland. Sjöström finner att det, i den svenska kontexten, till övervägande del används mimetiska, härmande strategier, försök att smälta in. Likheter med andra professioner inom sjukvården betonas liksom närheten till ett medicinskt perspektiv, vilket medför en distans till ämnet socialt arbete liksom till andra socialarbetare. Detta kontrasterar Sjöström (ibid.) mot den aposematiska strategi som framträder i den tyska kontexten, där skillnaderna mellan ett samhällsvetenskapligt- och ett medicinskt perspektiv betonas, liksom en kuratorns närhet till socialt arbete och andra socialarbetare. I det tyska sammanhanget positioneras kuratorn på detta sätt som en yrkesgrupp som sticker ut. Sjöström (ibid.) värderar inte de båda strategierna, men ställer frågor om vad de innebär för kuratorns profession och arbete.

I forskningen återkommer dessa frågor om yrkesgruppen och arbetet, uttryckt både som en oklarhet eller otydlighet och som en olikhet. Bransford och Bakken (2002) beskriver hur kuratorer har svårt att artikulera vad socialarbetarnas bidrag till det sjukvårdande arbetet består av och vad det leder till. Svärd (2016) fokuserar, i sin avhandling i socialt arbete, på olikheter i hälso- och sjukvårdskuratorns arbete och dess svårdefinierade karaktär i relation till andra yrkesgrupper. Svärd (ibid.) diskuterar hur kuratorer, i relation till misstankar om att barn far illa, kan anta skilda positioner inom sina respektive team. Dessa positioner, som Svärd (ibid.) benämner som juridisk, terapeutisk eller medicinsk, får effekter för hur frågan om barnen, och den potentiella omsorgssvikten, hanteras. Svärd (ibid.) lyfter också relationen mellan kuratorn och andra socialarbetare, då hon finner att kuratorns tilltro till socialtjäns-

21 Mental Health Social Workers

tens arbete, eller brist på densamma, har en avgörande betydelse för hur kuratorn positionerar sig. På detta sätt kan Svärd (ibid.) sägas tydliggöra att kuratorns positioneringar kan se olika ut, såväl i förhållande till annan personal inom sjukvården som till andra socialarbetare, och att dessa positioneringar får betydelse för arbetet.

Patient- eller organisationsfokus?

Ett annat återkommande tema i forskningen om hälso- och sjukvårdskuratorer handlar om kuratorns upplevelser av arbetets innehåll, i synnerhet kopplat till klassifikationer av olika typer av arbetsuppgifter. En yrkesgruppens balansakt mellan att stödja patienter och att stödja organisationernas processer framträder då, i synnerhet när det gäller kuratorns funktion i arbetet med att planera patienternas utskrivning.

En sådan koordinerande funktion av vårdens insatser framstår som en viktig arbetsuppgift för kuratorer i den internationella forskningen om yrkesgruppen (Judd och Sheffield 2010, Monterio et al. 2016). McAlynn och McLaughli (2008:4) skriver: "discharge planning constitutes an integral function of social work practice required in health settings". Mc Alynn och Mc Laughly (ibid.) betraktar detta arbete som en potentiellt underlättande funktion för både vården och patienterna, som båda kan gynnas av en smidig utskrivningsprocess. Om detta råder dock inte enighet. Ibland framträder istället en förutsatt skillnad, eller en paradoxal relation, mellan ett organisations processfokus och patientens behov. Gregorian (2005:4) skriver exempelvis att "[a]t many hospitals social workers have the formidable task of providing both discharge planning and emotional support to patients and families." En potentiell intressekonflikt för kuratorn framträder här, mellan att företräda patienten och att företräda organisationen, där organisationens intresse av att på ett effektivt sätt skriva ut patienter, och skriva in nya, kontrasteras mot patientens intresse av att få mer förutsättningslöst individanpassat stöd.

En sådan potentiell konflikt framträder inte på samma sätt i den svenska kontexten. Olsson (1999) relaterar detta till yrkesgruppens drygt hundraåriga historia, och visar hur hälso- och sjukvårdskuratorn under denna tid skiftat fokus. Den inledande halvan av 1900-talet karaktäriserades av ett starkt fokus på en funktion hon beskriver som ett slags ombudsman för patienterna. Efterkrigstiden beskrivs istället som en tid av tilltagande fokus på individuell behandling och en psykoterapeutisk inriktning, i synnerhet inom psykiatrins verksamheter. Det som Olsson (ibid.:184) kallar patienternas "praktiska problem" börjar värderas lägre, en utveckling som Olsson (ibid.) ser som tilltagande ända fram till den tid som markerar slutet av hennes undersökning, 1990.

Det finns skäl att anta att denna utveckling sedan fortsatt. Framme (2014) beskriver hur arbetsuppgifter med ett tydligt organisationsrelaterat processfokus inte förekommer lika ofta i den svenska kontexten. Isaksson et al. (2017) undersöker kuratorer inom den onkologiska vården, och lyfter hur det i Sverige, i ökande utsträckning, är sjuksköterskor som arbetar med utskrivningsplanering, inte kuratorer. De beskriver vidare hur ”the work tasks of Swedish OSWs²², ... seem to be primarily associated with facilitating adjustment to the illness and providing counseling and psychotherapy” (ibid.:609). Författarna menar att kuratorsarbetet fått en generell inriktning mot individinriktat känslomässigt stöd, med fokus på de förändringar sjukdomen orsakat i patienternas liv. Att detta kommit att bli en primär inriktning för kuratorer verksamma inom den onkologiska vården förklaras, åtminstone inte enbart, som ett resultat av yrkesgruppens intressen, utan av en relativ frånvaro av andra yrkesgrupper inom sjukvården med denna kompetens, huvudsakligen psykologer.

En sådan fråga om kompetens, men också de olika yrkesgruppernas villkor, lyfter Sandholm et al. (2015), som genomfört fokusgrupper med kuratorer och sjuksköterskor i Danmark. Författarna beskriver hur kuratorer uppfattar sig som mer relationsinriktade i arbetet, med patienten och de anhöriga i fokus, medan sjuksköterskorna beskrivs som mer processinriktade och fokuserade på organisatoriska mål. Det framkommer vidare att kuratorerna upplever sig som friare, mindre styrda i sina arbeten än sjuksköterskorna, som upplever arbetet som mer reglerat.

Frågan om ett patient- eller ett organisationsfokus går dock utöver förhållanden inom eller mellan yrkesgrupperna inom de sjukvårdande verksamheterna. Framme (2014) lyfter visserligen konkurrens från andra yrkeskategorier som en betydelsefull faktor för utvecklingen av kurators arbete. Hon lyfter samtidigt ökande krav på evidens och en mer generell förändrad vårdideologisk kontext, där en trend av medikalisering avlöst en mer socialpsykologisk inriktning, åtminstone inom den psykiatriska vården. Dessa socialpolitiska förändringar påverkar hälso- och sjukvårdskuratorn och för Frammes (ibid.:100) blick innebär nuläget ”ett dilemma för socionomen, som i hög grad anses följa yrkesprofessionalismens logik och se klienten/patienten samt dennes vardagliga sammanhang som sitt primära kunskapsobjekt.”

Harsløf et al. (2017:590) diskuterar på liknande sätt hur hälso- och sjukvårdskuratorer i Danmark ger uttryck för att deras arbete med människor som befinner sig långt från arbetsmarknaden, av sjukvårdsledningen, uppfattas som ”a form of charity that adds no real value to the health care services”. Samtidigt beskriver kuratorerna hur de, från annan personal inom sjukvården, möter orealistiska förväntningar på

22 Oncological Social Workers

vilken hjälp patienterna kan få av samhällets övriga instanser. På detta sätt framträder en konflikt mellan ett fokus på patienternas vardagsliv respektive organisationernas strävan efter effektivitet, och kuratorernas svårigheter att navigera dessa relationer.

Denna svårighet knyter Spitzer et al. (2015) till att hälso- och sjukvårdskuratorer, i den amerikanska kontexten, från sina utbildningar uppfattas som otillräckligt förberedda på en klinisk praktik där yrkesrollen inte enbart formas av professionella ideal utan också av en mer krass klinisk verklighet. En sådan krock mellan ideologi och praktik kan visserligen ses som generell, i synnerhet inom människobehandlande organisationer. Spitzer et al. (ibid.) menar dock att denna konflikt blir extra tydlig för hälso- och sjukvårdskuratorer, då de är generellt tränade i att, precis som Framme (2014) lyfte ovan, betrakta människan i sitt sammanhang. I sjukvården blir de emellertid placerade i en kontext där denna utgångspunkt inte med säkerhet delas. Spitzer et al. (2015) riktar kritik mot vad de beskriver som ett kurators misslyckande med att förhålla sig till den kliniska vardagens realiteter, vilket de menar riskerar att begränsa möjligheterna att ta mer aktiv eller betydande del av det dagliga arbetet. De uppmanar istället till ett ökat fokus på hur kuratorer kan lära sig förhandla mellan ideologi och praktik genom att "achieving patient care goals while demonstrating an appreciation for the mission, priorities and operational constraints of the provider organization" (ibid.:193).

Det är alltså inte en entydig eller enkel bild som målas upp kring frågan om ett kurators patient- eller ett organisationsfokus. Detta gäller inte minst i relation till annan personal, de sjukvårdande organisationerna och det omgivande samhället. Både Sjöström (2013) och Olsson (1999) relaterar kurators skiftande fokus till yrkesgruppens strävan efter ökad professionalisering, till svårigheterna att manövrera relationerna mellan socialt arbete och medicin, samt till frågan om kurators funktion för sjukvårdens organisation. Det är dock inte alls säkert om, hur eller i vilken utsträckning dessa strävanden, mot ökad professionalisering och/eller påvisad "nytta" för organisationen, påverkar yrkesgruppens arbete.

Kurators fokus och förhållningssätt till det individuella och det samhälleliga kan istället ses i relation till den samhälleliga kontexten, och i Sverige då i synnerhet välfärdsstatens utveckling. Gibelman (1999) diskuterar visserligen socialt arbete i mer allmän bemärkelse, men anknyter till frågan om den omgivande samhälleliga kontexten och diskuterar ett sökande efter stabila definitioner av arbetet. Hon ställer frågan om huruvida en sådan stabilitet i sig alls är önskvärd, och uttrycker istället önskemål om en starkare diskussion kring relationerna mellan praktiken och den sociopolitiska kontexten, inte minst i ljuset av att "[t]he weight of the profession's

history suggests that the environment may be more influential in boundary determination than the informed choices of its social work labor force” (ibid.:308).

Frihet i periferin?

Bilden av ett kurators fokus på emotionell krishantering och patienternas vardagsliv är alltså tvetydig, inte minst i förhållande till den organisatoriska och samhälleliga kontexten. I forskningen framkommer ytterligare en dimension av arbetet som berör en sådan tvetydighet, relationen till beslutsmakt eller myndighetsutövning. Framme (2014) relaterar kurators fokus på individriktat känslomässigt stöd till en frånvaro av behörighetsföreskrifter, och beskriver hur detta kan innebära att kurators kombinerade funktion som behandlare respektive som ett slags ombudsman kan fungera väl i den svenska kontexten.

Söderberg (2017) undersöker sjuksköterskors arbete med utskrivningsplanering från sjukhusen i situationer då det kan bli aktuellt för patienter att flytta till äldreboende. Hon diskuterar hur sjuksköterskorna beskriver ansträngningar för att öka de äldres inflytande i denna process genom att söka möjligheter till samtal när de har en stund över i det vardagliga arbetet. De beskriver också hur de strävar efter att öka de äldres inflytande på vårdplaneringsmöten, exempelvis genom att tilltala dem direkt. Söderberg (ibid.:154) lyfter sjuksköterskans relativa frånvaro av beslutsmakt i frågan om framtida boende som viktig, då de ”were allies rather than deciders, and there were indications that having no exercise of authority in itself contributed to unique prerequisites for informally sharing older people’s feelings and thoughts on the hospital ward.”

Söderberg (2017) konstaterar att sjuksköterskornas arbete på detta sätt bär många likheter med socialt arbete och ställer frågor om varför kuratorer förefaller vara frånvarande i de arbetsuppgifter sjuksköterskorna beskriver. Också Söderberg (ibid.) tecknar ett kurators fokus på arbete med krisstödjande arbetsuppgifter, men i hennes beskrivning framstår detta fokus som en konsekvens av en relativ frånvaro och passivitet i det dagliga arbetet. Snarare än att utnyttja ett handlingsutrymme eller söka kontroll över en viss jurisdiktion, beskriver Söderberg (ibid.) detta som en nedmontering av det kvalificerade sociala arbetet.

Det intressanta i sammanhanget är att denna bild av kuratorer och sjuksköterskor är närmast diametralt olik den Sandholm et al. (2015) beskrev tidigare. Där beskrevs sjuksköterskan som en yrkesgrupp med jämförelsevis litet handlingsutrymme och ett primärt process- snarare än patientfokus, i synnerhet jämfört med hälso- och sjukvårdskurators. Frågan om ett patient- eller processfokus är alltså inte med säkerhet

knuten till yrkesgrupperna som sådana, utan till relationerna mellan arbetsuppgiften och en myndighetsutövande funktion.

I dessa relationer kan fler yrkesgrupper diskuteras. Mik-Meyer och Roelsgaard Obling (2012) beskriver danska läkare och socialarbetares förhållningssätt till patienter med medicinskt oförklarliga symtom. De finner att läkarna, genom att gå utöver objektiva diagnoskriterier och fokusera på patienternas funktion i vardagen, kan förstå och företräda patienterna gentemot ett socialförsäkringssystem som de tycker är inhumant. Detta ställer Mik-Meyer och Roelsgaard Obling (ibid.) i kontrast till kommunens socialarbetare, vilka utifrån lagtext om rätt till sjukpenning intar ett snävare perspektiv inför patienters situation, då de antingen kräver en diagnos eller försöker övertala patienter om att de egentligen inte är sjuka. I detta sammanhang kan det alltså tolkas som om det är läkaren som företräder ett patientperspektiv, medan socialarbetaren företräder ett processperspektiv, liksom hur dessa sätt att positionera sig kan relateras till myndighetsutövande beslut om specifika resurser.

Också Söderberg (2017) anknyter till den direkta hanteringen av resurser i relation till ett patient- och ett processfokus, och menar att det kan betraktas som en ideologisk konflikt. I hennes fall relateras detta till sjuksköterskor jämförda med biståndsbedömare: "where the hospital nurses merit a universal welfare system and the care managers at present merit a more selective distributive system in which they are the active agents as gatekeepers" (ibid.:155).

Frånvaro av kontroll och övervakning, liksom ett stort handlingsutrymme, orsakat av en frånvaro av myndighetsutövande funktioner, framstår alltså hos Söderberg (2017), liksom hos Sandholm et al. (2015), som något positivt i sig, som en möjliggörare för ett patientfokus. Isaksson (2016), vars avhandling i socialt arbete riktar fokus mot skolkuratorer, kan dock sägas problematisera denna bild. Också hon beskriver ett förhållandevis stort handlingsutrymme, men lyfter att skolkuratorer snarare uppfattar denna position som ett tecken på skolans ointresse för det skolkuratoriva arbetet.

Både Olsson (1999) och Sandholm et al. (2015) beskriver vidare hur kuratorns frånvaro av beslutsfattande funktioner uppfattas som en osäkerhetsfaktor i relation till yrkesgruppen. Olsson (1999) uttrycker att en frånvaro av arbetsuppgifter som är specifikt kopplade till hälso- och sjukvårdskuratorn kan innebära såväl ett stort handlingsutrymme som en risk att andra helt enkelt kan ta över kuratorns arbetsuppgifter, i synnerhet i ekonomiskt osäkra tider. Hon beskriver hur kuratorns position försvagats under den tid hon undersökt yrkesgruppen, inte minst på grund av denna utbytbarhet. Sandholm et al. (2015) beskriver hur just detta skett i Danmark, där sjuksköterskor i vissa sammanhang tagit över arbetsuppgifter från kuratorerna och

kuratorerna minskar i antal. Också Söderberg (2017) kan sägas anknyta till denna bild då hon beskriver en nedmontering av det sociala arbetet inom hälso- och sjukvården.

I forskningen återkommer liknande beskrivningar av osäkerhet. Davis (2004:68) beskriver sjukvårdens utveckling som karaktäriserad av ”downsizing, reduced bed numbers, and faster hospital discharge”, vilket också känns igen i en svensk kontext. Det är inte enbart en osäker nulägesbeskrivning som återkommer, utan också en normativ uppmaning i relation till både arbetet och forskningen. Fleit (2008:152) beskriver hur pressade villkor kan innebära dilemman för kuratorn, men framhåller också hur “[t]he future of hospital social work depends on the visibility of a unique contribution of social work practice to the financial 'bottom line' of the organization.” På detta sätt framställs en riktning mot ett starkare fokus på att understödja organisationernas processer som ett slags kuratorns överlevnadsstrategi.

En frånvaro av myndighetsutövande funktioner och mer specifika arbetsbeskrivningar kan alltså betraktas som en möjliggörare för ett mer förutsättningslöst fokus på patienterna och ett större handlingsutrymme. Men, då detta samtidigt positioneras i ett relativt utanförskap och risk för utbytbarhet, framstår det närmast som ett slags osäker frihet i periferin.

Funktioner och förväntningar

Ett upplevt utanförskap, en relativ frihet eller ett stort handlingsutrymme behöver vidare inte förstås som ett oberoende av annan personal. Ibland framträder snarare det motsatta, inte minst i förhållande till de förväntningar på arbetet kuratorn möter från andra yrkesgrupper. I forskningen återkommer till viss del ett sådant fokus, bland annat kopplat till sjukvårdens strukturer, vilka kan påverka kuratorn genom ett beroende av att få remisser från andra (Pray 1991). Ett annat återkommande tema är en upplevelse av att andra yrkesgrupper saknar relevanta kunskaper om kuratorns arbete, vilket kan bidra till en diskrepans mellan hur kuratorn själv upplever sitt arbete respektive andras förväntningar (Cowles och Lefcowitz 1992; 1995, Davis et al. 2004). Det finns också en del forskning som belyser skillnader i förväntningar på kuratorns arbete i förhållande till kuratorn och patienterna, inte minst i relation till frågan om ett process- eller patientfokus. Linton et al. (2015) beskriver hur patienter önskar mer känslomässigt stöd än de upplever att de fått, på grund av kuratorns fokus på planeringen av vården.

I mindre utsträckning finns forskning om hur kuratorer reflekterar över de förväntningar på arbetet de själva har, respektive möter från annan personal, i synnerhet om blicken riktas mot arbetets funktioner snarare än mer konkreta arbetsuppgifter.

Craig och Muskat (2013) har dock genomfört fokusgrupper med kuratorer inom olika former av sjukvård i Kanada. De diskuterar kuratorernas berättelser tematiskt relaterat till de funktioner kuratorerna upplever att de fyller, respektive förväntas fylla, oavsett sjukvårdens medicinska specialisering. Dessa funktioner beskrivs med hjälp av metaforer: utkastare/dörrvakt, vaktmästare, klister, mäklare, brandsoldat, jonglör och utmanare.

Jonglören framställs som en överordnad funktion och knyts till kuratorns förmåga att hantera de andra funktionerna samtidigt, och smidigt anpassa arbetet efter den aktuella situationen. Funktionen som utkastare/dörrvakt beskrivs som något oväntad för kuratorerna själva, men återkommer i berättelser om arbetsuppgifter som handlar om att kontrollera de sjukvårdande rummen, exempelvis i relation till oroliga eller svårkontrollerade patienter som inte går med på att skrivas ut. Funktionen liknas vid en medlare, men framträder i kuratorernas berättelser som mer fysisk än diplomatisk till sin karaktär. Vaktmästaren beskrivs som en relativt väntad och också på många sätt upplevt viktig funktion, om än inte helt uppskattad av kuratorerna själva, inte minst då den uppfattas som nedvärderad av annan personal. Funktionen blir konkret i förväntningar om att fylla tomrum skapade i och av andras arbete, som att ordna kläder till patienter som inte har något att ha på sig när de ska lämna sjukhuset, eller att försöka lokalisera anhöriga till oidentifierade patienter som avlidit. Mäklarens funktion handlar om att underlätta kommunikationen mellan sjukvården och patienten, inte minst kopplat till utskrivningsplanering.

Dessa tre funktioner: utkastare/dörrvakt, vaktmästare och mäklare, förknippas av kuratorerna med förhållandevis låg status. Detta skiljer dem från funktionerna klister och utmanare. Funktionen som klister beskrivs, liksom mäklaren, som knuten till kommunikationen mellan sjukvården och patienten, men också till kommunikationen inom sjukvården. Funktionen är bredare än mäklarens, då den inte enbart beskriver informationsöverföring, utan också stöd. Funktionen gör mer än förmedlar: den håller ihop många saker, behandlingsplaner såväl som team och familjer.

Utmanaren beskrivs av Craig och Muskat (2013) som mycket viktig för kuratorernas egna uppfattningar om yrket. Den knyts till arbete karaktäriserat att företräda patienten inom sjukvården, där kuratorn kan utmana medicinska perspektiv, men också företräda patienten i relation till samhället i övrigt. Brandsoldaten slutligen, beskrivs som en väntad funktion av kuratorerna, karaktäriserad av att mer eller mindre akut hantera kriser av olika slag. Författarna relaterar den inte specifikt till de andra funktionerna i form av status, men lyfter hur kuratorerna i fokusgrupperna uttrycker en stolthet över det förtroende annan personal visar dem, genom att remittera olika typer av akuta händelser till dem. Författarna beskriver funktionen som

en krishanterare och specificerar egentligen inte detta vidare, men i det empiriska materialet som redovisas framgår att krisen i första hand handlar om patienters utsatta situation, exempelvis kopplat till självmordstankar. Men det framkommer också att det kan vara organisationen som är i kris. I ett av citaten som återges säger en av deltagarna att kuratorer blivit experter på att ”coordinate staff, in a really expert way to resolve a potential explosion. I think that they are highly dependent upon us for this” (ibid.:12).

Dessa relationer, mellan kuratorn och annan personal, liksom mellan kuratorn och den sjukvårdande organisationen, är i övrigt inte så framträdande i forskningen om hälso- och sjukvårdskuratorer. Det finns dock en del forskning med inriktning på förväntningar på arbetet och arbetets funktioner inom snarlika yrkesgrupper, exempelvis bland skolkuratorer, men också bland så kallade ”patient advocates”.²³

Skolkuratorns situation liknar hälso- och sjukvårdskuratorns, på så sätt att arbetet karaktäriseras av att de som regel ensamma företräder en yrkesgrupp inom en institution med ett annat huvuduppdrag än att erbjuda socialt arbete. Isaksson (2016) diskuterar denna likhet mellan yrkesgrupperna och beskriver hur en relativ frånvaro av styrning, parat med en oklar beskrivning av vad som förväntas av skolkuratorns arbete, gör skolkuratorn beroende av legitimitet från andra. Detta gäller i synnerhet rektorer, men också dagliga informella förhandlingar om handlingsutrymme med lärare. Isaksson (ibid.:55) lyfter hur detta framför allt kommer till uttryck genom hur: ”lärarna önskar att kuratorn ska ta över elever med problem, lösa problemen och återställa eleven i undervisningsbart skick”.

Skolkuratorerna Isaksson (2016) intervjuat uttrycker att denna förväntan egentligen inte motsvarar en roll de vill ha, men ändå är något de behöver förhålla sig till i det dagliga arbetet. Också Backlund (2007), som undersöker elevhälsovården som helhet, lyfter denna förväntan om att finnas till för både elever och lärare. Backlund (ibid.:293) lyfter med större tydlighet detta som ett riskabelt dubbelt uppdrag, där elevhälsovården kan komma att fungera som en ”ångestreducerare” för lärarna. En sådan ångestreducerande funktion, där en yrkesgrupp tas i anspråk för att underlätta för andras arbete, liknar det Heaphy (2013) beskriver då hon undersökt patient

23 Yrkesgruppen patient advocates har inte riktigt någon motsvarighet inom den svenska sjukvården, men den tillkom under 1960/70-talen, inom de engelska och amerikanska sjukvårdssystemen, som ett svar på att patienterna inte alltid upplevdes få den vård de hade rätt till. I liket med kuratorer finns det en förväntan om att de ska stå på patienternas sida. Utbildningsförväntningarna/kraven är dock mer diffusa och yrkesrollen definieras oftare som mer juridiskt präglad, jämfört med kuratorer. På vissa sätt liknar de därför personliga ombud, vilket i Sverige kan beviljas människor med psykisk funktionsnedsättning som stöd exempelvis i kontakt med myndigheter. Intressant i sammanhanget är att Olsson (1999) belyser hur införandet av detta stöd kan vara ett uttryck för hur kuratorer inom psykiatri lämnat denna typ av arbetsuppgifter, vilket Olsson (ibid.:187) ser som ”ett tecken på att kuratorerna inom psykiatri svikit dessa patienter.”

advocates på amerikanska sjukhus. Heaphys (ibid.:1291) fokus vilar på ”how institutions are maintained in the face of small-scale, everyday disruptions to institutionalized roles and patterns of interaction”.

I syfte att undersöka detta har Heaphy (2013) både intervjuat och skuggat patient advocates. Hon beskriver hur avbrott eller störningar i arbetet ofta uppkommer på grund av institutionens försök att standardisera ett komplext arbete. Patient advocates använder då regler och riktlinjer för att försöka läka olika typer av brott i kontakterna mellan patienter, anhöriga och personal. Detta arbete görs genom att exempelvis upplysa om regler och förväntningar, eller dokumentera händelser i enlighet med gällande riktlinjer. Arbetet är alltså i första hand inte inriktat på att förändra några rutiner eller riktlinjer, även om detta också kan ske. Som en övergripande funktion av arbetet beskriver Heaphy (ibid.:1312) något som liknar ett slags pedagogiskt arbete: ”the majority of the patients advocates’ repair work involved familiarizing patients, families, and staff about how to execute the expectations accompanying their roles.”

Hur detta arbete görs är beroende av kontextuella förutsättningar, relaterat såväl till sjukhushierarkier som sjukhusets typ. Heaphy (2013) diskuterar hur patient advocates kan argumentera utifrån patienternas rättigheter snarare än medicinska förhållanden i kontakter med läkare, i syfte att undvika stridigheter om jurisdiktion eller situationer där deras arbete uppfattas som hotfullt eller kritiskt. Också Isaksson (2016) beskriver ett sådant undvikande av öppna stridigheter om jurisdiktion mellan skolkuratorer och lärare, då hon lyfter hur skolkuratorerna ofta intar en handledande funktion till lärarna. Isaksson (ibid.:48) skriver att:

skolkuratorerna uppger att de ägnar minst lika mycket tid åt att handleda och ge konsultationer till lärare som att arbeta direkt med elever. Detta arbete benämner kuratorerna som ”bollande”. De tycks därmed tona ner det faktum att de i sitt arbete i vissa lägen har en rådgivande jurisdiktion i relation till lärare. En tolkning är att denna omskrivning kan ses som en implicit överenskommelse för att undvika konflikter kring över- och underordning.

Heaphy (2013) relaterar denna typ av försiktigt, kontextberoende, jurisdiktionsarbete till sjukhusets inriktning, då hennes fokus är ett undervisningssjukhus och ett sjukhus för krigsveteraner. Hon finner betydande skillnader mellan dessa sjukhustyper, då veteransjukvården generellt kännetecknas av starkt fokus på patienten, deras ”honor and value” (ibid.:1305). På undervisningssjukhus beskrivs istället hur ”there was not a wide agreement about the centrality of the patient position” (ibid.: 1310). Detta får betydande effekter för rollförväntningar, såväl för patienter som personal

och resulterar i ”a constellation of roles in which the doctors’ authority to provide medical care was prioritized over and above the patients’ recourse needs” (ibid.).

Heaphy (2013) beskriver hur dessa rollförväntningar påverkar hur patient advocates utformar sina arbeten, men lyfter hur de, inom båda sjukhustyperna, kan fungera som en funktion institutionen använder för att hantera brott i den dagliga verksamheten, utan att dessa får en alltför störande effekt på institutionens arbete. Denna funktion liknar det Backlund (2007) beskriver som elevhälsovårdens ångestreducerande funktion för lärarna. Men då detta kan ses som en underlättande funktion för enskilda yrkesverksamma, eller en yrkesgrupp, får en patient advocate motsvarande funktion för hela organisationen.

Reflektion kring tidigare forskning

Trots att hälso- och sjukvårdskuratorns tillkomst motiverades av ett behov av att hjälpa både patienterna och sjukvården hantera relationerna mellan medicin och socialt arbete, är det mitt intryck att forskningen om hälso- och sjukvårdskuratorer hittills mer ensidigt riktat fokus mot kuratorn i förhållande till patienterna. I viss mån har fokus också riktats mot kuratorn och annan personal, men då som regel i syfte att undersöka kuratorns position i förhållande till sjukvårdens hierarkier, snarare än kuratorsarbetets olika funktioner inom de institutioner där de verkar.

Detta är inte de enda ”glapp” som återfinns i forskningen om kuratorsarbetet. Å ena sidan kan ett fokus på hälso- och sjukvårdskuratorns yrkesroll betraktas som en vanligt förekommande och återkommande gren av forskningen om yrkesgruppen. Å andra sidan handlar denna forskning som regel inte om arbetets vardagliga organisering, utan om kuratorernas upplevelser av arbetet, i synnerhet svårigheterna att tydligt beskriva yrkesgruppens arbete eller bidrag. Detta kan kopplas till Craig och Muskats (2013) beskrivning av kuratorsarbetets funktioner, där flera av dem beskriver arbete som aldrig eller sällan synliggörs i övrigt än dess göranden. Funktioner som klister eller vaktmästare syns som regel inte, vare sig i arbetsbeskrivningar, journaltext eller statistik över arbetet, och författarna beskriver hur detta bidrar till ett osynliggörande av stora delar av kuratorns arbete, på många nivåer.

Också Udo et al. (2018) beskriver en relativt frånvaro av forskning som handlar om arbetets utförande, medan Muskat et al. (2017) menar att yrkesrollen må vara väl beforskad, men att detsamma inte kan sägas avseende arbetets vardag. Craig och Muskat (2013:14) fyller en del av en sådan lucka, men lyfter också hur: “Additio-

nal attention should be focused on understanding the structure of the work that HSWs²⁴ do in their daily activities”.

I arbetet som vardaglig aktivitet kan flera av de paradoxala relationer som diskuteras ovan antas framträda och förhandlas: relationen mellan ett patient- respektive organisationsfokus, eller mellan en relativ frihet och en perifer position, och även andra ibland till synes svårförenliga förväntningar och funktioner. Det är mot denna bakgrund jag valt en etnografisk utgångspunkt för avhandlingen. Jag ville gå vidare från formuleringen av dessa paradoxala relationer till en utforskande analys av hur kuratorn hanterar eller manövrerar dem i arbetet. För att möjliggöra detta kommer jag att fokusera på arbetet som verb, på hur ”kuratorandet” görs, i och genom olika interaktionsprocesser.

Avhandlingens fokus och struktur

I detta avsnitt presenteras avhandlingens syfte och frågeställningar, fokus och begränsningar. Kapitlet avslutas med en kort diskussion kring min position som forskare liksom en skiss över avhandlingens disposition.

Syfte och frågeställningar

Avhandlingens övergripande syfte är att analysera vad som karakteriserar hälso- och sjukvårdskuratorns vardagliga arbete, med fokus på kuratorns samspel med patienter och övrig personal liksom kuratorns yrkesrelaterade självbild. Detta konkretiseras genom följande frågeställningar:

1. Vilka funktioner fyller kuratorn för patienter? För annan personal? För de sjukvårdande organisationerna?
2. Vilka bekymmer görs till kuratorns problem? Hur ser dessa processer ut?
3. Vilka resurser har kuratorn tillgång till? Hur omsätts dessa i arbetet?
4. Hur kan de riktningar arbetet tar förstås?
5. Hur förhåller sig kuratorns vardagliga arbete till yrkesgruppens självbild?

Avhandlingens fokus och begränsningar

Avhandlingen baseras på fältstudier i form av skuggning av åtta kuratorer, samt samtal med åtta andra kuratorer i en fokusgrupp som träffats vid två tillfällen. Inledningsvis var avsikten att fokusera avhandlingen på somatisk vård och exkludera den psykiatriska vården. Detta dels då jag oreflekterat tog över denna etablerade indel-

24 Health Social Workers

ning av hälso- och sjukvårdens områden, dels då jag upplevt, liksom Cohen (1985), att det generellt varit ett starkare fokus på psykiatrins områden i studier av institutioners inre liv. Både Goffman (1961/2007) och Foucault (1972/1986) har exempelvis starkast fokus här då de undersöker sjukvårdande verksamheter. Jag valde dock att tänka om i denna fråga och bortse från denna medicinskt definierade indelning av hälso- och sjukvården, då jag inte ville förutsäga att den ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv nödvändigtvis behöver innebära någon betydelsebärande skillnad för kuratorns arbete.²⁵

Det är regionernas specialistsjukvård som är i avhandlingens fokus, både i form av sluten- och öppenvård.²⁶ Med andra ord har jag uteslutit kuratorer som arbetar inom exempelvis närhälsa/på vårdcentraler. Begränsningen är gjord av pragmatiska skäl, i syfte att erhålla ett hanterbart fält i förhållande till undersökningens storlek. Jag har också uteslutit sjukvård i privat regi. Detta föll sig naturligt då det vid tiden för undersökningens genomförande, inom det geografiska område som var praktiskt möjligt att inkludera, inte fanns några kuratorer anställda inom denna typ av sjukvård. Slutligen har jag valt att, av etiska skäl, exkludera sjukvård med inriktning mot barn. Detta då jag gjorde bedömningen att samtyckesfrågan, i synnerhet relaterat till metoden, skulle bli för svår att hantera.

Reflektioner kring forskarens position

Rosenfeld (1983) beskriver hur det sociala arbetet får legitimitet genom ett samhälleligt erkännande av att det existerar skillnader mellan vad som är respektive vad som borde vara, samt att det finns behov av att åtgärda denna skillnad. Arbetet är alltså inte ideologiskt neutralt. En rörelse är inbyggd i det, arbetet ska leda till något. Någon eller något ska förändras eller bli till, på något sätt. Det är dock inte alltid uppenbart vad det är som ska förändras, eller på vilket sätt. Järvinen (2002:83) lyfter därför ett behov av ”ett synliggörande av målsättningar och metoder i socialt arbete, en kartläggning (så gott det nu går) av de implicita, intuitiva, ideologiska aspekterna i den samhällssektor vi kallar socialt arbete”. Det är mot en sådan bakgrund jag när-

25 Att göra denna skillnad mellan psykiatri och somatik är dock vanligt, också inom socialt arbete, och då inte enbart när det gäller hälso- och sjukvården utan också kommunernas organisering av socialtjänstens arbete.

26 Med slutenvård avses de delar av sjukvården inom vilket patienten är inlagd, alltså spenderar minst en natt på sjukhuset. Denna vårdform kallas ibland också heldygnsvård, men jag har i avdelningen valt begreppet slutenvård då det är detta som anges i Hälso- och sjukvårdslagen. Med öppenvård avses på motsvarande sätt de delar av sjukvården där patienten besöker en vårdinrättning tillfälligt, ibland återkommande, ibland vid enstaka tillfällen. Besök inom öppenvården är i generellt större utsträckning planerade än inom slutenvården, men såväl planerade som oplanerade besök förekommer inom båda vårdformer.

mar mig hälso- och sjukvårdskuratorn. Avhandlingen kan med andra ord sägas ta sin utgångspunkt i en kritisk ansats.

Mycket av forskningen om hälso- och sjukvårdskuratorer görs av kuratorer och i forskningen kan ibland en normativ ansats om yrkesgruppen anas. Forskningen kan då sägas vara både ”om” och ”för” hälso- och sjukvårdskuratorer, vilket ofta kommer till uttryck i relation till antaganden om forskarens ansvar för yrkesgruppen. Ett exempel på detta är när Fleit (2008:iv) beskriver hur ett syfte med hennes avhandling är ”to ensure a continued professional role for social work in hospitals”.

Jag vill därför tydliggöra att det inte är min avsikt att genom eller i denna avhandling, ta ställning till hälso- och sjukvårdskuratorns arbete i termer av positivt eller negativt. Det är inte heller min avsikt att verka för eller mot ökad professionalisering av yrkesgruppen. Om ett forskarens ansvar ska lyftas, vill jag relatera detta till ett generellt ideal om kunskapsutveckling å ena sidan liksom patienternas rätt till en god vård å andra sidan.

Avhandlingens disposition

Avhandlingen är traditionellt uppbyggd, på så sätt att denna inledning följs av kapitel med fokus på teoretiska perspektiv och centrala begrepp, liksom metod och material. Därefter följer fyra kapitel med fokus på analys. Avhandlingens sista kapitel tar sedan form av en avslutande diskussion.

2. Teoretiska perspektiv och centrala begrepp

I detta kapitel presenteras de teoretiska perspektiv och begrepp som är centrala för avhandlingens fokus och analyser. Utmaningen i kapitlet handlar om att det på vissa sätt är ett slags konstruktion snarare än presentation, då jag i arbetet vägletts av utvecklingen av sensitiserande begrepp (Charmaz 2012). Detta har, i synnerhet under fältarbetet, fungerat som en metod för att medvetet rikta den analytiska blicken.²⁷ Förhållningssättet innebär att jag gick in i fältarbetet med ett antal på förhand definierade begrepp, vilka testades och utvecklades, men också lämnades till förmån för andra. Detta betyder att många av de begrepp som kommit att bli centrala för avhandlingen växt fram i mötet med fältet, liksom i tolkningsarbetet.

Tillvägagångssättet kan förstås som abduktivt, då den teoretiska förståelsen och analysen växt fram i växelverkan. Arbetet har fått form av en process där jag laborerat med många begrepp, från olika teoretiska traditioner, för att sedan landa i ett slags destillat. Avsikten med detta kapitel är att skissera såväl denna process som detta destillat. Min förhoppning är att jag på detta sätt kan visa och begripliggöra för läsaren vad som kommit att bli bärande för de analyser som komma skall.

Kapitlet inleds med en bakgrund i form av en genomgång av de begrepp jag bar med mig in i fält, följt av en beskrivning av mötet med fältet. Därefter följer ett fokus på det som kommit att bli avhandlingens övergripande teoretiska perspektiv: Judith Butlers sociala ontologi och sjukvården som ”nätverk av händer”, liksom Sara Ahmeds queera fenomenologi, orientering som arbete samt kuratorn, linjerna och avstegen. Detta följs av ett avsnitt med fokus på begrepp som fungerar mer empirinära i förhållande till det dagliga arbetets organisering. Här riktas blicken mot bekymmer och problem, handlingsutrymme och jurisdiktionsarbete, liksom resurser tolkade med hjälp av begreppet kapital. Kapitlet rundas av med en sammanfattande reflektion.

Bakgrund

När jag började betrakta kuratorn var jag inspirerad av begrepp sprungna ur en interaktionistisk tradition kombinerat med organisationsteori. Dessa begrepp fyllde många funktioner för avhandlingsarbetet i inledningsskedet, både som sätt att förstå

²⁷ Min förståelse för och användning av sensitiserande begrepp kommer att fördjupas i avhandlingens metodkapitel.

kuratorsarbetet och sjukvården som organisation, men också som ett fokus för blicken i fält.

Begrepp jag bar med mig in i fält

Mitt initiala teoretiska fokus vilade på relationen mellan en professionell och en hjälpsökande inom en människobehandlande organisation. Jag föreställde mig en kurator med ett uppdrag att, genom byråkratisk organisering, hantera mänskliga behov. Blicken var på detta sätt riktad mot kuratorn i förhållande till patienten och jag var intresserad av hur mötet mellan dem kunde betraktas som en plats där de båda kom att bli till som specifika subjekt. Jag relaterade detta till sjukvården tolkad som en organisation med uppdrag att reglera relationerna mellan välfärdsstaten och medborgarna.

Ett numera klassiskt sätt att betrakta en sådan resursfördelande eller redistribuerande funktion är med hjälp av Lipskys (1980/2010:3) begrepp gatuplansbyråkrat, definierat som: "Public service workers who interact directly with citizens in the course of their jobs, and who have substantial discretion in the execution of their work". Detta begrepp har fått stort genomslag i forskningen av välfärdsprofessioner, inte minst inom socialt arbete (Allen, Griffiths och Lyne 2004, Billquist 1999, Dunér och Nordström 2006, Uhnöo 2012). Inom forskningen om sjukvården har begreppet också använts för att förstå relationerna mellan läkare och patienter (Keller 1999).

Kuratorn kan på detta sätt tolkas som en yrkesgrupp vilken i möten med patienter förhandlar relationerna mellan medborgarna och välfärdsstaten, inom ramen för en människobehandlande organisation. Hasenfeld (2010) beskriver hur dessa kan betraktas som en manifestation av en samhällslig skyldighet att erbjuda välfärd åt medborgarna. En bild träder fram av en fabriksliknande organisation, där råvaran är människor, vilka sorteras och bearbetas mot ett slags förädling. Råvaran ska helt enkelt inte komma ut i samma form som den kom in, om inte ett sådant upprätthållande är det bästa som kan åstadkommas. Att arbetet har en mänsklig råvara påverkar utformningen, inte minst då råvaran kan betraktas som förhållandevis svårkontrollerad.

Varje insats från organisationens sida betraktas av Hasenfeld (2010) som en reflektion av en moralisk värdering, liksom en värdering av den hjälpsökandes sociala värde. Dessa praktikideologier uttalas inte, utan fungerar implicit: genom rutiner, klassificeringar eller indelningar i arbetets vardag. På detta sätt skapas klienter på specifika sätt, vilka blir tydliga först om den undersökande blicken riktas mot mötet mellan den professionella och den hjälpsökande, vilket beskrivs som "the litmus test

of the validity of the rhetoric of the organization. It distils what the organization actually does from what it claims it does” (ibid.:29).

Produkten blir med andra ord en specifik klient, och ett analytiskt fokus kan riktas mot dess tillblivelse. Inom sjukvården får en denna klient form av en patient, och en utgångspunkt för att tolka relationen mellan patienten och sjukvården kan hämtas hos Goffman (1961/2007:15), som beskriver den totala institutionens viktigaste drag som att: ”mänskliga behov ... behandlas genom byråkratisk organisation – oavsett om detta är en obetvingad nödvändig eller lämplig social organisationsform”.²⁸ Patienter kan på grund av sjukdom eller skada ha förlorat kontrollen över kroppen på ett sådant sätt att handlingslivet inskränks genom behov av att be om tillåtelse, om hjälp. Goffman (ibid.:26) beskriver detta som en underordnad position som innebär ”påtvungade mönster av eftergivenhet”. Inom ramen för institutionens vardagliga organisering karaktäriseras livet av också andra förluster, exempelvis av egna kläder eller kontrollen över möjligheten att hålla de delar av sig själv en så önskar utanför offentlig granskning. Goffman (ibid.:23) beskriver detta som en ”allvarlig inskränkning av jaget”.

Patientskapet kan alltså betraktas utifrån ett slags dubbel utsatthet, en kroppslig och en relationell, där patienten står i förhållande till och blir till i förhållande till andra. Dessa processer har beskrivits av bland andra Billquist (1999) och Järvinen och Mik-Meyer (2003), vilka lyft fram hur institutioner skapar specifika former av klientidentiteter, som snarare än neutrala återgivningar eller analyser av de hjälpsökandes svårigheter utgår från institutionernas möjligheter att hjälpa. Billquist (1999) uttrycker det som att de klienter som passar in i systemet och därmed är lättare att hjälpa, blir de som anses värdiga hjälp. De som inte passar in blir på motsvarande sätt klassificerade som ovärdiga.

Både Billquist (1999) och Järvinen och Mik-Meyer (2012) har utvecklat dessa resonemang för att beskriva hur också professionella konstrueras genom dessa processer. Billquist (1999:277) beskriver hur både klienten och personalen, i hennes exempel socialsekreterare, kan förstås som ”fångar i huset”. Järvinen och Mik-Meyer (2012:11) beskriver hur välfärdsstatens utformning ”sætter nogle særlige rammer for de professionelles arbejde, og hvordan disse rammer påvirker velfærdsarbejdet og de professionelles selvforståelse – og dermed også vilkårene for klientarbejdet”.

28 När Goffman beskrev den totala institutionen var detta en plats för de intagnas liv under mycket lång tid. Dagens sjukvård fungerar sällan på detta sätt, men många av den totala institutionen drag kan likväl anses relevanta, inte minst då sjukvårdens rum kan vara platser där den intagna, om än för bara kort tid, förlorar kontrollen över sin värld.

Även om praktikideologier alltså kan sägas genomsyra det människobehandlande arbetet och resultera i konstruktioner av både personal och klienter, är det inte säkert att de uppfattas som självklara eller uppenbara för dem som arbetar med dem. Praktikideologier är istället ”osynliga”, återfinns inte i policy-dokument eller arbetsbeskrivningar. Billquist (1999) använder inte begreppet självförståelse, men kan sägas anknyta till Järvinen och Mik-Meyers (2012) resonemang ovan då hon skriver: ”Ibland kan man fråga sig hur pass medvetna socialsekreterarna är om detta” (Billquist 1999:277).

Det var mot denna bakgrundsförståelse av kuratorn som ett slags gatuplansbyråkrat inom en människobehandlande organisation, liksom ett analytiskt intresse av klient- och professionskonstruktioner, jag gick ut i fältarbete. I fält fann jag dock, på många sätt, både andra och fler saker än jag tänkt. Det var ett annat kuratorsarbete jag fann, än det jag hade föreställt mig.

Mötet med fältet

När jag påbörjade avhandlingsarbetet hade jag nio års arbetslivserfarenhet som hälso- och sjukvårdskurator. Att rikta ansträngningarna mot att söka efter systematik och kärnpunkter i kuratorns arbete innebar dock ett annat synsätt, andra glasögon. Förutsättningen, att jag inte skulle göra något åt det jag såg eller delta i det, utan betrakta och analysera det, gav mig ett slags distans och ett slags närhet.

Distansen var jag beredd på, hade förberett mig på, rent av ansträngt mig för att skapa då jag tänkte att en sådan distans var nödvändig för att kunna analysera ett arbete jag tidigare själv utfört. Jag hade emellertid inte förberett mig på den nya form av närhet jag upplevde. Den tillfälligt forskande blicken, snarare än den vardagligt arbetande blicken, innebar att jag såg nya och andra saker. Denna förändrade blick kan förklaras genom Hasenfelds (2010) beskrivning av praktikideologiernas relativa osynlighet. Vardagliga rutiner är svårare att se för den som är mitt i dem.

När jag skulle betrakta kuratorn, liksom rikta mina ansträngningar mot att försöka förstå hur världen tolkades och formades genom hennes arbete, fann jag att utgångspunkten för kuratorns arbete inte alls behöver sökas ensidigt i förhållande till patienterna. Istället fann jag ett långt mycket mer mångfacetterat arbete. Framför allt kan denna process relateras till hur jag lämnade den inramning av kuratorns arbete jag beskrev tidigare. Det var inte säkert att det som skulle förstås som ett resultat av kuratorns arbete enbart var en specifik patient. I kuratorns arbete kunde mycket mer än patienter få form av svårkontrollerade råvaror. Det var inte heller säkert att kuratorn kunde ramas in som en självklar del av en helhet, tolkad som en männ-

iskobehandlande organisation. En del begrepp fick jag därför lämna, andra fick jag modifiera min förståelse för, ytterligare andra har jag efter hand lagt till.

För att inte förekomma de analyser som kommer vänder jag mig tillbaka för att beskriva det jag kanske borde förstått från början. En bredare utgångspunkt för kuratorns arbete går nämligen att finna redan vid yrkesgruppens tillkomst. Jag har tidigare beskrivit några av de argument som uttrycktes för ett ökat samarbete mellan socialt arbete och medicin (Olsson 1999:85), men för att friska upp minnet nämner jag en del av dem igen:

obotligt sjuka där läkaren ingenting kunde göra. Här skulle en *social arbetare* kunna ge råd och hjälp både under sjukdomstiden och efter försörjarens död.

andra patienter som vandrade runt till olika kliniker. Även om de blev inlagda för vård var deras tillstånd oförändrat vid utskrivningen. För att kunna ge dem varaktig hjälp krävdes att någon tog reda på deras situation och vid behov kunde påverka deras hemförhållanden, bekymmer, fattigdom etc eftersom dessa kunde vara orsak till deras 'inbillade' sjukdom.

I dessa förväntningar på den framtida kuratorns arbete, i form av "en *social arbetare*" eller "någon", är det som framstår tydligast inte patienterna, utan ett slags önskade yttre gränser för resten av sjukvården. Dessa gränser verkar inte fungera på ett tillfredsställande sätt. Som subjekt framstår i det första exemplet en läkare som ingenting kan göra på grund av att patientens sjukdom inte kan botas. I det andra exemplet är denna behandlande bedömare inte explicit, men ändå närvarande. Ett osynligt subjekt skriver här ut en patient vars tillstånd är oförändrat. Patientens sjukdom kan inte heller här botas. Inte för att detta inte är möjligt, utan därför att orsaken till sjukdomen är fel. Det är inbillningen som är satt inom citationstecken, inte sjukdomen. På detta sätt framträder minst tre former av subjekt eller objekt som potentiellt kan gynnas av kuratorns arbete: patienter som kan få råd och hjälp, sjukvårdspersonal som kan få understöd i sina arbeten i situationer där de ingen hjälp kan ge, liksom kliniker som kan få slippa patienter som vandrar runt.

Jag gör också en kort återkoppling till ett av de syften som angavs bakom anställningen av den första hälso- och sjukvårdskuratorn i Sverige: "bevaka och skydda patienternas rättigheter och intressen under deras vistelse på sjukhuset" (Olsson 1999:88). Här framträder, som kontrast till ovan, patienterna som tydliga och ensamma mottagare för kuratorns arbete. Kuratorn ska här vara till för patienten. Det som är intressant är emellertid inte bara detta, utan att behovet av arbetet inte ställs i relation till svårigheter lokaliserade i patienten, eller ens i förhållande till sjukdom,

utan till vården, genom en beskrivning av hur patienternas rättigheter i dagsläget varken förefaller vara bevakade eller skyddade, medan patienten vistas på sjukhuset. Faran som framstår för patienten är alltså inte att bli sjuk, utan att vårdas.

Det blir på detta sätt tydligt att det inte går att ta ensidig utgångspunkt i kuratorn, som en del av sjukvården, i förhållande till en patient. Kuratorn behöver istället ställas för sig själv och från en sådan position undersökas i förhållande till en mångfald av både objekt och subjekt i omvärlden.

Denna omvärld får i detta sammanhang en konkret form. Det är sjukvårdens rum som ”provide the settings for drama; they are where things happen” (Ahmed 2006b:30). Det som fokuseras är organiseringen av arbete som människor utför, med fokus på andra människors liv och kroppar. Sjukvården är en plats som karaktäriseras av just detta renodlade fokus på patienternas kroppar, ofta till och med i form av kroppsdelar snarare än kroppar. Om människor betraktas som råvaror i människobehandlande arbete är det med andra ord med en starkt kroppslig betoning patienten som råvara får form i detta sammanhang. Det kan verka konstigt, men jag hade inte riktigt tänkt på det (heller) när jag påbörjade arbetet.

Erfarenheter under fältarbetet gjorde dock att jag närmade jag mig en fråga om hur jag skulle förstå kuratorns arbete i förhållande till hur sjukvården tar utgångspunkt i patienternas kroppar. Det fick mig att ställa frågor om var patienten som kropp börjar och slutar i förhållande till sjukvården, hur den formas och förstås, på vilka sätt. Istället för ett mer renodlat fokus på sjukvården som en människobehandlande organisation bland andra, närmade jag mig frågan om sjukvårdens kroppsliga fokus, och hanteringen av denna kropp i förhållande till kuratorns arbete. Jag förstod det inte då, men det jag började närma mig var en bild av att det kanske inte enbart är patienten som råvara som är svårkontrollerad. Det kan också vara sjukvårdens konstruktion av kroppen som råvara som ställer till det. För att närma mig ett sådant fokus vänder jag mig till Judith Butler och den sociala ontologin.

En social ontologi

Butler (2009b) tar, i synnerhet i boken ”Krigets ramar”, utgångspunkt i en frågande och utforskande blick på kroppen och det mänskliga. Hennes empiriska utgångspunkt är inte organiseringen av sjukvård, utan krig och tortyr. Hon kan alltså sägas ta avstamp i motsatsen till att skydda eller värna liv. Snarare än en fråga om vård ställer hon frågor om vad som gör våld möjligt. Hon riktar dock blicken mot en

fråga om själva livet, vilket hon formulerar som en ontologisk fråga: ”*Vad är ett liv?*” (ibid.:13).²⁹

Denna fråga om livet konkretiseras i kroppen och dess ofrånkomliga materialitet. Butler (2009b:18) tydliggör detta genom hur det vore ”en absurd slutsats, om den tas bokstavligt” att hävda ”att liv och död är direkta konsekvenser av diskurser”. Livet och döden äger rum, erfars. Men livet handlar i Butlers (ibid.:14) sociala ontologi mindre om huruvida hjärtat slår, mer om hur den kroppsliga erfarenheten innebär ”att vara utsatt för social bearbetning och form”.

En kroppslig sårbarhet utgör på detta sätt ett slags utgångspunkt för att förstå vad det är att vara människa. Livet är skört och osäkert, eller med Butlers (2009b:15,33) terminologi prekärt. Kroppen är beroende av andra, livet är utsatt för krafter och anspråk som ”möjliggör kroppens fortlevnad och blomstrande” (ibid.:15).³⁰ Det som står på spel är både själva överlevnaden och frågan om hur lätt eller svårt livet blir att leva. Motsatsen till fortlevnad tolkar jag som död, motsatsen till blomstrande torde på motsvarande sätt vara en form av visnande, tynande tillvaro.

Det mänskliga livet, kroppen eller erfarenheten, blir på detta sätt inte något absolut, eller beroende av potential hos individen, utan något relativt. Butler (2009b:77) uttrycker också detta specifikt, genom att beskriva det mänskliga som ”ett värde och en morfologi som kan tilldelas och tas tillbaka, utvidgas, personifieras, degraderas och förnekas, upphöjas och bekräftas.”

Det mänskliga subjektet är alltså, som Butler ser det, inte självklart för sig. Kroppen och livet är istället placerade i, inramade av, rum och relationer, ”liv kräver att skilda sociala och ekonomiska betingelser är uppfyllda för att det skall kunna upprätthållas som ett liv” (Butler 2009b:23). Kroppen är överlämnad åt andra, åt ”sociala och politiska organisationsformer” (ibid.:14). Att försöka ta utgångspunkt i en kropp, fristående från ”deras situation”, ”hemförhållanden, bekymmer, fattigdom etc” (jfr Olsson 1999:85), framstår på detta sätt som en ansträngning dömd att misslyckas. En sådan kropp låter sig helt enkelt inte göras.

Av den ontologiska frågan om själva livet väcks istället också en epistemologisk fråga, om hur livet uppfattas och erkänns. Butler (2009b) relaterar en sådan förmåga inte enbart till huruvida kroppen som materia finns till, blir ”sedd” i absolut be-

29 Kursiv i original.

30 Butler definierar egentligen inte dessa begrepp, men som jag tolkar dem kan de förstås i linje med begreppet prekaritet, d.v.s. omfattande subjektet som fysiskt och socialt. Fortlevnaden handlar då om själva livet, överlevnaden, medan blomstrandet refererar till hur detta liv kan göras lättare eller svårare att leva, och hur de båda är direkt relaterade till de epistemologiska ramar, de sociala sammanhang, inom vilket kroppen ramas in som mer eller mindre levande, mer eller mindre möjlig att gå förlorad.

märkelse, utan till normer som erkänner den som ett liv. Genom dessa normer blir liv till, som mer eller mindre sårbara, mer eller mindre sörjbara, mer eller mindre spillbara. Ett sörjbart liv tolkas som ett subjekt, vars rättigheter bör bevakas och respekteras. Ett spillbart liv gör det inte, blir aldrig till ett subjekt som kan förloras eller fullt ut leva. Livsförutsättningar, "förutsättningarna som gör livet bevarbart" (Butler 2009b:41), fördelas differentiellt. Livets vara är "konstituerat med selektiva medel" (ibid.:13).

Det är en radikal tanke, att själva livet fördelas genom erkännanden, genom huruvida det blir igenkännbart i enlighet med de normer som reglerar dessa erkännanden, och att detta fördelande sker ojämnt. Det innebär med andra ord att det är möjligt att erkänna(s) mer eller mindre grad av liv. Det innebär också att det är möjligt för människor att erkänna, eller inte erkänna, andra som subjekt.

Butlers (2009b) utgångspunkt kan verka väldigt långt från det vardagliga arbetet på ett sjukhus i Sverige. Det som gör begreppen möjliga att konkretisera är emellertid hur den differentiella distributionen av sörjbarhet länkas till kroppens beroende av "det som är utanför den själv" (ibid.:41), av hur andra svarar på den. Detta innebär att det blir möjligt att analysera hur patienten blir beroende av hur sjukvårdens organisation bryter in i och påverkar patienten som subjekt. Butler (ibid.:42) skriver visserligen hur kroppen alltid "kolliderar med yttervärlden", men detta kolliderande, definierat som en "modalitet som definierar kroppen" (ibid.) blir närmast extremt påtagligt inom institutioner som har själva kroppen och livet som sin utgångspunkt. Det är nämligen inte enbart sörjbarhet förstått som känsla som fördelas differentiellt, utan också det Butler (ibid.:55) kallar "den affektiva och moraliska responsiviteten",³¹ eller mer konkret, hur(uvida) vi ger "respons på det vi har framför oss med de resurser som finns tillgängliga för oss" (ibid.:41).

Butler öppnar genom dessa begrepp för en samhällsvetenskaplig blick på både kroppen, sjukvården och kurators arbete. Sjukvården i sig kan betraktas som en social och politisk organisationsform till vilken kroppar är överlämnade. Men kropparna som kommer dit är redan relativa, överlämnade åt också andra rum och relationer. Sjukvårdens personal kan tilldela, ta tillbaka, utvidga, personifiera, degradera, förneka, upphöja och bekräfta både värde och morfologi i förhållande till patienterna. Men de börjar inte på noll. De kan inte heller alltid bestämma på egen hand var (eller kanske i synnerhet när) de ska sluta eller andra ska ta över. Kroppen som kommer, och sedan ska gå vidare, är redan betraktad och behandlad.

31 Butler (2009b:79) talar också om det som står på spel som "den effektiva regleringen av affekt, upprördhet och etisk respons".

Kroppen kan med andra ord inte ställas för sig själv. Inom sjukvården blir vissa kroppar till patienter, men det kan inte göras hur som helst. En patient kan vara sjuk och dö. En patient kan ha potential att överleva, men begränsade möjligheter till blomstrande. Patienter kan bli inbillat sjuka. De kan ha potential att bli friska, men sakna de sociala och ekonomiska betingelser som krävs för att livet ska kunna upprätthållas. Patienten kan bli en sådan som vandrar runt mellan kliniker, utan att bli bättre.

Om råvaran för sjukvården betraktas som en mänsklig kropp, är den med andra ord svår att både kontrollera och avgränsa. Råvaran kommer med bagage, sjukvården har vissa resurser. Det är inte säkert att det uppstår harmoni mellan detta bagage och dessa resurser. En del av detta bagage, men också dess effekter på sjukvården, kan kuratorn förväntas hantera. Att kalla på en kurator, att eftersöka en sådan kompetens inom sjukvården, kan tolkas som försök att göra patienten sårbar. Att se och försöka ge respons, genom att påkalla ”någon” (jfr Olsson 1999:85) som kan se till ”att skilda sociala och ekonomiska betingelser är uppfyllda” (Butler 2009b:23), och på så sätt söka ”trygga betingelserna för dess [patientens] fortlevnad eller blomstrande” (ibid.:14).

Liksom analyserna kommer att visa kan kuratorn emellertid också förstås som en yrkesgrupp som samtidigt förväntas hjälpa sjukvårdens övriga personal att behålla sina fokus, så att också de på sätt och vis kan blomstra, i sina arbeten. Sjukvårdens personal kan också betraktas som kroppar. Deras kroppsliga utsatthet är (som regel) inte lika uppenbar som patienternas, men också de ”kolliderar med yttervärlden” (Butler 2009b:42). I deras arbete är också de utlämnade åt ”sociala och politiska organisationsformer” (ibid.:14). Också dessa organisationsformer kan bli föremål för kuratorns omsorger. Att hävda att en organisation ska kunna blomstra är kanske att dra Butlers begrepp för långt. Fortlevnad och blomstrande tolkar jag som förbehållet mänskliga subjekt, inte minst genom frågan om att (eventuellt) tillerkännas status som subjekt. En organisation kan dock både understödjas och störas.

Sjukvården som ”nätverk av händer”

Jag tolkar inte Butlers primära avsikt som att förankra denna sociala ontologi i konkreta organisatoriska kontexter, även om hon ibland diskuterar sådana tillfällen.³² Den generella abstraktionsgraden i texten är, så att säga, högre, mer generell. Hon skriver dock att: ”[h]ur jag blir mött och hur jag blir understödd beror i grund och botten på de sociala och politiska nätverk som denna kropp lever i, hur jag blir be-

³² I förhållande till exempelvis beslut om medborgaskap eller frågan om ansvarighetsgörande relaterat till ekonomisk hjälp.

traktad och behandlad, och hur det betraktandet och den behandlingen underlättar för detta liv, eller misslyckas med att göra det levbart” (Butler 2009b:57). Detta nätverk, av vilket kroppen är beroende, beskrivs också ett ”socialt nätverk av händer” (ibid.:24).

Jag väljer att i denna avhandling tolka detta nätverk av händer som materialiserat, i form av hälso- och sjukvården som social och politisk organisationsform, vars personal hanterar sårbara kroppar. Ett nätverk av händer blir konkret i form av sjukvårdens personal, och deras händer. Detta möjliggör en blick på personal som mänskliga subjekt, snarare än en mer oidentifierad eller odifferentierad grupp eller form. Det blir också ett sätt att förstå hur organisationsformen villkorar händernas rörelser, deras möjligheter att respondera, genom vilka ”resurser som finns tillgängliga” (Butler 2009b:41). Det placerar vidare sjukvården som nätverk av händer i relation till andra nätverk av händer, genom ett beroende av relationerna mellan sjukvårdens organisationer och exempelvis socialtjänsten och primärvården.

Med hjälp av Butler blir det möjligt att analysera en sjukvårdande verksamhet, men flytta blicken från liv tolkat som individers biologi, till ett fokus på bevarandet av liv och organiseringen och hanteringen av de betingelser som gör det mer eller mindre möjligt. Ibland är detta ett arbete med patienternas överlevnad, eller med Butlers (2009b:14) ord ”fortlevnad”. Oftare än så är det ett arbete med patienternas levbarhet, ”blomstrandet” (ibid.). Om att ge respons på lidande med de resurser som står en till buds, om att underlätta för liv, eller misslyckas med att göra det levbart. Men också, om att hantera resurserna som står en till buds.

Butlers (2009b) sociala ontologi kan då sägas innebära en upplösning av gränserna mellan kroppen, livet och omvärlden. Det är en kullkastande manöver, inte helt enkel att förstå eller göra sig en bild av. Det kan å ena sidan verka självklart att kroppar är beroende av sociala och ekonomiska relationer för att överleva och blomstra. Ett ensamt liv utan någon förankring i världen går knappt att föreställa sig. Å andra sidan är en socialt och ekonomiskt förankrad kropp också svår att se framför sig, i synnerhet i förhållande till sjukvården, vars själva utgångspunkt ofta är att försöka förhålla sig till en avgränsad kropp. Ändå är det just här kuratorns arbete kan förstås, i relationerna mellan sjukvårdens fokus på en avgränsbar kropp och patienter, och också personal, som kroppar som är förankrade i både rum och relationer.

Med hjälp av begreppet nätverk av händer blir det möjligt förstå kuratorns arbete som mer mångfacetterat än vad jag gjorde inledningsvis. Om jag återigen vänder mig till yrkesgruppens historia kan kuratorn dels ses som en personal bland personalen, med specifikt ansvar för att ”utreda patienternas sociala och ekonomiska situation” (Olsson 1999:88). Hon ska på detta sätt kunna fungera som en hand i och för sjuk-

vården som nätverk av händer, som en del av vården. Kuratorn kan också ses som den som förväntas hantera relationerna mellan sjukvården, samhället utanför och välfärdsstatens övriga funktioner: ”förbereda patienternas utskrivning genom att ordna arbete, bostad etc och följa upp hur det gick för dem” (ibid.). På detta sätt framträder en hand som ordnar ett handslag mellan olika nätverk av händer. Kuratorn ska slutligen också kunna agera som en företrädare för patienten: ”bevaka och skydda patienternas rättigheter och intressen under deras vistelse på sjukhuset”, liksom: ”fungera som stödkontakt för patienterna” (ibid.). Här framträder kuratorn närmast som ett slags fristående hand som på patientens sida positionerar sig mot det nätverk av händer hon ibland ska vara en del av.

Det är alltså inte enbart patienterna som framträder som potentiella föremål för kuratorns omsorger. Kuratorns arbete kan också ställas i relation till sjukvården som nätverk av händer, vars räckvidd är begränsat. Både patienterna och sjukvårdens personal kan på detta sätt betraktas som socialt och ekonomiskt förankrade kroppar, vilka alla kan bli föremål för kuratorns arbete. Kuratorn kan inte heller förstås som en yrkesgrupp som står helt innanför eller helt utanför en människobehandlande organisation. Det är inte säkert att hennes enda råvara är en patient. Istället förväntas hon kunna fylla flera funktioner för flera mottagare.

Som en central position för kuratorn hamnar därför ett slags mångtydighet eller mångfald av relationer och positioner. Som en central funktion framträder en problemlösnings snarare än en beslutsfattare. Snarare än en gatuplansbyråkrat framträder: ett slags orienterare.

En queer fenomenologi

För att kunna förstå kuratorns arbete i förhållande till denna mångfald av positioner, relationer och funktioner, vänder jag nu blicken mot Sara Ahmeds queera fenomenologi och begreppen orientering, linjer och avsteg. Dessa begrepp erbjuder möjligheter att förstå kuratorns arbete, oavsett vem eller vad det riktar sig mot. Det centrala blir nämligen inte i vilken form föremålen för arbetet kommer, utan de riktningar kuratorns arbete understödjer.

Ahmeds (2006b:2) queera fenomenologi möjliggör en konkretisering av hur en kropp förankrad i rum och relationer kan förstås och analyseras då hon tydligare än Butler placerar kroppen i rum, i förhållande till andra objekt: ”bodies take shape through tending toward objects that are reachable”. Dessa objekt ska inte tolkas enbart som materiella ting. Objekt kan också ta form av “thought, feeling, and judgement” (ibid.:56). På liknande sätt är rummen arkitektoniska, har fysiska gränser.

Men de är också sociala rum, sociala former, ett sätt att beskriva "how the social is arranged" (ibid.:7).

På detta sätt blir det knappt kroppen i sig som hamnar i fokus, utan relationerna mellan kroppen och vad den upplever som inom respektive utom räckhåll. I Ahmeds fokus vilar därför medvetandet snarare än kroppen. Detta medvetande ska inte tolkas som en kognition utanför kroppen, utan snarare som förkroppsligat och förankrat i både erfarenheter, tid och rum. Fokus vilar alltså inte heller på medvetandet i sig, utan på vad som kommer till det. "Rather than consciousness being seen as directed toward itself, it is understood as having objects in its view – as being shaped by that which appears before it in 'this here and now'" (Ahmed 2006b:25).

Genom ett fokus på relationerna mellan kroppen, medvetandet och rummet, liksom hur kroppen tar form relaterat till objekt i omgivningen, betonas den riktning kroppen får och tar i sina rörelser. Det blir i dessa rörelser det händer. I rörelsen, orienteringen, blir människor till som subjekt, "orientation is a matter of how we reside in space ... how we inhabit spaces as well as 'who' and 'what' we inhabit spaces with" (Ahmed 2006b:1).

Orientering handlar på detta sätt om hur mänskliga subjekt uppehåller sig, förstår sig själva och rör sig. Orienteringen sker efter ett slags hållplatser som förväntas nås på vägen, som ett resultat av de riktningar som tas och har tagits. På detta sätt är orienteringen förankrad i rummet samtidigt som den innebär en riktad rörelse framåt. Denna riktning är inte slumpmässig. I Ahmeds terminologi framträder istället begreppet linjer som det som formar tillvaron, genom att samla dessa hållplatser, längs just linjer, vilket ger dem riktning. Rörelser förankras, i både tid, rum och tanke. Linjerna villkorar livet, rörelserna och kropparna. "When we follow specific lines, some things become reachable and others remain or even become out of reach" (Ahmed 2006b:14).

Linjerna är det som utgör utgångspunkter för blicken, för vad som uppfattas som rimligt, igenkännbart, möjligt och eftersträvansvärt. De bär med sig och skriver sin historia samtidigt, eftersom det som uppfattas som inom räckhåll beror på tidigare riktningar och den tänkta framtiden. Linjerna leder mot en förväntad horisont, bär på en bild av framtida avkastning. Samtidigt kräver ett upprätthållande av en riktning arbete, "a political economy, or an uneven distribution of attention of time" (Ahmed 2006b:32). För att någonting ska kunna hållas i fokus krävs att annat förpassas till bakgrunden.

Ett följande av en linje kan alltså inte kan tas för givet. Ahmed (2006a:555) beskriver istället linjerna som performativa, beroende av upprepning, "they depend on

the repetition of norms and conventions, of routes and paths taken, but they are also created as an effect of this repetition”.

För att en linje ska upprätthållas krävs alltså att den upprepande beträds. Ju mer vältrampad en linje blir, desto mer självklar kommer den att framstå. Följandet av den kommer, som ett resultat av denna upplevda självklarhet, att upplevas som en smidighet i rörelserna och relationerna mellan objekten och rummet. Så länge det förväntade händer, så länge linjen följs, upplevs det som bekvämt. Som det ska vara. Linjen blir förenad med en press att följa den, som kan upplevas både emotionellt och kroppsligt.

Oavsett hur vältrampad en linje är, är dess framtida existens ändå beroende av fortsatt upptrampning. Möjligheten att göra avsteg från linjen finns, i stunden, men sådana avsteg kan också göra det lättare för en alternativ linje att beträdas igen. Avsteg från linjen kan förbereda för alternativa linjer. Liksom Göransson (2012:26, 268) konstaterar bör linjerna därför förklaras, snarare än förklara. Frågan om vem som gör avsteg liksom från vad, är med nödvändighet empiriska frågor.

Orientering som arbete

Ahmeds analyser är personligt präglade. Hennes subjekt är ett mänskligt ”vi”. I hennes text är detta ofta i form av ett jag, exemplet är henne själv. Hennes rum är ofta hemmets rum och de objekt hon uppehåller sig vid är vardagliga, som hennes familj vid ett matbord. Ahmeds (2006a; 2006b) fokus i texten är vidare på sexualitet, och på hur vissa begär blir queera avsteg i förhållande till en rak (straight) linje. Sådana avsteg kan vara svåra att se möjligheter till, och än svårare att agera på, då den väl upptrampade raka linjen framträder som självklar och förenad med förväntningar om en viss framtid. Ett queert avsteg blir, erfars som, obekvämt.

Ahmed har alltså inte organisatoriska kontexter eller arbete i fokus för sina analyser, även om hon ibland diskuterar sitt eget arbete som forskare. Hon utgår snarare från det enskilda subjektet och hur olika maktordningar påverkar subjektets orientering genom att göra vissa riktningar i livet lättare att ta, vissa linjer lättare att se och beträda. Andra potentiella linjer framstår som svåra eller till och med omöjliga att orientera sig mot. Ett försök att beträda en sådan linje kan ta form av ett avsteg, och ett sådant avsteg kan ses som en motståndshandling (även om Ahmed inte menar att avsteg i sig ska förstås som något normativt positivt).

Också Göransson (2012) har sitt fokus på hur normer kring genus och heterosexualitet befästs då hon lyfter hur dessa linjer materialiseras i stadens rum, genom exempelvis arkitektur. På detta sätt får linjerna en fysisk påtaglighet och hållbarhet. Ahmed (2007), liksom Bremer (2010), diskuterar också ras i förhållande till en sådan

rumslig materialisering, genom hur möjligheten att ta plats i rum är ojämlig, då vissa kroppar, genom sin vithet, uppfattas som självklara, passerar obemärkt, medan andra kroppars försök att beträda rum hindras. Rummen är förberedda för vissa kroppar. Andra kroppar bär istället på attribut som i förhållande till rummet skapar ett slags stresspunkter (Ahmed 2006b: 17, 132ff).

Det är inte utan tvekan jag använder Ahmeds begrepp mer generellt än relaterat till sexualitet, kön, ras, eller subjektets ”egen” orientering i förhållande till omvärlden. Om begrepp flyttas till nya sammanhang kan det finnas en risk att begreppen förlorar specifik och frigörande potential. Ahmed (2006b:161) lyfter dock begreppet queer i två betydelser, som ”specific sexual practices”, men också som att mer generellt vara eller försättas ”off line”. Bremer (2011:83) uttrycker ett liknande resonemang: ”Med queer kropp avses dock inte en icke-heterosexuell kropp. De kroppar som väljer andra vägar än den straighta, raka, förutbestämda linjen skapar snarare queera effekter.”

Med begreppet queer framstår alltså en position, i ett avsteg från en linje. Detta avsteg bär på en potentiellt kullkastande funktion relaterat till en omgivning som är organiserad kring vissa sätt att leva, vissa sätt att orientera sig, rikta sitt fokus. Det som är, blir, gör eller görs till ett avsteg kan därmed förstås på det sätt queer beskrivs av Göransson (2012:22), som ett verb, som att ”skapa oreda”, eller med Ambjörns-sons (2006:168) ord, som ”en käpp i maskineriet”. Det kan hända saker som tolkas som avsteg. Men också ingenting, eller en frånvaro av rörelse, kan betraktas som avsteg. När ingenting händer kan de tänka rörelserna också hindras, av att ingenting händer. Linjerna är performativa till sin karaktär, de ”kräver” upptrampning.

Att relatera linjer och avsteg till sjukvården och arbete där är inte helt nytt. Bremer (2011) använder linje-begreppet för att förstå transsexuellas erfarenheter av att på samma gång försöka få tillträde till normaliserade linjer för ett begripligt kön, parallellt med en kamp för att trampa upp nya linjer i förhållande till hur liv känns igen och förstås. Bremer fokuserar på dessa linjer i förhållande till ”det könskorri-gerande vårdsammanhanget” (ibid.:14), och beskriver hur ”den vårdapparat som är till för att göra informanternas liv mer levbart samtidigt vållar lidande som gör att många istället upplever livet som mindre levbart” (ibid.:219). Bremer relaterar dessa paradoxala förhållanden till hur transsexuella måste förhålla sig till vårdgivarnas ofta normativa förståelser av hur kön ska se ut och ta form. Som patienter måste de, för att få tillgång till vården, anpassa sig efter vårdens rutiner, oavsett om de linjer som här skisseras harmonierar med deras egna begär eller önskemål.

Också Zeiler och Wickström (2009) uppehåller sig vid sjukvårdens rum då de undersöker föräldrars erfarenheter av att få barn med intersexuell anatomi. Deras

fokus är emellertid inte enbart på dessa föräldrars erfarenheter, frågan de ställer är ”Why do 'we' perform surgery on newborn intersexed children?” Detta ”vi” förstår jag som bestående av dessa föräldrar och läkare, vilka fattar beslut om vilka slags subjekt barnen ska opereras till att bli igenkännbara som. De tydliggör hur läkare, i förhållande till de berörda barnens kroppar, både orienterar sig efter en tvåkönsmodell i sin förståelse av barnen och samtidigt stärker en sådan linje genom hur de påverkar föräldrarnas förhållningssätt till både barnen, omvärlden och sjukvårdens insatser. Linjernas performativa karaktär framträder på detta sätt tydligt. Det som skulle kunnat bli avsteg, som att välja att inte operera ett barn, avstys. Därmed stärks en förgivettagen linje om kön, men också vårdens rutiner bekräftas. Vårdens organisering framstår på detta sätt som en linje, kring vilken föräldrarna, eller i Bremers (2011) exempel transsexuella vårdsökande, ska orienteras.

Ahmed (2006b:117) kan också sägas öppna för ett sådant fokus på ett slags institutionernas linjer då hon understryker kollektiviteten i skapandet och upprätthållandet av en riktning: “it is through the repetition of a shared direction that collectives are made.” Ahmed (ibid.:134) beskriver vidare ett “vi” i form av en institution: “Becoming a 'part' of an institution, which we can consider as the demand to share in it, or even have a share of it, hence requires not only that we inhabit its buildings, but also that we follow its line: we might start by saying 'we'; by mourning its failures and rejoicing in its success”.

En potentiell mångfald av både subjekt och linjer framträder. Människor kan ge uttryck för egna linjer, egna begär eller förväntningar på livet, framtiden och sig själva. Institutioner kan också ha linjer, i form av organiseringen av arbetet i förhållande till förväntade utfall och förväntade kollektiv, vilka skapas genom gemensam orientering längst vissa linjer. Det kan också finnas mer övergripande linjer, kring hur kön bör göras eller liv bör levas.

Med hjälp av Ahmed (2006a; 2006b), Bremer (2011) och Zeiler och Wickström (2009) öppnas ett fokus på hur orientering kan förstås inte enbart som ett arbete för det enskilda subjektet, relaterat till att upprätthålla en riktning i livet. Arbetet med orientering kan också betraktas som en påverkan andra utövar, genom att försöka förmå subjekt att följa vissa linjer, undvika avsteg eller korrigeras efter att ett avsteg redan gjorts. Den press som följdandet av en linje innebär materialiseras, ta konkret form, av arbete som riktar sitt fokus mot att undvika eller räta ut andras avsteg.

Kuratorn, avstegen och linjerna

För denna avhandling får begreppen linjer och orientering betydelse för hur jag förstår kurators arbete, såväl relaterat till patienterna som relaterat till personal och

de sjukvårdande organisationerna. Dels kan kuratorn hantera patientens sjukdom som ett avsteg från en patients linje. Det som görs till avsteg kan då vara en förlo-rad bekvämlighet eller förlo-rad känsla av självklarhet eller en plötsligt påtvingad ny horisont orsakad av sjukdom, smärta eller funktionsbortfall. Ahmed (2006b:157f) beskriver hur sådana upplevelser kan tolkas som en desorientering, en vilshenhet som kan vara plågsam och förstås som en kris om känslan kvarstår. Kuratorn kan i rela-tion till patienten förstå linjen som patientens föreställningar om vem patienten är eller vart hen är på väg i livet. En sjukdom kan på detta sätt, av kuratorn, tolkas och hanteras som en desorientering i relation till patienten i sig. Det stöd kuratorn riktar till patienten kan då analyseras i relation till ansträngningen att hjälpa patienten att återfå en känsla av bekvämlighet.

Begreppet linje kan dock också användas för att analysera det sjukvårdande ar-betet, genom organiseringen av det sociala nätverk av händer som hanterar kroppar som råvaror. Sjukvårdens institutioner fungerar på detta sätt efter linjer. Det finns en förväntan om vad som ska hända i de sjukvårdande rummen, hur subjekten där ska rikta sin uppmärksamhet, hur de ska orientera sig, vilka slags subjekt de ska (sträva efter att) vara eller bli. De sjukvårdande rummen är förberedda för vissa slags sub-jekt. Både personal och patienter kan ses som villkorade i sina rörelser av dessa linjer. Därmed kan de också förstås som subjekt som kan göra avsteg.

Också andra objekt än de rent mänskliga kan i Ahmeds begreppsvärld få form av avsteg. Materiella ting kan skapa oreda genom att orsaka att relationerna mel-lan kropparna och rummen upplevs som obekväma. I Ahmeds (2006b) exempel återkommer olika slags bord, men inom sjukvårdens rum är en mångfald av ting tänkbara som sådana som kan skapa oreda, men potentiellt också minska obekvä-mheter i relationerna mellan kropparna och rummen. En rullstol eller en hörapparat är sådana uppenbara exempel, men också kläder skulle kunna fylla sådana funktioner. Jag har själv kommit till sjukhus utan skor. Det var inte alls obekvämt, förrän jag skulle därifrån.

I relation till subjektens orientering kan nästan allting ta form av objekt, också människor. I Ahmeds värld tillmäts dock det mänskliga en särställning. Kroppen ses som materiell, men inte som en sak bland andra, utan med en specifik potential att uppta, bebo och inta, eller med Ahmeds (2006b:53) ord, rent av ”hemsöka” (haunt) rum. Begreppen öppnar för att tillmäta också materiella objekt betydelse, men som jag tolkar Ahmed är det först i relation till de mänskliga subjektens orientering dessa objekt blir betydelsefulla. En rullstol bär på en potential i sig, men det blir först när den används eller inte används, görs tillgänglig eller inte görs tillgänglig, på ett sådant sätt att den påverkar människors orientering, som den blir intressant. Det som blir

intressant är då just relationen objekten emellan och vad som i och genom denna relation görs möjligt, eller omöjligt.

Det är med en sådan utgångspunkt jag väljer att analysera kuratorns arbete. Som ett arbete som kan förstås som försök att påverka andras orientering: genom att påverka vad de gör, hur de riktar sin uppmärksamhet, hur de upplever sig själva, vad som hamnar inom eller utom räckhåll för dem eller vart de upplever att de är på väg. Hur denna orientering tar form analyseras genom vad som i kuratorns arbete formuleras som avsteg, liksom från vilka linjer.

Det vardagliga arbetets organisering

För att tydliggöra hur dessa processer ser ut och förhandlas genom det vardagliga arbetets organisering, vänds nu blicken mot begrepp som kan fungera mer empirinära, som verktyg i läsningen, vilka kan tydliggöra både vad kuratorn kommer att betrakta som avsteg, liksom från vilka linjer, mot vilka horisonter dessa riktar uppmärksamhet, samt hur detta förhandlas genom arbetet. Kuratorns arbete behöver då analyseras som förhandlat genom en mångfald av möten, med både patienter och annan personal, men också möten kuratorer emellan. För att möjliggöra sådana analyser använder jag begreppen bekymmer och problem, handlingsutrymme och jurisdiktionsarbete, och resurser tolkade med hjälp av begreppet kapital. Därefter avslutas kapitlet med en sammanfattande reflektion.

Att hantera bekymmer och problem

Emerson och Messinger (1977) har, liksom Hasenfeld (2010), fokus på interaktion mellan personal och klienter och hur ett sådant fokus i forskningen kan bidra till att "analyzing interaction processes through which personal difficulties or troubles are identified, related to, elaborated, and perhaps transformed into a specific sort of deviance" (Emerson och Messinger 1977:121).

Emerson och Messinger beskriver på detta sätt en relation mellan bekymmer och problem, där ett bekymmer förstås som en svårighet, medan ett problem förstås som ett resultat av hur vissa svårigheter formuleras som problem för personal att arbeta med. Relationen mellan ett bekymmer och ett problem betraktas med andra ord inte som linjär eller kausal, utan som förhandlad i en process genom vilket somliga bekymmer identifieras som problem, andra inte.

Också Emerson och Messinger (1977) skriver fram relationen mellan personal och klienter, men i citatet ovan behöver relationen till organisationen inte förstås som lika central som hos Hasenfeld. Det krävs ändå en viss modifikation för att flytta Emersons och Messingers fokus på relationen mellan personal och klienter i

förhållande till klienternas personliga bekymmer, till mitt fokus på kuratorns arbete. Det kräver dels att kuratorn ställs i relation till fler än patienten, dels att svårigheter kan ta form av fler saker än personliga bekymmer. En sådan modifiering ser jag dock som en möjlig utveckling av begreppen, där kuratorns arbete kan skrivas fram som förhandlat i olika interaktionsprocesser genom vilket somliga bekymmer identifieras, utvecklas och förhandlas fram som problem för kuratorn att arbeta med.

På detta sätt blir det möjligt att analysera både vad som blir problem för kuratorn, vilka bekymmer som förhandlas bort och hur dessa processer ser ut. Det blir också möjligt att diskutera hur relationerna mellan vad som förstås som bekymmer och problem kan skilja sig åt, beroende på från vilken position tolkningen görs. Det blir på detta sätt möjligt att exempelvis analysera situationer där olika yrkesgrupper betraktar samma situation, men inte är överens, varken om huruvida det de uppmärksammar ska ses som ett problem, eller i så fall för vem.

En av de bärande principerna för Emerson och Messingers (1977) resonemang är det tolkningsföreträde personal har i översättningsarbetet mellan ett bekymmer och ett problem. Det är personal som tolkar och identifierar vissa bekymmer som problem och därmed också avgör vad som ska åtgärdas respektive inte åtgärdas. Detta kan betraktas som ett slags maktutövning, relaterat till hur Butler (2009b:57) beskriver ”[h]ur jag blir mött och hur jag blir understödd beror i grund och botten på de sociala och politiska nätverk som denna kropp lever i, hur jag blir betraktad och behandlad, och hur det betraktandet och den behandlingen underlättar för detta liv, eller misslyckas med att göra det levbart”. Det som står på spel är med andra ord både själva uppmärksammandet och erkännandet, uttryckt genom respons. Allting blir inte uppmärksammat, allting som blir uppmärksammat blir inte erkänt, svaras inte på.

Det finns i detta avseende ytterligare en likhet mellan Butler (2009b) och Emerson och Messingers (1977) resonemang. Emerson och Messinger betonar hur översättningsarbetet mellan ett bekymmer och ett problem kan analyseras i relation till vilken bot institutionerna har att erbjuda. Problemkonstruktionen får därmed sitt avstamp i institutionens upplevda möjligheter att hjälpa, snarare än i en analys som tar sin utgångspunkt i den aktuella individens bekymmer. På ett liknande sätt beskriver Butler (2009b:55) hur en respons är länkad till ”de resurser som finns tillgängliga”.

Som jag tolkar Butler förstår hon resurser både materiellt och perceptuellt. Frågan är alltså inte enbart om det finns tillgång till en viss resurs, utan också om den ska omsättas. Den senare frågan kan länkas till huruvida subjektet ifråga görs sårbart eller spillbart, om situationen väcker responsivitet. Det finns på detta sätt två frågor att

ställa i relation till denna bot eller dessa resurser, dels om det finns tillgång till dem, dels om det finns ett subjekt som förstås som sörjbart, vars rättigheter bör bevakas.

I förhållande till kuratorn är det inte enbart i relationen mellan kuratorn och patienten dessa tolkningar sker. Kuratorn kan exempelvis få remisser om patienter från annan personal. Det kan då tolkas som att andra har identifierat ett bekymmer som ett problem för en kurator att hantera. Kuratorn kan också ställas inför samma förhållande relaterat till annan personal, om kuratorn uppmärksammar ett bekymmer och erkänner det som ett problem, som potentiellt också berör annan personal. För kuratorn är det inte heller enbart patienternas bekymmer som kan ta form av problem, det kan också vara sjukvårdens organisationer eller annan personal som har bekymmer. Flera olika subjekt kan därmed också göras sårbara (eller spillbara).

Kuratorn kan på detta sätt sägas göra tolkningar av relationerna mellan bekymmer, problem, sårbarhet, bot och resurser i förhållande till flera slags interaktionsprocesser. Kuratorns arbete kan därför analyseras i förhållande till en mångfald av relationer och positioner, där förhandlingar sker om vad som ska hanteras som problem för en kurator att hantera. Många utfall är tänkbara, i synnerhet när begreppen bekymmer och problem länkas vidare till Ahmeds begrepp linjer. Dessa ger nämligen bekymren och problemen riktning. Översättningen blir mer än en tillfällig lösning på en specifik situation, istället skrivs en linje fram genom de bekymmer som hanteras som problem. Genom fokus skapas riktning, som leder mot något, från något annat.

För att illustrera detta kan en liknelse göras med Bremers (2011:14) analyser av ”det könskorrigeringande vårdssammanhanget”. Här beskriver Bremer hur vården organiseras efter normer om kön, baserade på en tvåkönsmodell. Detta kommer till uttryck genom hur det förväntas att transsexuella som önskar vård i riktning från man till kvinna ska vara bekymrade över penis. Detta vet patienterna och förhåller sig till på så sätt att de inför vårdpersonal presenterar sig själva som bekymrade över penis, oavsett huruvida de själva upplever penis som ett bekymmer för dem. Vårdens organiseras på detta sätt enligt linjer som förutsätter en penis som ett problem, oavsett om den vård sökande upplever ett sådant bekymmer. En frånvaro av ett bekymmer kan på detta sätt förstås som ett potentiellt avsteg, i förhållande till den linje som skrivs fram genom vårdens organisering. För att patienten ska få vård krävs i dessa fall att patienten orienterar sig efter vårdens linjer snarare än de egna. Vissa problem måste då presenteras, till och med pressas fram.

Ställda i relation till varandra framträder alltså komplicerade processer, med flera inblandade subjekt och objekt och flera tänkbara utfall. För att undersöka hur dessa interaktionsprocesser formas och villkoras i förhållande till kuratorns arbete, vänds

blicken nu vidare mot jurisdiktionsarbete och handlingsutrymme samt resurser, tolkade genom begreppet kapital.

Handlingsutrymme och jurisdiktionsarbete

Brodkin (2010; 2011) diskuterar, i likhet med exempelvis Hasenfeld (2010), Järvinen (2002) och Goffman (1961/2007), människobehandlande arbete som ett politiskt arbete. Brodkin (2010; 2011) framhåller emellertid med större tydlighet handlingsutrymme som ett centralt begrepp för att förstå hur detta arbete formas i praktiken, i synnerhet i förhållande till hur personal balanserar de resurser de har till sitt förfogande jämte de krav de möter från organisationerna. En sådan balansakt ses då inte som ett neutralt kalkylerande, utan snarare som implicita överväganden i arbetet. Hanteringen av handlingsutrymme blir ett verb snarare än ett substantiv, en kapacitet snarare än ett utrymme eller ett faktum.

Kuratorn hanterar på detta sätt ett handlingsutrymme i förhållande till patienter. I relation till detta uttrycker Evans och Harris (2004) kritik mot att handlingsutrymme tenderar att tolkas normativt på åtminstone två sätt: dels som något i sig positivt, dels som om vissa arbetsuppgifter, som rådgivande/emotionellt stödjande arbete ("counseling"), tolkas som uttryck för professionell frihet, medan planerande insatser ("care planning") generellt tolkas som uttryck för mekaniserad styrning.

Ställd i förhållande till sjukvården som nätverk av händer kan Brodkin vidare sägas öppna för en tolkning av hur kuratorn också kan ses som en del av annan personals handlingsutrymme.³³ Detta då hon liknar handlingsutrymmet vid den kapacitet Lipsky (1980/2010:78) benämner bemästringsmekanism (coping mechanism) för personal, vilket hjälper dem att hantera situationer då de tillgängliga resurserna stämmer dåligt överens med upplevda krav eller önskemål på arbetets utformning. Som, återigen:

andra patienter som vandrade runt till olika kliniker. Även om de blev inlagda för vård var deras tillstånd oförändrat vid utskrivningen. För att kunna ge dem varaktig hjälp krävdes att någon tog reda på deras situation och vid behov kunde påverka deras hemförhållanden, bekymmer, fattigdom etc eftersom dessa kunde vara orsak till deras 'inbillade' sjukdom (Olsson 1999:85).

På detta sätt växer det fram en bild av en kurator som både har ett eget handlingsutrymme att hantera, men också kan vara en del av andras handlingsutrymme (att förväntas hantera), ett sätt för annan personal att lämna ifrån sig vissa bekymmer. En

³³ Också kuratorn kan på motsvarande sätt antas kunna använda annan personal i sin hantering av handlingsutrymme.

patient som inte kan skrivas ut blir i exemplet ovan ett avsteg från en vårdens linje, mot en horisont som leder mot att patienten har skrivits ut. Patientens oförändrade tillstånd blir här ett avsteg, som blir svårt att hantera som problem för vårdens övriga personal, eftersom bekymret är av ”fel” sort.

Hantering av handlingsutrymme kan därmed, med Butlers (2009b) begrepp, förstås som ett sätt på vilket subjekt blir till, hur vissa subjekt möjliggörs, hur andra hindras, i mycket bredare bemärkelse än i relationen mellan kuratorn och patienten. Liksom analyserna kommer att visa förhandlas kuratorns handlingsutrymme i många fler relationer, ofta informellt och implicit. I relation till detta kan Sjöströms (2013:65) begrepp jurisdiktionsarbete användas för att beskriva hur kuratorn, genom arbetets organisering, förhandlar både sin professionella identitet, möjlighet att definiera vilka arbetsuppgifter som hör professionen till och vilka arbetsmetoder som kan anses relevanta. Detta jurisdiktionsarbete förstås som en interaktion, en process eller förhandling både mellan och inom yrkesgrupper. I likhet med Brodskins (2010; 2011) tolkning av handlingsutrymme framträder jurisdiktionsarbete som ett verb snarare än ett substantiv, en kapacitet snarare än ett område.

Också här krävs dock viss modifikation av begreppen. I Sjöströms (2013) fokus vilar nämligen professionella organisationer och deras mer övergripande och allmänna arbete med att definiera och stärka yrkesgruppens jurisdiktion. I det vardagliga arbetet utförs jurisdiktionsarbetet istället av enskilda, inom ramen för specifika miljöer. I förhållande till det vardagliga arbetets organisering står kuratorn i förhållande till annan personal, inom institutioner som är hierarkiska och tvärprofessionella. Olika utgångspunkter kan antas självklara. Evans (2011) understryker också vikten av att komplettera analyser av handlingsutrymme med ett fokus på yrkesgruppernas roll och status. Acker (2006:443) beskriver dessa relationer som ojämlikhetsregimer: ”interrelated practices, processes, actions, and meanings that result in and maintain class, gender, and racial inequalities within particular organizations”. Makt betraktas då inte enbart som relaterat till materiella förhållanden som lön, utan också kontroll över organisationens mål, resurser och beslut, samt möjligheter till intressanta arbetsuppgifter och respekt.

Om sjukvården betraktas som ett nätverk av händer ska det med andra ord inte tolkas som en mängd händer i jämlika, smärtfria samarbeten. Alla kan möjligtvis få och ge varandra respekt, men kontroll över resurser och beslut är inte lika lätt att fördela på samma sätt. Ibland måste någons bedömning ge vika för att någon annans bedömning ska kunna göras gällande.

Hur kuratorns utgångspunkt i dessa förhandlingar ska förstås är inte självklart. Om frågan om yrkesgruppens roll och status, eller position inom sjukvårdens ojäm-

likhetsregimer, kan relateras till socialt arbete i bredare bemärkelse menar Cohen (1985) att de som i statens tjänst utövar någon form av social kontroll, eller med Järvinens (2002:74) ord, är ”en förmedlande yrkesgrupp”, ofta tillhör vad som kan kallas semi-professioner. Dessa karaktäriseras av en hög grad av beroende av byråkratiserade arbetsformer och liten reell politisk makt eller inflytande över arbetets organisering. En sådan fråga om inflytande över arbetets organisering kan länkas tillbaka till ”de resurser som finns tillgängliga” (Butler 2009b:41). För att möjliggöra en analys av dessa resurser, liksom hur de omsätts, använder jag begreppet kapital.

Kapital som resurs

Bourdieu (1986:15f) definierar kapital som i stort sett liktydigt eller likvärdigt med begreppet makt, eller en form av ackumulerat arbete. För mig blir begreppet ett sätt att förstå vilka resurser kuratorerna har eller upparbetar tillgång till, och hur dessa omsätts i arbetet.

Enligt Bourdieu (1986) kan kapital anta olika former: ekonomiskt, kulturellt och socialt. När Bourdieu (ibid.:16) beskriver det ekonomiska kapitalet tydliggörs en avsikt att länka begreppet specifikt till pengar, då detta kapital beskrivs som ”immediately and directly convertible into money”.

I det sjukvårdande arbetet är transaktioner av monetär art inte alltid de mest uppenbara för ögat. Pengar utgör emellertid en grundläggande faktor för och i vården, inte minst då sjukvården som regel organiseras genom köp- och sälj- eller beställar- och utförarmodeller. I det vardagliga arbetet förhandlas dessa ekonomiska och politiska ramar i relationerna till patienterna exempelvis i förhållande till vårdtidens längd, regleringen av väntetider samt relationerna mellan välfärdsstatens olika institutioner och gränserna för deras respektive ansvarsområden. Ekonomiska ramverk styr vidare institutionernas möjligheter att anställa personal.

Dessa förhållanden påverkar kuratorns arbete, inte minst om/hur kuratorn arbetar med relationerna mellan sjukvården och välfärdsstatens andra institutioner, exempelvis genom planering och koordinering av vårdens insatser. En kuratorns funktion i förhållande till sjukvårdens ekonomiska effektivitet och legitimitet var också en förväntan som lyftes i svaren på den enkät utsänd av Svenska fattigvårdsförbundet Olsson (1999:85) refererar till som bakgrund för yrkesgruppens tillkomst: ”ett samarbete mellan sjukhusläkarna och det sociala arbetet skulle fylla ett länge känt behov och vara en viktig funktion för att sjukhusarbetets resultat skall motsvara de ofantliga summor, som det slukar.”

Ekonomiskt kapital har också betydelse i förhållande till patienterna, då ekonomiska bekymmer kan länkas till erfarenheten av sjukdom eller skada. Både sjukvår-

dande insatser och mediciner kostar pengar. Det kostar pengar att besöka vårdens inrättningar, det kan exempelvis också kosta pengar att få intyg utskrivna. Sjukdom kan vidare medföra behov av kostsamma förändringar av livet i övrigt, exempelvis genom behov av att byta bostad. Att vara sjuk kan också vara kostsamt på många andra sätt, att drabbas av sjukdom kan helt enkelt visa sig vara en dyr erfarenhet. Denna typ av bekymmer kan kuratorn också förväntas arbeta med. I registersystem återfinns exempelvis klassifikationer av arbetet som ”stöd i ekonomiskt liv”. I beskrivningen av den första hälso- och sjukvårdskuratorns uppdrag återfanns också en förväntan om: ”att ordna arbete, bostad etc och följa upp hur det gick för dem, utreda patienternas sociala och ekonomiska situation” (Olsson 1999:88).

Också i relationerna mellan kuratorerna och annan personal kan ekonomiskt kapital vara av betydelse för arbetet. Relationerna mellan yrkesgrupper kan ses som hierarkiska, präglade av det Acker (2006) benämner ojämlikhetsregimer, karaktäriserade och konkretiserade av bland annat skillnader i lön, men också skilda grader av kontroll över organisationens resurser och beslut. Också dessa kan ha form av ekonomiska kapital, inte minst då dessa beslut har direkt resursförmedlande funktioner och berör exempelvis utskrivning av patienter. Acker (ibid.) beskriver emellertid också dimensioner av arbetet som inte kan länkas direkt till pengar, som möjligheter till intressanta arbetsuppgifter och respekt. I fokus hamnar då snarare kulturellt och socialt kapital.

Bourdieu (1986) beskriver tre olika former av kulturellt kapital: en förkroppsligad form, en objektifierad form samt en institutionaliserad form. Den förkroppsligade formen utgår från individen och hennes assimilering i den aktuella miljön, vilket kräver arbete av denna individ - en investering av både tid och kropp. Bourdieu (ibid.:18) liknar denna ansträngning vid fysisk träning och konstaterar frankt att ingen får större muskler av att någon annan tränar. På detta sätt kan det förkroppsligade kulturella kapitalet förstås som en potentiell resurs för en kurator, en resurs hon kan bygga upp snarare än ha eller inte ha tillgång till i mer absolut bemärkelse. Resursen är relationell till sin karaktär, baserad på och villkorad av relationer mellan kuratorn och annan personal.

I relation till hälso- och sjukvårdskuratorn kan det förkroppsligade kulturella kapitalet länkas till hur hon förhåller sig till relationerna mellan socialt arbete och medicin, då den aktuella miljön, eller med Bourdieus (1989) begrepp fält, kan ses som dominerad och definierad av det senare. Till detta kan kuratorn förhålla sig på olika sätt. Hon kan, med Sjöströms (2013) terminologi, agera mimetiskt. Kuratorn betonar då en likhet med medicinska perspektiv, smälter in i miljön, genom att exempelvis använda medicinsk terminologi, definiera sitt arbete i relation till medicin-

ska termer eller anpassa sitt arbete efter (andras) medicinska bedömningar snarare än (egna) sociala bedömningar. Genom att på detta sätt smälta in kan hon antas kunna arbeta upp ett förkroppsligat kulturellt kapital i förhållande till annan personal.

En annan strategi är att agera aposematiskt (Sjöström 2013), betona sin särart som samhällsvetare. Det kan då antas bli tydligare på vilket sätt hennes kompetens är specifik, skiljer ut sig från det medicinska. Det kan dock också antas att hon då inte med automatik får tillgång till något förkroppsligat kulturellt kapital som går att använda som resurs i arbetet. Liksom Carlhed (2011:298) betonar måste kapitalanvändningen nämligen ställas mot fältets doxa, som ”värderar dem som legitima eller ej i olika grad, vilket i sig skapar en specifik ekonomi av symboliskt kapital”. En sådan balansgång, mellan att betona sin särart och att smälta in, kan antas vara svårbemästrad. Å ena sidan kan kuratorns existens sägas vila på just det uttryckta önskemålet om ”någon” eller ”en *social arbetare*” (Olsson 1999:85), som kan erbjuda något annorlunda än det som redan är. Å andra sidan kan denna relativa särart betraktas som villkorad, av linjer som redan är framskrivna. Det är inte säkert att kuratorn kan göra avsteg från dessa linjer. Risken finns istället att det då blir kuratorn som tolkas som en som kan ”skapa oreda” (Göransson 2012:22), eller blir förstådd som ”en käpp i maskineriet” (Ambjörnssons 2006:168).

Den objektifierade formen av kulturellt kapital beskriver Bourdieu (1986) vidare som starkt länkat till symboliska eller materiella objekt, i sammanhang där de används i kamper om kulturell produktion. De kan på detta sätt ses som potentiella insatser i strider om gränser mellan yrkesgrupper, som det beskrivs av Abbott (1988). Inom ramen för sjukvården kan detta tolkas som olika former av objekt som här tillmäts värde. Konkret skulle detta kunna vara i form av exempelvis ett stetoskop eller annat mätinstrument, en förskrivningsrätt eller tillgång till nycklar. Sådana objekt kan påverka relationerna mellan kuratorer, patienter och annan personal, exempelvis i förhållande till vem som har tillträde till vilka rum, vem som har nycklar, vem som behöver knacka på vilka dörrar. Vem som efter ett möte skriver en journalanteckning som dokumenteras under rubriken ”team” eller vem kan signera olika typer av intyg. Vem som inte gör det alls. Vem som kanske gör det, men konsulterar någon annan först.

Hälsa- och sjukvårdskuratorns arbete kan dock tydligare länkas till hur Bourdieu (1986:20) beskriver den institutionaliserade formen av kulturellt kapital, som: ”legally guaranteed qualifications formally independent of the person of their bearer”. Den som står i position att hävda institutionaliserat kulturellt kapital kan med andra ord lita på, eller utgå från, att denna möjlighet är av mer stabil karaktär, oberoende av, eller liggandes utanför den egna kroppen och dess relationer till andra kroppar.

Denna formella struktur för legitimitet skiljer detta kapital från den förankring i enskilda subjekt som karaktäriserar förkroppsligat kulturellt kapital. Institutionaliserat kulturellt kapital är officiellt erkänt och kan på detta sätt hävdas i egen rätt, medan den som saknar sådana resurser hela tiden måste hävda sig eller bevisa sig. Tillgången till institutionaliserat kulturellt kapital beskriver Bourdieu (1986:21) därför som det som skiljer ut autodidakten, som kan bli ifrågasatt hela tiden.

En strävan efter legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer kan betraktas som en önskan om att få tillgång till en resurs i form av institutionaliserat kulturellt kapital, ett officiellt erkänt kapital som ligger utanför den enskilde kuratorns kropp och relationer. I fokus för denna avhandling vilar dock inte den mer generella frågan om yrkesgruppens kompetens eller legitimitet, utan det vardagliga arbetet. Det institutionaliserade kulturella kapitalet som resurs blir därför istället länkat till arbetsuppgifter som i arbetets vardagliga organisering med självklarhet kopplas till en specifik yrkesgrupp.

En sådan relation mellan en arbetsuppgift och en yrkesgrupp kan vara baserad på lagstiftning, men också på upparbetade rutiner som innebär att en uppgift med upplevd självklarhet kopplas till en yrkesgrupp, utan att detta behöver förhandlas vid varje givet tillfälle. Sådana exempel finns också i förhållande till kuratorer. Det specificeras som sagt inte i lagtext vem som ska erbjuda patienten stödsamtal i samband med abort. På många kvinnokliniker kan dock arbetsuppgiften betraktas som officiellt erkänd, institutionaliserad, som kuratorns. På samma sätt förhåller det sig på många infektionskliniker, där kuratorer rutinmässigt kan ansvara för stora delar av arbetet med smittspårning, även om det formellt är på delegation från läkare. I övrigt är det dock min tolkning att det kan anses vara relativt oklart vilken tillgång hälso- och sjukvårdskuratorer har till institutionaliserat kulturellt kapital, inte minst eftersom tidigare forskning lyfter en kuratorns mångfald av arbetsuppgifter liksom hur yrkesutövningen kan förstås som svårdefinierad (Fantus et al. 2017, Framme 2014). Att kuratorn i liten utsträckning arbetar med myndighetsutövning kan också vara en faktor som påverkar, då myndighetsutövningen konkretiseras av synligt beslutsfattande funktioner, vilka i sig kan antas ta form av institutionaliserat kulturellt kapital.

Socialt kapital beskriver Bourdieu (1986:21) slutligen som: "the aggregate of the actual or potential resources which are linked to possession of a durable network of more or less institutionalized relationships of mutual acquaintance and recognition." I likhet med det förkroppsligade kulturella kapitalet återkommer här ett fokus på mellanmännsliga relationer och deras varaktighet och kvalitet. På så sätt tolkar jag också denna form av kapital som bundet till specifika kroppar, eller subjekt. Det som gör denna kapitalform extra intressant i förhållande till hälso- och sjukvårdskuratorer

är att den både beskrivs som en resurs i sig, i form av ett nätverk, men genom detta nätverk också potentiell tillgång till andra(s) resurser: "[t]he volume of the social capital possessed by a given agent thus depends on the size of the network of connections he can effectively mobilize and on the volume of the capital (economic, cultural or symbolic) possessed in his own right by each of those to whom he is connected" (ibid.).

Det sociala kapitalet kan alltså förstås både som de kontakter en kurator har i arbetet, på så sätt att hon exempelvis kan ställa en fråga till en annan personal för en patientens räkning, förmedla information. Men också som de potentiella övriga resurser personer i hennes nätverk i sin tur kan mobilisera. Genom att uppbygga goda relationer kan kuratorn på så sätt antas kunna få tillgång till fler resurser än de hon egentligen kan sägas förfoga över själv. För hälso- och sjukvårdskuratorn, vars yrkesutövning i hög utsträckning karaktäriseras av låg tillgång till egna resurser att förmedla och låg grad av direkt beslutsfattande funktioner, kan ett sådant kapital antas vara av stor betydelse.

Det sociala kapitalet är dock vanskligt till sin karaktär. På samma sätt som det förkroppsligade kulturella kapitalet länkar Bourdieu (1986) det nämligen till specifika subjekt, liksom ett beroende av aktivitet. Enbart genom egen aktivitet kan sociala relationer skapas, underhållas och användas som resurser. Dessa ansträngningar är temporära till sin karaktär, beroende av ständig upprepning.

Sammanfattande reflektion

I denna avhandling utgår jag från en social ontologi, och tar därmed utgångspunkt i en förståelse av det mänskliga livet som skört, beroende av andra och villkorat av sociala och ekonomiska relationer. En sådan utgångspunkt innebär att en strävan efter att renodla en fysisk kropp inte låter sig göras. Det innebär också att livet ses som relativt, att upprätthållandet av liv är beroende av huruvida subjekt uppmärksammas och erkänns. Det är mot denna bakgrund jag förstår hälso- och sjukvårdskuratorsyrket.

Att kalla på en kurator, att eftersöka en sådan kompetens inom sjukvården kan ses som försök att uppmärksamma och erkänna patienterna som sociala och sårbara mänskliga subjekt. Kuratorn kan förväntas hjälpa patienten med svårigheter som inte avhjälpas av sjukvårdens övriga resurser och på så sätt ge patienten ökade möjligheter till "blomstrande" (Butler 2009b:14). Kuratorn kan dock samtidigt förväntas hjälpa sjukvårdens övriga personal att behålla sina fokus på en mer avgränsad kropp, så att också de kan blomstra, i sina arbeten.

Kuratorns arbete förstår jag som riktat mot att påverka andra människors orientering, genom att påverka vad de gör, hur de riktar sin uppmärksamhet, hur de upplever sig själva, vad som hamnar inom eller utom räckhåll för dem, eller vart de upplever att de är på väg. All orientering har och understödjer en riktning, i form av linjer, som leder mot en tänkt horisont, riktar fokus mot vissa saker samtidigt som andra saker hamnar ur fokus. Linjerna har också normativa funktioner, de fungerar som ramar för vad som uppfattas som rimligt, riktigt och eftersträvansvärt. Ju mer väl upptrampad en linje är, desto mer självklar uppfattas den. Linjerna är också förenade med en press att följas dem, de lovar ett slags avkastning. Så länge de följs upplevs det som bekvämt, som om saker och ting är i ordning, som de ska. Det kan ändå inte tas för givet att de följs. Det kan bli avsteg på linjer, såväl genom att det händer något som får en störande effekt, som genom en frånvaro av framåtrörelse orsakad av att det förväntade inte händer.

En mångfald av linjer kan vidare existera samtidigt. Människor kan ha egna linjer, i form av förväntningar på det egna livet, uppfattningar om vad som är rimligt och eftersträvansvärt. Egna begär. Sjukvårdens institutioner kan också betraktas som organiserade kring linjer, genom förväntningar på hur både människor och andra objekt ska uppehålla sig i de sjukvårdande rummen eller hur vården ska framåtskrida. Det finns också mer övergripande linjer, exempelvis i form av hur livet ska levas för att räknas som ett gott liv. Det är inte säkert att alla dessa linjer harmonierar. Ett följande av en linje kan istället bli till ett avsteg från en annan. I förhållande till kuratorns arbete kan många saker ta form av avsteg, från många linjer. Såväl vad som blir ett avsteg som från vilka linjer är empiriska frågor, vilka kommer att vara i fokus för avhandlingens analyser.

Vad som kommer att tolkas som avsteg, liksom från vad, är inga enkla processer. Inte minst eftersom kuratorn kan förväntas kunna positionera sig på många olika sätt. Dels kan hon ses som en del av sjukvården, dels kan hon ses som en länk mellan sjukvården och det övriga samhället. Dessutom kan hon förstås som positionerad i ett relativt utanförskap, från vilket hon förväntas företräda patienten. Istället för att betrakta kuratorn som en del av en människobehandlande organisation analyserar jag därför kuratorn i relation till sjukvården som ett socialt nätverk av händer.

I förhållande till detta nätverk av händer, liksom i förhållande till patienterna, förhandlar kuratorn, genom jurisdiktionsarbete, vilka bekymmer som ska göras till problem för hennes arbete, vilka svårigheter kuratorn ska arbeta med samt på vilka sätt. Dessa förhandlingar kan betraktas som inramade av vilka linjer som ska understödjas, eftersom det är linjerna som ger tillvaron dess konturer, reglerar vad som hamnar i fokus. I relation till detta kan kuratorn hantera ett visst handlings-

utrymme, men hon kan också bli en del av annan personals handlingsutrymme, exempelvis om de remitterar till kuratorn och på så sätt formulerar bekymmer som problem för kuratorn att hantera.

Kuratorns arbete kan också relateras till de resurser som finns tillgängliga för henne, eftersom det helt enkelt är lättare att erkänna bekymmer som problem om det finns en bot att erbjuda, responsen är kopplad till de resurser som finns tillgängliga. I denna avhandling används begreppet kapital för att förstå dessa resurser. På detta sätt blir det dels möjligt att diskutera vilka resurser kuratorn har respektive saknar tillgång till. Det blir också möjligt att diskutera på vilka sätt dessa olika kapital gör kuratorn beroende av relationer till andra, inte minst genom hur kuratorn i arbetet behöver balansera mellan att å ena sidan framstå som en yrkesgrupp med egen kompetens, specifika resurser att bidra med, å andra sidan vara beroende av att de resurser hon försöker omsätta tillmäts värde av andra.

Sammanfattningsvis analyserar jag alltså kuratorns arbete utifrån en förväntan om en yrkesgrupp som kan hantera flera olika funktioner, för flera mottagare. Kuratorn kan vidare förväntas positionera sig på flera olika sätt och därmed också rikta sin uppmärksamhet och sitt arbete i förhållande till linjer som skrivs från flera positioner. Som oundviklig utgångspunkt för arbetet framstår därmed ett slags ambivalens eller tvetydighet. Men också, potential.

3. Metod och material

I detta kapitel presenteras och diskuteras avhandlingens tillkomst: hur arbetet gått till, vilka val som gjorts, vilka som deltagit och hur jag förhållit mig till såväl fältet som det empiriska materialet. Inledningsvis diskuteras övergripande metodologiska reflektioner, varefter blicken vänds mot studiens deltagare och rekryteringsprocessen. Därefter presenteras avhandlingens konkreta metoder, inledningsvis med fokus på fältarbetet, därefter på fokusgruppen. Efter detta diskuteras mitt förhållningssätt till det empiriska materialet, tolkningsarbetet. Kapitlet avslutas sedan med en diskussion om tillförlitlighet. Etiska reflektioner görs genomgående i texten.

Övergripande metodologiska reflektioner

Avhandlingsprojektet har en etnografisk ansats. Med denna ansats avses dels en önskan om att utforska vardagslivets praktiker inom ett visst fält, dels att det är jag som utgör forskningsinstrumentet; det är genom eller med mig, min penna, min blick och mina relationer på fältet studiens empiriska material produceras. Geertz (1973:19) beskriver dessa re-presentationer, hur forskaren genom skriften får något att komma till och hur hennes självförståelse utgör en del av detta, som ”inscriptions”, ett aktivt inskrivande snarare än neutrala återgivningar.

Metodologisk inspiration hämtas också från Järvinen och Mik-Meyer (2005: 104), som presenterar ett interaktionistiskt-konstruktivistiskt perspektiv, genom vilket forskarens blick vänds mot verklighetskonstruktioner, förankrade i en social verklighet: ”Da den sociala verklighed bliver skabt gennem social interaktion – og virkelighedskonstruktion altid handler om, at nogle udsagn får status som mere virkelige end andre – kan samtaler anskues som en slags retoriske kampe mellem konkurrerende udsagn”.

Detta förhållningssätt, där den sociala verkligheten skapas, kan beskrivas som konstruktivistiskt. Den sociala verkligheten skapas dock inte förutsättningslöst eller oberoende av materiella förutsättningar. Liksom Butler (2009b) och Ahmed (2006a; 2006b; 2007) tidigare användes för att beskriva kroppen som i grunden social och sårbar, som beroende av andra, beskriver Bauman (2012) hur människors materiella förutsättningar har en avgörande betydelse för hur de kan manövrera och hantera de svårigheter de kroppsligen ställs inför.

Detta fokus, på det materiella och immateriella och på relationerna mellan dessa dimensioner samt människor, löper som en röd tråd genom denna avhandling. Det är kanske inte så konstigt då den handlar om tolkningar av mänskliga aktiviteter i en

social miljö som innebär både möjligheter och begränsningar. Det är också relationer mellan människor som är i fokus för metoderna, i synnerhet i förhållande till den del av handlingen som baseras på skuggning.

Studiens deltagare

Totalt har 16 kuratorer deltagit i handlingen, åtta av dem genom skuggning, resterande åtta genom deltagande i fokusgrupp. Då jag nedan beskriver deltagarna har jag valt att göra det i grupp, istället för individuellt. Detta för att skydda deras identiteter. I utdrag ur empirin, liksom i analysen av densamma, ges deltagarna namn. Dessa kopplas inte, av ovan nämnda skäl, samman med ålder, utbildning eller annan individuell karaktäristik. För att ytterligare trygga konfidentialiteten för de kuratorer jag skuggat, har jag i handlingen gett ett namn till varje exempel ur fältanteckningarna. Varje kurator jag skuggat får alltså, i handlingens text, flera namn.

Generellt har jag arbetat med att aidentifiera alla deltagare i studien, både personal och patienter, på ett sådant sätt att ingen i texten ska vara igenkännbar för personer som inte redan har god kännedom om den situation som beskrivs, det vill säga de som var i rummet. Det är samtidigt inte fråga om någon anonymitet, då deltagarnas identiteter är kända för mig. Genom arbetet med handlingen har det dock varit min avsikt att garantera konfidentialitet.

Deltagande kuratorer har mycket gemensamt utöver arbetet som kurator: samtliga identifierar sig som kvinnor, de är födda i Europa, de uttrycker intresse för liknande fritidssysselsättningar och de ger uttryck för ett generellt samhällsintresse. Deras inkomster ligger nära ett genomsnitt för riket och de kan på många sätt sägas utgöra sinnebilden för svensk medelklass. Jämfört med befolkningen generellt kan jag alltså inte hävda att deltagarna representerar ett varierat eller brett underlag. I rekryteringen av kuratorer har jag dock eftersträvat variation avseende faktorer som jag antagit kan vara av betydelse för yrkesgruppen: ålder, vidareutbildning, arbetsplatsens geografiska karaktäristik, (storstad, mindre stad respektive centralort i landsbygdskommun), liksom medicinskt definierat verksamhetsområde. Det senare dels då den medicinska specialiseringen, med stöd av tidigare forskning (Olsson 1999, Sjöström 2013), kan antas vara en viktig identifikation för deltagarna, dels då forskning kring klientkonstruktioner ofta har fokus på ett slags sortering av klienter. Denna sortering kan, på ett övergripande plan, förstås med hjälp av Butlers (2009b) begrepp sårbarhet, liksom hur olika sjukdomar/tillstånd i olika grad kan förväntas värderas utifrån sårbarhet. Haldar et al. (2015) är några av dem som undersökt denna hierarkisering av sjukdomars anseende och funnit att vissa tillstånd anses förknippade

med större/mindre grad av värdighet, såväl relaterat till patienten som till personal (i deras fall läkare).

Jag ville också ha en variation avseende deltagarnas anställningsförhållanden. Den absoluta majoriteten av dem har tillsvidareanställningar och de med vikariat har relativt långa förordnanden. En del av dem är organiserade i kuratorsgrupper med socionomer som chefer, någon har en dietist som chef, någon en sjuksköterska och ytterligare några är anställda av den klinik på vilken de arbetar. En klar majoritet beskriver att de i vardagens patientrelaterade arbete i huvudsak samarbetar med ett tvärprofessionellt team vars sammansättning, utöver läkare och sjuksköterska, kan se olika ut beroende på det medicinska området. Några är ensamma kuratorer inom verksamheten, medan flertalet arbetar på kliniker med andra kuratorer. Hur relationerna mellan kuratorerna ser ut i det dagliga arbetet kan skilja sig åt. På vissa arbetsplatser samtalar kuratorerna dagligdags, medan de på andra platser har mer sporadisk kontakt.

Deltagande kuratorer arbetar inom medicinskt definierade områden som infektionssjukvård, allmänpsykiatri och geriatrik. I ålder spänner deltagarna mellan 28 och 65 år, med jämn spridning däremellan, på så sätt att det finns deltagare födda på varje årtionde mellan 1940 och 1980. Samtliga deltagare har socionomexamen och en majoritet har också vidareutbildat sig. En av dem är i slutfasen av den legitimeringsgrundande utbildningen till psykoterapeut, en är legitimerad, en har en doktorsexamen, två har vidareutbildningar inom klinisk sexologi, två har respektive läser till en masterexamen i socialt arbete. Några av dem har också andra typer av utbildningar, exempelvis inom psykosocialt behandlingsarbete. Att deltagarna i så stor utsträckning har vidareutbildat sig kan sannolikt dels ses som ett uttryck för att kuratorer med ett generellt intresse för utbildning och forskning, kanske i högre grad än andra, varit intresserade av att delta i studien. Kuratorer inom hälso- och sjukvården har emellertid också oftare än andra socionomer olika typer av vidareutbildningar (Kullberg 2011). Jag antar dock också att de som visat intresse för att delta upplever sig som generellt trygga i sina yrkesidentiteter, inte minst de som deltagit i fältstudien, eftersom metoden kan anses relativt invasiv.

Jag har inte sökt ovan nämnda variation i avsikt att uppnå resultat som är generaliserbara i allmän bemärkelse. Jag har alltså inte haft för avsikt att exempelvis undersöka eller uttala mig om huruvida vidareutbildning, anställningsförhållanden eller ålder innebär skillnader för kuratorernas arbete. För att kunna dra sådana slutsatser hade helt andra metoder behövts, inte minst i kvantitativ bemärkelse. Med inspiration från Billquist (1999:22) har jag istället valt att lägga tyngdpunkten på gemensamma kärnpunkter i kuratorernas arbete. Syftet med variationer i materialet

blir på så sätt en fråga om att minska risken för att oreflekterat reproducera antaganden om hälso- och sjukvårdskuratorers arbete, snarare än att fungera som underlag för jämförelser.

I avhandlingens text har jag valt att inte skriva ut någon precisering avseende vårdens inriktning. Detta för att ytterligare skydda deltagarnas konfidentialitet, men framför allt eftersom jag efter hand gjort bedömningen att skillnader mellan vårdformer inte innebär betydelsebärande olikheter i kuratorernas arbeten i de avseenden jag undersöker. Ibland framkommer den medicinska specialiseringen ändå i fältanteckningarna, och jag har då valt att låta det stå. Jag har emellertid valt att ändra annan karaktäristik, exempelvis ortnamn.

Rekryteringsprocessen

Då jag skulle rekrytera deltagare började jag med att söka brett, främst genom deltagande på olika typer av utbildningsdagar där jag presenterade projektet. På detta sätt kom jag i kontakt med majoriteten av deltagarna och en variation avseende ålder, vidareutbildning och medicinsk inriktning uppnåddes till största del spontant. Längre fram i projektet gjorde jag en del mer riktade sökningar efter deltagare, genom att exempelvis ta kontakt med kuratorsgrupper inom mer specifikt definierade områden.

Generellt var det genom chefer eller arrangörer av utbildningsdagar jag kom i kontakt med deltagare. Dessa tillät mig att presentera projektet och lämna mer utförlig skriftlig information direkt till potentiella deltagare vid exempelvis arbetsplatsträffar. I det andra skedet var det upp till kuratorerna att kontakta mig, om de så önskade. För deltagare till fokusgruppen hade vi sedan, inför första träffen, kontakt via e-post eller telefon för vidare information och diskussioner om deltagandet. Relaterat till skuggning på arbetsplatserna träffade jag istället intresserade kuratorer enskilt, för mer utförlig information och samtal om studiens upplägg och ett potentiellt deltagande. Detta i huvudsak då de etiska aspekterna av deltagandet krävde mer utförliga förberedelser på arbetsplatserna, inte minst i förhållande till patienter och deras anhöriga, men också då denna del av studien krävde mer tid och energi av deltagande kuratorer.

Vid en mottagning fick jag i efterhand reda på att personal inom arbetsgruppen haft livliga diskussioner om patienternas potentiella utsatthet i händelse av deltagande. Å ena sidan uppfattades en risk för ökad utsatthet, för en grupp som redan uppfattades som svag, å andra sidan uppfattades en risk för stigmatisering eller paternalistiskt förhållningssätt från deras sida, om de, som personal, valde att säga nej till deltagande utifrån (en föreställning om) omsorg om patienterna. Verksamheten

tackade ja till att delta, och denna fråga om utsatthet, stigmatisering och paternalism var också något vi fortsatte att diskutera under studiens gång.

I något fall var det chefer, eller andra typer av ”grindvakter”, som föreföll mest intresserade av deltagande i projektet. Min roll blev då mer försiktig och fokuserad på att betona frivillighet från kuratorernas sida. I något fall var det istället en kurator som var positivt inställd till deltagande, medan chefen uttryckte tveksamhet: Hinner hon? Har vi tid till ytterligare ett projekt? Jag fick också känslan att det fanns en viss rädsla för den insyn i verksamhetens inre liv som en fältstudie innebär. Min roll blev då mer att betona konfidentialiteten och frivilligheten i deltagandet för såväl organisationen som patienterna och personalen, liksom avsikten att studera snarare än påverka vårdens vardag, eller utvärdera verksamheten.

Klart är att frågan om deltagande, i synnerhet i fältstudien, väckte funderingar och känslor, och att dessa påverkade mitt förhållningssätt vid rekrytering. Som ledstjärna hade jag då frågan om frivillighet, från alla inblandades sida. Då det visade sig lättare att rekrytera deltagare än jag trott utmanades jag egentligen aldrig i denna försiktighetsprincip.

Fältstudierna

Det huvudsakliga tillvägagångssättet har varit fältarbete och under drygt ett år, 2014-2016, har jag periodvis, under totalt 41 arbetsdagar, ”skuggat” åtta kuratorer i deras dagliga arbete. Jag valde skuggning då avsikten var att få en sammansatt bild av arbetets vardag, snarare än en på förhand definierad del av den, som vissa typer av samtal eller personalmöten. Antal dagar med varje person uppgick som regel till fyra eller fem. Hos en av dem spenderade jag dock nio dagar, medan jag hos en annan enbart spenderade tre dagar. Skillnaden i antal dagar beror dels på att längden på arbetsdagen kunde variera, dels att jag under tiden testade olika förhållningssätt och utvecklades i min användning av metoden. Fältarbetet har varat i två till fyra veckor åt gången, vilket innebär att jag varit på plats två till tre arbetsdagar per vecka. Där- emellan har jag sammanställt fältanteckningar.

På plats har jag kommit till deras jobb på morgonen när de stämplat in, och lämnat arbetsplatsen när de gjort detsamma.³⁴ Jag har suttit i deras rum när de talat i telefon, när de haft besök, när de mejlat, när de skrivit journal, när de hostat och när de suckat. Jag har följt med dem på avdelningar, team-möten, enskilda samtal, personalmöten, vandringar i kulvertar, upp och ner för trappor, småprat och (tack

34 Med något enstaka undantag, då jag behövt lämna arbetsplatsen tidigare i egenskap av förälder.

och lov) kaffedrickande. Jag har lyssnat, luktat, sett och pratat, med dem och med andra: annan personal, patienter och anhöriga.

På många sätt har jag upplevt att jag, som skugga, fått träda in och ut, fram och tillbaka, mellan deras, med Goffmans (1959) begrepp, front- och backstages. Jag har inte bara funnits där när de presenterat sig själva som kuratorer inför patienter eller personal, utan också då de muttrat över dessa kollegor och patienter, när de dragit sig undan för att diskret lukta i sina armhålor, när de reflekterat över sin klädsel eller brottats med hur de ska formulera sig i journaltext. Jag har också fått se organisationernas front- och backstages. Jag har exempelvis deltagit vid så kallade ”för-möten”, där personal från sjukvården och socialtjänsten diskuterar en patient innan det annonserade mötet med patienten. Det har då varit oklart huruvida patienten vetat om detta för-möte och/eller blivit informerad om varför det hålls, respektive till vilken typ av samtal om vården patienten inte inbjuds att delta. Jag har också varit med då en enhetschef, på ett personalmöte, betonade vikten av att ha en ”aktiv väntelista”, det vill säga kontakta patienter på mottagningens väntelista för att kunna öppna en journal, utan att egentligen påbörja en behandlande kontakt. Syftet var att få det att se ut som att mottagningen klarade vårdgarantin.³⁵ Enhetschefen tittade på mig och sa: ”Detta får du inte skriva om”.³⁶

Jag har suttit i rum där patienter kämpat med sina livs sista andetag. Jag har sett personal gråta över arbetsbelastningen, skratta åt absurda konsekvenser av inköpsstopp och inleda personalmöten med en runda där de ska svara på frågan om ”hur utbrända de känner sig?” Jag har känt behov av att dra efter andan inför livet. Jag har sett blod och ångest, ögon så svarta att jag blivit rädd. Jag har sett ett par skratta högt och länge i ett väntrum över att behöva svara skriftligt på frågan om huruvida den vårdsökande har penis, och hur de andra i väntrummet diskret försökt distansera sig från detta brott mot väntrummens etikett. Jag har sett en patient be om att få lämna ifrån sig en duschslang efter att ha duschat och mötts av uppmaningar att lägga den på golvet, eftersom personalen har fikapaus och därför inte vill ta emot den, varpå patienten lågmält vägrat genom att stå kvar med duschslangen i handen, i dörröppningen till personalens fikarum. Jag har också varit med om situationer av mer komisk vardaglig karaktär, såsom en tyst minut för att hedra offer för terror, som verkar börja tio minuter innan den tysta minuten är annonserad. Detta i ett trångt

35 En del av Hälso- och sjukvårdslagen som innebär att vårdsökande har rätt till att få vård inom en viss tid.

36 Ändå skriver jag om det, dels då jag bedömer konfidentialiteten som garanterad, dels då jag tycker att det är viktigt att denna typ av organisering av arbetet, där personal på olika sätt försöker att hantera ramarna för arbetet och de resurser som står dem till buds, kan göras till föremål för diskussion även om jag inte analyserar yttrandet vidare i denna avhandling.

fikarum upptaget av personal som efter några minuter av tystnad och vördnadsfull kroppshållning börjar skruva på sig, se ut att undra när det ska börja eller sluta och frågar om det inte går att ta minuten lite tidigare? Med detta sagt är det också viktigt att påpeka att jag inte sett allt, något jag kommer att återkomma till.

I huvudsak har jag samlat in material genom att skriva, i svarta och röda anteckningsblock, tills fingrarna på högerhanden först smärtat, sedan fått förhårdnader. Denna frenesi till trots har jag inte upplevt att jag stuckit ut på ett påträngande sätt, vilket jag sannolikt gjort på många andra ställen. Jag var beredd på detta, och har läst om hur en observatör kan behöva smyga undan på toaletter för att få utrymme att skriva (Pettersson 2013). De flesta yrkesverksamma jag kommit i kontakt med har dock själva skrivit, eller varit upptagna av papper, datorer, kanyler eller andra handfasta ting. Jag kan också uppleva att såväl kuratorer som patienter och annan personal tyckt att det varit ganska skönt att jag skrivit, att jag varit upptagen med något annat än dem. Det har underlättat blickens riktning i rummet, sannolikt för både dem och mig. När jag skrivit har vi inte behövt titta på varandra, ett beteende som annars kunnat upplevas som nonchalant.

Min upplevelse har varit att det funnits närmast ett ”manus” för hur kontakten mellan mig och patienterna ska se ut. Då vi presenterats för varandra har vi tagit i hand, sett varandra i ögonen och tagit in varandras närvaro i rummet. Detta har skett inom loppet av någon sekund, eller kanske till och med tiondel. I samband med att jag därefter rört mig mot en mer avlägsen del av rummet och patienten och kuratorn satt sig, som möblerna inbjuder dem att göra, som regel snett mitt emot varandra, har fokus flyttats till dem, bort från mig. Självklart har de inte glömt mig, eller blivit helt opåverkade av min närvaro, snarare upplever jag att de agerat enligt en förförståelse för observationsstudier som förefaller finnas i de flestas medvetande.

Då samtalet mellan kurator och patient sedan avslutats har jag uppfattat det som att detta manus åter igen öppnat för en kort kontakt mellan mig och patienten. Vi har då åter tagit in varandras närvaro, erkänt varandra som människor en kort stund, genom ögonkast och ”hej då” innan patienten eller jag och kuratorn lämnat rummet. Några gånger har jag då också uppmärksammat en tappad eller glömd mössa, vante eller papperslapp och lämnat den till patienten. Endast vid ett fåtal tillfällen har patienter i övrigt tittat på mig eller talat till mig. När det hänt har jag kort mött blicken, lett och kanske nickat för att markera att jag finns och erkänner patienten samma status som subjekt, och därefter markerat mitt begränsade deltagande i samtalet genom att åter fokusera på block och penna.

Vid några tillfällen har kuratorn ifråga lämnat rummet mitt i ett samtal, som regel för att hämta ett papper, varvid jag och patienten blivit ensamma kvar i rummet.

Vid de flesta av dessa tillfällen har vi då båda suttit tysta, utan att titta på varandra. Några gånger har patienten vänt sig till mig och sagt exempelvis: "Hon (kuratorn) är värd sin vikt i guld!" Just denna patient berättade sedan också att kuratorn, när hon (patienten) haft riktigt ont om pengar, skickat en del post åt henne från mottagningen, så att hon slapp betala porto. Detta uttryck för uppskattning följdes dock snabbt av ett, lite bekymrat: "Oj, ja det kanske jag inte ska säga..."³⁷ Jag har tolkat detta som ett uttryck för ett slags front- och backstage i relationerna mellan kuratorn och patienten, liksom mellan dem och verksamheten i övrigt, där min roll i rummet kanske är den som alla, åtminstone inledningsvis, känt sig lite osäkra inför.

Samma närvaro av ett "manus" har jag upplevt i relation till personal, vid team-möten eller enskilda samtal kollegor emellan. Först en presentation eller ett bekräftande ögonkast, sedan något av ett skådespel där samtliga inblandade låtsas att jag inte finns, följt av en avslutning med ömsesidiga erkännanden. Detta har känts skönt, åtminstone för mig, att erkännas, att bli sedd, att få se.

Jag har försökt skriva "allt", att referera det jag ser och hör varvat med spontana reflektioner kring metod och teori. Inspiration hämtade jag från bland annat Rang-ers (1986) studie av arbetet på ett socialkontor och hennes betoning av vikten av att försöka anteckna så mycket som möjligt, både av det som sägs, men också tonfall, kroppsspråk, blickriktning och andra korta beskrivningar av personerna i rummet. Inte minst för att underlätta för minnet. I verkligheten lyckades jag långt mycket sämre än henne med denna ambition. Hon skriver: "Noen ganger skjedde det så mye at jeg fikk problemer med å notere ned alt jeg ønsket" (ibid.:29). Jag lyckades aldrig anteckna allt jag önskat, än mindre tänka ut allt jag borde frågat i stunden. Jag går nu därför vidare med att diskutera hur jag förhållit mig till fältet och deltagarna och hur jag arbetat med att rikta fokus, på tid, plats och person liksom på relationen mellan att skugga, delta eller följa. Därefter följer en reflektion kring skuggan som subjekt och kring närhet och distans.

Tid, plats och person

Observationerna har varit förhållandevis långa vid varje tillfälle, mellan sex och tolv timmar, och under denna tid har jag följt en kurator i hennes rörelser. Mina observationer är alltså i egentlig mening inte knutna till specifika platser, utan till specifika personer. Detta medför att det rumsliga fokus som ofta är framträdande i etnografiska studier inte återfinns i samma utsträckning i denna avhandling. Jag har helt enkelt varit i för många rum. Nadai och Maider (2005) kallar detta ett "fuzzy field", och

37 Just denna situation kommer jag att återkomma till i kapitel fyra.

även om den geografiska lokaliseringen inte direkt är svärdefinierad i avhandlingen, kan jag säga att jag följer deras exempel när jag låter ett teoretiskt motiverat socialt fenomen vara vägledande för mina observationer snarare än platsen i sig.

Ett sådant riktmärke har också varit viktigt i fält, då jag ibland upplevt osäkerhet i förhållande till plats och person. Jag kommer speciellt ihåg en gång då det, på en vårdavdelning där det gick ett larm, hördes höga röster och spring i korridorerna. Kuratorn som arbetade där gick då därifrån (hon var redan på väg när larmet gick), och jag följde efter henne, men kände att jag kanske velat vara kvar för att observera det som hände. Jag fick då en känsla av att jag missar något som kan vara intressant, men också en känsla av skam inför att det jag upplevde kanske var en generell nyfikenhet inför katastrofen, som att lockas av att betrakta en brand, snarare än en forskningsmässigt motiverad nyfikenhet.

Frågan om plats och person är inte enbart relaterad till händelser som upplevts som ”spännande”, utan också till frågan om tid. Att jag gått mellan olika kuratorer innebär att jag spenderat en, med etnografiska mått mätt, kort tid med varje person, på varje plats. I början av varje fältstudie, i synnerhet den första dagen, har det ofta känts som om jag varit osäker på vad jag behöver förstå av platsen för att förstå personerna och relationerna. Den relativt korta tiden med varje deltagare kan då vara ett problem, men kanske också en tillgång. Czarniawska (2007) betonar att tiden i sig inte behöver vara ett bekymmer, du kan ändå inte finna någon form av essens, oavsett hur lång tid du stannar på en och samma plats. Geertz (2001:69) relaterar också till denna fråga om lokalitet och tid och menar att platsen i sig inte nödvändigtvis behöver vara i fokus: ”The locus of study is not the object of study”. Också Goffman (2001³⁸) diskuterar tid, och menar att den första tiden på en plats är den viktigaste, då du sedan oundvikligen förlorar något av din skärpa.

Genom att ändra lokalitet kan jag hålla denna skärpa alert. Samtidigt är det en avvägning, den första tidens skärpa har på plats upplevts som diffus i sitt fokus. Fangen (2005) uppmanar den som observerar att se mycket, men inte allt. Ständiga avvägningar måste göras, och jag har upplevt att det faktiskt krävs en viss tid för att kunna göra teoretiskt och metodologiskt genomtänkta avvägningar. Skärpan kan helt enkelt inte vara öppen för allting hela tiden, åtminstone inte utan att skapa förvirring. Snarare kan jag uppleva att en medveten skärpa kräver ett lugn, och ett fokus, som uppkommer kanske just efter den första dagen.

Avsikten var vidare att utnyttja den abduktiva metodens potential, genom att komma in i studien med några på förhand definierade begrepp som kan hjälpa till

38 Från en föreläsning inspelad 1974, senare utskriven och publicerad.

att rikta blicken, motiverade av tidigare forskning och teori. Detta tillvägagångssätt är inte ovanligt inom etnografiskt inspirerade studier, men benämns på lite olika sätt med åtminstone delvis olika konnotationer. Charmaz (2012) tolkar Blumers (1954) beskrivning av sensitiserande begrepp och ser detta som en metod att arbeta med grounded theory, medan Layder (1998) talar om orienterande begrepp och framhåller att dessa karaktäriseras av en starkare närhet till teoribyggnade än relationerna mellan begreppen och empirin i sig. I min läsning är dock dessa skillnader perifera i förhållande till en gemensam strävan efter att underlätta ett medvetet fokus med hjälp av tidigare forskning och teori, utan att för den skull stänga blickens riktning för nya impulser eller mönster. Ansatsen ska vara ifrågasättande och sökande och de begrepp som följer med in i arbetet ska inte appliceras, snarare utsättas för ett fältets test där de kanske, eller kanske inte, överlever (Geertz 2001).

Som en del av detta fältets test är då av vikt att inte enbart undersöka vad som återkommer, utan också vad som inte förekommer, med Corbin och Strauss (1990:420) ord: "Every concept brought into the study or discovered in the research process is at first considered provisional. It earns its way into the theory by repeatedly being present ... or by being significantly absent."

Utmaningen vid användningen av metoden har jag alltså upplevt som att finna en balans mellan att se mycket, men samtidigt inte allt. Detta kräver tillräckligt lång tid för att inställningen av skärpan ska kunna bli medveten, men inte längre tid än att skärpan kan hållas alert; jag måste vara på tårna. En annan reflektion är att den relativt korta tiden på varje plats kan vara en förutsättning för samarbetet med deltagande kuratorer. Jag hinner komma in i arbetets vardag, men stannar inte så länge att det börjar bli för jobbigt för dem att ha mig hängandes i hasorna.

I efterhand kan jag uppleva att den kortaste perioden, tre dagar, respektive den längsta, nio dagar, på varje arbetsplats var i kortaste och längsta laget. Den kortare försvårade möjligheten att testa begrepp, reflektera över det som väckte nyfikenhet, uppfatta ett visst mått av teoretiskt motiverad mättnad, medan den längre försämrade orken att hålla skärpan riktigt alert.

Att skugga, följa eller delta?

Jag har deltagit i kuratorernas arbetsliv under ett begränsat antal dagar. Inom etnografiskt inspirerad forskning beskrivs som regel formerna för observation relaterat till detta deltagande från forskarens sida (Balkmar 2012, Billquist 1999, Petersson 2013). Jag har då visserligen deltagit, och haft ett fokus på mänskliga relationer i en miljö som kan betraktas som naturligt förekommande snarare än konstruerad av mig eller för mina syften, vilket är ett sätt att definiera deltagande observation (Lofland

et al. 2006). Jag skulle dock vilja säga att mitt fokus på en person, en kurator i taget, liksom en tydlig ambition att hela tiden framträda som forskare, innebär att metoden bättre förstås som ”skuggning”, som det beskrivs av exempelvis Czarniawska (2007; 2008). Hon beskriver skuggandet som en teknik och en attityd (2007:21), eller som en metod med fokus på den aktivitet den innebär: skriva ner vad som sägs och görs, delta vid formella och informella möten, intervjua deltagare och/eller andra i närheten och ta del av de dokument som en kommer i kontakt med under tiden (ibid.:30). Positionen är hela tiden den som forskare, inte som kollega eller någon som försöker passera som sådan. Detta har bland annat inneburit att jag alltid haft privata kläder på mig, även då kuratorn jag skuggat varit klädd i sjukvårdens kläder, tillsammans med en tydlig identitetsbricka där jag presenterats som doktorand.

Att observera och tala med en person, istället för att fokusera på en plats, beskrivs inte alltid som att skugga. Mik-Meyer (2006) undersöker exempelvis institutionella identiteter genom att observera personalens ageranden och benämner detta som ett ”following” (ibid.:34), utan att egentligen utveckla eller definiera detta vidare. Också jag kan beskriva min metod som att följa, men det som skiljer skuggandet från en deltagande observation eller ett följande är inte enbart fokus på en person och hennes göranden, utan också på den relation som utvecklas och förhandlas mellan forskaren och deltagarna, samt den betydelse som tillmäts denna. Då den personal som Mik-Meyer (2006) undersöker utgör en odefinierad massa, ”the staff” (ibid.:34) eller ”this group” (ibid.), utgör de kuratorer jag skuggar, liksom människorna omkring dem, subjekt, med vilka jag interagerar. Jag har därför också valt att förstå mina samtal med deltagarna och människor i närheten, på det sätt Billquist (1999:46) använder begreppet ”reflexion parlée”, reflekterande dialoger, en form av samtal där den eller de observerade ombeds berätta om händelseförlopp och bevekelsegrunder för dessa. Utgångspunkten är att det finns ett delande av den aktuella situationen mellan mig och de andra, varvid berättelsen eller samtalen får karaktär av ett gemensamt konstruktionsarbete.

Med skugga menar jag alltså inte att jag förhållit mig passiv till omgivningen, min roll eller den påverkan den innebär. Denna skillnad är inte utan betydelse, varken för hur jag agerat i fält eller för hur interaktionen i fält inverkar på empirin och därmed också på analysen, varför jag nu går vidare med en diskussion om skuggan som subjekt - funderingar om närhet och distans.

Skuggan som subjekt - funderingar om närhet och distans

Denna avhandling handlar om hälso- och sjukvårdskuratorers arbete, men också om mig och min interaktion med omgivningen. I dessa relationer har jag inspirerats

av Emerson och Pollner (2001), som beskriver hur etnografen konstruerar sitt fält genom representation och blick, men också genom att hela tiden förhandla formerna för interaktion. Gränserna för detta utarbetas från insidan, i praktiken.

Eftersom jag tidigare arbetat som hälso- och sjukvårdskurator fanns det en oro hos mig för att vara för nära. Ibland ledde detta till att jag ville ta ett steg tillbaka, och närmast göra mig osynlig. Det gick inte så bra, dels då jag upplevde det som omöjligt att inte interagera, dels då de deltagande kuratorerna inte lät mig träda tillbaka. De släppte in mig i deras vardag, inte som ett passivt bihang, utan hela tiden aktivt måna om att jag skulle ha det bra, att jag skulle känna mig välkomnad och att jag skulle hänga med i det de gjorde. Flera gånger dagligen vände de sina huvuden mot mig för att stämma av: ”Hänger du med nu?” ”Ska jag förklara vad jag gör nu?” Vi hade trevligt, så trevligt att jag ibland funderade över vem jag blev i situationen, eller kanske vilka vi lät oss vara i relation till varandra.

Czarniawska (2007) menar att det är omöjligt att inte interagera med omgivningen. Vad gäller formerna för denna interaktion är hon dock, i min mening, väl vag då hon skriver: ”Don’t try to be a fly on the wall, just try to be a responsible and respectful adult” (ibid.:56). Detta kanske kan upplevas som ett handfast råd, men när hon samtidigt skriver att metoden medför ett ”psychological discomfort of estrangement” (ibid.), liksom självkänedom, och att detta är priset för kunskap, blir det genast mer komplicerat. Inte minst när den som skuggas arbetar med människor i utsatta livssituationer.

Relationerna mellan observatören och deltagarna beskrivs i litteraturen ofta med denna blandning av obehag och gemenskap. Czarniawska (2008:10) beskriver skuggningen som ”a peculiar twosome” av ömsesidig observation, Börjesson (2014) beskriver hur skuggan och den skuggade går in och ut ur olika roller i relation till varandra, och att detta sker genom ett ständigt samspel dem emellan liksom i förhållande till uppfattningarna om situationen framför dem. Norris (1993:127) beskriver hur observatören kan uppleva sig som såväl spion som fönstertittare, fantast eller beundrare. Stundtals blir observatören i fält sannolikt också uppfattad som personal.

Norris (1993) diskuterar vidare hur arbetet med relationer i fält kompliceras av hur forskarrollen innebär ett relativt övertag, ett tolkningsföreträde. Han menar till och med att: ”The practice of participant observation is, inevitably, interactionally deceitful” (ibid.:131). Ambjörnsson (2004:43) beskriver deltagande observation som en ”inställsam metod”, eftersom den bygger på forskarens förmåga att skapa förtrolighet och relationer. Den som observerar kan känna sig som en efterhängsen och ovälkommen person, men också som någon som erbjuder något nytt och spännande i vardagen. Wade (1984:214) lyfter hur relationen mellan observatör och observerad

måste ses som både professionell och personlig då "interactions between observer and subjects always are infused with some measure of shared responsibility for each others' needs that surface in a variety of ways."

Relationer i fält är således centrala, inte enbart i förhållande till det empiriska materialet som sådant, utan också till frågan om forskningsetik. Wade (1984:222) betonar vikten av att, i fält, "hold a view of myself as a thoughtful academic". För henne relateras detta till att undersöka erfarenheter av diskriminering hos studenter, vilka hon är van vid att relatera till som universitetsanställd. Hennes position, liksom min, karaktäriseras alltså av en relativ närhet och bakgrundskunskap om fältet. Hon undersöker den egna arbetsplatsen och finner att hon, som observatör, positioneras som såväl rådgivare som lärare eller informant. Denna relativa närhet och den ständiga förhandlingen om roller, ser hon inte som ett bekymmer, utan snarare som en tillgång. Inte minst då denna reflexiva hållning till relationerna i fält upplevs fungera som ett sätt att sporra sig själv i arbetet, att hålla sig alert.

Ett tidigare positivistiskt laddat ideal om neutralitet och objektivitet för observationsstudier, flugan på väggen, har alltså ersatts av ett ideal om reflekterande deltagande. Mol (2002; 2011) diskuterar möjligheten att bjuda in deltagarna som medverkande etnografer, snarare än att försöka betrakta dem neutralt. Wade (1984:219) tydliggör hur detta fokus på interaktion innebär ett deltagande, som inte enbart sker i relation till kropparnas rörelser i rummet, utan också till känslan: "The nature of participant observation call on the investigator to react to subjects emotionally and behaviorally." Att försöka framstå som neutral kan få dig att verka lättlurad eller fånig, men också oengagerad, inte minst i förhållande till deltagarnas känsloliv, deras "inner workings" (ibid.). Amjörnsson (2004:46) konstaterar på liknande sätt hur forskare, för att kunna bjudas in, måste vara någon att bjuda in, någon med "åsikter, själsliv, bakgrund, preferenser och känslor".

Deltagarna har vänt sig till mig och jag har vänt mig till dem, från min sida i förhoppning om att uppnå det Emerson (2001:66) kallar konversation. Han menar att det är utsiktslöst att tro, och kanske också frukta, att forskaren ska "go native". Han uppmuntrar istället till att närma sig, och konversera med, sammanhanget: "Behaviour must be attended to, and with some exactness, because it is through the flow of behavior – or, more precisely, social action – that cultural forms find articulation (ibid.)."

Det har funnits flera tillfällen under fältstudierna då jag tangerat gränserna för det jag satt upp som riktmärken i relationerna mellan närhet och distans, och kanske också för relationerna mellan det professionella och det privata. Ett exempel är när jag upplevt att kuratorerna vänt sig till mig efter ett patientsamtal för att berätta

om samtalet, och gränserna mellan en reflekterande dialog och handledning eller debriefing blivit suddiga, för mig. Vid ett tillfälle var en kurator märkbart tagen efter att ha träffat en kvinna som just fått reda på att hennes make sedan många år plötsligt bett henne testa sig för hiv, och testet visat positivt. Jag har generellt upplevt att osäkerheten kring dessa gränser varit ”min”, snarare än relaterad till deltagarnas förväntningar på mig. Jag tror att de upplevt att de pratat med en forskare, inte en kollega. De har exempelvis varit noga med att presentera mig som ”forskare” eller ”doktorand” för patienter och anhöriga, när dessa ställt frågan om mitt deltagande i rummet. Jag kan dock själv reflektera kring huruvida de verkligen upplevt detta som ett val, eller om de upplevt mig som en del av verksamheten, som de har mycket begränsad makt att påverka.

Vid ett tillfälle har jag blivit ombedd att ge ett råd. Jag upplevde då kuratorn i fråga som orolig och stressad över en patient och jag gjorde själv bedömningen att en oro för hennes liv var befogad. Kuratorn talade då högt, riktat mot mig, men liksom rakt ut i luften: ”Vad ska jag göra?” I stunden funderade jag, i bråkdelen av en sekund, på hur jag skulle göra: Vem är jag om jag ger ett råd? Men, än viktigare: Vem blir jag om jag inte ger ett råd? Vad är det att vara ”responsible and respectful?” (Czarniawska 2007:56). Vad är en vuxen?

I ett sådant sammanhang upplevs det som ett mer gångbart råd att förhålla sig som en ”eftertänksam akademiker” (Wade 1984:222), och i detta fall specifikt som en socionom med erfarenhet av socialt arbete inom hälso- och sjukvårdens område. En fluga på väggen ger inga råd, en vuxen människa i största allmänhet kanske inte har någon kunskap om suicid. En eftertänksam akademiker med rätt kvalifikationer för situationen kan däremot, kanske till och med bör, ta sig sådana friheter. Att som Norris (1993:131) beskriva detta som att vara ”inevitably, interactionally decietful,” är jag tveksam till. Kanske är det istället mer bedrägligt att låta bli att ge ett råd när en upplever att en har ett råd ett ge? Min närhet till fältet är ju så att säga dubbel, å ena sidan har jag arbetat som hälso- och sjukvårdskurator, å andra sidan är mitt forskningsämne socialt arbete, vilket deltagande kuratorer vet och förhåller sig till.

Vid en handfull tillfällen har jag upplevt några av kuratorerna som osäkra på relationerna mellan dem och mig. I synnerhet precis i början, relaterat till vad jag upplevt som en osäkerhet kring huruvida jag tycker att de utfört ett gott arbete. Jag har då tydliggjort att jag inte är där för att utvärdera eller bedöma deras insatser på det sättet, utan för att förstå vad de gör och hur de tänker om det de gör när de arbetar. En av dem sa vid något tillfälle att hon ville påverka professionaliseringen av yrkesgruppen, och att hon därför kanske ville påverka mig. Jag tolkade det hon sa som en förhandling om våra inbördes positioner, och sa att det var min utmaning

att hantera vår relation i avhandlingen, inte hennes. Jag tolkade hennes gensvar som om hon tyckte att det var skönt att jag tog på mig ansvaret för detta. En annan av dem antydde att jag var bättre (än henne) på att skriva, i en situation då hon kämpade med hur hon skulle formulera sig i en journal. Ett tredje exempel är då en av dem sa ”Vem får 100 på GAF?”³⁹ Kanske en doktorand.” Jag svarade, skrattande, att det inte var så troligt.

Frågan om relationer, respekt och ansvar har också konkretiserats i förhållande till inspelningsutrustning. Jag hade under fältstudierna med mig en diktafon och trodde inledningsvis att jag skulle spela in mer material på ljudband. Jag funderade i inledningsskedet också över möjligheten att använda videokamera. På plats upplevde jag dock att diktafonen gör något med möten, skapar en distans eller gör situationen till något som med större tydlighet konstrueras för min skull. Det har, hos alla deltagande kuratorer, från min sida, uppfattats finnas en mer eller mindre stark tveksamhet till diktafonen. Detta utgör möjligen den enda situation, bortsett från vissa patientsamtal,⁴⁰ där jag upplevt att de satt gränser, om än försiktigt formulerade, för mitt deltagande. Diktafonen har ändå använts, men då framför allt i vissa, lite längre, reflekterande samtal mellan mig och deltagande kuratorer. Detta dels eftersom detta är en konstruerad situation i sig, utan deltagande av ”tredje part”, dels då jag behöver vara mer aktiv i rummet och därmed inte kan vara lika aktiv i skrivande. Vid några tillfällen har jag vidare genomfört mer intervju liknande samtal med patienter. Också dessa, liksom några team-möten och enstaka samtal mellan kuratorer och patienter och kuratorer emellan, har spelats in på diktafon.

Jag har några gånger, i synnerhet då jag haft svårt att hänga med med pennan eller då jag uppfattat att språket som används varit rikt på metaforer och väl lämpat för ett detaljerat diskursanalytiskt förhållningssätt, kommit på mig själv med att tänka: ”Oj, detta skulle jag haft på band.” En del av detta ”oj” förstår jag då som relaterat till metod, en önskan hos mig att fånga detaljerna i språket på ett mer systematiskt sätt. Det finns samtidigt ett element av detta som jag kan uppleva som parasiterande, som en vilja till en tydligare distans, som får mig att fundera över vem jag är, och vem jag vill vara. En ytterligare tanke som slagit mig är om det finns ett pris att betala för att få riktigt saftig empiri? Är det i så fall ett ”psykologisk discomfort of estrangement” (Czarniawska 2007:56) som jag är beredd att utsätta mig för?

39 GAF är ett självskattningstest för att bedöma funktionsförmåga, som används vid mottagningen. Skalan går från 0 till 100, där 91-100 innebär frånvaro av symptom/synnerligen god funktionsförmåga.

40 Detta utvecklas längre fram i texten, under rubriken ”Relationerna till patienter och anhöriga”.

Givetvis finns det också situationer där relationernas karaktär upplevts som diffusa utan att det berört en oro för någons liv eller bilder av mig som framkallar skamkänslor. Jag har till exempel upplevt situationer där kuratorn varit stressad och snabbt sagt i förbigående, utan att ens rikta det mot mig: ”Åh, kaffe!”, och jag närmast med automatik hämtat en kopp kaffe. Jag har också stått bredvid när en kurator skulle göra en smittspårning och sökte efter en person via internet. Genom namnet fick hon ingen träff. Jag tittade över hennes axel och tänkte att det borde vara enklare att söka via adressen, som hon också hade. Först sa jag ingenting, men efter en stund av resultatlöst sökande kunde jag inte låta bli. Plötsligt blev det napp, med ett namn som var lite annorlunda stavat. Eller när en annan kurator skulle sortera postrar och jag efter en stund av stillastående halvt lutad mot en vägg, oombedd börjat hjälpa henne att placera dem i rullar, sortera dem och skriva postrarnas titel på rullarna. Vem är jag då? Definitivt en person som har svårt att inte ”rycka in”. I mitt anteckningsblock är detta bara ett axplock av alla de gånger jag skrivit ”som skugga är jag inget vidare.”

Om skuggandet, som hos Czarniawska (2007:21) definieras både som en teknik och en attityd torde detta visserligen vara en aktivitet för ett aktivt subjekt. Czarniawska (ibid.: 32) skriver dock att skillnaden mellan en antropolog och en skugga är att den senare inte upplever sig ha moraliska rättigheter att engagera sig i det personliga livet hos dem de studerar. Då är det möjligt att jag, enligt de kriterier hon ställer upp, är en väl aktiv skugga, inte på grundval av hur jag bedömer mina moraliska rättigheter, utan då jag helt enkelt inte verkar förmå låta bli att engagera mig. Kanske är det denna självkänedom jag tar med mig? Kanske var detta ett sätt för mig att hantera det psykologiska obehag, den känsla av alienation, som jag tror att jag hade upplevt om jag försökt att hindra mig själv från att agera.

Också dessa reflektioner ser jag som mer generella uttryck för förhandlingar om relationerna mellan mig och de skuggade, vilka utgör komplicerade maktrelationer. Å ena sidan kan kuratorerna sägas ha makt över när jag ska kunna gå på toaletten, eller vad de vill eller inte vill säga till mig. De är på hemmaplan. Som doktorand kan jag samtidigt betraktas som en person med hög status, i mer generell bemärkelse, även om också detta är relativt. En av deltagarna har doktorsexamen och en av dem är legitimerad psykoterapeut, vilket jag inte har eller är. Majoriteten av dem är äldre än mig. Det är emellertid jag som har makt över de urval och tolkningar jag gör, på plats och i efterhand.

Det är viktigt att komma ihåg att deltagande kuratorer deltar som yrkesverksamma. Även om jag följer dem under många timmar, och också upplever att jag får ta del av delar av deras ”backstages”, är de på sin arbetsplats. Vi har träffats tidigare

och noggrant gått igenom hur fältarbetet ska se ut och huruvida de önskar delta. På vissa sätt är det såklart ändå en utsatt position att bli betraktad och analyserad. Denna utsatthet är emellertid mångfalt större i relation till deltagande patienter och anhöriga. Relationerna till dem, och förhandlingarna om gränserna för mitt och deras deltagande, är kanske inte på samma sätt som med kuratorerna centrala för konstruktionen av det empiriska materialet. Det är ju inte patienterna jag skuggar. En diskussion om dessa relationer är ändå central ur ett forskningsetiskt perspektiv, såväl avseende det praktiska tillvägagångssättet i fält som hur de skrivs fram i texten.

Relationerna till patienter och anhöriga

Vid varje nytt möte med en patient eller en anhörig har frågan om mitt deltagande i rummet, och deras deltagande i forskningsprojektet, ställts av kuratorn utan min närvaro. Inom slutenvården har detta som regel skett i patientens rum, medan jag väntat i korridoren. Inom öppenvården har frågan också kunnat ställas vid ett tidigare besök eller via telefon. Kuratorerna har instruerats, av mig, att informera om att jag är doktorand, forskarstuderande, och att jag skriver en avhandling om kuratorers arbete, samt att deltagande är frivilligt och inte på något sätt kopplat till vården. Vid de tillfällen jag själv hört denna presentation har det också gått till på detta sätt. En handfull patienter har svarat nej till deltagande. Kuratorn ifråga har då, om frågan ställts på plats, helt enkelt inte hämtat mig i korridoren. Inga motiv till patienternas svar har efterfrågats, men några av dem har svarat spontant, bland annat med motiveringen att social fobi medfört att det känts mycket svårt att bli observerad, eller att en upplevelse av skam över situationen skulle kunna förvärras om ytterligare någon får ta del av deras berättelse. Att några kände detta behov av att motivera sina nekande svar till frågan om deltagande kan tolkas både som en vilja att framträda som subjekt, men också som ett upplevt behov av att försvara en ståndpunkt som de uppfattar som avvikande från det förväntade eller önskade.

Deltagande kuratorer har vidare, i ytterligare några fall, valt att inte presentera mig, och möjligheten att delta, för vissa patienter. Det har varit olika hur de resonerat kring detta. En del av dem har motiverat undantagen med att de inte vill störa relationsbygget i början av en kontakt. Andra har menat att det varit lättare att ta in mig i samtalet just i början av en kontakt, medan det funnits en oro att störa en mer etablerad relation. En av dem resonerade också kring huruvida en etablerad relation innebär ett förtroende mellan kurator och patient som patienten ifråga kunnat vara rädd att ”störa” genom att säga nej. Vid någon situation har kuratorn bedömt patienten som redan så utsatt att ytterligare en sak att ta ställning till inte bedömdes som förenlig med hennes yrkesetik.

Vid ett tillfälle valde jag att inte gå med till en patient då hen inte kunde något av de språk jag behärskar och därmed inte kunde tillfrågas om deltagande. (Inte heller kuratorn kunde något språk som patienten talade, vilket gjorde mig lite förundrad inför deras kontakt). Kuratorn tyckte att jag skulle hänga med, men jag valde att inte göra det och stod valhänt bara kvar i korridoren. Jag blev lite rädd att mitt agerande skulle störa relationen mellan mig och kuratorn, då det skulle kunna ses som en implicit kritik, men när hon kom tillbaka uttryckte hon att hon uppskattade att jag inte gick med. Kanske ville hon vara schysst mot mig och inte begränsa mitt deltagande?

Vid ett annat tillfälle, på en vårdavdelning, satt plötsligt en patient i korridoren när jag och kuratorn kom ut ur personalens fikarum. Det kändes uppenbart för mig att det var en kvinna som kämpade för att behärska sig, och jag gjorde tolkningen att hon skulle bryta ihop när någon med en relation till henne skulle närma sig med en hand eller ett ord. Kuratorn jag skuggade gick genast i kvinnans riktning, medan jag ordlöst gick tillbaka till fikarummet. I efterhand samtalade jag och kuratorn kring att vi båda upplevt detta som skönt, rimligt och lämpligt.

Som regel har emellertid patienterna svarat ja på frågan om deltagande. Detta godkännande ska inte tas lättvindigt som en garant för ett etiskt förhållningssätt, deltagandet är snarare villkorat av många faktorer som kan, och bör, ifrågasättas. Dels är det en avspeglning av ett ideal om fria subjekt som gör väl övervägda och fria val, vilket jag i övrigt inte håller för sant, dels förutsätts en bakgrundskunskap om forskning som jag tvivlar på kan generaliseras och tas för given. Vidare är en sådan överenskommelse en avspeglning av ett ideal om en avkontextualisering av situationen, där det som sägs och görs förstås som en isolerad och avskiljbar praktik istället för en förhandling och överenskommelse som är sammanflätad i relationerna och platsen, jämförbart med hur kuratorn ovan funderade över huruvida förtroendet mellan henne och patienterna kunde påverka deras val eller åtminstone deras upplevelse av valfrihetens pris. Att detta individualiserade och avkontextualiserade tillvägagångssätt ändå är det gängse, och också det som efterfrågas, krävs och rekommenderas av etikprövningsnämnderna kritiserar av Oeye et al. (2007:2301), som menar att:

[T]he medical ethics doctrine places itself in a dim epistemological landscape, between the human right to voluntarily participate in scientific research, and the human right to protection. The recognition of these paradoxes is deeply rooted in the different humanist-liberal and paternalistic traditions of epistemolo-

gy. Both traditions imply that participants are, by nature, either fundamentally autonomous or innately vulnerable [...] and therefore in need of protection. ⁴¹

Platsen karaktäriseras utöver detta av en stark hierarki, där patienten generellt förväntas anpassa och underordna sig. Ljungcrantz (2017:100) relaterar inte detta specifikt till frågan om samtycke, men uttrycker hur: "[a]tt framstå som 'en duktig patient' innebär att förhandla väl med förhållningsregler och att tolkas som en generellt ansvarsfull och trovärdig patient och person." Att svara nej på en fråga kan uppfattas som ett sätt att göra sig mindre duktig. Att säga ja kan betraktas som det förväntade, att säga ja är att gå på den förväntande linjen. Att välja denna väg kan vara förenat med press. Att säga nej kan förstås som att skapa ett avsteg, och det är inte lätt att göra.

De sjukvårdande rummen är vidare rum där det, som både Billquist (1999) och Norris (1993) påpekat, kan vara så att forskaren, för patienten, framstår som en yrkesverksam i mängden, som det finns små möjligheter att påverka eller skilja ut. Sådana tendenser har också blivit tydliga i mötet med fältet. I ett samtal mellan en kurator, en patient och en anhörig, hörde jag kuratorns presentation av mig som forskare och hennes betoning av frivilligheten, liksom deltagarnas positiva svar. Efter att samtalet avslutats hörde jag ändå hur patienten sa till den anhöriga: "Hon med kort hår sa inte så mycket". Jag tolkar detta som ett uttryck för att jag uppfattats som en yrkesverksam i mängden, tillhörande sjukvården, snarare än som en doktorand med en annan huvudman. I en sådan situation hade det sannolikt varit ett bättre alternativ att använda ett successivt förhandlat samtycke, genom att exempelvis ge information om studien igen, ställa frågan om deltagande en gång till, efter ett samtal, istället för den enda och avkontextualiserade frågan. I detta avseende ser jag i efterhand anledning till självkritik.

Inför själva deltagandet finns ett visst utrymme för val, från olika håll, om än villkorat. Kuratorerna har i vissa fall begränsat mitt deltagande, jag har själv gjort vissa begränsningar och också vissa patienter har begränsat mitt och sitt deltagande. Över orden i form av mina fältanteckningar, reinskriptioner/write-ups och analyser, är dock valen mina. Den ambivalens, mellan omsorg, paternalism och stigmatisering, som personalen gav uttryck för tidigare, återkommer då också här. Hur beskriver jag en patients utsatthet utan att utsätta? Om patienten befinner sig i en situation som på olika sätt karaktäriseras av institutionens "påtvungade mönster av eftergivenhet" (Goffman 1961/2007:26), hur skrivs detta fram utan att skapa ytterligare eftergivenhet?

41 För tydlighetens skull vill jag dock betona att detta projekt genomgått och erhållit godkännande från den regionala etikprövningsnämnden, även om jag inte ser det, i sig, som någon garant.

Att vara patient är att förlora mycket kontroll: över kroppen, livet och andras insyn, som annars tas för given. Det är att vara försatt i ett underläge. Denna utsatthet kan exempelvis bli tydlig när en patient har blivit tilldelad eller klädd i en särk som sitter så illa att den glipar över magen, eller blivit tilldelad en rullstol som ser ut att vara för liten, trång, obekväm. I båda dessa fall blir kroppens storlek relaterad till andra objekt en faktor som påverkar och ökar utsattheten. Men vad händer när denna kropp och objekten som villkorar kroppens bekvämlighet skrivs fram? Tydliggörs utsattheten på ett sådant sätt att den kan utgöra en grund för en förståelse för hur ojämlikhet skapas, eller understöds en norm om en annan typ av kropp, som genom sin frånvaro i texten reproduceras som önskvärd eller självklar? Hur mycket av makten över denna tolkning äger den som skriver? Vad händer om det inte skrivs?

Fokusgruppen

I detta avsnitt diskuteras den fokusgrupp som genomfördes under våren 2016. Inledningsvis beskrivs varför jag valde att sätta samman en fokusgrupp och därefter diskuteras mer övergripande metodologiska överväganden liksom konkret tillvägagångssätt.

Yrkesrelaterad självförståelse och kollektiv meningskonstruktion

När fältarbetet började lida mot sitt slut började jag ställa frågan om huruvida jag snart var färdig med att samla in material till avhandlingen. Jag hade vad jag upplevde som ett berg av fältanteckningar, inför vilka jag kände mig närmast överväldigad. En känsla av teoretisk mättnad medförde också ett beslut om att denna del av arbetet kommit till sitt slut, inte minst då jag också gjorde bedömningen att jag uppnått den variation avseende år i yrket, medicinsk specialisering och utbildning jag eftersökte hos deltagarna. Jag hade alltså raka motsatsen till brist på empiri i kvantitativ belysning. När jag reflekterade över karaktären på det material jag hade, liksom över mina frågeställningar och min inställning till deltagarna, blev det tydligt att det fanns frågor jag fortfarande ville ställa, inte minst i förhållande till hälso- och sjukvårdskuratorns yrkesrelaterade självförståelse (snarare än till praktiken). Jag hade närmast mig dessa dimensioner under fältstudierna, inte minst i återkommande reflekterande dialoger med deltagarna och i mina analyser av deras ageranden. Jag kände samtidigt att det fanns luckor i den kunskap jag tillägnat mig som påtagligt påverkade och begränsade min förståelse för arbetet, i synnerhet på en kollektiv nivå.

Hittills hade fokus vilat på enskilda kuratorers arbete och deras reflektioner kring detta. Ibland hade dessa individer också talat med andra kuratorer, vissa av dem mer än andra. Dessa samtal hade jag uppfattat som viktiga inblickar i deras yrkesrelate-

rade självförståelse, inte minst eftersom dessa samtal som regel kom till stånd när den enskilda kuratorn sökte stöd eller reflektion kring yrkesutövningen. Generellt upplevde jag dock kuratorerna som ensamma. Jag gjorde tolkningen att det inte alls var säkert att de upplevde varandra som kollegor eller som yrkesverksamma med gemensamma intressen eller utgångspunkter. Vid en arbetsplatsträff jag observerade, för en grupp kuratorer inom somatiskt inriktad sjukvård på ett större sjukhus, hade deltagarna till exempel så svårt att finna ett gemensamt tema för en kommande utvecklingsdag att frågan fick bordläggas. De kopplade detta till att den medicinska specialiseringen påverkade deras arbete i så stor utsträckning att det var svårt att finna frågeställningar som skulle upplevas som relevanta för dem alla. När en annan kurator skrivit ett dokument om sitt arbete, om teoretiska utgångspunkter och vanligt förekommande interventioner, frågade jag kuratorn jag skuggade om hon läst dokumentet. Hon svarade nej, med motiveringen att hon visserligen var intresserad av utvecklingsfrågor, men att dokumentet inte rörde hennes arbete då hon arbetade på en mottagning med annan medicinsk inriktning. Denna form av identifikation, knuten till medicinskt definierade indelningar av vården, snarare än till grundutbildning eller yrkesgrupp, var också känd för mig genom tidigare forskning (Sjöström 2013).

Det föreföll ofta inte alls givet om, hur eller med vem kuratorerna kände att de borde eller kunde samtala kring arbetet. Inte sällan återkom beskrivningar av hur de därför tyckte att det var intressant att ha mig där, som någon att tala med om vad de gjorde. Dessa reflektioner återkommer jag till i analysen, men de, tillsammans med det fokus på en upplevelse av en svårdefinierad professionell roll som återkommer i tidigare forskning (Bransford och Bakken 2002, Framme 2014, Fantus et al. 2017), fick mig att uppleva ett behov av att utforska hur kuratorer kollektivt resonerar kring sina arbeten. Jag beslöt mig därför för att komplettera fältstudierna med en fokusgrupp. Detta inte i syfte att undersöka huruvida deltagarna skulle uppfatta sig som en grupp med många gemensamma utgångspunkter, utan om en sådan eventuell osäkerhet skulle kunna påverka kommunikationen i en fokusgrupp, på ett sätt som kanske inte kommit till uttryck i eller genom enskilda intervjuer.

För att efterleva min avsikt att ge utrymme för reflektion, samt också ge mig själv möjlighet till utveckling av vissa frågeställningar, valde jag, med inspiration från bland andra Wibeck (2010), att samla deltagare till en fokusgrupp och träffa denna vid två tillfällen, istället för att inkludera fler deltagare och skapa fler grupper. Jag valde att lokalisera träffarna till Göteborg universitets lokaler, då detta då framstod som mest praktiskt och som en arena inför vilken de alla torde känna sig lika mycket på "bortaplan".

Fokusgrupp som process och uppförande

Avsikten med fokusgruppen var inte att få ta del av, eller analysera, deltagarnas känslor, motivationer eller tankar. Jag inspirerades snarare av Hollander (2004:628) som menar att fokusgruppen berättar för oss "how people communicate with others", och det var just denna kollektiva process jag ville undersöka. Halkier (2010) beskriver vidare fokusgruppen som ett uppförande, ett spel inför publik (an enactment), "mainly consisting in negotiations and normative positionings" (ibid.:75). Det centrala med en fokusgrupp kan därmed förstås som en kollektiv process, vars samtal kan ge insikter i hur en grupp resonerar (Haldar et al. 2015, Munday 2006). Intresset riktas då inte enbart mot det som sägs, utan också på själva processen, samspelet, kontexten. Munday (2006:99) beskriver hur ett sådant fokus "can yield revealing data about the formation of collective identity, which could not have been gathered by considering content alone."

Halkier (2010:72) belyser vidare hur forskaren på detta sätt kan sägas upplösa skillnader mellan empiri som samlas in genom intervjuer respektive observation. På så sätt kan fokusgruppen betraktas som ytterligare ett fältarbete, snarare än som en kompletterande metod. Fokusgruppen skiljer sig dock från övrig materialinsamling genom hur situationen till större del än under observationerna på fältet kan kontrolleras av forskaren. På sätt och vis var detta också min avsikt, att använda fokusgruppen för att fylla en del av kunskapsluckorna jag upplevde i en miljö jag kunde kontrollera, även om forskarens kontroll över gruppen inte ska överdrivas. Munday (2006:101) beskriver istället hur fokusgrupp som metod, på samma sätt som observationer i mer generell bemärkelse "can provide a context in which participants exercise some control over the research process, enabling them to talk about what is important to them."

Fokusgruppens genomförande

Jag nämnde ovan hur Halkier (2010) beskriver fokusgruppen som ett uppförande, ett spel inför publik, bestående av förhandlingar och normativa positioneringar. Detta utvecklas av Haldar et al. (2015) som beskriver hur deltagarna kan använda sig av flera olika positioner. De kan tala såväl från som till olika positioner, och de kan göra detta i förhandling, genom tentativa, föreslagande hållningar, vilka, i synnerhet inom grupper bekanta med liknande kontexter, kan vara subtila. Hollander (2004:611) tydliggör hur detta påverkar rollen som forskare, inte minst i relation till tolkningen av det som sägs inom ramen för fokusgruppen, då hon menar att "conformity, groupthink and social desirability pressure do not obscure the data. Rather, they are the data". För tillvägagångssättet betyder detta att avsikten blir att lyssna till

och vara observant på deltagarnas dialog, snarare än att be dem svara på förberedda frågor.

Hollander (2004) kritiserar hur material från fokusgrupper ofta återges i form av enskilda citat, på samma sätt som ofta görs efter en individuell intervju, vilket kan bidra till en avkontextualisering och individualisering av en metod som istället kan ha kollektiv meningskonstruktion i fokus. Utöver att ta relativt begränsat utrymme under fokusgruppen betyder mitt fokus på process snarare än på enskilda utsagor att jag därför, i behandlingen av materialet, inte strävar efter att i första hand fästa vissa uttalanden vid vissa deltagare. Snarare inspireras jag av Hollanders (ibid.) fokus på interaktion, liksom Haldar et al. (2015:6), som lyfter forskarens möjlighet att ”scrutinize the positioning of the participants during an entire conversation.”

Konkret innebar det att jag valde att inleda den första träffen med en introduktion där jag beskrev mitt intresse för kuratorers arbete, vikten av frivillighet och konfidentialitet i deltagandet, liksom vikten av tystnadslöfte inom gruppen. Därefter initierade jag en runda där jag bad deltagarna säga sina namn, sina arbetsplatser och berätta något som de under den gångna veckan varit nöjda med i arbetet. Syftet var att få deltagarna att börja bekanta sig med varandra och få igång ett samtal om arbetet. Min förhoppning var att de sedan skulle samtala på fri hand, utan direkt styrning från min sida. Om samtalet skulle avstanna hade jag förberett några frågor. Dessa lade jag dock snabbt undan, då deltagarna under gruppens två timmar samtalade i stort sett utan avbrott.

Metodologiskt var detta något av en utmaning. Å ena sidan ville jag styra deras samtal så lite som möjligt, för att ge utrymme för deras process. Å andra sidan hade jag läst om vikten av att kunna bryta in i en fokusgrupps samtal i syfte att exempelvis fördela ordet om detta görs ojämnt i gruppen (Wibeck 2010). I teorin var detta en svår avvägning, ojämlig fördelning av ordet kan å ena sidan upplevas som problematiskt om jag strävar efter jämlikhet, ojämlighet kan å andra sidan tolkas som intressant empiri. I praktiken blev detta dock ett teoretiskt bekymmer allena, då jag upplevde deltagarna som måna om att inte avbryta varandra och låta alla komma till tals. Vid ett tillfälle började jag fundera på att aktivt bjuda in en av dem i samtalet genom att ställa en riktad fråga, men då hann en av deltagarna före mig och vände sig direkt till henne. Det intressanta för mig blev då inte bara vad de talade om, utan de sätt på vilket de kommunicerade. Inte bara vad de sa, utan också den kommunikativa processen tolkade jag som empiriskt material som kunde analyseras. Båda dimensioner kunde analyseras som sätt att arbeta som kurator.

Vid det andra tillfället ställde jag några mer konkreta frågor, dels i förhållande till funderingar jag hade från fältstudierna, dels avseende frågor jag önskade fördjupa i

relation till diskussionerna vid fokusgruppens första träff. Jag valde att vänta med dessa frågor tills jag upplevde att det fanns ett avbrott, en tillfällig tystnad mellan deltagarna, så att jag påverkade deras dialog i så liten utsträckning som möjligt. Drygt en timme in i detta andra samtal uppfattade jag också en känsla av att deltagarna var färdiga. Samtalet avstannade och jag kunde bryta in med nya inspel. Till denna andra träff var det vidare två av deltagarna som, av olika skäl, lämnat återbud. Jag uppfattade visserligen skälen till detta som fullt rimliga, men fick också en känsla av att de upplevde att de fått ut det de ville av gruppen och att de kanske tyckte att det räckte med att delta en gång.

För att ge mig själv så många valmöjligheter som möjligt relaterat till materialet valde jag att spela in fokusgruppens träffar på diktafon och anteckna så mycket som möjligt av mina andra observationer. Att den språkliga kommunikationen spelas in ger dock denna del av konversationen en särställning, i synnerhet eftersom fokusgruppens samtal uppfattades som snabba och kvicka i vändningarna, även om deltagarna uppfattades som mycket måna om att inte avbryta varandra. Att enbart anteckna dessa samtal hade dock varit långt mycket svårare än vad jag upplevde antecknandet under fältstudierna. Dels på grund av hastigheten i samtalen, dels då fokusgruppen karaktäriserades av ett mer aktivt deltagande från min sida. Kanske sa jag inte så mycket, men jag var på ett helt annat sätt mån om att markera att jag var med på noterna, som ett slags spion eller moderator snarare än någons skugga.

Tolkningen av materialet

Genom etnografiska studier erhålls en massiv mängd material. En absolut övervägande del av detta material består i mitt fall av fältanteckningar, där jag, i huvudsak i stunden, antecknat så mycket jag förmått av det jag uppmärksammat. Det är dock inga neutrala redogörelser, utan snarare konstruktionsakter, relaterat till den utforskande blickens riktningar och den betydelse som tillmäts relationerna mellan mig och deltagarna. När dessa anteckningar sedan förts över till dator har de också utökats med minnesbilder som fortfarande varit lättillgängliga och levande. Detta har gjorts inte minst eftersom fältanteckningarna ofta bestått av improviserade förkortningar och snabbt sammanfattande tankar då situationen uppfattats som viktig, men alltför omfattande för att till fullo anteckna i stunden. Också här sker en konstruktion, ett berättande, där visa delar av det som observerat accentueras och annat tas bort. Detta förfarande liknar det som Sjöström (1997:62) benämner som pseudo-fiktions, vilket handlar både om att kondensera det betydelsebärande i texten och en avsikt att göra texten läsbar och förhoppningsvis läsvärd. I denna process har jag väglett av hur

Atkinson (1992:460) beskriver relationerna mellan fältanteckningar och ”write-up”, med fokus på det egna minnet:

Incomplete though they (fältanteckningarna) are, they trigger a variety of memories: with no guarantee, of course, that those memories are faithful reconstructions of what actually occurred. The written record and memory interact to produce new reconstructions of social settings and persons. Some characters can still be 'heard' and conjured up; others remain shadowy.

De delar av det empiriska materialet som spelats in på diktafon har vidare lyssnats till, och delar av det har transkriberats, genom en process som på sätt och vis destillerat materialet, i första hand relaterat till de sensitiserande begrepp som följde med in och utvecklats under studiens gång. På detta sätt har pärmar med text genererats, vilka i sin tur kommit att utgöra det material som blir föremål för det som brukar kallas analys. Analysen har dock, i detta läge, redan pågått under lång tid.

Atkinson (1992) beskriver hur den skrivna produkten representerar en av flera tänkbara versioner och relaterar detta till en mångfald av sätt att organisera materialet, att tolka. Atkinson (ibid.) utgår från en egen erfarenhet av att läsa fältanteckningar från ett tidigare projekt och lyfter hur forskarens förhållningssätt till den etnografiska texten har betydelse för vilken typ av analys som möjliggörs. Frågan om ontologi knyts till en fråga om epistemologi, då Atkinson (ibid.:471) beskriver två sätt på vilket etnografiskt material kan hanteras: dels genom kodning, dels genom ett fokus på fältets texter, ”texts of the field”. Kodning förstås i detta sammanhang som en fragmentisering och rekontextualisering av materialet, genom den tematik forskaren skapar. Detta tillvägagångssätt kan visserligen vara adekvat och generera intressanta resultat, men möjligheterna att analysera ett sammanhang eller ett samtal, en berättelse eller en redogörelse, som en narrativ performance, inom vilken institutionella samtal och ageranden vävs samman, försvinner.

I fokus för Atkinsons (1992:469) intresse är läkares berättelser om arbetet, och han lyfter hur detta arbete ”involves not only the direct diagnosis and management of individual patients but also the transformation of such work into accounts of it”. Praktiken tolkas som ett diskursivt arbete som både delar, informerar, debatterar, kommunicerar och övervakar skeenden, såväl inom som mellan yrkesgrupper. För att möjliggöra analyser av detta arbete krävs ett fokus på processer, situationer tolkade som berättelser eller narrativa framläggningar (narrative unfoldnings), om vilket Atkinson (ibid.:460) säger: ”Rather than constructing my account like a patchwork quilt, I feel more like working with the whole cloth.” För att kunna se, och arbeta med, hela duken, använder Atkinson (ibid.: 471) därför ”texts of the field”.

Som utgångspunkt är det också min avsikt att arbeta med längre textstycken, fältets texter, situationer eller samtal, så att säga, från början till slut. Detta har inte enbart inneburit att avhandlingen innehåller längre redigerande fältanteckningar, utan också att några av dessa utdrag fungerar som nyckelsituationer som återkommer genom analysen, där de både används som jämförelser och fördjupningar, men också läses på flera sätt. Det är också därför jag valt att författa avhandlingen i form av en monografi.

Beskrivning, analys och tolkning

För att reda någon sorts ordning i den långa och ibland omständliga analysprocessen har sensitiserande begrepp, liksom avsikten att testa och utveckla dem i mötet med fältet, redan använts för att beskriva hur blickens riktning haft en teoretisk, och därmed analytisk, målsättning från början. För att beskriva hur detta analysarbete sedan fortsatt, i hanteringen av texten, har jag hämtat inspiration från Wolcotts (1994) förståelse av den analytiska processen. Wolcott beskriver hur det, likväl som det finns olika sätt att samla in empiriskt material, finns olika sätt att hantera det insamlade materialet. Detta arbete kallas ofta kort och gott analys, men Wolcott delar in denna process i tre delar: beskrivning, analys och tolkning. Beskrivning ses då inte som en neutral återgivning, utan snarare en form av implicit analys, genom vilket delar av det empiriska materialet lyfts fram och presenteras som fältets texter, i form av nyckelsituationer eller intriger, där forskarens och textens fokus kan sägas vila på "[w]hat is going on here?" (ibid.:12). Det urval som sker här kräver, i min mening, i synnerhet forskarens transparens då det är i detta arbete läsaren har minst möjlighet att själv bedöma rimligheten i urvalet och presentationen.

Analys beskriver Wolcott (1994) sedan som den process genom vilket textens funktioner, anletsdrag och inbördes relationer diskuteras på ett systematiskt sätt, såsom med ett fokus på forskarens blick för hur saker fungerar, arbetas fram i de situationer som fokuseras, "how things work" (ibid.:12). Forskaren förhåller sig här relativt nära det empiriska materialet, men genom en användning av de sensitiserande begreppen får denna del av arbetet en mer tydlig analytisk prägel jämfört med beskrivningen. Wolcott lyfter hur konstruktionen av denna förståelse kräver forskarens explicit uttryckta målsättningar och föresatser, vilket jag tolkar som en betoning av avhandlingens syften, frågeställningar och centrala teoretiska begrepp. I relation till denna avhandling kan detta också uttryckas genom en betoning av vilka frågor som inte ställts till empirin eller materialet, såsom vilka behandlingsmetoder kuratorerna använder eller hur väl de kan anses falla ut.

Med Wolcotts (1994:29) begrepp har detta analysarbete karaktär av en attityd till materialet, ett ”mindset”, snarare än en mer formell bearbetning, även om han också beskriver arbetet som systematiserat, genom identifiering av mönster, jämförelser, kontextualiseringar och ett kritiskt perspektiv på den egna forskningsprocessen.

Analysarbetet är dock inte färdigt med detta utan det som återstår, efter att ha ställt frågorna om vad det är som händer och hur det arbetas fram, är frågan om vad detta har för betydelse. I denna del av analysen, tolkningen, beskriver Wolcott (1994:37) hur forskaren kan förhålla sig mindre empirinära, än inte ”free to float”. Denna del av arbetet kan handla om att utöka analysens räckvidd genom att tydligare vända blicken mot teori eller att mer utförligt analysera tolkningsprocessen. Denna fas inträder när forskaren nått ett ”threshold in thinking and writing at which the researcher transcends factual data and cautious analyses and begins to probe into what is to be made of them” (ibid.).

Denna uppdelning av analysens olika delar har dels använts som ett sätt för mig att förhålla mig till det empiriska fältet, min blick och min text, men har också fått en avgörande betydelse för hur jag valt att strukturera avhandlingen, genom hur analysen presenteras i direkt relation till de empiriska utdrag som utgör kapitlens fokus. Detta möjliggör en analys som dels ligger nära texten, men också ger utrymme för de empiriska utdragen att breda ut sig på så sätt att ett fokus på process och interaktion kan framträda, snarare än tematiserade citat av mer fragmentarisk karaktär. Detta möjliggör också för läsaren att göra egna läsningar av materialet, liksom att kritiskt granska denna del av analysens bärkraft och den tolkning som analysen ligger till grund för.

Reflektioner kring tillförlitlighet

På många sätt är det alltså möjligt att betrakta analysarbetet som en rörelse längre och längre från det empiriska materialet. Å ena sidan kan detta anses vara en av forskningens uppgifter, att finna något mer generellt i något väldigt specifikt. Å andra sidan kräver detta öppenhet och tydlighet, ett förtroende för att analysen innebär en fördjupning snarare än en förvanskning, inte minst då fokus vilar på en tolkning av andra människors vardagliga ageranden. Tillförlitlighet handlar då i det första skedet om validitet, att välja metoder som motsvarar avhandlingens syften, liksom att underbygga de tolkningar som görs på ett sådant sätt att läsaren kan bedöma analysens rimlighet.

I relation till valen av tillvägagångssätt har jag redan resonerat kring möjligheten att undersöka arbetets vardag genom att följa det och diskutera det, snarare än att fokusera på exempelvis enbart berättelser om eller andra former av redogörelser för

arbetet. Genom att eftersöka variation hos deltagarna har jag också strävat efter att skapa en bredd i materialet, som förmår överskrida det potentiellt enskilda i arbetet relaterat till exempelvis medicinsk inriktning på kuratorns arbetsplats eller hennes vidareutbildningar. Jag har inte funnit anledningar att anta att deltagande kurators arbete eller uppfattningar om detta arbete på ett avgörande sätt skiljer sig från andra hälso- och sjukvårdskuratorer verksamma inom regionernas vuxensjukvård i Sverige. Alla deltagande kuratorer är också representerade i avhandlingen, exemplet är hämtade från dem alla. I strävan att fokusera på kärnpunkter i kuratorernas arbete har jag vidare generellt haft för avsikt att fokusera på tematik av allmän, och därmed återkommande, karaktär, snarare än det sensationella. Med det sagt finns givetvis skillnader mellan de olika kuratorerna, och också mellan olika situationer. Därför används också ibland flera exempel i analyserna, kontrasterade mot varandra.

I arbetet med analysen krävs en fördjupande diskussion, inte minst då det finns olika sätt att tänka kring frågan om tillförlitlighet relaterat såväl till fältet som till texten. Carlström (2016) väljer exempelvis att genom en tematisk analys lyfta fram och fokusera på den vokabulär och de kategorier deltagarna i hennes forskning själva använder. På detta sätt minskas risken för att kategorier av central betydelse för deltagarna förbises, liksom att mer teoretisk definierade begrepp framförs oreflekterat. Några gånger har också jag använt kuratorernas kategorier och vokabulärer som utgångspunkt, i huvudsak har jag dock istället valt att låta utvecklingen av sensitiserande begrepp vägleda analysen. I detta arbete har jag inspirerats av bland andra Wikström (2007), som tydliggör hur en analys inspirerad av poststrukturalistiska utgångspunkter kan förstås som att göra en läsning av ett fenomen, att erbjuda förslag på hur situationer kan förstås eller tolkas.

Jag har tidigare lyft hur Järvinen och Mik-Meyer (2005) beskriver hur verklighetskonstruktion handlar om kamper mellan konkurrerande utsagor. Wolcott (1994:4) diskuterar på liknande sätt hur forskarens position handlar om att ge vissa tolkningar företräde: "The same data can have quite different meanings and uses for researchers of different persuasions". Det centrala blir därmed inte att erbjuda den rätta läsningen, utan att på olika sätt motivera och tydliggöra den läsning forskaren väljer att göra.

Det kanske mest kända exemplet på hur en sådan tydlighet eller öppenhet i läsningen kan erbjudas i etnografiska studier är genom täta beskrivningar, "thick descriptions". Metoden, som kanske framför allt beskrivits av Geertz (1973), utgår från att genom detaljrika och omfattande redovisning av det empiriska materialet ge läsaren möjligheter att kritiskt granska den läsning som görs, liksom öppna för alternativa tolkningar. På många sätt har jag försökt efterleva ett sådant ideal, dels

genom att erbjuda läsaren längre empiriska texter, dels genom att återanvända dem i olika delar av analysen, för att tydliggöra de läsningar jag valt att göra. I fältanteckningarna har jag vidare haft för avsikt att, genom användning av citattecken, tydliggöra var jag gjort en ordagrann anteckning av det som sades, jämfört med övrig text som innebär en högre grad av sammanfattande karaktär. I texterna som återges från fokusgruppens samtal har dessa transkriberats ordagrant. Då ord betonats har jag valt att markera detta med understrykning. Då analysen bygger på innehållet i det sagda och processen i gruppen snarare än på en mer språknära läsning har jag valt att fokusera på de ord som sades respektive om och hur de andra deltagarna gav bifall eller svarade med tystnad.

Petersson (2013) lyfter möjligheten till reflektion tillsammans med deltagarna i en studie, vars synpunkter kan tillåtas inverka på analysarbetet. Detta har hon själv bland annat gjort efter att hon samlade in material till sin avhandling. Dialoger om tolkning kan dock göras redan i fält, i synnerhet vid skuggning, då du kvarstannar hos den skuggade efter ett samtal eller ett möte. Jag har i detta avseende inspirerats av Billquists (1999) användning av reflekterande dialoger, genom att på plats fördjupa samtalet mellan mig och deltagarna. Detta kan i sin tur förstås som ett sätt att bjuda in deltagarna som etnografer, på det sätt som det beskrivs av Mol (2002; 2011). Min strävan har då dels varit att verka för en tydlighet i mina syften och tolkningar, men också att låta dessa tolkningar påverkas av deltagarna. Det innebär dock inte att jag valt att enbart fördjupa resonemang eller tolkningar jag fått gehör för, eller betraktat gehör som ett tecken på att min tolkning varit den rätta. Syftet har istället varit att uppnå det Emerson (2001) benämner konversation, att gå i dialog, och att låta denna dialog fördjupa analysen.

Sammantaget har jag alltså strävat efter att välja tillvägagångssätt som motsvarar avhandlingens syfte och frågeställningar samt söka variation hos deltagarna för att skapa en bredd i materialet. Det har också varit min avsikt att göra min läsning av materialet på ett öppet och tillförlitligt sätt, genom att beskriva avhandlingens syfte och frågeställningar liksom sensitiserande begrepp, både i fält och sedan i text, liksom att erbjuda läsaren täta beskrivningar som öppnar för kritisk granskning av mitt arbete.

4. Livet och effektiviteten

I detta analysens inledande kapitel vilar fokus på det empiriska materialet, i syfte att ge en inblick i ett kuratorsarbete innefattande såväl samtal med patienter som kontakter med annan personal, inom och utanför den egna organisationen. I materialet återfinns också reflekterande dialoger mellan kuratorer och mig som forskare. Det empiriska materialet varvas genom texten med en analys som successivt växer fram genom att relateras till olika teoretiska begrepp. Analysen är på detta sätt både empiriskt och teoretiskt fokuserad och avgränsad.

Inledningsvis riktas blicken mot hur kuratorn positionerar sig och positioneras av andra, liksom hur arbetets funktioner kan förstås i relation till både patienter, den sjukvårdande organisationen och det omgivande samhällets stödinsatser. Genom att rikta uppmärksamheten mot kuratorns positioneringar och funktioner framträder en möjlighet att undersöka de sätt på vilka kuratorns arbete tar sin utgångspunkt. Från en position framträder nämligen vissa saker, samtidigt som andra hamnar ur fokus. Detta tydliggörs genom en analys av vilka bekymmer som genom kuratorns arbete formuleras som problem för henne att hantera, liksom vilka bekymmer som lämnas därhän. Kuratorns hantering av bekymmer ses på detta sätt inte som en neutral kartläggning. Översättningsarbetet mellan bekymmer och problem förstås inte heller som en temporär eller tillfällig relation. Genom att relateras till den position från vilket översättningen skrivs fram, blir bekymmershanteringen ett sätt att betrakta hur kuratorsarbetet tar riktning. För att analysera detta används begreppen linjer och avsteg.

Kurators positioner och funktioner

Empiriskt ligger fokus inledningsvis på en process, eller en kedja av händelser, relaterade till en kurator, Estrid, och en patient, Kornelia. Detta inledande exempel kommer därefter att fördjupas och kontrasteras med och mot andra empiriska exempel.

Utdraget som följer utspelar sig under några veckor då jag skuggar Estrid. Under den tid jag vistas på avdelningen där Estrid arbetar är också Kornelia där, inskriven som patient. I utdraget följs Estrids kontakt med Kornelia relaterat till Kornelias önskemål om boendestöd efter utskrivning från avdelningen. Även om utdraget är omfattande är det kraftigt beskuret jämfört med den mängd fältanteckningar som finns totalt sett kring Estrids arbete med Kornelia. Även om en del anteckningar av rumslig karaktär kvarstår, är också en stor majoritet av denna typ av anteckningar borttagna. Syftet med den redigering som gjorts är att fokusera analysen på frågan

om boendestöd och den utskrivningsplanering detta stöd utgör en central del av. Redigeringens avsikt är samtidigt att ge en generell inblick i Estrids arbete med Kornelia.

Den text som markeras med indrag utgörs av redigerade fältanteckningar. Då utdraget är omfattande har jag valt att varva fältanteckningarna med inledande reflektioner om arbetets innehåll och utformning. Syftet med detta är att guida läsningen och skapa länkar till analysen, utan att få för många störande upprepningar i texten.

Estrid, Kornelia och boendestödet

8 mars

Det är team-möte på avdelningens läkarexpedition, som blir ganska trång då den intas av tioalet personer: överläkare, underläkare, sjuksköterskor, skötare. Och av Estrid, kurator. Den andra patient som kommer upp till diskussion är Kornelia. Estrid tar till orda och säger att hon snart väntar besked (från socialtjänsten) om boendestöd, i slutet av veckan. Alla i rummet förefaller lyssna koncentrerat. En av skötarna frågar om det har varit samtal.⁴² Ingen svarar. Estrid säger att det var vårdplanering i onsdags. Underläkaren säger att det var samtal i torsdags. Efter detta går de över till att tala om en annan patient.

Efter team-mötets slut och efter att Estrid talat med en annan patient på avdelningen, får hon ett telefonsamtal då hon står på avdelningens sjuksköterskeexpedition, från Kornelias socialsekreterare. Socialsekreteraren meddelar Estrid att Kornelia beviljats boendestöd två gånger i veckan.

När Estrid lagt på säger hon till en sjuksköterska som står mitt emot att Kornelia "nog blir besviken." Sjuksköterskan säger ja, men säger också att hon pratat med Kornelia om att hon nog inte kan förvänta sig mer. Estrid säger att Kornelia ju kan överklaga, men...

Estrid tar, till synes med självklarhet, till orda på mötet och riktar fokus mot kontakten med socialtjänsten och planeringen av Kornelias boendestöd och den vårdplanering som hållits inför utskrivning. På detta sätt ramar hon in planeringen av Kornelias boendestöd som en arbetsuppgift för henne att hantera. Hon förefaller också få stöd för detta jurisdiktionsarbete av den andra personalen. Hon får sedan ta emot socialsekreterarens beslut i frågan om boendestöd och meddelar en sjuksköterska detta. Jag tolkar samtalet mellan Estrid och sjuksköterskan som att de inte har något

⁴² Med samtal avses planerat samtal mellan läkare och patient.

att invända mot socialsekreterarens beslut, alternativt att de inte uppfattar beslutet som något de kan eller bör påverka. Sjuksköterskan säger att hon antar att Kornelia kommer att bli besviken, men hon har förvarnat henne om att det kan bli ett beslut som detta. Jag tolkar detta som att socialsekreterarens beslut inte förvånar sjuksköterskan. Estrids kommentar om att det är möjligt att överklaga uppfattar jag inte som ett uttryck för en bedömning av att det är det rimliga eller riktiga att göra. Estrids ton är tveksam. Saken förefaller hanteras som mer eller mindre utredd och klar.

Estrid säger till mig att hon ska prata med Kornelia om beskedet från socialsekreteraren. Hon ska först fråga om jag kan vara med när de samtalar, varför jag står kvar på expeditionen då Estrid försvinner iväg i korridoren. Det dröjer en stund, så jag antar att Kornelia sagt nej och sätter mig på en pall på sjuksköterskeexpeditionen. Estrid kommer dock snart och hämtar mig. Hon har frågat Kornelia, som sagt ja till mitt deltagande, men sedan har de börjat prata och glömt bort mig.

Som jag tolkar det är Estrid den enda som har fått ta emot beslutet om boendestöd, och socialsekreteraren har då också gett Estrid i uppdrag att förmedla beslutet till Kornelia. Kornelia har alltså inte kontaktats direkt av socialsekreteraren. På så sätt positionerar socialsekreteraren Estrid mellan sig själv och Kornelia, som en förmedlande länk dem emellan. Estrid förefaller acceptera denna positionering då hon, på ett sätt som jag uppfattar som självklart, tar på sig uppgiften att förmedla beslutet till Kornelia. Arbetet kan förstås som att på ett neutralt sätt förmedla information, från socialtjänsten till Kornelia. Arbetets funktion kan därför liknas vid Craig och Muskats (2013) begrepp mäklare. Jag hör inte hur Estrid formulerar beslutet eller hur Kornelia reagerar på det, eftersom Estrid glömmet bort mig en stund och inleder samtalet med Kornelia medan jag är kvar på sjuksköterskeexpeditionen.

Estrid och Kornelia sitter i slutet av korridoren, i korridoren, men lite bakom en rumsavdelande skärm, bakom vilken det finns två stolar. Det finns ingen självklar plats för mig att sitta. Estrid erbjuder sig att hämta en stol, men jag tänker att det stör lite väl mycket och halv-sätter mig istället på väggen nedanför fönstret, där det lutar lite, som ett fönsterbleck. Jag hamnar snett bakom Estrid och snett mitt emot Kornelia. Hon och jag hälsar genom att ta i hand innan jag sätter mig. Kornelia ser blyg ut. Hon riktar blicken nedåt och rösten är tunn, om än inte direkt svår att höra.

Estrid säger, på något sätt till både mig och Kornelia, att hon berättat för Kornelia att hon beviljats boendestöd två dagar/vecka. Estrid säger att Kornelia kan överklaga beslutet. Kornelia undrar om det är någon idé, det tar väl så lång tid att hon redan är i arbete igen när det är klart? Estrid säger att det sannolikt tar några månader. Att det går genom förvaltningsrätten. Kornelia säger att hon då inte tycker att det är någon idé.

Estrids intar här en neutral position, då hon inte uttrycker någon egen bedömning av Kornelias behov av boendestöd relaterat till det beslut som fattats. Estrids positionering i relation till frågan om ett potentiellt överklagande kan dock tolkas som ett försiktigt förmedlat avrådande. Hon upplyser visserligen Kornelia om att hon kan överklaga beslutet, men betonar sedan att det kommer att ta tid och att det går genom förvaltningsrätten, snarare än att det är Kornelias rätt att överklaga beslutet om hon är missnöjd med utfallet. Hon uttrycker inte heller att det är något hon kan hjälpa Kornelia med. Det förefaller som om både Estrid och Kornelia förutsätter att Kornelia, om hon skulle välja att överklaga beslutet, blir helt utan boendestöd under den tid ett överklagande hanteras. Om innehållet i beslutet om boendestöd, eller hur det ska hanteras, är bekymmer för Kornelia är det med andra ord inte självklart att det görs till problem för Estrid. På detta sätt positionerar sig Estrid inte tillsammans med eller bredvid Kornelia, hon antar inte någon funktion som utmanare (Craig och Muskat 2013). Mot en bakgrund där tid hanteras som den avgörande faktorn, görs Kornelia istället ansvarig för de beslut hon fattar, och deras konsekvenser. Estrid kan på detta sätt sägas göra Kornelia till ett självständigt subjekt, som får göra en egen bedömning av hur hon ska hantera den information hon får.

13 mars

Också idag är det team-möte. Sjuksköterskan säger namnet på Kornelia, och inleder på detta sätt diskussionen om henne. Hon säger att Kornelia varit sämre under helgen. Hon har haft permission med sina föräldrar. Hon vill ha medicinändringar, men inte ECT⁴³ och är orolig för att hon ska bli utskriven om hon säger nej till ECT. Underläkaren säger att det inte är så mycket medicinskt att göra. Kornelia är orolig inför utskrivningen och det kan man inte medicinera bort. Sjuksköterskan säger att ECT inte löser "yttre problem". Underläkaren säger att "det gör inte medicinering heller."

Underläkaren skriver här fram oro inför utskrivningen som Kornelias huvudsakliga bekymmer, såväl relaterat till Kornelias hälsa som till vårdens fortsatta förlopp. Ar-

43 Elbehandling, som också kallas för elektrokonvulsiv behandling.

betet med att planera utskrivningen kan därför betraktas som ett problem som ges hög prioritet. Sjuksköterskan uttrycker hur Kornelia hanterat ECT som en fråga hon kanske inte kan tacka nej till, åtminstone inte utan att detta nej riskerar att hanteras som ett mer generellt nej till vården på avdelningen, och ett underförstått hot om att hon vid ett nej till ECT blir utskriven. Huruvida detta scenario är sannolikt tydliggörs eller berörs inte vidare vid mötet. Uttalandet framstår som självklart. Inte heller personalen förefaller dock vara övertygade om att de har tillgång till någon medicinsk behandling som skulle kunna hjälpa Kornelia. De hänvisar hennes försämrade mående till oro inför utskrivningen och till ”*yttre problem*”, vilka inte definieras eller diskuteras vidare utöver underläkarens konstaterande att de inte kan lösas med medicinering. Det framstår snarast som om läkaren och sjuksköterskan uttrycker att deras arbete med Kornelia är, eller borde vara, färdigt. De kan ingenting göra, men arbetet kan ändå inte avslutas. Kornelia kan på detta sätt begripliggöras som en patient som blir till i skärningspunkten mellan medicin och socialt arbete, i linje med de önskingar om en hälso- och sjukvårdskurator Olsson (1999:85) refererar till: ”patienter som vandrade runt till olika kliniker. Även om de blev inlagda för vård var deras tillstånd oförändrat vid utskrivningen. För att kunna ge dem varaktig hjälp krävdes att någon tog reda på deras situation och vid behov kunde påverka deras hemförhållanden, bekymmer, fattigdom etc eftersom dessa kunde vara orsak till deras 'inbillade' sjukdom.” Kornelia framställs på detta sätt som en patient som visserligen mår dåligt, men av ”fel” skäl. Situationen, som alltså kan förstås som bekymmersam för både Kornelia och sjukvården, kan därför göras begriplig som ett potentiellt problem för en kurator. Det är dock inte uppenbart på vilket sätt. Estrid säger ingenting, och tilltalas inte heller av de andra.

17 mars

Ingenting nytt har framkommit angående planeringen av Kornelias boendestöd, varför Estrid ringer socialsekreteraren. Socialsekreteraren säger att hon inte vet när boendestödet kan komma igång. Estrid säger, till mig efter telefonsamtalet, att socialsekreteraren skulle ringt Kornelia direkt om detta redan förra veckan. Estrid ger uttryck för att vara lite irriterad över detta, även om hon mest passivt konstaterar att de skulle ringt.

Som jag förstår det hade Estrid i detta läge inte planerat att arbeta mer med frågan om Kornelias boendestöd. En kontakt skulle istället tagits direkt mellan socialsekreteraren och Kornelia, i syfte att planera boendestödets utformning. Estrid ringer socialsekreteraren därför att detta inte förefaller ha skett, och tiden går. Det problem hon hanterat kan därmed länkas till ett bekymmer avseende en resurs för sjukvården,

i form av tid i förhållande till en vårdplats, snarare än att handla om själva beslutet eller dess konsekvenser för Kornelia. Estrid kan därför sägas företräda ett organisations processfokus snarare än ett patientfokus, då hon positionerar sig som företrädare för sjukvårdens organisation, mot socialsekreteraren. Funktionen hon fyller kan också här beskrivas som mäklare (Craig och Muskat 2013) då hon arbetar med att understödja kommunikationen mellan olika parter. Funktionen är dock bredare än Craig och Muskats fokus på relationerna mellan patienten och sjukvården. I detta sammanhang är det relationerna mellan institutioner som är i Estrids fokus, snarare än patienten.

Efter telefonsamtalet går Estrid snabbt tillbaka till avdelningen. Klockan är 10.07. Estrid söker efter Kornelia. Hon är inte på "sitt" rum. Men, det är en annan patient där som berättar var Kornelia är. Estrid säger "tack!" och letar upp Kornelia. Hon frågar henne om det är ok om jag är med när de samtalar och Kornelia säger ja. Estrid hämtar mig i korridoren och vi beger oss till samtalsrummet på avdelningen. Det är ett ganska litet rum, med ett bord i mitten och ljusgröna, klädda, "samtals-stolar" runt bordet. Estrid och Kornelia sätter sig mitt emot varandra, med en stol emellan, så att de blir placerade mer rakt mot varandra än vid sidan om varandra. Jag sätter mig lite snett bakom Estrid.

Estrid inleder samtalet med att säga att hon har hört att Kornelia ville träffas nästa vecka, men då är Estrid inte här.

Kornelia säger nähä. Hon har tänkt på att det nu har gått 90 dagar, att det då går att göra lite,⁴⁴ och att hon tänkt på aktivitetsschema.

Estrid säger att hon kan göra aktivitetsschema med personalen.⁴⁵ Hon säger sedan att hon talat med socialsekreteraren som sagt att hon ringt Kornelia förra veckan. Har de inte ringt?

Estrid inleder, och ramar på detta sätt in samtalet, med att berätta för Kornelia att hon inte kommer att vara på plats nästa vecka. Detta sätter ett slags struktur för deras fortsatta kontakt. Denna är lite lös i sina konturer, eftersom det inte är klart när Kornelia kommer att skrivas ut. Därefter kan Kornelia sägas göra en framställan av

44 Underförstått 90 dagar sedan hon blev sjukskriven, med vilket jag antar att Kornelia menar att det nu kan vara aktuellt att exempelvis ansöka om ersättningar från vissa typer av försäkringar. Efter 90 dagar bedömer också Försäkringskassan arbetsförmågan generellt, inte enbart relaterat till Kornelias aktuella anställning.

45 Sannolikt avses i detta sammanhang sjuksköterskor och/eller skötare.

bekymmer inför Estrid; hon framför en fråga om det som kan göras efter 90 dagars sjukskrivning, liksom en fråga om aktivitetsschema. Genom ett slags jurisdiktionsarbete markerar Estrid att det inte är hon som arbetar med aktivitetsschema. Om detta är ett bekymmer för Kornelia får hon vända sig till annan personal på avdelningen. Frågan hanteras som ett relevant problem för sjukvården, bara inte för just Estrid. Estrid kan här sägas använda annan personal som en del av sitt handlingsutrymme och tar istället upp frågan om huruvida socialsekreteraren ringt Kornelia. Hon riktar sitt arbete genom samtalet mot (formuleringen av) vissa problem, och bort från andra.

Kornelia säger att jo, det har de. Men de har frågat om dagarna och det är svårt, hon vet inte. Hon har ansökt om boendestöd fem dagar/vecka. Hade hon ansökt om fyra dagar/vecka kunde socialsekreteraren bestämt detta. Men fem dagar/vecka, då är det någon annan som bestämmer och nu fick hon bara två dagar. Hon säger att hon undrar varför socialsekreteraren inte sa det på mötet. Fyra dagar hade varit ok. Men nu tycker socialsekreteraren att hon ska ta två dagar/vecka, i två veckor, och sedan söka igen, om fler dagar. Men Kornelia säger att det ju är i början hon behöver mest.

Estrid säger, korthugget och förvånat, "Men, varför?"

Kornelia säger att hon inte vet. Varför sa hon inte det direkt? Vänta två veckor. Kanske de kontaktpersoner hon får då inte kan fyra dagar, så får hon byta.

Estrid frågar om Kornelia ska ringa socialsekreteraren.

Kornelia säger att hon vill att Estrid ska vara med. Hon vill inte vara "besvärslig".

Estrid uttrycker förvåning över det Kornelia berättar om socialsekreterarens begränsade handlingsutrymme, och/eller hur detta hanterats. Hon uttrycker dock inte någon egen bedömning avseende huruvida något borde förändras, i handläggningen av ärenden eller utfallet. Hon uttrycker inte heller att frågan är något hon kan eller ska påverka genom sitt arbete. Hon frågar istället om Kornelia ska ringa socialsekreteraren. Detta tolkas som en passivt neutral positionering i relation till handläggningen av boendestödet, på så sätt att Estrid knyter frågan till Kornelia och socialsekreteraren, och distanserar den från sig själv. Estrid gör på detta sätt en potentiell frånvaro av

kontakt mellan socialtjänsten och Kornelia till ett möjligt problem, som hon själv tar initiativ till att samtala om. Samtidigt görs själva innehållet i kontakten, om boendestödets utformning, inte till ett problem för hennes arbete. Med andra ord fyller hon inte den funktion som Craig och Muskat (2013) beskriver som utmanare. Estrids funktion kan istället möjligen tolkas som en relativt passiv mäklare i förhållande till relationen mellan Kornelia och socialtjänsten. Hon kontrollerar helt enkelt huruvida själva informationskanalen är öppen, huruvida arbetet fortskrider, om planeringen går framåt. På detta sätt framträder också här ett organisationens process- snarare än ett patientfokus. Kornelia uttrycker dock ett annat önskemål om Estrids arbete: hon vill att Estrid ska vara med när hon ringer socialsekreteraren.

Estrid tar fram sin telefon, ger den till Kornelia och säger "Ring du."

Kornelia slår numret och Estrid hjälper henne att sätta på telefonens högtalarfunktion. Socialsekreteraren svarar och jag gör mitt bästa för att anteckna det de säger.

Kornelia säger att hon sitter här med Estrid, kuratorn, och att de har pratat. Att det skulle vara bättre med fyra dagar direkt "när jag kommer ut." Hon undrar om hon kan ansöka om det nu.

Socialsekreteraren säger: "Jo, det skulle du väl kunna göra."

Estrid går här Kornelia till mötes då hon utformar sitt arbete, genom att ta fram sin telefon och ge den till Kornelia, samtidigt som hon sitter kvar. Då hon tidigare förmedlade socialsekreterarens beslut om två dagars boendestöd/vecka, från socialsekreteraren till Kornelia och positionerade sig som dem emellan, som en förmedlande länk eller mäklare (Craig och Muskat 2013), sätter hon sig här mer vid sidlinjen. Hon positionerar sig helt enkelt vid sidan om, både Kornelia och socialsekreteraren. Kornelia ringer och säger till socialsekreteraren att hon sitter här med Estrid, kuratorn, och att de har pratat. Det kan på detta sätt uppfattas som att det hon säger är ett uttryck för vad de båda tycker. Kornelia kan alltså sägas positionera Estrid som varande tillsammans med henne, som en utmanare, mot socialsekreteraren. En sådan positionering skulle kunna ge det hon säger ett slags legitimitet, vilket skulle kunna fylla en funktion av en upplevt minskad risk att Kornelia upplevs som "besvärlig", även om Estrid varken tidigare eller nu egentligen säger något om saken. Om Estrid

positioneras med eller mot någon i den här situationen, är det alltså inte hon, utan Kornelia, som gör det.

Kornelia säger att hon pratade med boendestödet, och att de som kan ta två dagar kanske inte kan ta fyra. Att det blir nya då.

Socialsekreteraren hummar

Kornelia säger att de inte bestämt tider än.

Socialsekreteraren säger att det är "lite segt ibland".

Kornelia säger att det är lika bra att börja med fyra dagar.

Socialsekreteraren säger "Ansök du, så blir det utredning, och ja, det tar, ja, nästa vecka".

Kornelia säger: Ok, hej då.

Socialsekreteraren säger "Hej då" och samtalet avslutas.

Estrid säger ingenting när Kornelia och socialsekreteraren talar, hon sitter tyst under den tid som samtalet pågår. Socialsekreteraren talar inte heller till henne, utan enbart till Kornelia. Både socialsekreteraren och Kornelia är dock medvetna om Estrids närvaro i rummet och Kornelia refererar till henne explicit. Som jag tolkar det innebär samtalet att Kornelia gör en ny ansökan om boendestöd, denna gång om fyra dagar/vecka. Istället för en potentiell överklagan genom förvaltningsrätten, som Estrid antagit skulle ta flera månader, ska Kornelia nu vänta en vecka på ett besked om huruvida hon kan beviljas boendestöd fyra dagar/vecka, jämfört med de från början ansökta fem dagarna/vecka, liksom de beviljade två dagarna/vecka. Under den tid socialsekreteraren behandlar den nya ansökan kvarstannar Kornelia på avdelningen, eftersom utskrivningen är beroende av att boendestödet är klart.

Kornelia säger: "Så sjukt!" till Estrid.

Estrid: "Det gick bra".

Kornelia: "Ja, men så sjukt".

Estrid säger att hon förstår att Kornelia är irriterad, men att det blev bra.

Estrid betonar här det potentiellt positiva i samtalet mellan Kornelia och socialsekreteraren, dels relaterat till samtalet som sådant, dels till potentialen i Kornelias nya ansökan om boendestöd: "Det gick bra". Att hon upprepar detta tolkar jag som att hon försöker få samtalet, och Kornelia, att fokusera på denna positiva potential, snarare än på hur Kornelia reagerar på handläggningen som "så sjukt". På detta sätt görs framåttrörelsen i planeringen, liksom en positiv värderingen av situationen, som överordnade i Estrids arbete. Ett annat sätt att uttrycka det är att Estrid, genom sitt arbete, gör brist på framåttrörelse i utskrivningsplaneringen, liksom en negativ värdering av situationen från Kornelias sida, till potentiella problem. Estrids arbete kan ses som ansträngningar att hålla ihop en behandlingsplan, möjligen också att hålla ihop Kornelia, att fylla en funktion som klister (Craig och Muskat 2013).

Kornelia säger ja, det blir korta pass också, 1,5-2 timmar. Bättre med fler dagar.

Estrid hummar

Kornelia frågar om de kan ringa om det andra på fredag.

Estrid hummar bekräftande.⁴⁶ Sedan frågar hon om Kornelia vet hur det fungerar med aktivitetsschema.

Kornelia säger ja, hon har gjort det här (på avdelningen).

Estrid frågar om hon ska hämta ett schema.

Kornelia säger nej, hon vet. Men det är en sak att göra det här. Hemma blir det mer allting samtidigt.

⁴⁶ Det är inte helt tydligt uttryckt vad de ska ringa om, men som jag tolkar det avser de båda de försäkringar som kan vara aktuella efter 90 dagars sjukskrivning, vilka Kornelia relaterade till i inledningen av samtalet.

Estrid säger att hon tänkte att Kornelia kunde planera, tänka och skriva som ett underlag för boendestödet.

Kornelia säger ja, bra. Vad bra. "Jag blir jättetacksam för hjälpen här nu."

Estrid återknyter nu till den fråga om aktivitetsschema som Kornelia tog upp i början av samtalet. Då hänvisades Kornelia till annan personal för hjälp med detta. På detta sätt gjordes bekymret till ett relevant problem för sjukvården, men för annan personal än Estrid. Nu tar Estrid istället initiativ till ett arbete som kan förstås som både konkret (att hämta ett sådant schema) och rådgivande (i frågan om hur ett sådant schema kan användas i planeringen av boendestödet). Estrids jurisdiktionsarbete kan alltså, genom hur hon hanterar sitt handlingsutrymme, sägas ändra karaktär under samtalets gång. En tolkning av detta är att Estrid breddar sitt handlingsutrymme då de problem hon prioriterar upplevs som hanterade. På detta sätt gör Estrid en intern hierarki i arbetet, inte primärt i förhållande till en bedömning av bekymren som sådana, eller hennes kompetens, utan till en tänkt intern ordningsföljd eller prioriteringsordning och till en värdering av möjligheterna att hinna arbeta med de problem som framarbetas. I relation till denna prioriteringsordning och Estrids värdering av en resurs i form av tid, hanterar hon sitt handlingsutrymme på ett till synes flexibelt och självständigt sätt.

Samtalet mellan Estrid och Kornelia fortsätter under ytterligare några minuter. De diskuterar då det övriga stöd Kornelia ska få efter utskrivningen från avdelningen: samtal enskilt och i grupp, inom öppenvård psykiatri. Kornelia uttrycker oro för väntetiderna. Hon säger att hon är rädd att hon ska bli "arkiverad", vara sjukskriven hela året. Hon säger att hon redan väntat på att få hjälp i fem månader. Att hon har "kraschat", att det varit mycket, hon har flyttat och bytt jobb. Estrid säger att hon förstår att det är väntan på terapin, ungefär fyra månader, men att Kornelia behöver samtal en gång i veckan.

Samtalet avslutas med att Estrid säger:

"Mindfulness en gång i veckan, samtal en gång i veckan, plus boendestöd fyra gånger i veckan, jag tror att det kan bli jättebra."

Kornelia säger ja, hon har resonerat mycket med sig själv. Hon behöver hjälp. Hon kan inte behandla sig själv, diagnosticera sig själv.

Estrids arbete kan här förstås som att lyssna till Kornelias berättelse. Hon betonar ett behov av samtal en gång per vecka, beskriver hur stödet från öppenvården kommer att se ut efter utskrivningen och uttrycker en försiktigt förmedlad bedömning eller förhoppning om framtiden, hur hon *”tror att det kan bli jättebra”*. Hennes funktion kan tolkas som klister (Craig och Muskats 2013). Estrid förmedlar information, men också en form av stöd, relaterat till hur hon försöker hålla ihop behandlingsplanen, och kanske också hålla ihop Kornelia. Arbetet skulle kunna ses som ansträngningar att koordinera en smidig process som gynnar både vården och Kornelia (jfr Mc Alynn och Laughly 2008). Noterbart är då att Estrid förefaller förutsätta att Kornelia kommer att bli beviljad boendestöd fyra gånger/vecka, även om ett sådant beslut inte är fattat och inte kommer att fattas av henne. Liknande förhållanden återkommer relaterat till frågan om öppenvårdens utformning. Estrid säger att Kornelia behöver samtal en gång i veckan, men det förefaller oklart om detta är beslutat. Sannolikt är det inte heller upp till Estrid att avgöra, utan öppenvårdens personal. När Estrid summerar de framtida stödinsatserna formuleras dock också dessa veckovisa stöd-samtal som en given framtida realitet.

Estrid säger mmmm, hon ska ta upp det med överläkaren – som också Kornelia ska träffa idag.

Kornelia säger ”Jag är jätteglad, jättenöjd”.

Därefter lämnar vi alla rummet. Klockan är 10.20.⁴⁷

När vi gick in i rummet var Kornelia fåordig. Hon såg osäker ut, tittade ner och pillade med fingrarna. Stapplande på orden. Efter att hon talat med socialsekreteraren börjar hon titta mycket mer upp, möter Estrids blick, slutar pillera med fingrarna och talar mer, hela och fullständiga meningar.

Estrid uttrycker att hon ska tala med överläkaren. Det är inte riktigt uttalat vad det är hon ska prata med henne om, men jag gör tolkningen att det handlar om planeringen av den hjälp Kornelia ska få från öppenvården och socialtjänsten efter utskrivning från avdelningen. Estrid kan alltså tänkas vilja förmedla till läkaren att Kornelia an-

⁴⁷ Jag har i detta sammanhang valt att inkludera två noteringar om tid. Detta för att läsaren ska veta att samtalet som här beskrivs på plats tog ca tolv minuter. Det kan uppfattas som förhållandevis kort tid för ett samtal, men av vikt här är snarare att tydliggöra att fältanteckningarna utgör en läsning av det som hände i rummet, inte en fullständig redogörelse.

sökt om boendestöd fyra dagar/vecka, som ett slags neutral informationsöverföring, eller mäklande (Craig och Muskats 2013). Hon kan också tänkas ha för avsikt att sammanfatta Kornelias behov av vård efter utskrivningen och på så sätt påverka eller underlätta för läkaren som ska skriva en remiss. Detta, att förmedla information, men också påverka innehållet och hålla ihop en behandlingsplan, skulle i så fall kunna fylla en funktion som klister. En tredje tolkning är att Estrid har för avsikt att fylla en funktion som utmanare, som en företrädare för Kornelia i relation till sjukvårdens olika instanser, genom att inför läkaren betona en bedömning av Kornelias behov av samtalsstöd en gång/vecka. Situationen kan med andra ord sägas bära potential för flera tänkbara funktioner för Estrids fortsatta arbete, vilka kan länkas till hur hon positionerar sig.

När vi gått ut från samtalsrummet går Estrid ganska snabbt, säger att hon "vill haffa överläkaren". Överläkaren är dock inte på läkarexpeditionen och Estrid går istället in på sjuksköterskeexpeditionen, ställer sig vid en dator och journalför samtalen med Kornelia. Medan hon skriver pratar hon med en sjuksköterska som också är på expeditionen. Estrid säger att det är osäkert med Kornelia, det är inte klart. Men det kan bli (underförstått utskrivning) nästa vecka. Sjuksköterskan säger ja, ok. Estrid säger att socialsekreteraren sagt att Kornelia skulle få två dagar i veckan och att Kornelia var orolig. Men att hon kunde fått fyra dagar direkt, av socialsekreteraren. Varför sa hon inte det på vårdplaneringen? Sjuksköterskan säger att hon inte vet, men jämför med hur det är i affären. Om det är tre för två. Om man bara tagit två säger de ju till en då. Sjuksköterskan tittar på mig och skrattar. Jag säger "Ja, det gör de." Estrid säger "Om de inte tar en själv." Hon låter halvt allvarlig, halvt skämtsam.

Det blir alltså, av en ren tillfällighet, inget samtal mellan Estrid och överläkaren i den här situationen. Estrid går istället till sjuksköterskeexpeditionen, där hon talar med en sjuksköterska. Estrid berättar två saker för sjuksköterskan. Först säger hon att det kan bli utskrivning för Kornelia nästa vecka, eftersom boendestödet då kan vara beslutat och klart. Jag tolkar detta som ett uttryck för vad Estrid bedömer som viktigast att förmedla till sjuksköterskan i relation till hennes arbete med Kornelia. Det är då ett organisationens processfokus som framträder. Estrid berättar sedan om handläggningen av boendestödet inom socialtjänsten, och socialsekreterarens begränsade handlingsutrymme relaterat till omfattningen av det ansökta boendestödet. Estrids ton när hon ställer frågan om varför detta inte uttalades vid vårdplaneringen är frågande, men samtalen mellan Estrid, sjuksköterskan och sedan också mig får, relaterat till sjuksköterskans liknelse vid affären, en närmast galghumoristisk ton. Estrids

avslutande kommentar, ”*Om de inte tar en själv*”, tolkar jag dock som uppgiven och tvekande, snarare än komisk. Jag får inte intryck av att Estrid, eller sjuksköterskan, hanterar socialtjänstens handläggning av Kornelias ansökan om boendestöd som något de kan eller bör påverka, utan som något de får anpassa sig till. Socialsekreterarens handläggning kanske är ett bekymmer, för både Kornelia och sjukvården, men det blir, i sig, inget problem för dem. Estrids funktion kan också i detta sammanhang beskrivas som den som mäklar, hanterar information mellan patienten, sjukvården och socialtjänsten (Craig och Muskats 2013).

(Utskrivnings)planering som arbete

När det gäller Estrids arbete med Kornelia aktualiseras flera olika positioner och funktioner, relaterat till både Kornelia, avdelningen, socialsekreteraren och öppenvården. Planeringen framåt, från avdelningens sida med fokus på den kommande utskrivningen, framstår som central. Vid de team-möten jag observerar är det egentligen inte mycket fokus på vad som sker på själva avdelningen, utöver frågan om huruvida ECT kan vara en lämplig behandlingsmetod för Kornelia. Uppmärksamheten är främst riktad mot utskrivning och hur den kommande öppenvården och omsorgen av Kornelia kan ombesörjas, så att hon kan skrivas ut. Det är självklart möjligt att andra typer av diskussioner skett innan jag påbörjade fältarbetet på avdelningen, men under de veckor jag är där är det fokus på framtiden, efter den vård som pågår i nuet. För den sjukvårdande personalen i övrigt kan detta antas betyda att Kornelia blir en patient mot vilken de riktar förhållandevis lite uppmärksamhet. De planerar inte för någon mer vård av henne, hon behandlas som klar för utskrivning i det skick hon nu befinner sig. Detta innebär att hon, ställd i relation till andra patienter på avdelningen, kan antas hanteras som lågt prioriterad. Att hon skrivs ut kan dock antas vara högt prioriterat.

I relation till denna planering framåt, utåt, förefaller Estrid både ta och få en nyckelposition, i egenskap av den som håller i kontakterna mellan avdelningen och socialtjänsten angående frågan om boendestödet. I förhållande till detta tar hon själv till orda på team-möten, och när hon talar får hon de andras uppmärksamhet. Detta är inte specifikt för situationen runt Kornelia, frågan om utskrivningsplanering framstår generellt som en självklar del av Estrids arbete. Det är exempelvis framför allt i frågor om denna typ av planering annan personal vänder sig till henne, och som hon själv tar till orda på team-möten.

Frågan om stödbehov efter utskrivning är också en självklar del av de samtal Estrid har med andra patienter på avdelningen, oavsett varför kontakten mellan henne och den aktuella patienten kommit till stånd. Ett exempel på det är när Estrid träffar

Oskar. Oskar har själv efterfrågat kontakt med kurator med anledning av att han har skadat sina tänder, men saknar pengar till behandling hos tandläkare. När han och Estrid träffas pratar de visserligen om detta, men efter att Estrid snabbt konstaterat att frågan om att söka fondmedel för tandvård får hanteras inom öppenvården, eftersom det inte kommer att hinnas med inom ramen för vården på avdelningen, går hon på eget initiativ vidare med att ställa frågor kring huruvida Oskar behöver stöd från socialtjänsten efter utskrivning. Oskars ekonomiska bekymmer hanteras på detta sätt som ett potentiellt problem för en kurator, bara inte inom ramen för slutenvården. Oskar uttrycker själv inga bekymmer relaterade till eventuella framtida behov av stöd från socialtjänsten, det är ett potentiellt problem, eller snarare en potentiell bot, som Estrid själv tar upp.

Estrid har också med sig något av ett standardformulär, som hon använder som samtalsguide varje gång hon träffar en ny patient. Inför varje sådant nybesök har hon med sig block och penna. Blocket är i A4-format och innan samtalet har hon för vana att, med några raders mellanrum i syfte att möjliggöra anteckningar under samtalet, skriva upp: namn, inskrivningsdatum, boende, sysselsättning, ekonomi, närstående, minderåriga barn, myndighetskontakter och ”behov av stöd?”

När jag frågar henne vad hon avser med ”*behov av stöd?*” svarar hon snabbt att det handlar om ”utskrivningsplanering”. När jag frågar överläkaren på avdelningen vad hon förväntar sig av Estrids arbete svarar hon, snabbt, spontant och liksom rabblande:

minderåriga barn, boende, bostadslöshet, extra hjälp, boendestöd, hemtjänst, extra insatser, vårdplanering, behandlingshem, intyg, familjeterapi, familjesamtal, socialtjänst, ekonomi. Sedan säger hon:

”Utan Estrid kan vi inte klara oss vet du. Myndighetsgrejer, Estrid fixar. Alla grejer utom medicinen, det sköter jag.”

När jag ställer motsvarande fråga till en av avdelningens sjuksköterskor svarar hon lika snabbt och liksom rabblande:

Vårdplanering, det är ett annat ansvar för sjuksköterskorna kring detta när Estrid inte är på plats. Bedömning kring minderåriga barn, korttidsboende, anhörigstöd, socialtjänst, boendestöd, hemtjänst, lagar – socialtjänstlagen, och så.

Hanteringen av relationerna mellan sjukvården, socialtjänsten och öppenvården i förhållande till patienternas utskrivning förefaller alltså vara en arbetsuppgift som både Estrid, sjuksköterskan och överläkaren på avdelningen hanterar som självklara och betydande delar av kuratorns arbete. Gränserna för Estrids och de andras arbete görs dock inte strikta, då sjuksköterskan beskriver hur de kan behöva ta ett större ansvar för frågor kring vårdplanering när Estrid inte är där. Detta kan tolkas som att arbetet med vårdplanering är högt prioriterat på avdelningen. Det är primärt Estrids arbetsuppgift, men om hon inte är där träder en av sjuksköterskorna in. Avseende övriga områden som sjuksköterskan beskriver som Estrids, återkommer inte denna markering av hur andra yrkesgrupper träder in vid Estrids frånvaro. Jag ställer inte heller någon sådan fråga.

Också Kornelia förefaller hantera bekymmer relaterat till utskrivningsplanering som problem för Estrid, antingen därför att hon under tiden på avdelningen blivit hänvisad till Estrid, informerad av Estrid att detta är frågor hon kan tala med henne om, eller då hon själv haft denna uppfattning redan innan. Jag är inte med första gången de två träffas, men vid de nybesök Estrid har under tiden för mitt fältarbete på avdelningen, informerar hon om sina arbetsuppgifter på ett liknade sätt som överläkaren och sjuksköterskan gjorde ovan. Detta kan betraktas som ett sätt att utöva jurisdiktionsarbete i relation till patienterna, att presentera och förhandla om arbetets utformning, omfattning och metoder. Det kan också förstås som ett sätt att göra en sammanhangsmarkering, det vill säga sätta ramarna för samtalet och tydliggöra förväntningarna, såväl på hjälpen som på varandra (Petitt och Olsson 1994/2013).

Såväl Estrid, som övrig personal och patienter, kan alltså sägas agera enligt en föreställning om att kuratorn ska arbeta med frågor relaterade till planeringen av patienternas utskrivning. Det är ingen arbetsuppgift Estrid aktivt behöver jurisdiktionsarbete för att få utföra. Estrids sätt att utföra arbetsuppgiften förefaller också vara en fråga för henne själv att avgöra, då det hon säger på team-möten, liksom i det mer informella samtalet med sjuksköterskan, tas emot med en ton av självklarhet.

Detta är inte specifikt för Estrid. Frågan om kontakterna mellan sjukvården och socialtjänsten, med fokus på patienternas utskrivning, uppfattas generellt som en central del av kuratorernas arbete, i synnerhet inom slutenvården, där kuratorerna jag skuggar generellt utför, och förväntas utföra, sådant arbete. Detta blir också tydligt när jag skuggar Ingegerd:

Ingergerd ska "täcka upp" för Åsa

Det är i slutet av arbetsdagen och Ingergerd sitter och pratar med sin kollega Åsa. Klockan är snart 16 och det är min tredje dag här. Åsa ska vara borta i morgon, hon ska på begravning, och Ingergerd ska då "täcka upp" för henne. Ingergerd säger att hon ska gå på ett team-möte för Åsa i morgon och frågar henne om hon kan skriva ut en patientlista, "så går vi igenom den. Det är lättare att gå på teamet om jag vet lite." Åsa skriver ut en lista och de går igenom varje namn, med följande frågor:

Har/behöver patienten öppenvårdskontakter?

Hur ser det ut med boende, är det planerat framåt?

Hur ser det ut med ledsamhet och oro, hos patienten och de anhöriga?

Har det skrivits varsel?⁴⁸

Har det varit, eller behövs vårdplanering?

När skrevs patienten in på avdelningen?

Finns/behövs hemtjänst? Behöver insatserna ändras?

Har de närstående penning?⁴⁹ Har de annars fått information om detta?

Har patientens färdtjänst? Om inte, behövs det?

För första gången sedan jag kom hit upplever jag Ingergerd (och Åsa) som stressade. De pratar snabbare än vanligt och samtalet är mer fokuserat än vad deras samtal brukar vara: det finns liksom inte tid till kringprat, det som sägs är det

48 Ett meddelande från sjukvården till kommunens socialtjänst om att patienten ifråga är inlagd på sjukhus och kan komma att behöva insatser från exempelvis hemtjänst vid utskrivning.

49 Ekonomisk ersättning från Försäkringskassan som under en tid kan beviljas närstående till människor som är svårt sjuka, på ett sådant sätt att sjukdomen utgör ett påtagligt hot mot den sjukes liv.

som behöver sägas, varken mer eller mindre. De sitter med patientlistan framför sig, lätt böjda nedåt med överkropparna, skrivande.

Samtalet mellan Ingegerd och Åsa har karaktär av snabbt informationsutbyte. Det är inte ett socialt samtal där de exempelvis reflekterar i öppen dialog kring arbetets form eller innehåll. De ger heller inte uttryck av att bry sig om min närvaro i rummet när de talar: de tittar inte på mig, tilltalar mig inte. Jag positioneras här som en renodlad observatör. I samtal dem emellan är annars det vanliga att jag bjuds in i dialogen, antingen genom att inkluderas i ett ”vi”, men oftast genom att de är noggranna med att förklara för mig vad de gör. Att detta samtal är annorlunda gör att jag tolkar det de säger som något av en förteckning över hur de upplever kuratorns arbete. Det är detta kuratorn ska veta, ha koll på, arbeta med, åtminstone i kontakt med företrädare för andra yrkesgrupper inom sjukvården. Har hon koll på dessa saker kan hon ”*väcka upp*”, det vill säga vara kurator i en annans ställe på ett team-möte.

Att dessa arbetsuppgifter förknippas med kuratorn är också tydligt vid de team-möten där jag närvarar, där frågor om utskrivningsplanering till synes med självklarhet, inom alla de verksamheter jag besöker, riktas till kuratorn. Ibland genom frågor som ställs muntligt, men som regel genom att den som håller i samtalet, vanligen en sjuksköterska eller läkare, riktar blicken mot kuratorn, eller genom att kuratorn själv tar till orda, som Estrid gör i relation till Kornelia vid det inledande mötet i utdraget ovan. Bortsett från det fokus Ingegerd och Åsa riktar mot eventuell ledsamhet eller oro hos patienter och anhöriga, samt i viss mån också när det gäller frågan om närståendepenning, är det frågan om utskrivningsplanering som blir central i deras genomgång av de patienter som är inskrivna i Åsas team: vilka insatser finns, vilka behövs och hur ska detta planeras? På detta sätt framträder ett överordnat organisationens processfokus, en kartläggande ambition av nuläget å ena sidan och en framåtskridande ambition å andra sidan, mot utskrivning.

Också inom öppenvården är det min tolkning, vilken jag återkommer till längre fram i avhandlingen, att en central del av kuratorernas arbete på olika sätt är relaterat till att underlätta patienternas väg genom, och i synnerhet ut ur, sjukvårdens organisation. Detta är å ena sidan inte förvånande, utan en del av kuratorns arbete som diskuteras i forskning om yrkesgruppen (Gregorian 2005) och lyfts fram som en central del av yrkesgruppens uppkomst och historia (Olsson 1999). I relation till mer dagsaktuell forskning förefaller dock kuratorns arbete i relation till utskrivningsplanering vara mer perifert, i synnerhet i den svenska kontexten, där sådant arbete förefaller ha övergetts till förmån för ett starkare fokus på individriktat emotionellt stödjande arbete (Isaksson et al. 2017, Söderberg 2017). Detta behöver inte vara så

motsägelsefullt som det kan verka vid en första anblick. Frågan är istället hur kuratorns arbete med utskrivningsplanering kan förstås.

I relation till hanteringen av Kornelias utskrivning kan Estrid betraktas som en självklar och viktig person. Estrid prioriterar arbetsuppgiften, men är också viktig för socialsekreteraren som ringer henne för att meddela sitt beslut om boendestöd och för annan personal på avdelningen, som vänder sig mot Estrid med självklarhet när hon talar om sin kontakt med socialsekreteraren. Hon är också viktig för Kornelia, som tar upp bekymmer med planeringen i samtal med Estrid och ber henne om hjälp, och uttrycker uppskattning för den hjälp hon får, hon är ”*jätteglad, jättenöjd*”. Estrids funktioner som mäklare och klister (Craig och Muskat 2013) i förhållande till denna planering kan betraktas som självklara, väl förankrade och uppskattade delar av hennes arbete. Hur arbetet utformas, vad det är Estrid gör, med vad eller vem, är inte lika uppenbart. Hennes olika positioneringar, hur hon hanterar relationerna mellan bekymmer och problem, liksom hur problem prioriteras i förhållande till varandra, kan dock användas som utgångspunkt för en sådan diskussion.

I Estrids arbete med Kornelia kan detta exemplifieras med hur hon ändrar förhållningssätt till Kornelias fråga om aktivitetsschema. I inledningen av samtalet förhandlar Estrid bort arbete med aktivitetsschema, för att istället på eget initiativ lyfta potentiella problem relaterat till utskrivningsplaneringen. Estrid tar på detta sätt ett tolkningsföreträdare i förhållande till vilka problem hon ska hantera. Hon kan här sägas företrädare ett organisationens processfokus, då hon riktar uppmärksamheten från de bekymmer Kornelia beskriver, till problem som rör planeringen av vården. I slutet av samtalet, när dessa högre prioriterade problem är hanterade, kan hon göra en ny bedömning, se nya saker från andra platser, företrädare ett patientperspektiv och från en sådan position erbjuda Kornelia den hjälp med aktivitetsschema hon efterfrågade i början av samtalet.

Hur Estrid hanterat det handlingsutrymme tolkningsföreträdaren innebär kan alltså relateras till varifrån hon tar sin utgångspunkt, liksom vad hon därifrån ser. Denna utgångspunkt kan tolkas som en plats från vilket somliga objekt framträder, medan andra faller ur fokus. Som plats betraktat är Estrids fokus inte temporärt i sina effekter. Estrids positioneringar är alltså inte neutrala, en rörelse mot något innebär ofrånkomligen en rörelse från någonting annat. Det sätt på vilket somliga bekymmer blir till problem kan på detta sätt illustrera en riktning, ta form av en linje.

Livslinjer och effektivitetslinjer

I relation till Estrid och Kornelia kan Estrids arbete förstås som riktat mot att understöda olika linjer. Å ena sidan riktar Estrid sitt arbete mot att påverka Kornelias

orientering i förhållande till hennes tilltro till tillvarons fasta konturer. I relation till denna tilltro kan Estrid sägas göra Kornelias beskrivning av hur hon *"kraschat"* till ett avsteg från en linje som skrivs från en position bredvid Kornelia. Från en plats präglad av ett patientfokus, från vilket Kornelias rörelse framåt fokuseras. Som exempel på detta kan nämnas då Estrid i slutet av deras samtal, efter Kornelias telefonsamtal med socialsekreteraren, skisserar en tänkbar framtid för Kornelia, med nya förutsättningar, anpassade efter det som inträffat:

"Mindfulness en gång i veckan, samtal en gång i veckan, plus boendestöd fyra gånger i veckan, jag tror att det kan bli jättebra."

Estrids arbete kan här betraktas som att hon försöker staka ut en riktning för Kornelia, förändra Kornelias orientering, genom att påverka vad som kommer till hennes medvetande. Hon försöker med andra ord göra det möjligt för Kornelia att se potential att trampa upp en linje som leder henne framåt, som ökar kroppens upplevda rörlighet och utsträckning, i tid och rum, och på så sätt främja en känsla av bekvämlighet. På detta sätt skriver Estrid, genom sitt arbete, fram ett slags patientfokuserad livslinje. I relation till denna linje kan hon göra Kornelias uttryck av att ha *"kraschat"* till ett avsteg, ett störande moment på Kornelias rörelser framåt i livet.

I denna rörelse framåt är Kornelia inte ensam, utan beroende av att linjen understöds. Ett sådant understöd kan inte tas för givet, istället framträder en osäkerhet. Det är nämligen inte enbart Kornelias kropp som kan orsaka avsteg genom sjukdom, utan också andras hantering av henne. Ett framskrivande av ett sådant potentiellt avsteg ses tidigare i samtalet, när Kornelia avslutat telefonsamtalet med socialsekreteraren och säger, till Estrid:

Estrid: "Det gick bra".

Kornelia: "Ja, men så sjukt".

Estrid säger att hon förstår att Kornelia är irriterad, men att det blev bra.

Estrid betonar här en positiv potential i samtalet mellan Kornelia och socialsekreteraren. Hon riktar sitt arbete mot att förmå Kornelia att göra en positiv värdering av en situation som Kornelia beskriver som sjuk i sig. Estrid kommenterar detta genom att upprepa *"det blev bra"*, vilket kan liknas vid hennes tidigare kommentar: *"jag tror att det kan bli jättebra"*. Kornelias upplevelser av både sjukdomen och socialsekreterarens

handläggning blir på detta sätt hanterade som potentiella problem för Estrid, i form av avsteg på en linje som utgår från en positionering bredvid Kornelia. En linje skrivs fram genom Estrids arbete där horisonten tar form av en Kornelia som mår bättre, som tycker att det är bra snarare än sjukt eller kraschat.

Det är emellertid inte enbart relaterat till denna patientfokuserade livslinje Estrid riktar sitt arbete. Också i relation till vårdens organisering framträder linjer, vilka utgör utgångspunkter för Estrids arbete. I relation till sjukdomen hanteras Kornelia, av avdelningens övriga personal, som färdigbehandlad. I fokus för arbetet med henne hamnar därför organiseringen av hennes utskrivning. Denna visar sig inte fungera friktionsfritt. För avdelningen kan hanteringen av Kornelias ansökan om boendestöd istället liknas vid Bremers (2011) begrepp vägbula. Det blir nämligen inte kroppen (eller sjukdomen) i sig, utan den administrativa hanteringen av kroppen som orsakar problem, genom att skapa hinder för rörelserna framåt. Bremer (ibid.:75), vars fokus är sjukvårdens hantering av transsexuella, beskriver hur: ”Kommunikativa dröjsmål, så som bristfällig blankethantering, telefonköer och snålt tilltagna telefontider, har blivit normaliserade vägbulor i den institutionaliserade väntans nötta färdled.”

Begreppet vägbulor används här som en metafor, nästan i farten, för att beskriva hinder eller blockeringar som kan uppkomma för rörligheten mot en tänkt framtida horisont. En sådan vägbula förefaller i Bremers exempel som mer eller mindre institutionaliserad och förväntad, genom den byråkratiska organiseringen av arbetet.

Betraktat från avdelningens perspektiv kan oklarheterna kring socialsekreterarens handlingsutrymme och hanteringen av Kornelias ansökan om boendestöd få effekter i form av en förlängd vårdtid och konkret komma att utgöra just en vägbula, den blir ett störande moment i (de tänkta) rörelserna framåt, på en linje skisserad kring en förväntan om att Kornelia ska skrivas när hon anses färdigbehandlad. Men Kornelia kvarstannar på avdelningen tills dess att planeringen av boendestödet är redo att sjösättas, alldeles oberoende av huruvida personalen på avdelningen uppfattar de bekymmer Kornelia besväras av som problem för dem att hantera, oavsett huruvida de upplever att de kan hjälpa henne. *Underläkaren säger att det inte är så mycket medicinskt att göra.* En svårslöslig kombination av ett högt prioriterat problem för sjukvården (patienten kan inte skrivas ut) och ett lågt prioriterat bekymmer (en patient som möjligen inte mår bra, men är medicinskt färdigbehandlad) uppstår och behöver hanteras.

I relation till Estrid och Kornelia, och socialtjänstens hantering av Kornelias ansökan om boendestöd, förefaller denna vägbula svårforcerad. Det är inte uppenbart att eller hur vägbulan leder ner i linjen igen. Vägbulan kan därför sägas få form av ett avsteg från en organisationens effektivitetslinje, enligt vilken Kornelia redan borde

vara utskrivnen. Den horisont som tecknas tar alltså form av en så snar utskrivning som möjligt.

Som en central förutsättning för denna organisationens effektivitetslinje framträder en förutsatt anpassning från Kornelias sida. Kornelia kan ses som försatt i vad Goffman (1961/2007:26) beskriver som ett institutionens ”påtvungade mönster av eftergivenhet”, enligt vilket hon förväntas göra sig smidig att hantera. I relation till Estrids arbete med Kornelia är det också Kornelia som kan sägas artikulera och laborera med denna organisationens effektivitetslinje och hennes potentiella avsteg från den, då hon ger uttryck för en oro för att vara ”*besvärlig*” om hon uttrycker åsikter i frågan om boendestödets omfattning.

Estrid svarar på detta, genom att bekräfta det potentiella avsteget. Hon förnekar exempelvis inte att Kornelia behöver vara orolig. Hon uttrycker inte att Kornelia inte är ”*besvärlig*” när hon ifrågasätter beslutet om två dagars boendestöd/vecka, eller betonar hennes rätt att göra detta. Hon kan istället sägas passivt bekräfta Kornelias uttryck för det potentiella avsteget. En organisationens effektivitetslinje med siktet inställt på Kornelias utskrivning betonas på detta sätt i Estrids arbete. Det blir här Kornelia som kan tänkas göra ett avsteg, på en linje som inte skrivs från en Estrids position bredvid henne, utan från en Estrids position inom organisationen.

Estrid kan alltså sägas arbeta med att understödja Kornelias orientering i förhållande till en livslinje som utgår från en position bredvid Kornelia, och leder henne mot en horisont där hon mår bättre. Estrids arbete kan förstås som ett sätt att understödja Kornelias möjligheter till ”blomstrande” (Butler 2009b:14). Estrids arbete skrivs dock också fram i förhållande till en organisationens effektivitetslinje, enligt vilken Kornelia ska förmås orientera sig mot en snar och smidig utskrivning. På detta sätt blir Kornelia till som ett subjekt som ska få hjälp att hantera vissa avsteg från vissa linjer, men samtidigt också orientera sig genom sjukvårdens rum på ett sådant sätt att hon själv inte orsakar avsteg från andra linjer. Kornelia blir genom Estrids arbete alltså till som ett subjekt som på samma gång är sårbart och potentiellt ”*besvärligt*”. Kornelia kan förmås att blomsta, men också sjukvården ska understödjas. Med Craig och Muskats (2013) ord kan det förutsättas att Estrid kan fylla funktionen av en jonglör, som på ett smidigt sätt hanterar olika funktioner, på ett sådant sätt att planeringen upplevs framåtskrida, för alla. Arbetet har många mottagare, många bollar är i luften. Det är inte helt uppenbart hur de ska balanseras.

Jag har redan beskrivit hur jag tolkar Estrids position relaterat till planeringen av Kornelias utskrivning som neutral och förmedlande. Jag uppfattar det inte som om hon gör några egna bedömningar av Kornelias stödbehov, bortsett från då hon, i slutet av samtalet med Kornelia, efter att hon ringt socialekreteraren, säger att Kornelia

behöver samtal en gång i veckan. Hennes arbete förefaller snarare handla om att få Kornelia att uppleva sig som tillräckligt trygg med den planering som blir. Blir det boendestöd två dagar i veckan får det bli bra, blir det fyra dagar i veckan får det bli bra. Vill Kornelia att hon ska sitta bredvid henne när hon ringer gör hon det. Vill hon överklaga socialsekreterarens beslut kan hon göra det, *men...*

Estrids arbete kan alltså, samtidigt som hon förefaller positioneras av andra och sig själv som en självklar person i relation till utskrivningsplanering som arbete, också tolkas som förhållandevis passiv. Hennes arbete kan beskrivas med Frammes (2014:86) ord, som ”av svärdefinierad karaktär”. Hon gör inga bedömningar, hon fattar inga beslut. Hon tar egentligen bara två egna initiativ: då hon ringer socialsekreteraren efter att hon uppfattat det som att denna inte ringt Kornelia och tiden går, samt då hon frågar Kornelia om hon vill ringa socialsekreteraren. Det är på Kornelias initiativ detta samtal sker i Estrids närvaro, det är Kornelia som säger att hon vill att Estrid ska vara med. Det är inget Estrid aktivt erbjuder eller planerat och om socialsekreteraren inte skulle ha svarat när Kornelia ringt förefaller det inte som självklart att de skulle bokat en ny tid för att försöka ringa tillsammans igen. Det var inte avsikten med deras möte, och att ett sådant samtal nu sker, tillsammans, är ingenting jag erfar under något annat tillfälle under fältstudierna, vare sig hos Estrid eller någon av de andra kuratorerna.⁵⁰

Estrid ger uttryck för att vara förvånad över att socialsekreteraren inte berättade om restriktionerna för hennes beslutsfattande på vårdplaneringen, hon säger: ”*Men, varför?*” Skillnaden mellan boendestöd fem eller fyra dagar i veckan förefaller som liten, i relation till skillnaden mellan fem och två dagar, liksom relationerna mellan en överklagan som väntas ta flera månader respektive en ny ansökan som hanteras på en vecka. I synnerhet om det finns ett antagande om att Kornelia lämnas utan boendestöd under den tid ett överklagande behandlas. Men frågan om hur Kornelias ansökan om boendestöd hanteras lyfts inte som generellt bekymmersam, den hanteras inte som ett problem, annat än då Estrid och sjuksköterskan diskuterar frågan informellt på sjuksköterskeexpeditionen och liknar det hela med hur affärer kan skylta med erbjudanden om tre varor till priset av två. Bekymret görs på detta sätt till ett problem som hanteras som temporärt i sin karaktär, som knutet till det

50 Det händer dock att kuratorer ringer andra myndighetspersoner för patienters räkning, vilket kan tänkas fylla en liknande funktion, även om kuratorn då kan sägas positionera sig mellan patienten och socialsekreteraren, snarare än tillsammans med patienten. Som regel sker det nämligen inte i patienternas närvaro, även om det vid ett annat tillfälle under fältstudierna också sker. Det är då en av kuratorerna som ringer till en myndighet för en patients räkning, medan patienten sitter i rummet. Som jag förstår det då gör hon dock det då patienten ifråga har begränsade kunskaper i det svenska språket.

enskilda: att hantera Kornelias utskrivning, göra henne utskrivningsbar, hålla henne på en organisationens effektivitetslinje som leder såväl henne som avdelningens arbete i en avsedd riktning.

På detta sätt liknar Estrids arbete den närmast individriktade pedagogiska funktion som Heaphy (2013) förknippar med patient advocates, där arbetet snarare än att förändra rutiner har sitt fokus på att förmå berörda patienter, men också personal, att hantera, förhålla sig till, eller helt enkelt agera i enlighet med de förväntningar som följer av den aktuella situationen. Om Estrid fungerar som klister är det alltså i första hand relaterat till att hålla ihop en specifik behandlingsplan, genom att orientera samtliga inblandade mot en horisont som stavas snar utskrivning.

När livet och effektiviteten är på väg åt olika håll

Kombinationen av att med självklarhet positioneras som viktig i arbetet med utskrivningsplanering, men som förhållandevis passiv i relation till arbetets utfall, samt den tillfälliga eller specifika karaktären av arbetet, är inte särskild för Estrid. En liknande, men också kontrasterande situation, uppmärksammar jag då jag skuggar Pernilla.

Det är min sista dag med Pernilla, och Bertil är den sista patient jag träffar tillsammans med henne. Pernilla har fått en remiss om Bertil av en av sjuksköterskorna på avdelningen. Jag vet inte om Bertil själv efterfrågat kontakt med kurator, eller om han blivit hänvisad till kurator av sjuksköterskan. Jag vet dock att remissen var sparsamt formulerad, som en kort mening om att det förelåg en önskan eller ett behov av kurator. När Bertil och Pernilla träffas vet Pernilla alltså inte vad Bertil, eller den remitterande sjuksköterskan, har för specifika förväntningar på hennes arbete.

Pernilla, Bertil och maten

Pernilla går in på Bertils patientrum, vilket han delar med ytterligare tre patienter. Hon frågar honom om han är redo för samtal och om det är ok att jag är med. Han säger ja, och vi går alla tre ut i korridoren för att finna ett rum där vi kan sitta ostört. Alla sådana rum används dock redan och en sjuksköterska frågar om vi inte kan sitta i dagrummet istället; det kan stängas, om än med glasdörrar. Vi sätter oss runt ett bord där.

Bertil börjar prata. Han berättar hur hans syn inte riktigt fungerar längre, saker och ting verkar hoppa runt framför honom. Det gör det svårt. Han bor med sin fru, men hon har en demenssjukdom. Han har tagit hand om henne i flera år. Nu har han själv blivit sjuk, i feber och infektioner. Till slut blev han inlagd på sjukhus på grund av utmattnings. Han berättar att han märker att han blir

äldre, vad ska man säga, gammal? Folk säger senior, men det låter som en frisk person och han är inte frisk. Det finns många saker som han inte kan göra. "Det är ganska illa faktiskt. Inte roligt, inte roligt alls."

Bertil berättar att det har varit ett möte på avdelningen om vilken slags hjälp han kan få från kommunen efter att han skrivits ut. Han är dock osäker på hurvida han gjort en formell ansökan. Han har en ansökningsblankett med sig och säger att han vill att Pernilla ska hjälpa honom fylla i den. Pernilla säger att det inte behövs, en muntlig ansökan gjordes vid mötet.

Bertil förefaller inte riktigt acceptera detta. Han säger inte uttryckligen emot Pernilla, men det är på något sätt ändå uppenbart att han inte riktigt är nöjd. Han bekräftar inte Pernillas uttalande och samtalet flyter plötsligt inte på längre. Pernilla säger efter en stund: "Jag hjälper dig med ansökan om det är viktigt för dig och om det får dig känna dig bättre?" Bertil svarar ja.

Pernilla tar blanketten i sina händer, börjar fråga, och samtidigt skriva: Namn, adress... När det blir dags att skriva vad Bertil vill ha hjälp med börjar han prata om mat. Han säger att han vill att någon ska handla åt honom. Pernilla svarar genom att säga något om att de tar med sig mat. Bertil säger, igen, att han vill att någon ska handla, "komma med matvaror". Pernilla säger att de antagligen inte gör det, stannar och hjälper honom att laga mat.

Bertil svarar med att säga att de på mötet sa något om "lättare matlagning". Pernilla säger "ok?", men det känns som om det följs av ett frågetecken, som om hon och Bertil inte riktigt är överens.

Pernilla säger att de kan skriva vad han vill, och sen bestämmer socialtjänsten vad han får. Det är inte hon som bestämmer. Bertil säger att han vill att de ska handla mat åt honom. Pernilla svarar: "Ok, lättare matlagning skriver jag."

Pernilla kan, i utdraget ovan, sägas uttrycka sig bekräftande i relation till Bertils upplevelser, men hon uttrycker sig inledningsvis tveksamt i relation till arbetsuppgiften han ber henne om hjälp med: ansökan om hemtjänst. Hon tror inte att den behöver skrivas eftersom han redan ansökt muntligt. Det är dock inte enbart den formella gången med ansökan som får betydelse för hur hon arbetar, det förefaller också vara Bertils upplevelser, då Pernilla säger "Jag hjälper dig med ansökan om det är viktigt för dig och om det får dig känna dig bättre?" Jag tolkar detta som om arbetsuppgiften, av

Pernilla, bedöms som onödig formellt, rent av meningslös i det avseendet. Hennes arbete kan däremot förstås som att erbjuda Bertil stöd i hans process att känslomässigt hantera situationen.

För mig låter det i början av samtalet som om Bertil skapar sin berättelse och sin förståelse för situationen samtidigt som han pratar, som om det är en performativ akt. Pernilla hummar då också bekräftande, vilket jag tolkar som uttryck för att det Bertil säger uppfattas som intressant och relevant för hennes arbete, liksom en uppmaning att fortsätta prata. Det som hanteras som problem kan tolkas som Bertils känslor, snarare än den mer formella hanteringen av hans omsorgsbehov inför utskrivning. Pernillas arbete kan tolkas genom funktionen klister (Craig och Muskat 2013). Hon positionerar sig bredvid Bertil och försöker hålla ihop honom genom att orientera honom i förhållande till en livslinje som riktar honom mot framtiden. Det som får form av avsteg kan då betraktas som hans utmattning, den försämrade synen och fruns sjukdom. En förlorad bekvämlighet, vilket kan relateras till hur Pernilla lyssnar till hans berättelse: *”Det är ganska illa faktiskt. Inte roligt, inte roligt alls.”*

Det som sedan händer, när Pernilla övergår från att lyssna till och bekräfta Bertils upplevelser, till att arbeta med Bertils ansökan om hemtjänst, förstår jag som en förhandling om hans vilja relaterat till hur den ska uttryckas i ansökan. Bertil kan uppfattas som en man som kan behöva hjälp med ganska mycket i sin vardag. Han säger också att *[d]et finns många saker som han inte kan göra*. Men det han själv tar upp, och det samtalet kretsar kring, är den mer specifika frågan om mat. Bertil uttrycker att han vill *att någon ska handla åt honom*. Pernilla säger att hon inte tror att de gör det. Bertil står dock på sig, säger att han vill att de som hjälper honom ska *”komma med matvaror”*. Han refererar också till vårdplaneringen, där de diskuterat *”lättare matlagning”*. Pernilla uttrycker fortsatt tveksamhet.

Det kan alltså förstås som att det i samtalet finns en konflikt mellan den typ av hjälp Bertil vill ha i relation till maten och den hjälp Pernilla tror att han kan komma att få. Hennes sätt att hantera denna potentiella konflikt blir inledningsvis något av ett undvikande, uttryckt genom ett frågande *”ok?”*, och sedan genom att lägga frågan i socialtjänstens händer. Pernilla säger helt enkelt att det inte är hon som bestämmer. De kan skriva vad han vill i ansökan och sedan får de se vad det blir. Hon kan därmed sägas positionera sig som en utmanare, som kan hjälpa Bertil att uttrycka sina önskemål i förhållande till socialtjänsten.

Det som händer därefter tolkar jag dock som att Pernilla inte skriver vad Bertil vill. Det han säger att han vill är att de ska *handla mat åt honom*. Det Pernilla skriver är *”lättare matlagning”*. Det är en inte obetydlig skillnad, som handlar om just relationen mellan vad Bertil vill ha och vad Pernilla tror att han kan få, oavsett vad hon

i formell mening bestämmer över. På detta sätt positionerar hon sig aktivt mellan Bertil och socialtjänsten, snarare än vid sidan om. Funktionen blir emellertid inte en utmanare, utan snarare det motsatta, då ansökan formuleras på ett sådant sätt att den blir till ett objekt det kan antas vara lättare, mer smidigt, för socialtjänstens personal att förhålla sig till.

Relaterat till Estrids arbete med Kornelia kan Kornelia överklaga beslutet om boendestöd, även om jag tolkar Estrid som försiktigt avrådande från att göra detta. Estrids arbete kan ses som riktat mot att hantera de avsteg socialtjänstens hantering av Kornelias boendestöd får för organisationens effektivitetslinje. Hon ringer exempelvis på eget initiativ till socialsekreteraren när planeringen inte förefaller komma vidare. Bertil kan däremot inte överklaga om hans vilja att hemtjänsten ska ”*komma med matvaror*” eller *handla mat åt honom*, inte beviljas. Av denna önskan blir det nämligen aldrig någon ansökan. Pernillas arbete kan istället fungera så att ett potentiellt avsteg på linjen mot Bertils utskrivning aldrig uppkommer. Funktionen hon fyller kan också nu betraktas som klister (Craig och Muskat 2013), men med behandlingsplanen, snarare än patienten, i fokus. Det som klistras kan med andra ord förstås som organisationens effektivitetslinje.

Ibland positionerar sig kuratorn alltså med patienten och från denna plats skisseras en livslinje. Sjukdom eller hanteringen av patientskapets villkor kan härifrån ses som det som orsakar avsteg, och kuratorn kan rikta sina ansträngningar mot att hjälpa patienten att förhålla sig till dessa. Den horisont som skrivs fram utgår då från patienten, och kan ta form av att patienten mår bättre, har återfått en känsla av bekvämlighet. Ibland positionerar sig kuratorn istället som en del av organisationen, på en plats från vilken en effektivitetslinje skisseras. I relation till denna linje kan avsteg ta form av en socialsekreterare som dröjer i sin handläggning, eller som brister i informationsöverföringen mellan de inblandade. Kuratorn kan då rikta sitt arbete mot att underlätta dessa relationer så att arbetet leder framåt. Från denna effektivitetslinje kan det emellertid också vara patienten som orsakar, eller riskerar att orsaka avsteg.

Det är därför inte säkert att dessa två positioner, med fokus på organisationen och med fokus på patienten, eller de linjer som skisseras från dessa positioner, harmonierar eller ens smärtfritt kan existera parallellt. Ibland korsas de istället och följandet av en linje blir till ett avsteg från en annan. På detta sätt blir det svårare att, som McAlynn och McLaughli (2008), anta att arbetet med utskrivningsplanering fyller en underlättande funktion för både vården och patienterna. Ibland framträder istället en skillnad, eller en konflikt, mellan organisationens processfokus och ett patientfokus. Som Gregorian (2005:4) beskriver, kan kurators arbete därför snarare karaktäriseras som ”the formidable task of providing both discharge planning and

emotional support to patients and families.” Patienten kan både ha bekymmer och vara ett bekymmer. Båda kan bli problem för kuratorn.

Aktivitet och passivitet, öppenhet och hemlighet

Pernilla har inte deltagit i det vårdplaneringsmöte som hållits kring Bertils hemtjänst. Varken Estrid eller Pernilla bestämmer formellt över vilken hjälp som beviljas av socialtjänsten. De kuratorer jag skuggar deltar generellt inte heller vid vårdplaneringsmöten, de sköter som regel inte heller den formella dokumentationen mellan sjukvården och socialtjänsten, även om detta också förekommer. Trots detta förefaller kuratorerna fylla viktiga funktioner för arbetet med utskrivningsplanering. Det är därför möjligt att, som Sjöström (2013:18), beskriva yrkesgruppen som ”a professional subgroup that can be said to operate in a subordinate position”, men samtidigt minnas Thylefors (2012) fråga om en potentiell tvetydighet relaterat till kuratorns påverkansmöjligheter. Ett agerande utifrån en underordnad position eller en frånvaro av formellt beslutsfattande funktioner, behöver med andra ord inte innebära en frånvaro av möjligheter att genom sitt arbete utöva påverkan.

Av analysen framkommer att kuratorerna på olika sätt arbetar med att understödja patienternas utskrivning. I detta arbete försöker de understödja både patienternas livslinjer och de sjukvårdande organisationernas effektivitetslinjer. Det är, i sig, ingen enkel position, då dessa linjer ibland hamnar på kollisionskurs. Arbetet kompliceras ytterligare av att också andra institutioner, inte minst socialtjänsten, påverkar arbetet genom att fatta beslut som både sjukvården och patienterna får förhålla sig till.

Hälso- och sjukvårdskuratorers skilda förhållningssätt till relationerna mellan sjukvården och socialtjänsten återkommer som tema inom forskningen om yrkesgruppen (Sjöström 2013, Svärd 2016), liksom kuratorernas arbete relaterat till dessa relationer, inte minst i förhållande till utskrivningsplanering som arbete (Gregorian 2005, Söderberg 2017). På liknande sätt positionerar sig också kuratorerna jag skuggat på olika, och ibland kontrasterande sätt. Detta kan exemplifieras genom en situation jag uppmärksammar då jag skuggar Mikaela, och sitter med henne på hennes kontor:

Mikaela om det hon inte borde göra

Mikaela börjar berätta om en patient, en kvinna i 50 års-åldern, som har skyddad identitet och är bostadslös. Mikaela har just dessförinnan bokat en tid för provtagning för en patient vars frikort snart går ut. Hon säger till mig att det kanske inte är en arbetsuppgift hon bör utföra, boka provtagningar för patient-

ter. Men, hon gör det ändå, för den här kvinnan, eftersom hon vet att hon inte har pengar.

Mikaela fortsätter sedan på det inslagna spåret, att berätta för mig om arbetsuppgifter hon utför, men undrar över om hon borde utföra, eller väljer att utföra utan att berätta för de andra som arbetar på mottagningen. Som jag tolkar det finns det en ursäktande ton också i relation till mig, som om Mikaela, av någon anledning, känner att hon behöver förklara och försvara, för mig, att hon gör de saker hon gör.

Mikaela sätter sig i arbetsstolen och fipplar med sin telefon och tillhörande handsfree. Hon berättar om kvinnan med skyddad identitet. Kvinnan har sms:at Mikaela om att hon bor på ett "dårarnas hus". Mikaela har haft kontakt med radiologen på sjukhuset eftersom kvinnan behöver en röntgentid. Hon sms:ar tiden till kvinnan och säger, till mig, "Inte sånt jag gör i vanliga fall."

Sedan berättar Mikaela mer för mig. Hon säger att kvinnan har "mycket i huvudet", att hon inte orkar ha det som hon har det. Pojkvännen har tagit livet av sig. Sonen har dött. Mikaela hoppas att hon får ett gruppboende, så att hon får lugn och ro omkring sig.

Jag frågar: Så du har bedömt att hon behöver en viss typ av bostad?

Mikaela svarar ja. Säger att kvinnan ibland sover under bron eller hos män, som utnyttjar henne sexuellt. Hon har blivit erbjuden en barack, men tackat nej då hon tycker att det är ett "missbrukarnäste" där hon inte kan ha sitt barnbarn, en liten tjej på sju år. Det är inte tryggt. Sedan finns det andra boenden där hon inte får ha sin hund. Mikaela tycker att hon behöver ett gruppboende med personal, eller en lägenhet med portlås. Hon säger att kvinnan kan mycket, men inte riktigt får ihop det. Hon är rädd att missa saker, kan vara här på mottagningen en och en halv timme i förväg, för att inte missa.

Jag frågar hur det fungerar, och hur det känns, att Mikaela gör denna bedömning, men inte riktigt har makt att fatta något beslut i frågor om bostad och stöd.

Mikaela säger nej, hon har ingen makt, det är "en maktlöshet hos mig." Man gör bedömningar, och för fram. Också hunden, det är ingen pitbull direkt.

Men, det är bara möten och möten. De säger att det är psykiskt och att det då är en annan avdelning inom soc. Då blir det tre månaders handläggningstid, och sedan ytterligare 6-12 månader innan boende finns. Lägenhet skulle funka med boendestöd, men nu blir det inget stöd alls. Mikaela säger att hon inte tror dem (socialtjänstens personal) om att påskynda utredningen.

Jag frågar hur det känns att det liksom blir två utredningar. Mikaela gör en, socialtjänsten gör en. Det måste väl vara många frågor som är desamma?

Mikaela säger, snabbt och självklart, att "det är två huvudmän, två bitar." Här arbetar man med behandling, de utreder stödbehov. Men, säger Mikaela, det hänger ju ihop. "Jag har samma bit som dem."

Jag frågar igen: Men, två socionomer, en utredning finns. Om handläggningstiden är så lång, varför inte använda den utredning du gjort?

Mikaela säger: "Nej, det är biståndsbedömarens tjänstebeteckning."

Jag säger att det låter som om det skulle vara helt otänkbart.

Mikaela svarar snabbt: Ja, otänkbart. De tar läkarintyget och ställer sina frågor.

Jag frågar om det kan vara frågor hon redan ställt.

Mikaela: Ja, ja.

Jag säger att jag tycker att det låter som om hon och biståndsbedömaren verkar relatera till varandra snarare som konkurrenter än kollegor.

Mikaela: Ja, så är det.

Mikaela befinner sig här i relation till socialtjänstens handläggare och insatser i förhållande till kvinnan som saknar bostad. Under tiden för mina fältstudier hos Mikaela träffar hon kvinnan för samtal och hon har också kontakt med socialtjänsten. Det förefaller självklart för kvinnan att lyfta bostadslösheten som något hon kan

prata med Mikaela om, bekymmer relaterade till hem och hushåll hanteras på detta sätt som problem för Mikaela. På så sätt är Mikaelas, Pernillas och Estrids arbete likt.

Mikaelas arbetet är dock också olikt, i synnerhet jämfört med Estrids, genom hur Mikaela gör en tydligare bedömning av kvinnans behov och också berättar om hur hon förmedlar denna bedömning till socialtjänstens handläggare. På detta sätt ger Mikaela uttryck för att fylla en funktion som utmanare (Craig och Muskat 2013). Hon positionerar sig bredvid patienten, och företräder från denna position patientens intressen mot socialsekreteraren. Noterbart är dock att det är jag som introducerar ordet bedömning i samtalet. Situationerna skiljer sig åt på det sättet, huvuddelen av fältanteckningarna om Kornelia och Estrid, liksom Pernilla och Bertil, består av mina observationer av deras ageranden, medan det i relation till Mikaela är ett mer reflekterande samtal oss emellan, där jag kan ses som drivande i frågor om just bedömning och makt. Dessa olikheter mellan Estrid, Pernilla och Mikaela kan därför vara en fråga om olika typer av empiriskt material, snarare än om olikheter i deras arbete. Det finns dock också andra skillnader.

Estrid befinner sig i en position där hon kan förväntas påverka sjukvårdens förlopp, eftersom utskrivningen av Kornelia är beroende av att boendestödet kan sättas igång vid utskrivningen från sjukhuset. Så länge Kornelia, och Estrid, väntar på detta, kvarstannar Kornelia på avdelningen. Detta är ingen bisak, att få patienterna från avdelningen är snarare att betrakta som en central del av arbetet på avdelningen. Å ena sidan är detta en självklarhet, inte heller Kornelia vill sannolikt stanna på avdelningen för evigt och för att nya patienter ska kunna skrivas in behöver patienter skrivas ut. Men, det finns också en ekonomisk och logistisk logik i denna administration av patientflödet, orsakad av ett ökande fokus på snabbare utskrivningstakt (Johannisson 2006, Repstad 2016). Bekymmer relaterade till utskrivningen, i synnerhet bekymmer av fördröjande karaktär där en väntan blir till ett avsteg från en organisationens effektivitetslinje, kan därför antas hanteras som högt prioriterade problem och som en viktig del av styrningen av arbetet på avdelningen.

För Mikaelas arbete är en sådan koppling mellan kvinnans bekymmer och en organisationens effektivitetslinje inte lika självklar. Även om det förefaller sannolikt att det finns ett samband mellan kvinnans bostadslöshet och hennes ohälsa, är det inte självklart att hennes bostadslöshet per automatik kan kopplas till hennes vara som patient på mottagningen. Kvinnan upptar ingen sängplats. Det är med andra ord inte givet att hon skulle skrivas ut från mottagningen om hon hade en bostad. För organisationens effektivitetslinje behöver kvinnans bekymmer med bostad därför inte förstås som ett (lika) centralt eller högt prioriterat problem. En horisont i form av just utskrivning är i detta fall inte lika nära förestående eller per automatik

kopplad till frågan om boendet. Om Mikaela skriver fram kvinnans bekymmer med bostadslöshet som ett problem gör hon det alltså från en position bredvid kvinnan, relaterad till en livslinje som skrivs därifrån, utan att denna med självklarhet kan relateras till organisationens effektivitetslinje.

Inte heller i relation till Pernillas arbete med Bertil är det klart vilken, om någon, explicit förväntan sjukvårdens övriga personal har på Pernilla. Sjuksköterskan har visserligen lagt en lapp i Pernillas fack, men av den framgår enbart att Bertil önskar eller behöver kontakt med kurator. Givetvis innebär detta inte en frånvaro av förväntningar. Dessa kan lika gärna vara implicita eller muntligt förmedlade vid något tillfälle då jag inte varit närvarande. Det finns dock inte heller, i relation till Pernillas arbete med Bertil, någon uttryckt förväntan från biståndsbedömaren. Vad jag vet har de båda aldrig kontakt med varandra i relation till Bertil. Pernilla förväntas sannolikt inte, av biståndsbedömaren, påverka Bertils ansökan om hemtjänst över huvud taget.

Detta skiljer Mikaelas och Pernillas arbete från Estrids. Det är inte enbart för sjukvården som Estrids arbete med Kornelia kan tolkas som betydelsefullt. Också socialsekreteraren positionerar Estrid som en viktig person, inte minst genom hur det faktiskt är hon, och inte Kornelia, som får ta emot beslutet om två dagars boendestöd/vecka och uppgiften att förmedla detta beslut till Kornelia. Att socialsekreteraren väljer att kontakta Estrid istället för Kornelia kan tänkas ha flera olika motiv: att sjukvården också behöver få kännedom om att ett beslut är fattat och det är en tidsvinst att enbart ringa ett samtal, att socialsekreteraren antar att Kornelia blir besviken och det därför är ett samtal som är skönt att slippa ta, eller att förfarandet är oreflekterad rutin.

I relation till sjukvården kan Estrids arbete med utskrivningen vidare tolkas som ett arbete förknippat med ett betydande värde relaterat till organisationens ekonomi av symboliskt kapital (jfr Carlhed 2011), i synnerhet då den horisont som skrivs fram får formen av en snar utskrivning. Detta kommer också till uttryck i överläkarens spontana *"Utän Estrid kan vi inte klara oss vet du."* Att överläkaren säger så till mig, när jag frågar henne om Estrids arbete, ska visserligen inte övertolkas. Hennes uttalande kan istället ses som en uppspelning, en performativ akt inom ramen för avdelningens arbetsmiljö. Det skulle onekligen väcka en del förvåning och sannolikt också anstöt, om överläkaren öppet och spontant, inför mig, kritiserade Estrids arbete. På detta sätt kan överläkarens utsaga förstås mer i linje med uttalanden som görs inom ramen för en fokusgrupp (jfr Haldar et al. 2015, Munday 2006). Också här finns en publik, i form av såväl mig som doktorand som annan personal på avdelningen som hör vad vi säger, och inte minst Estrid. I relation till denna publik ger överläkaren inte bara, eller ens, uttryck för vad hon upplever som sant, utan hon förhåller sig

aktivt till omgivningen och deras förväntningar och ideal och till sin egen position i gruppen och rummet. Det hon säger handlar inte om en neutral redogörelse, utan om hur det vardagliga arbetet är en arena där respekten mellan olika yrkesgrupper, liksom mellan olika individer, kan både skapas, återskapas och skadas, inte minst av en överläkare.

Det som är intressant är dock att hon också säger: *"Myndighetsgrejer, Estrid fixar. Alla grejer utom medicinen, det sköter jag."* Vad det är Estrid fixar är nämligen inte helt givet, i synnerhet inte om det arbete hon utför kontrasteras mot Mikaelas arbete. I båda fall fungerar kuratorn som en förmedlande länk mellan socialtjänsten och sjukvården. De hanterar information mellan dessa båda och patienten, och andra instanser när det är aktuellt. Det motsvarar Craig och Muskats (2013) funktion som mäklare (eller klister), och i Mikaelas fall ibland också som utmanare. För detta arbete förefaller Estrid ha ett självklart mandat från såväl patienter som annan personal. Hon behöver inte utöva något aktivt förhandlande jurisdiktionsarbete för att få utföra arbetsuppgiften och hantera problemet. För Mikaela förefaller detta mandat från annan personal inte uppfattas som lika givet. Hon säger istället att hon håller en del av sina arbetsuppgifter hemliga.

Då Sjöström (2013:65) beskriver begreppet jurisdiktionsarbete relateras det till den professionella identiteten, behörigheten att själv definiera vilka arbetsuppgifter som hör professionen till och vilka arbetsmetoder som kan anses relevanta. För Estrid förefaller detta uppenbart. För Mikaela är frågan om något jurisdiktionsarbete över huvud taget görs. Hur hon bedriver sitt arbete, hur hon hanterar relationen mellan bekymmer och problem, förefaller snarare, i sammanhanget ovan, fungera som något hon hanterar i ensamhet. Hon kan på detta sätt aktivt sägas hantera sitt handlingsutrymme i relation till patienterna. Men, i relation till annan personal är hon tyst, eller hemlig.

Estrids position kan därför, å ena sidan, betraktas som både öppen, självklar och förknippad med ett värde för organisationens ekonomi av symboliskt kapital. Funktionen kan dock, å andra sidan, förstås som passiv. I exemplet med Kornelia blir detta inledningsvis tydligt då hon inte förefaller göra någon egen bedömning av Kornelias stödbehov. Jag upplever henne tidvis som irriterad på socialsekreteraren, men detta tolkar jag som relaterat till att planeringen tar för lång tid och riskerar att ta form av ett avsteg i förhållande till organisationens effektivitetlinje, snarare än till bedömningen i sig.

I relation till detta utgör Mikaela en kontrast. Hon gör en bedömning av den hemlösa kvinnans behov av bostad och stöd, och jag upplever henne som irriterad i relation till socialtjänstens hantering av kvinnans bostadslöshet. Detta inte enbart

på grund av den långa handläggningstiden, utan också då hon och socialsekreteraren inte förefaller göra samma bedömning av kvinnans behov, eller på vilka sätt hennes bekymmer ska hanteras som problem. På detta sätt karaktäriseras Estrids positioner och funktioner av en kombination av öppenhet och passivitet, medan Mikaelas positioner och funktioner på motsvarande sätt karaktäriseras av en dold aktivitet.

Oavsett denna olikhet, mellan Estrids och Mikaelas arbete, har de det gemensamt att de, oavsett eventuella egna bedömningar eller tilltro till socialtjänstens handläggare, förefaller ha små möjligheter att påverka vilket stöd patienterna beviljas. Jag har redan beskrivit Estrids funktion i förhållande till relationerna mellan Kornelia och socialtjänsten som primärt mäklande och hennes position som neutral. Mikaela säger att hon gör bedömningar, hon för fram. Men, det är *”en maktlöshet hos mig”, det är bara möten och möten* och Mikaela tror inte socialtjänsten om att påskynda utredningen. Som jag tolkar det är det underförstått att Mikaela bedömer sina möjligheter att påverka eller påskynda utredningen som ringa eller till och med obefintliga. Med andra ord kan det förstås som att hon uttrycker att hon vill fungera som utmanare (Craig och Muskat 2013), men inte tror att det kommer att resultera i någon vidare utmaning för socialtjänstens handläggare.

Pernilla kan däremot sägas påverka vilket stöd Bertil kan få av hemtjänsten, genom hennes arbete med att omformulera hans önskemål i ansökan på ett sådant sätt att den som objekt kan antas bli mer lätthanterlig för biståndsbedömaren. Noterbart är då att hon är den enda av de tre kuratorerna i exemplen ovan mot vilken en sådan förväntan faktiskt aldrig uttalas. Varken från Bertil eller annan personal, och vare sig inom eller utanför hennes egen organisation. På sätt och vis kan Pernilla på detta sätt också sägas vara aktiv, men i det dolda.

Livet under radarn

Mikaela beskriver situationer där hon påverkar vårdens förlopp, genom att aktivt förhandla om relationerna mellan patienterna och vården. Detta kommer till uttryck när hon exempelvis bokar en tid för provtagning för kvinnan vars frikort är på väg att löpa ut. Frikortet förvaras på mottagningens expedition, vilket kan tolkas som att personalen tagit över ansvaret för att hålla koll på kvinnans frikort. Sannolikt på grund av att de bedömt att hon behöver hjälp med detta, alternativt att hon bett om denna hjälp själv. Bekymret, svårigheter att hålla ordning på frikortet, är på så sätt tolkat och hanterat som ett problem.

Frikortet förvaras på mottagningens expedition, inte på Mikaelas kontor. Att vårdens personal på detta sätt har tagit över ansvaret för kvinnan frikort är alltså inte något Mikaela på eget bevåg gör i hemlighet. Att Mikaela utöver detta bokar tid för

provtagning för kvinnans räkning tolkar jag emellertid på detta sätt. Det är något Mikaela gör, men är osäker på om hon borde göra. Mikaela känner till att kvinnans ekonomi är ansträngd och gör bedömningen att det är mest fördelaktigt för kvinnan om provtagningen kan genomföras medan frikortet fortfarande är giltigt. Det blir på detta sätt inte enbart hanteringen av frikortet som sådant som hanteras som ett problem, utan också kvinnans ekonomiska bekymmer.

När Mikaela berättar om kvinnan som är bostadslös berättar hon att hon upplever det som om *kvinnan kan mycket, men inte riktigt får ihop det. Hon är rädd att missa saker, kan vara här på mottagningen en och en halv timme i förväg, för att inte missa.* Detta kan tolkas som att Mikaela gör bedömningen att det inte är kvinnans vilja eller avsikter det är fel på, utan hennes förmåga att få ihop olika delar av tillvaron. Det är också möjligt att göra tolkningen att Mikaela tillskriver kvinnans svårigheter sjukdomen för vilken hon vårdas, det är den som gör det svårt för henne. Det handlar inte om en generell brist på vilja, som hon kunde eller borde påverkat själv, varför hennes bekymmer kan förstås som problem som det blir rimligt för Mikaela att arbeta med.

Oavsett anledning till Mikaelas bedömning, ringer hon till en annan klinik för att boka en tid för en undersökning och hon förmedlar också denna tid till kvinnan. Vid ett senare tillfälle berättar hon för mig att hon, om hon såg det som nödvändigt och möjligt, också kunde skjutsat kvinnan till undersökningen ifråga. Detta kan ses som ett sätt att göra kvinnan till ett sårbart subjekt, vars rättigheter bör bevakas och respekteras. Det finns ett levtt liv här som kan gå förlorat, eller hjälpas att "blomstra" i större utsträckning (Butler 2009b:14).

Det kan vidare förstås som att Mikaela, genom sitt arbete, försöker öka möjligheterna för att både provtagningen och röntgenundersökningen ska komma till stånd, genom att öka sannolikheten för att dessa objekt placeras inom kvinnans räckvidd. På detta sätt kan hon sägas skriva fram en livslinje som utgår från en positionering bredvid kvinnan, där horisonten tar form av att kvinnan mår bättre. Bekymmer, som en dålig ekonomi, liksom svårigheter att få ihop det, blir i förhållande till en sådan linje potentiella avsteg, genom sin potential att hindra kvinnans kropp från att ta del av vården.

Med inspiration från Ahmed (2006a; 2006b) kan detta arbete betraktas som ett sätt att påverka kvinnans orientering, inte primärt genom att rikta sig mot hennes upplevelse av de egna möjligheterna, utan genom att påverka vilka objekt som hamnar inom hennes räckvidd. Detta möjliggör en utsträckning av kroppen, då hinder som kunnat begränsa rörligheten tagits bort. Mikaelas arbete kan beskrivas som just ett underlättande för kvinnans liv, på ett sådant sätt att levbarheten, möjligheten till

blomstrande, ökar. Funktionen kan tolkas som klister. Det är kvinnan som ska hållas ihop, genom att understödjas i en orientering i förhållande till en livslinje.

Det kan med andra ord tolkas som att Mikaela gör bedömningar av dessa båda kvinnors bekymmer i relation till bostadsbrist, ekonomisk situation och förmåga att hantera sjukvårdens administration. Hon gör samtidigt en bedömning av deras sårbarhet eller värdighet: huruvida deras situationer väcker moralisk responsivitet (Butler 2009b:55). När Mikaela, som i exemplen ovan, finner att så är fallet, responderar hon genom att sätta de resurser som står henne till buds i arbete. Hon positionerar sig tillsammans med patienten och kan utifrån en sådan position fylla funktionen av en utmanare (Craig och Muskat 2013).

Det intressanta här är dock inte bara detta, utan kanske i synnerhet att hon beskriver arbetet med en ursäktande ton, med ett underförstått antagande om att hon kanske inte borde göra det hon gör. Detta utgör en stark kontrast till den vikt för kuratorernas uppfattning om yrket Craig och Muskat (ibid.) lägger vid den utmanande funktionen. Istället för en stolthet framträder hos Mikaela snarast ett ursäktande. Mikaelas positionering bredvid patienten är hemlig, i synnerhet i förhållande till annan personal inom den egna institutionen.

Att kuratorer utför arbete i hemlighet, förefaller också patienter och annan personal vara medvetna om och förhålla sig till. Ett exempel på detta är när jag skuggar Malin och hon träffar en patient med anledning av en ansökan om fondmedel för tandvård. Kvinnan ifråga uttrycker bekymmer med ångest och tandläkarskräck, vilket tillsammans med en ansträngd ekonomi, liksom användningen av läkemedel som orsakar muntorrhet och därmed försämrad tandhälsa, lett till ett omfattande behov av tandvård. När Malin ska träffa henne beskriver hon detta arbete, inför mig, med en ursäktande ton. Hon refererar denna osäkerhet till en svårighet att dra gränser för arbetet i relationerna mellan sociala problem och ohälsa, på ett liknande sätt som diskuteras av Pedersen et al. (2017).

När är egentligen ett bekymmer relaterat till sjukdomen för vilken patientens vårdas? Kan exempelvis en dålig ekonomi ses som orsakad av sjukdom? Kan det vara tvärt om? Malin verkar tveksam, och berättar hur hon, från sin chef och mottagningens överläkare, får återkommande uppmaningar om att begränsa sina insatser, bland annat formulerat som att hon borde arbeta mer med hjärnan och mindre med hjärtat. Hon beskriver hur mottagningens flöde ser ut som en lök i genomskärning, det är svårt att komma in genom den smala toppen och nästan ingen kommer ut ur den ännu smalare botten. I lökens runda mittendel är det ”en massa patienter”, vars rörelse genom själva löken (och underförstått ut ur löken), inte är tillräckligt tydligt strukturerad (underförstått förutsägbar och snabb). Löken blir på detta sätt en me-

tafor för organisationens effektivitetslinje, som Malin uppmuntras att följa, med sin hjärna. Hon ska inte göra avsteg, med sitt hjärta.

Denna typ av resonemang, relaterat till begränsningar av det egna arbetet i förhållande till en organisationens effektivitetslinje, återkommer i materialet, som då jag skuggar Ditte och hon beskriver hur hon förhåller sig till gränssättning i relation till vilka arbetsuppgifter hon tar sig an. Vi sitter på hennes kontor och hon berättar om sitt arbete:

Ditte, sorgen och tiden

Ditte berättar att hon tycker att det ligger ett ansvar hos kuratorerna för att det ska bli en rutinemässighet i arbetet, men att det också behövs stöd från organisationen och teamet hon jobbar i. Och tydliga gränser, kuratorerna "kan inte ta emot alla."

Jag frågar henne om hon upplever det som svårt, att sätta sådana gränser.

Ditte säger nej. Sedan nämner hon en patient där hon tyckte att det var lite svårt. Hon berättar att det var en kvinna hon träffade för samtal efter det att maken dött. Hon upplevde att arbetet drog ut på tiden och hon började undra om det inte borde avslutas. Hon valde då att ta upp frågan i handledning. Hennes handledare sa till henne att arbetet kunde betraktas som sorgeterapi, och att sådant arbete "behöver ta tid". Ditte beskriver hur detta betydde mycket för henne, eftersom hon tidigare tänkt att hon borde avsluta kontakten på grund av att den just tog lång tid. Handledarens kommentar gjorde att hon kunde fortsätta träffa kvinnan utan att känna samma tveksamhet inför huruvida hon borde göra det.

Denna tvekan inför behandlingens gränser skulle kunna tolkas som en fråga om behandlingens kvalitet. Dittes funderingar skulle med andra ord kunna förstås som relaterade till huruvida hennes samtal med den anhöriga var framgångsrika och var till hjälp för den anhöriga, i förhållande till hennes livslinje. Men det är inte en sådan fråga hon lyfter. Hon berättar ingenting för mig om behandlingen som sådan. Det hon pratar om, och refererar osäkerheten till, är tiden i sig.

Denna typ av osäkerhet relaterat till en isolerad fråga om tid återkommer också, såväl hos Ditte som de andra kuratorerna, både i förhållande till patienter och anhöriga. I synnerhet handlar det om arbete som fokuserar på patienternas eller de anhörigas hantering av en förändrad livssituation. Då kan kuratorn sägas fokusera på

patienter eller anhöriga i förhållande till deras livslinjer, deras blomstrande, och arbetet är inte i sig relaterat till vårdens framåtskridande, till organisationens effektivitetslinjer. Det är då inte uppenbart att den linje som skrivs fram eller den orientering som understöds leder (någon) ut ur löken.

Mikaelas, Malins och Dittes relativa hemlighetsmakeri och osäkerhet, kan därmed relateras till en vetskap om att arbete med att understödja livslinjer genom exempelvis fondmedel för tandvårdskostnader och sorgeterapi, åtminstone av andra, kan komma att uppfattas som ”a form of charity that adds no real value to the health care services” (Harsløf et al. 2017:590). Värdet är nämligen länkat till effektivitet, och effektivitet länkas till tid, och utskrivning. Till denna effektivitetslinje kopplas en press att följa den. Arbete som inte understödjer linjen riskerar att bli till avsteg, inte minst i förhållande till det kollektiv som skapas av en gemensam riktning i arbetet, “it is through the repetition of a shared direction that collectives are made” (Ahmed 2006b:134).

En sådan vetskap kan fungera som en källa till tveksamhet hos kuratorerna i förhållande till det egna arbetet, vilket i sin tur kan hanteras genom ett visst mått av hemlighetsmakeri. När Malin och kvinnan med dålig tandhälsa sitter i samtal om fondansökan lämnar Malin rummet en kort stund för att kopiera några papper.

Malin som hemligt guld

Kvinnan vänder sig till mig och säger att Malin ”är värd sin vikt i guld.” Hon berättar att Malin hjälpt henne jättemycket: ”Jag hade aldrig haft det jag har om det inte var för Malin”. Hon säger sedan att Malin, i en period när hon verkligen hade svårt att få pengarna att räcka ens till det mest nödvändiga och Malin hjälpte henne att ansöka om skuldsanering, skickade en del av hennes post från mottagningen så att hon skulle slippa kostnaderna för portot. Detta betydde mycket för henne. Efter att hon sagt detta är det som om hon kommer på sig själv med att ha sagt mer än hon borde. Hon liksom sträcker på sig och ser lite orolig, eller påkommen, ut. Säger, lite tystare, som om hon förmedlade en hemlighet till mig: ”Oj, ja det kanske jag inte ska säga...?”

Kvinnan vet alltså att det arbete Malin här utfört kanske inte utförs öppet. Att arbetet borde hållas hemligt tolkar jag som att kvinnan ifråga tänker sig att det skulle kunna medföra negativa konsekvenser för Malin om det blev känt att hon hjälpt henne på detta vis. Denna risk är då inte relaterad till kvaliteten på hjälpen, utan till frågan om huruvida hjälpen borde getts. Eller, annorlunda uttryckt: frågan blir om bekymret

verkligen borde hanterats som ett problem, om Malins handlingsutrymme, av annan personal (och/eller mig), skulle bedömas som så stort.

Efter samtalet följer jag med Malin ut i korridoren och in till en kollega med vilken hon ska diskutera en annan patient, som de ska träffa gemensamt nästkommande vecka.

Malin berättar lite om kvinnan hon just träffat. Hon beskriver deras kontakt som att "hon är stående, ringer vid behov". Det gäller fondmedel säger hon och skrattar till. "Praktiskt så". Kollegan skrattar till, himlar med ögonen och gör en rörelse med huvudet som jag tolkar som "blä!", alternativt "vad tråkigt". Malin berättar att kvinnan fått 28 000 kr, och så 14 000 mer nu. Hon berättar att hon har en lista som är utan dess like på vad tandläkaren gjort och behöver göra.

Att Malin uppmärksammat en bekymmersam ekonomisk situation hos en kvinna som på grund av långvarig ohälsa uppbär sjukersättning, och svarar på detta bekymmer genom att använda de resurser som står henne till buds: medverka till att kvinnan får skuldsanering liksom söka fondmedel och därmed möjliggöra tandvård, görs på detta sätt till ett arbete förknippat med tveksamhet, osäkerhet eller ursäktande.

Ekonomiska hinder för hälsa, en sorg eller en kris, kan ses som avsteg från en livslinje riktad mot en horisont där patienten som subjekt upplever större utsträckning i rummet och ökade möjligheter till blomstrande. Levbarheten i ett sådant avsteg kan underlättas, av hjälp att åter försöka finna konturer som stagar upp tillvaron (jfr Ahmed 2007:160). Ändå förefaller det inte självklart att dessa bekymmer ska göras till problem för en kurator att hantera. Åtminstone inte om arbetet inte samtidigt innebär att organisationens effektivitetslinje understöds. I förhållande till denna görs tid, snarare än behandlingens kvalitet till något överordnat. Om kuratorns handlingsutrymme ändå hanteras på detta sätt kan det göras i det halvt dolda, aktivt, men i hemlighet eller med tveksamhet.

Sammanfattande reflektion

I detta kapitel har jag fokuserat på det empiriska materialet, i syfte att ge en inblick i kuratorsarbetets vardag. Denna vardag kan läsas på många sätt, inte minst med skilda teoretiska utgångspunkter. Här har jag valt en analys av vilka bekymmer som kuratorn kommer i kontakt med, samt hur vissa av dem, genom hennes arbete, kommer att hanteras som problem. Detta har relaterats till de positioner kuratorn utgår från, liksom till den riktning arbetet tar, de linjer arbetet kan sägas understödja.

I analysen framkommer att kuratorn kan fylla flera olika funktioner, här framför allt i form av mäklare, klister och utmanare (Craig och Muskat 2013). Dessa funk-

tioner relateras till hur kuratorn positionerar sig och positioneras av andra, på många olika och ofta också kontrasterade sätt. Dels blir hon en neutralt förmedlande länk mellan olika institutioner och/eller dessa institutioner och patienter, dels blir hon en företrädare för både institutioner och patienter. Motsägelsefullheten i dessa positioneringar kan medföra att arbetet uppfattas som svårdefinierat eller till och med luddigt, vilket harmonierar väl med tidigare forskning (Cowles et al. 1992, Framme 2014, Judd och Sheffield 2010, Olsson 1999, Sjöström 2014).

Genom att relatera olika empiriska exempel till varandra blir det tydligt att det som vid en första anblick kan förefalla svårdefinierat, istället kan förstås som ett arbete karaktäriserat av att påverka hur subjekt orienterar sig i förhållande till olika linjer: antingen genom att hantera avsteg som uppkommit, eller genom att minska risken för att de alls uppkommer. Det är dock, relaterat till kuratorns motsägelsefulla positioneringar, inte självklart vilken riktning arbetet tar, då de empiriska exemplen åskådliggör hur kuratorns arbete kan vara såväl inriktat på att understödja de sjukvårdande organisationernas som patienternas rörelser framåt.

Kuratorn kan positionera sig tillsammans med patienten, företräda ett patientperspektiv. Från denna position skrivs en horisont fram där patienten mår bättre, har återfått en känsla av bekvämlighet, en ökad utsträckning i rummet eller ökad tilltro till tillvarons fasta konturer. Den linje som skisseras härifrån kan betraktas som en patientens livslinje. De bekymmer som kuratorn hanterar som problem kan ta form av upplevelsen av sjukdom, sorg, ekonomiska bristtillstånd eller svårigheter att hantera sjukvårdens administration. Denna problemkonstruktion förstås utifrån hur dessa bekymmer blir en form av avsteg från patientens livslinje, genom sin kapacitet att utgöra hinder på patientens väg mot framtida blomstrande. Kuratorns arbete kan på detta sätt analyseras som att påverka patientens orientering i relation till en sådan livslinje, genom att påverka vilka objekt som kommer inom räckhåll för patienten, undanröja hinder för patientens väg framåt eller understödja patientens hantering av en förlorad tilltro.

Kuratorn kan emellertid också positioneras som en del av sjukvården och därifrån företräda ett organisationens processperspektiv. Från denna position framträder en horisont där den medicinskt färdigbehandlade patienten på ett snabbt och smidigt sätt skrivs ut. Den linje som skrivs härifrån förstås som en organisationens effektivitetslinje. De bekymmer som kuratorn hanterar som problem kan utifrån denna position ses som det som kan orsaka avsteg eller hinder på vägen mot att patienten skrivs ut. Fokus för kuratorns arbete blir från denna position att understödja planeringen av patienternas utskrivning, snarare än vad denna planering resulterar i för stöd

till patienten. Den utskrivningsplanering som blir fås att fungera, genom att förmå samtliga inblandade att orientera sig längs denna organisationens effektivitetslinje.

Dessa två positioneringar harmonierar inte smärtfritt, inte minst då följandet av en linje kan innebära ett avsteg från en annan. I kapitlet har detta exemplifierats genom hur organisationens effektivitetslinje kan bli en form av hinder för patientens rörelser framåt. Potentiella problem för kuratorn riskerar då att bli lokaliserade i den organisation hon själv ibland positioneras som en del av. Samtidigt kan patienten orsaka avsteg på organisationens effektivitetslinje, exempelvis genom att skapa hinder i arbetet med utskrivningsplanering. I dessa fall blir patienten ett potentiellt problem för kuratorn. Det framkommer också situationer då ett understödjande av livslinjer inte per automatik kan kopplas till organisationens effektivitetslinjer. Av analysen framgår att kuratorn i sådana situationer kan arbeta med att understödja både patienter och anhöriga i förhållande till dessa livslinjer, men att arbetet förknippas med osäkerhet och tveksamhet.

Frågan om vilka bekymmer kuratorn hanterar som problem, vilka funktioner arbetet ska fylla, liksom vilka kuratorn ska positionera sig med respektive mot, förefaller alltså inte självklart, varken för kuratorn, patienterna eller annan personal, och vare sig inom de egna institutionerna eller relaterat till andra. Istället är detta frågor som förhandlas genom arbetets organisering. Analysen ger då vid handen att kuratorn hanterar ett förhållandevis stort handlingsutrymme. Här balanserar kuratorn mellan aktivitet och passivitet, på så sätt att hon varierar graden av egna bedömningar liksom egna initiativ, mot en inriktning på att understödja andras arbete. Kuratorn balanserar också graden av öppenhet och hemlighet i arbetet: vissa saker gör hon helt enkelt under radarn. Också detta relativa hemlighetsmakeri kan understödja olika linjer. Ibland hjälper kuratorn patienterna, exempelvis med att hantera sjukvårdens administration, utan att berätta om det för annan personal. Ibland hjälper kuratorn organisationerna, genom att exempelvis modifiera patienternas önskemål om hemtjänstens utformning, utan att detta görs tydlig, varken för patienterna eller för annan personal.

Även om kuratorn ofta kan sägas agera utifrån en position av relativt underläge, inte minst relaterat till annan personal med myndighetsutövande funktioner, är det alltså inte alls säkert att kuratorn saknar möjligheter att påverka patienternas blomstrande eller organisationerna effektivitet. Det är därför inte så konstigt att frågan om hälso- och sjukvårdskuratorns funktion relaterat till planeringen av vårdens insatser och utformning förefaller vara debatterad (jfr Isaksson et al. 2017, Sandholm et al. 2015, Söderberg 2017) eller hur Framme (2014:86) beskriver ”yrkesutövningens variation och svardefinierade karaktär”. Frågan är dock inte bara vad kuratorn gör när

hon arbetar, som huruvida detta arbete består av formell utskrivningsplanering eller vilka bekymmer som i arbetet hanteras som problem. Det handlar också om att kontextualisera arbetet på ett sådant sätt att förståelsen ökar för hur hanteringen av handlingsutrymme skapar både politik och människor (jfr Brodtkin 2010; 2011). I nästa kapitel kommer jag därför att gå vidare med att fördjupa frågan om det vardagliga arbetets organisering, med fokus riktat i första hand mot kuratorn i förhållande till annan personal.

5. Specialisering och assimilering

Föregående kapitel avslutades med frågan om hur kuratorns hantering av handlingsutrymme kan kontextualiseras för att fördjupa förståelsen av hur arbetet skapar både politik och människor. När Brodtkin (2010; 2011) diskuterar handlingsutrymmets kontextualisering vilar fokus på mer övergripande styrning av organisationer. I denna avhandling riktas fokus snarare mot institutionernas inre liv, varför detta kapitel ägnas åt frågan om hur kuratorn förhandlar om arbetet i förhållande till annan personal och organiseringen av det dagliga arbetet.

Empiriskt fokuseras inledningsvis på Helle och hennes arbete kring en patient som just skrivits in på den mottagning där hon arbetar. Blicken riktas mot hennes inledande funderingar och kontakter avseende mannen ifråga, innan de haft någon direkt kontakt. I detta skede nämner Helle inte mannen vid namn, varför han inte heller här får något namn. I inledningsskedet talas det inte heller om honom specifikt som individ, utan om hans familj. Utdraget består av hur Helle berättar för mig om mannen och hennes (kommande) arbete med honom, samt Helles telefonsamtal med en arbetsterapeut och en sjuksköterska.

Utdraget är, om än relativt långt, inte längre än att jag väljer att redovisa det i sin redigerade helhet. Därefter analyseras kuratorns arbete relaterat till sjukvården som ett nätverk av händer liksom en organisationens specialiseringslinje. Genom utvecklande och kontrasterande exempel växer analysen sedan, genom att relateras till kuratorns jurisdiktionsarbete och de resurser hon här omsätter. Slutligen integreras de olika begreppen genom en diskussion om kuratorn i förhållande till kollektiviteten i linjer och nätverket av händer - vilket kuratorn kan betraktas såväl som en del av, som ett stöd för och som något av en villkorad gäst i.

Helle och mannen som bor på vandrarhem

Jag sitter med Helle på hennes kontor. Helle berättar om familjen "alla har sån ångest över." Det är en "stor familj från Jemen." Helle säger att "allt egentligen är ordnat." Hon säger också att familjen har en del kontakt med en annan kurator relaterat till mannens sjukdom. Hon och Helle har försökt få tag på varandra några dagar, men inte lyckats, de talar med varandras telefonsvarare.

Helle säger att hon har "mer insikt om hur myndigheter fungerar och att det tar tid." Hon säger: "Det är ju inte för teamets skull jag är inne i en familj, men ibland känns det ju så."

Helle berättar att familjen i dagsläget bor på ett vandrarhem, det är trångt och mannen kommer inte in på toaletten.⁵¹ Helle berättar att det inte varit helt lätt att hjälpa familjen, de har inte velat ha hjälp på det sätt som erbjudits och Helle säger att det "uppstår frustration när de inte vill ta emot den hjälpen." Hon tycker också att det är en svår avvägning: om personalen säger att "såhär kan ni inte ha det, så kan det ju skapa mer ångest hos familjen."

Heller säger: "Stackars Fanny (socialsekreteraren), som vi bombarderar." "Vad gäller social problematik har vi mer tålamod. Vi kan ju förstå att socialsekreteraren inte sitter och rullar tummarna." Hon säger också, med skämsam ton, att hon hoppas att socialsekreteraren inte sitter och rullar tummarna. "Vi har mer förståelse för byråkratin."

Sedan blir Helle uppringd av en arbetsterapeut från sjukvårdens team. Det framkommer att arbetsterapeuten ringt fastighetskontoret om familjens boendesituation. Helle och arbetsterapeuten talar en stund, bland annat om olika sorters trappor och huruvida de möjliggör användande av trappklättrare.⁵² Efter samtalet vänder sig Helle till mig.

Helle berättar för mig att det finns en oro för barnen. De har inte ett optimalt boende, men man upplever å andra sidan ingen omsorgssvikt. Helle berättar att man diskuterat om patienten kan få ett boende, men "familjen vill vara tillsammans. För dem är det viktigast." Om sin egen arbetsinsats säger Helle att det är "kanske min uppgift att lugna teamet så att de kan jobba med det som de ska jobba med."

En stund efter att Helle berättat för mig om familjen ringer hon en sjuksköterska i teamet. De börjar med att tala om boendefrågan och en eventuell kontakt med en skolkurator i syfte att stötta ett av barnen. Sedan diskuteras trappklättrare och färdtjänst, varpå Helle lyfter frågan om det kanske är hon, av dem i teamet, som ska hålla i kontakterna mellan sjukvården och socialtjänsten angående familjen. Hon säger:

"Men jag vet inte, är det en idé att jag har kontakt med socialsekreteraren så att inte alla har det, att jag avlastar er lite också? Jag vet inte. För man får ju väldigt mycket information också."

51 Mannen använder rullstol.

52 Ett slags hjälpmedel som underlättar för människor som använder rullstol att, med hjälp av en annan person, ta sig upp och ner i trappor.

Lite senare säger hon: "Ja, vi är lite mer vana vid systemet om man säger så hahahaha."

Till slut, när samtalet är på väg att avslutas, säger Helle: "Och då kan jag säga att de ska kontakta mig om det är någonting, så slipper det bli många olika. Ja, och man behöver kanske veta att det är någon annan som håller i trådarna för att kunna slappna av själv också."

"Ja, men vad bra att du känner så, hej då."

Efter att Helle lagt på luren, vänder hon sig om mot mig och säger: "Åh, vad skönt hon tyckte det var att jag tog över de kontakterna."

Arbete med nätverk av händer

Om ett inledande fokus riktas mot frågan om vad Helle ska arbeta med i relation till mannen, inleds utdraget i stort sett med att hon konstaterar att "*allt egentligen är ordnat*." Denna bedömning har hon gjort på avstånd, hon har inte träffat mannen eller pratat med honom. Hon har inte heller fått någon remiss, varken från mannen eller någon annan personal. Mannen har sedan tidigare kontakt med en annan kurator och det kan därför finnas en underförstådd förväntan om att han fortsatt ska ha kuratorskontakt. Det är inte tydligt vad denna kontakt ska bestå av eller resultera i. Helle och den andra kuratorn har sökt varandra, men inte fått kontakt.

Det förefaller ändå självklart att Helle ska göra något. Vem det är hon ska arbeta med eller för är inte lika självklart. Helle beskriver för mig hur hon har "*mer insikt om hur myndigheter fungerar och att det tar tid*." Hennes position kan, som för Estrid, Pernilla och Mikaela i föregående kapitel, betraktas som inom sjukvårdens organisation i förhållande till andra institutioner, i Helles fall rörande hanteringen av familjens boendesituation. Att handläggningen är någon annans framstår som tydligt då det i relation till vad som görs med familjens boendesituation inte framstår som självklart att det är något Helle kan eller bör påverka. Arbetsterapeuten i teamet har varit i kontakt med socialtjänsten om boendefrågan, och hon och Helle diskuterar trappklättrare relaterat till vilken typ av boende som kan komma att bli aktuellt.

Helle säger att det, bland personalen, finns en oro för barnen. Det handlar inte om en potentiell omsorgssvikt, som i sådant fall skulle anmälts till socialtjänsten, utan beror, enligt vad Helle senare berättar för mig, på att boendet i dagsläget är trångt och det är svårt för barnen att göra sina läxor. Bekymren som diskuteras kan alltså

förstås som att mannen och hans familj är drabbade av effekter av en bostadsbrist, vilken förvärras av att behovet av bostad påverkas av hans funktionsnedsättning. Det är dock inte enbart detta som diskuteras, det förefaller inte vara något sjukvården bör eller kan göra någonting åt. Det antas till och med kunna försvåra för familjen om personalen uttrycker att de inte tycker att boendesituationen är bra. Helle uttrycker oro för vad som händer om personalen säger vad de tycker om boendesituationen till familjen, om de säger: *”såhär kan ni inte ha det, så kan det ju skapa mer ångest hos familjen.”* Det potentiella problemet för Helle blir inte huruvida familjen är bostadslös eller vad som kan/bör göras åt detta, utan personalens tolkning av situationen, liksom hur denna tolkning förmedlas till familjen.

Diskussionen handlar alltså inte om på vilket sätt Helle, eller någon annan personal inom sjukvården, kan eller bör påverka familjens framtida boende i sig. Istället relateras frågan om boendet till kontakterna mellan institutionerna. Helle beskriver hur det kan vara bra om hon håller i kontakterna med socialtjänsten och motiverar detta med att det inte ska bli så många olika, snarare än att hon har specifik kunskap om frågan som ska behandlas. På detta sätt liknar Helles arbete Estrids arbete i föregående kapitel, i relation till handläggningen av Kornelias ansökan om boendestöd. Kuratorn hanterar informationsöverföring, genom att på ett neutralt sätt hålla i kontakterna mellan institutioner, snarare än att påverka innehållet i informationen eller situationen för patienten. Arbetets funktion kan beskrivas med Craig och Muskats (2013) begrepp mäklare. Det som skiljer Helles arbete från Estrids är emellertid att det i exemplet med Helle tydligt framträder fler subjekt mot vilka Helle riktar stöd.

Det är då inte primärt i relation till mannen och/eller hans familj Helle diskuterar sitt kommande arbete när hon pratar med mig om det. Istället beskriver hon mannen och hans familj som dem som *”alla har sån ångest över.”* *”[A]lla”* betyder, i detta sammanhang, personal i familjens omgivning. Helle säger också, om socialsekreteraren: *”Stackars Fanny, som vi bombarderar.”* Problemet verkar alltså inte handla om själva överföringen av information, mäklandet, utan det sätt på vilket kontakterna fungerar. Uttrycken kan tolkas som att Helle gör annan personal, både inom och utanför den egna institutionen, till sårbara subjekt mot vilka hon responderar. I relation till denna respons säger hon att det *”kanske [är] min uppgift att lugna teamet så att de kan jobba med det som de ska jobba med.”* Hon säger också: *”Vad gäller social problematik har vi mer tålmod. Vi kan ju förstå att socialsekreteraren inte sitter och rullar tummarna.”* Till mig säger Helle också att det inte varit lätt att hjälpa familjen. De har inte velat ha hjälp på det sätt som erbjudits och det *”uppstår frustration när de inte vill ta emot den hjälpen.”* En sådan frustration kan tolkas som en upplevd diskrepans mellan den hjälp som personalen upplever att de kan eller bör ge, respektive de önskemål de

upplever från patienten och hans familj. På detta sätt hanterar Helle annan personals frustration och ångest, brist på tålamod och lugn, som potentiella problem för henne att hantera. Detta kan tolkas som att hon vill underlätta och göra arbetet smidigt, för både sjukvårdens och socialtjänstens personal: så att sjukvårdens personal slipper ringa och socialsekreteraren slipper ta emot så många samtal. Lite tillspetsat kan frågan ställas huruvida det blir patienternas eller personalens bekymmer som på detta sätt hanteras som problem för kuratorn att arbeta med.

Det som skiljer Helles arbete i detta exempel, från Estrids arbete i föregående kapitel, är vidare att frågan för Helle primärt handlar om att hantera förhållanden inom den egna organisationen. Helle säger: *”Det är ju inte för teamets skull jag är inne i en familj, men ibland känns det ju så.”* Det blir därför svårare att tydligt positionera Helle i förhållande till patienten. Istället för att rikta fokus mot relationen mellan organisationen och patienten, kan blicken därför riktas mot relationerna inom institutionen och hur situationen präglas av att ett förgivettaget fokus för den sjukvårdande personalen hindras. De kan i dagsläget inte *”jobba med det som de ska jobba med.”* Detta kan tolkas genom hur Ahmed (2006b:132) beskriver hur *“institutional spaces are shaped by the proximity of some bodies and not others”*. En sådan institutionens närhet (eller distans) kan i förhållande till patienten vara fysisk, på så sätt att tillträde till de sjukvårdande rummen regleras genom trösklar eller låsta dörrar, men institutionens rum är också sociala rum, ett sätt att förstå *”how the social is arranged”* (ibid.:7).

Det sociala rummet, och hur det disponeras och arrangeras, kan förstås i förhållande till både patienter och personal som subjekt. Vissa patienter blir lättare att hjälpa, andra ackumulerar istället stress hos personalen, inte på grund av att de nödvändigtvis bär några inneboende ”fel”, utan på grund av att de inte passar in i institutionens rum, de blir inte nåbara för personalen som socialt nätverk av händer. Istället utmanar de eller överskrider nätverkets räckvidd. En bostadslöshet kan på detta sätt ses som en situation som skapar stress för personalen, men det blir också begripligt att familjens önskan om att bo tillsammans blir ett potentiellt problem. Inte relaterat till att familjemedlemmarna exempelvis är ovänner, utan för att ett önskemål om att vara tillsammans krockar med den tänkta hanteringen av boendefrågan inom institutionerna. Det framgår senare i mina samtal med Helle att detta konkret handlar om att mannen kanske skulle kunna bli beviljad en handikappanpassad lägenhet, men det är osäkert om familjen får bättre plats där. Det förutsätts att det finns en kö och att, när en bostad blir ledig, få eller inga krav kan ställas på dess storlek relaterat till familjestrukturen hos den som behöver den. Det verkar inte heller vara klart huruvida resten av familjen får behålla en handikappanpassad bostad när mannen

dör, vilket antas ske inom en inte alltför avlägsen framtid.⁵³ Helle säger att han skulle kunna få ett boende, men *”familjen vill vara tillsammans. För dem är det viktigast.”*

Om Helles arbete relateras till institutionens rum blir personalens stress det Helles arbete söker hantera eller mildra, snarare än de bekymmer bostadsbristen innebär för familjen. Personalens ångest kan tolkas som försvårande, i vägen för deras arbete, och hanteringen av denna stress kan därför betraktas som ett sätt att möjliggöra deras fokus på vården av mannen. Till mig är det också detta Helle konstaterar efter samtalet med sjuksköterskan: *”Åh, vad skönt hon tyckte det var att jag tog över de kontakterna.”* Mannen kan tänkas gynnas av detta, förutsatt att Helles arbete faktiskt möjliggör ett ökat fokus på honom hos annan personal. Helle beskriver det som att hon *”avlastar er lite också”*, och arbetet kan ses som både avlastande och avgränsande i relation till annan personal och deras arbete. Arbetet som Helle utför kan betraktas som ett arbete för vården kring mannen, snarare än direkt för mannen, det blir ett arbete via ombud. Med hjälp av Butlers begrepp (2009b:24) kan det förstås som ett arbete med det nätverk av händer som omger mannen, snarare än mannen i sig. Till detta nätverk av händer kan Helle erbjuda stöd, fungera som klister (Craig och Muskat 2013).

En sådan förväntan på kuratorsarbetets funktioner känns igen från yrkets tillkomst. I svaren på enkäten från Svenska fattigvårdsförbundet uttrycks: *”För att kunna ge dem varaktig hjälp krävdes att någon tog reda på deras situation och vid behov kunde påverka deras hemförhållanden, bekymmer, fattigdom etc eftersom dessa kunde vara orsak till deras 'inbillade' sjukdom.”* (Olsson 1999:85). Det som framträder här är just andras möjligheter att sköta sina arbeten med ett önskat och begränsat fokus. Det första subjekt som presenteras är den som ska *”kunna ge dem varaktig hjälp”* (ibid.), men varaktigheten i denna hjälp behöver understödjas, av *”någon”* (ibid.) som tar hand om andra bekymmer.

Att understödja specialiseringslinjer

Att öka möjligheterna för andra att ge patienterna varaktig hjälp kan förstås som en form av understödjande av effektivitet. Effektiviteten är i detta sammanhang dock inte länkad till patientens vara eller icke-vara på en avdelning, det är inte primärt

53 Jag vill här betona att jag inte vet något om, eller alls har undersökt, handläggningen av familjens boendesituation, de handläggningsrutiner eller lagar som omgärdar situationen. Det är exempelvis möjligt att den kurator mannen tidigare haft kontakt med hjälpt honom att ansöka om bostad. Det är också möjligt att mannen skulle kunna beviljas en handikappanpassad lägenhet som rymmer hela familjen, och som resten av familjen kan behålla efter hans död. Detta vet jag inte. Mitt intresse har riktats mot Helles arbete i den aktuella situationen, liksom de reflektioner Helle gett uttryck för relaterat till detta arbete.

tiden som står på spel. Mannen som bor på vandrarhem vårdas inte inneliggande och ska inte skrivas ut. Han väntas inte heller tillfriskna, utan försämras i sitt medicinska tillstånd. Detta innebär dock inte att kuratorns arbete saknar riktning.

Frågan om riktning kan istället relateras till hur kuratorerna återkommande utför arbete som fungerar både avlastande och avgränsande i relation till annan personal och deras arbete. Ett exempel på detta är då jag skuggar Ingela. Det är min första morgon hos henne och hon sitter och talar med en av sina kuratorskollegor, om en patient och dennas anhöriga. I fokus för samtalet är dock inte patienten eller de anhöriga, utan personalen. Ingela beskriver personalen som "hjälpnödiga", de är "på" och "ska ordna allt." Hon beskriver hur kuratorer inte är så "lösningsfokuserade", och att det kan vara bra. Ingela håller också regelbundna möten med personal på avdelningen där hon arbetar. Mötet presenteras som en arena för sjuksköterskorna, undersköterskorna och sekreterarna, och Ingela berättar att mötet är till för att tala om det är någon som dött (av patienterna på avdelningen), om man behöver sortera intryck. Hon betonar att man på mötet får säga vad man vill. Jag närvarar vid ett sådant möte, då fokus framför allt vilar på hur personalen ska hantera en patient som inte vill skrivas ut från avdelningen och vars anhöriga tagit med sig personliga saker till patientrummet, exempelvis växter och fotografier.

Ingela och uppföljningsgruppen

En sjuksköterska säger att hon upplever det som om de "flyttat in" på avdelningen. En annan sjuksköterska säger att "man hör det, om man har tuffa anhöriga får man flytta in, annars inte. Det blir inte jämlik vård." Det hummas lite i rummet, en del samtal pågår samtidigt och jag får känslan av att situationen kring patienten och de anhöriga upplevs som känslig.

Ingela, som leder samtalet, säger hur de anhörigas beteende lika gärna kan tolkas som att de är nöjda med vården på avdelningen, att det kan vara förknippat med ångest att lämna avdelningen och att de kanske bara vill göra det hemtrevligt medan kvinnan är där. Blommorna och fotografierna kan de ju ta med sig därifrån sedan. Små samtal pågår i rummet samtidigt som och efter det att Ingela pratat.

En sekreterare säger att vissa patienter "biter sig kvar" på avdelningen. Ingela säger att det finns många dimensioner i att människor gör som de gör. De kan inte veta hur de upplever det.

Det fortsätter att pågå små samtal i rummet en kort stund till. Sedan kommer en sjuksköterska in i rummet och säger att det behövs mer personal på avdelningen. Mötet avslutas.

Efter mötet berättar Ingela för mig att hon redan innan mötet fått information från en av avdelningens läkare att situationen kring kvinnan och hennes anhöriga diskuterades bland personalen på avdelningen, att det fanns åsikter i frågan som kunde vara bekymmersamma. Ingela vill på mötet inte säga något om att hon fått denna information från läkaren, hon säger inte heller något om att hon känner till situationen sedan tidigare. När jag frågar henne, om det inte är svårt att hålla ordning på allt, att låtsas som om hon inte vet saker som hon vet, svarar hon: "Jo, det kan det nog vara. Men jag har aldrig tänkt på det på det sättet."

Också i detta sammanhang kan kuratorn sägas arbeta med det nätverk av händer som omger patienterna, då Ingela hanterar informationen från läkaren om att det finns olika och potentiellt bekymmersamma åsikter bland övrig personal kring kvinnan och hennes anhöriga. Ingela lyfter, till synes spontant, alternativa sätt att tolka kvinnans och de anhörigas beteende. Sjuksköterskan och sekreteraren beskriver *hur vissa patienter "biter sig kvar"* respektive en upplevelse av att *de "flyttat in"*. Ingela säger att *de anhörigas beteende lika gärna kan tolkas som att de är nöjda med vården på avdelningen*. På detta sätt gör hon en omskrivning eller en omtolkning av sjuksköterskans och sekreterarens negativt laddade förståelser av situationen.

Ingela berättar inte att hon redan kände till situationen och hade för avsikt att hantera den, innan deltagarna på mötet tog upp frågan. Också här återkommer alltså den aktivitet i det dolda som diskuterades i föregående kapitel relaterat till Pernillas hantering av Bertils ansökan om hemtjänstens utformning. Kuratorns arbete kan här ses som aktivt, på så sätt att hon inte neutralt och passivt förmedlar information (mäklar), utan påverkar innehållet, tolkningarna eller förståelserna (klistrar), men att detta arbete görs mer eller mindre i hemlighet. Jag var inte närvarande när Ingela fick information om situationen kring kvinnan och de anhöriga från läkaren. Det är därför svårt att veta huruvida det fanns en förväntan från läkaren att Ingela skulle hantera situationen, liksom huruvida denna förväntan uttrycktes som ett slags remiss. Generellt är det dock mitt intryck att kuratorerna självmant och aktivt arbetar med denna typ av hantering av information, relationer och konflikter i förhållande till annan personal inom de egna institutionerna. Ofta sker det informellt, i förbigående, i fikarum eller i korridorer, som när jag skuggar Ann-Sofie:

Ann-Sofie och det som inte tar slut

Det är tidig morgon. På mottagningens fikarum sitter en sjuksköterska, en undersköterska, Ann-Sofie och jag, och dricker kaffe. Sjuksköterskan börjar tala om en kvinna som var här igår och de andra i rummet förstår direkt vem hon talar om. Sjuksköterskan säger att det är svårt: mycket psykiatri, hon är krävande, säger att hon inte har någon telefon. Hon har försökt hänvisa henne, men då säger hon att hon inte kan ringa. Ann-Sofie berättar att hon har försökt prata med henne, men att det är svårt. Hon säger att kvinnan efterfrågat kontakter till andra mottagningar i området. Ann-Sofie har då gett henne en lista, med namn på mottagningar, adresser och telefonnummer. Men då har kvinnan frågat om Ann-Sofie kan beskriva vägen för henne. "Det tar liksom inte slut", säger Ann-Sofie. Sjuksköterskan säger: "Man kan lägga ner hur mycket tid som helst, utan att det hjälper." Undersköterskan säger att hon försöker vara "kort" mot kvinnan. Jag tycker att hon låter lite barsk när hon säger det, men det är å andra sidan så jag uppfattar henne generellt. Hon skämtar ibland om det, kallar sig själv "den arga undersköterskan." Ann-Sofie säger, lugnt och utan att rikta sin blick eller kropp mot någon i rummet, att man får vara lite försiktig, den unga kvinnan kan bli aggressiv också.

Några dagar senare har kvinnan åter besökt mottagningen och också idag diskuteras hon i fikarummet. Undersköterskan säger att hon tycker att det är jobbigt. Ann-Sofie säger med lugn ton att ja, "nu har hon hittat hit. Nu kommer hon att komma hit ett tag."

Här fungerar den klistrande funktionen i relationen mellan såväl Ann-Sofie och sjuksköterskan som Ann-Sofie och undersköterskan. I relation till sjuksköterskan bekräftar Ann-Sofie hennes upplevelse av att det är svårt att hjälpa kvinnan. Hon har försökt själv, men kvinnan vill inte ha hjälp på det sätt personalen förväntar sig, hon nöjer sig inte. Hon ställer följdfrågor. På detta sätt gör Ann-Sofie kvinnan till ett subjekt som inte ryms inom institutionens rum och ramar in hur detta blir ett problem för personalen. Hon positionerar sig som en del av institutionen, mot patienten. En alternativ tolkning, från en position bredvid eller tillsammans med patienten, skulle kunna vara att göra gränserna för institutionens rum till problem, då de inte förefaller rymma kvinnans bekymmer.

Ann-Sofie bekräftar sjuksköterskan och hennes bild av kvinnan, hennes arbete och dess begränsningar. Ann-Sofie lyfter en potentiell känsla av skuld, osäkerhet eller otillräcklighet från sjuksköterskans sida, liksom möjligen också hos henne själv. Om hennes (deras) arbete inte är framgångsrikt är det inte hennes (deras) fel. "Det tar liksom inte slut." Åtminstone tar det inte slut där det borde ta slut. Där det borde

ta slut, blir på detta sätt en yttre gräns för räckvidden för personalen som nätverk av händer, och det som faller utanför denna ram ska de inte arbeta med. Det som finns där ute kanske är bekymmersamt, men det blir bara ett problem för kuratorn om annan personal hanterar det på fel sätt. Det gör inte sjuksköterskan, men kanske undersköterskan.

Mellan Ann-Sofie och undersköterskan återfinns inte samma samsyn avseende arbetets utförande. De två har inte heller något samtal på det sätt Ann-Sofie och sjuksköterskan kan sägas ha. Undersköterskan säger att hon försöker vara "kort". Sjuksköterskan säger ingenting, Ann-Sofie säger att *man får vara lite försiktig, den unga kvinnan kan bli aggressiv också*. Hon säger det rakt ut i rummet och hennes ton är mer föreslagande och försiktig än tidigare. Jag tolkar det ändå som uppenbart riktat mot undersköterskan, liksom en underförstådd tillrättavisning i relation till undersköterskans bemötande av kvinnan ifråga. Det går nog inte heller någon förbi att Ann-Sofie implicit levererar denna handledning. *Undersköterskan säger att hon tycker att det är jobbigt. Ann-Sofie säger med lugn ton att ja, "nu har hon hittat hit. Nu kommer hon att komma hit ett tag."*

Kvinnan kommer kanske att komma dit ett tag och det kan vara jobbigt. Denna jobbighet kan förstås som den stress som följer av att räckvidden för personalens händer utmanas, när kvinnans frågor eller besök inte tar slut på rätt ställen. Men det är något de alla bara måste förhålla sig till. På detta sätt gör Ann-Sofie både den vård-sökande kvinnans beteende, och undersköterskans hantering av detta, till potentiella problem. Ann-Sofie kan också sägas arbeta, om än väldigt försiktigt formulerat, för att hantera dem båda.

Ingelas arbete i uppföljningsgruppen är på liknande sätt åtminstone inte enbart riktat mot annan personal som individer, utan också mot avdelningen som helhet. Informationen från läkaren, om att det fanns bekymmersamma åsikter i arbetsgruppen kring kvinnan och hennes anhöriga, håller Ingela hemlig. Efter uppföljningsgruppen pratar vi mer om detta på Ingelas kontor:

Ingela säger att hon tycker att vissa i personalen är svåra. Det finns ett behov av att skydda patienter och anhöriga. Tyvärr är det sjuksköterskebrist. De har haft intervjuer, men de tackar nej på grund av att lönen är för låg.

Efter en stund kommer en kuratorskollega in på Ingelas rum, liksom en läkare. De tre samtalar. De diskuterar hur personalen "går igång" - i synnerhet på "tunga" patienter och aktiva/krävande anhöriga. Läkaren går efter en liten stund. Ingela, kuratorskollegan och jag sitter kvar på rummet. Kollegan be-

skriver hur det har blivit "sjögång" bland sjuksköterskor och undersköterskor och att kuratorn då får gå in och "kompensera upp." Ingela kompletterar och säger att de (kuratorerna) behöver skydda patienterna. Vi är "patienternas advokater." Men, vi behöver också skydda oss, så att vi inte "får en anmälan i onödan."

Arbetet med att lugna personalen får här ytterligare en funktion, utöver den att möjliggöra personalens fokus på patienten. Arbetet omfattar nu inte bara personalen, utan hela institutionen, och inkluderar att minska risken att avdelningen "får en anmälan i onödan." Detta kan analyseras som ett arbete med att få ruljangsen att flyta på utan störande moment, så som konflikter relaterade till hur många personliga saker anhöriga egentligen får ta med sig, innan de överskrider en gräns som aldrig uttalats.

På detta sätt påverkar kuratorn annan personals orientering och ser till att de håller fokus på rätt saker. De ska förmås "kunna ge dem varaktig hjälp" (Olsson 1999:85), eller snarare kunna ge patienterna den hjälp som institutionens rum är förberedda för, på rätt sätt. Kuratorns arbete blir en form av stöd, ett klistrande, riktat mot institutionen som nätverk av händer, där både de enskilda händerna och hela nätverket ska hållas ihop. Ingelas arbete riktas mot att påverka personalen, genom hennes ansträngningar att förmå dem att inte distraheras av objekt i form av "thought, feeling, and judgement" (Ahmed 2006b:56), vilka riskerar att leda uppmärksamheten åt "fel" håll. Klistrandet får alltså också här en riktning, funktionen gör mer än håller ihop något i stunden.

På detta sätt framträder en organisationens specialiseringslinje, vilken kuratorn kan understödja genom att hantera de objekt eller subjekt som skapar distraktion i förhållande till de andras arbete. Risker för sådana avsteg kan vara relaterade till patienterna, om de exempelvis ber om ytterligare hjälp med hänvisningar till andra vårdgivare, om de är *krävande*. Anhöriga kan också göra avsteg genom att ta med sig för många personliga saker eller saker av "fel" sort.⁵⁴ Det är också möjligt för personal att göra avsteg, när de "går igång", är "på" eller orsakar "sjögång", som då de hanterar en patient vars frågor "liksom inte [tar] slut" eller de personliga sakerna på rummet på ett sätt som förstås som potentiellt bekymmersamt. Eller när de bombarderar socialsekreterare eller orsakar patienten ångest genom att säga vad de tycker om hans boende.

Den specialiseringslinje de alla ska (förmås att) orientera sig efter förefaller alltså fokuserad på att det sjukvårdande arbetet ska flyta på ett smidigt sätt, utan onödiga

⁵⁴ Jag förstår det som att snittblommor är ok att ta med sig, men inte växter som har rötter/egen kruka, men det uttalas inte riktigt.

störningsmoment. Linjen fokuserar med andra ord på ett slags bibehållande av lugn, fokus, avgränsning och undvikande av konflikter. Horisonten denna linje ska leda mot framträder snarast i form av frånvaro av bekymmersamma reaktioner. Snarare än en framtida avkastning framträder en potentiell risk som ska undvikas: *den unga kvinnan kan bli aggressiv också. Vi behöver också skydda oss, så att vi inte får en anmälan i onödan.*” Om en riktning ska tecknas genom denna linje förefaller den alltså snarast leda dem alla från något som inte ska hända, mer än till något annat än det som redan borde vara: ett lugnt, fokuserat och avgränsat arbete framåt.

Den halvt hemliga handledaren

I relation till denna specialiseringslinje förefaller kuratorn alltså rikta sina ansträngningar mot att understödja andras begränsade fokus. En paradoxal följd av detta är att ju mer framgångsrikt arbetet utförs, desto mindre märks det. Som regel utförs också det orienterande arbetet, när det riktas mot annan personal, i det halvt dolda. Antingen genom att vara försiktigt och föreslagande, som hos Helle och Ann-Sofie ovan, eller i hemlighet, som hos Ingela på uppföljningsmötet. Det är inte ens självklart att kuratorerna själva tänker på dessa arbetsuppgifter som en form av halvt hemlig handledning. Om hemlighållandet, för Ingela, skulle betraktas som ett sätt att utföra arbetsuppgiften utan att riskera goda relationer yrkesverksamma emellan (jfr Isaksson 2016), förefaller detta inte vara ett resultat av ett avsiktligt eller uttalat kalkylerande kring arbetets utformning: *När jag frågar henne, om det inte är svårt att hålla ordning på allt, att låtas som om hon inte vet saker som hon vet, svarar hon att ”Jo, det kan det nog vara. Men jag har aldrig tänkt på det på det sättet.”*

Detta behöver givetvis inte betyda en frånvaro av mer eller mindre strategiskt jurisdiktionsarbete. Snarare tolkar jag det som både Brodtkin (2010; 2011) och Järvinen (2002) beskriver aktiva, men implicita och intuitiva överväganden i arbetet. Det är med andra ord inte graden av medvetenhet som är central, utan den vardagliga aktiviteten. Att kuratorerna kan arbeta med handledning eller konflikthantering inom organisationerna är nämligen, om det ska betraktas som en hemlighet, en ganska väl känd sådan. Själva funktionen, att påverka annan personals orientering på ett sådant sätt att både människor, behandlingsplaner, team och institutioner hålls eller klistras ihop, kan nämligen vara känd, men användningen av den en hemlighet. I synnerhet när den riktas mot personal. En illustration av detta är när jag skuggar Ivana, och det kommer en ledsen läkare:

Ivana och den ledsna läkaren

Jag och Ivana sitter på hennes kontor, hon vid skrivbordet, jag i en av besöksstolarna. Det är ganska lugnt. Plötsligt kommer en läkare in i rummet. Hon ser ut att vara på väg att börja gråta. Ivana säger snabbt, om mig: "Hon är forskare." Läkaren svarar, med bestämd röst: "Ja, men då ska hon vara kvar."

Läkaren sätter sig ner i den andra besöksstolen. Ivana sitter kvar i kontorsstolen, men vrider den, och sig, mot läkaren, som börjar berätta. Det handlar om Allan. Läkaren säger: "Det svajar på avdelningen." "Det är personalbrist." Hon berättar att hon kommer från ett team-möte. Där har det framkommit att Allan fått en medicin som gör honom sederad. Läkaren tycker inte om denna medicin och berättar att hon, på sitt tidigare arbete, förde en "strid", en "kamp," om att de skulle sluta med den, ersätta den med smärtstillande och lugnare omvårdnad. Hon berättar att hon talat med Allan, som berättat för henne att han inte har någon ångest. Han är trött och sjuk och hans fru dog i måndags.⁵⁵ Han har också berättat att han får ont vid omvårdnad. Läkaren säger att sjuksköterskan på teamet berättat att Allan skrikit när de försökt "sköta honom" på morgonen, att det tolkats som att han har ångest och att man därför gett medicinen. Läkaren berättar att hon ställt en fråga om medicineringen på team-mötet och att det blev en konflikt, sjuksköterskan skrek. Läkaren säger att hon tror att sjuksköterskan kände sig ifrågasatt och säger: "och ja, det var det ju."

Läkaren säger att hon tycker att man kan vänta med att byta på Allan på morgonen och att man kan ta det lugnare, istället för att ge medicinen. Hon beskriver personalbristen på avdelningen. Ivana säger att "det kanske är en förklaring, men inte en ursäkt." Läkaren berättar att hon efter mötet bett sjuksköterskan om ursäkt, men det känns inte bra. Hon säger "Man behöver göra det man vill och man behöver göra det tillsammans." Hon säger att hon inte orkar ta den här striden om medicineringen igen. Hon säger också att hon är rädd att Allan nu kommer att sova hela dagen. Hans son ska komma idag och läkaren är rädd att deras möte idag blir den sista gången de träffas. Sonen ska åka iväg på en resa och läkaren tror inte att Allan lever så länge till.

Till största delen är det läkaren som pratat hittills. Ivana har fyllt i med bekräftande hummanden och frågan om förklaring och ursäkt. Nu börjar dock mer av en dialog och läkaren och Ivana talar om vikten av utbildning på avdelningen, kunskap. Om behov av "gemensam syn i arbetsgruppen." Att det är viktigt att hela tiden arbeta med personalens kunskaper.

55 Det är nu torsdag.

Samtalet är på väg att avslutas. Läkaren säger att hon inte ville tala med sina kollegor med tårar i ögonen, "det kändes inte professionellt."

Läkaren söker upp Ivana spontant efter team-mötet, hon går helt sonika in genom Ivanas öppna dörr. Hon är påtagligt ledsen, men samtidigt också bestämd i tonen, som då hon säger att jag ska "vara kvar." Det framstår för mig som om hon tar för givet att Ivana är en person med vilken hon kan tala om den här typen av situationer, det hon varit med om och de känslor det väckt i henne. Jag gör tolkningen att läkaren ifråga kommer till Ivana med en önskan om att avbörd sig de känslor som väckts under team-mötet, få en stunds återhämtning, innan hon kan återgå till kollegorna och arbeta vidare. Om dessa känslor vill hon inte tala med sina kollegor, eftersom det inte känns professionellt att ha *tårar i ögonen*.

Läkarens självklara förväntan om att Ivana ska samtala med henne och ge henne en stunds återhämtning och känslomässigt stöd, kan förstås som att Ivanas jurisdiktionsarbete i relation till en klistrande eller stödjande funktion för annan personal varit framgångsrikt på avdelningen. Det har blivit en arbetsuppgift hon väntas utföra. Hon markerar också en beredskap för detta arbete i stunden. Med Butlers (2009b:55) begrepp kan hon sägas svara på med de medel som står henne till buds, hon välkomnar läkaren in i rummet och ger henne fokus, både kroppsligt och verbalt, genom att vända sig mot henne och ge läkaren utrymme, i tid och rum. Ivana gör läkaren till ett sårbart subjekt för henne att rikta omsorg mot. Ivana kan ses som både självklar och aktiv i denna funktion, som klister som arbetar med att hålla ihop läkaren. Detta ihop-hållande kan relateras till en riktning, en orientering tillbaka till en livslinje som skrivs från en position bredvid läkaren, och tar form av att hon kan gå vidare, känna sig professionell igen, utan tårar i ögonen. Både konflikten på mötet och läkarens reaktion kan betraktas som ett slags bekymmersamma avsteg för läkaren, vilka blir Ivanas problem. Läkaren förefaller nöjd med Ivanas arbete i situationen, hon verkar påtagligt lättad när hon lämnar rummet. Om situationen inneburit ett avsteg från hennes livslinje, förefaller den alltså genom samtalet ha räddats ut på ett sådant sätt att läkaren, när hon lämnar rummet, är tillbaka på sin linje. Det är som det ska vara igen.

Det stöd Ingela erbjuder, det hon klistrar, är emellertid inte enbart läkaren som enskild hand. Läkaren gör i början av samtalet en kontextualisering, hon säger: "Det svajar på avdelningen.", samt: "Det är personalbrist." Dessa uttalanden fungerar som en inledning till det som sedan utgör berättelsens fokus, nämligen en konflikt, dels avseende medicinen som sådan, kring vilken läkaren redan tidigare i arbetslivet fört en "strid", en "kamp". Det är också en konflikt mellan människor, en sjuksköterska och läkaren, om tolkningen av Allans skrik och orsakerna till detta skrik, liksom en

tillhörande kritik av sjuksköterskans (och kollegornas) omvårdnadsarbete. Läkaren tillstår att en sådan konflikt finns inbäddad i frågan om hanteringen av Allan, det är inte bara så att sjuksköterskan känt sig ifrågasatt, läkaren säger också att *”ja, det var det ju.”*

Ivanas förändrade funktion, från lyssnande till förklarande, rör just denna konflikt, då det är hon som begripliggör den genom att beskriva hur personalbristen *”kanske är en förklaring, men inte en ursäkt.”* Ivana kan förstås som en konflikthanterare, inte enbart i förhållande till hur hon möjliggör för läkaren att hantera sina känslor, utan också relaterat till sjukvårdens organisation i vidare bemärkelse. Ett potentiellt strukturellt bekymmer, personalbrist och svårigheter att rekrytera, individualiseras genom att kontextualiseras som problem med bristande samsyn i arbetsgruppen. Det som behöver åtgärdas är då inte längre bristen på personal eller lönenivåerna, utan den befintliga personalens kunskapsläge. Det som klistras är med andra ord både en enskild hand och ett helt nätverk av händer.

Jag uppfattar generellt en känsla av självklarhet mellan Ivana och läkaren i situationen. Arbetsuppgiften, att erbjuda övrig personal känslomässigt stöd eller konflikthantering, kan alltså i detta fall ses som Ivanas. Det finns samtidigt ett mått av hemlighetsmakeri kring arbetsuppgiften. Läkaren vänder sig till Ivana med självklarhet, men jag finner det inte troligt att hon öppet skulle berätta för annan personal att hon erhållit detta stöd. Detta skulle givetvis kunna bero på arbetsuppgiftens karaktär och relateras till läkarens upplevelse av att det inte skulle kännas *”professionellt”* att gråta inför sina kollegor. Att berätta om ett stöd hon fått i samband med dessa tårar skulle kunna uppfattas på samma sätt, som ett bekräftande av avsteget. Men, det är inte enbart läkaren som är halvt hemlig. Jag finner det också osannolikt att Ivana öppet skulle uttrycka att hon arbetar med att erbjuda övrig personal känslomässigt stöd i arbetet, eller konflikthantering inom arbetsgruppen. Även om samtliga kuratorer jag skuggat fyller denna typ av funktioner är det bara en av dem, Ingela, som gör det med ett visst mått av öppenhet då hon håller uppföljningsgruppen. I övrigt sker det i det dolda. När Ingela beskriver mötet gör hon det vidare relaterat till personalen i förhållande till patienterna. Att mötet också fyller en funktion av att hantera relationerna inom institutionen, att fungera som klister relaterat till personalen som nätverk av händer, håller Ingela hemligt.

Förhandlingen om att underlätta

Även om kuratorns avlastande och avgränsande funktion i förhållande till annan personal alltså kan betraktas som både lika gammal som kuratorn och vanligt förekommande, är det inte säkert att det är en erkänd eller öppen funktion i det vardagliga

arbetet. Istället omgärdas arbetet av både subtila förhandlingar och ett visst hemlighetsmakeri. Detta kan relateras dels till relationerna mellan olika yrkesgrupper, men också till relationerna mellan socialt arbete och medicin. Båda dessa dimensioner kan analyseras i förhållande till hur kuratorerna förhandlar om arbetsuppgifterna, hur de jurisdiktionsarbetar.

Detta kan knytas tillbaka till telefonsamtalet mellan Helle och sjuksköterskan, vilket kan ses som en situation där Helle försöker ta över arbetet med att hålla i kontakterna mellan sjukvården och socialsekreteraren. När hon och jag talar om detta beskriver hon sin kunskap om socialtjänstens arbete som en anledning till att denna kontakt bör skötas av henne: hon vet, eller hoppas i alla fall, att socialsekreteraren *"inte sitter och rullar tummarna."* När hon pratar med mig säger hon *"Vi har mer förståelse för byråkratin"* och menar att hon har *"mer insikt om hur myndigheter fungerar och att det tar tid."* När hon lyfter samma kunskaper relaterat till sjuksköterskan och förslaget om att hon ska ta över kontakten med socialsekreteraren, säger hon ungefär samma sak, men med ett helt annat anslag: *"Ja, vi är lite mer vana vid systemet om man säger så habahaha."* Tonen är nu skämtsam och det har smugit sig in ett betydelsefullt *"lite mer"*. Den föreslagande tonen ger vid handen att samtalet kan betraktas som en förhandling om arbetsuppgiften.

Betraktat som jurisdiktionsarbete är förslaget om att ta över kontakten med socialsekreteraren mycket försiktigt från Helles sida. Hennes ton är närmast underordnande, som när hon säger: *"Men jag vet inte, är det en idé att jag har kontakt med socialsekreteraren så att inte alla har det, att jag avlastar er lite också. Jag vet inte. För man får ju väldigt mycket information också."* I slutet av samtalet säger Helle också: *"Ja, men vad bra att du känner så, hej då."* Det förefaller alltså inte självklart för Helle att sjuksköterskan ska låta henne ta över kontakterna med socialtjänsten, även om hennes uttryckta avsikt är att underlätta för sjuksköterskan. Om situationen skulle kunna innebära en stridighet om jurisdiktion hanterar Helle den alltså genom en form av konfliktundvikande, ett underordnande jurisdiktionsarbete genom vilket arbetsuppgiften ändå blir hennes.

En sådan försiktig förhandling kan också ses i Ingelas möten med annan personal. Det är Ingela som håller i mötet, det är bokat och återkommande, skapat på plats genom hennes jurisdiktionsarbete. För mig beskriver hon syftet med mötet som att erbjuda handledning, utbildning, reflektion och information, om bland annat ångest. När hon beskriver mötet på plats kallar hon det istället *"uppföljningsgrupp"*. Detta har visserligen en mer strukturerad klang än det av Isakssons (2016:48) skolkuratorer använda *"bollande"*, men omskrivningen till *"uppföljningsgrupp"* kan ändå liknas vid hur Helle tidigare förhöll sig till sjuksköterskan då hon argumenterade för att det

var hon som skulle hålla i sjukvårdens kontakter med socialtjänsten. Helle lyfte då, i relation till mig, sin kompetens och potentiella bidrag som specifikt för henne, som socionom inom den medicinska kontexten. Hon kan på detta sätt sägas betona en kunskap om socialtjänstens arbete, en närhet till socialt arbete, som skiljer ut henne från annan personal inom sjukvården. Men i relation till sjuksköterskan använder hon en strategi där hennes *"förståelse för byråkratin"* istället skämtsamt formuleras som en *"vana vid systemet"*.

Sådana omformuleringar kan med Ackers (2006) begrepp ojämlikhetsregimer tolkas som att Helle och Ingela agerar utifrån en föreställning om att kuratorns position inte är tillräckligt hög eller stabil för att hon med självklarhet ska kunna utöva denna form av juridiktionsarbete. Helles agerande i relation till sjuksköterskan kan också analyseras som ett arbete där hon tar utgångspunkt i en föreställning om begränsade möjligheter att hävda en egen bedömning. Att mer försiktigt beskriva sin kompetens kan vidare ses som försök att minska risken att stöta sig med sjuksköterskan. Helles *"vana vid systemet"* kanske är specifik, men om detta gör henne annorlunda, gör det henne inte bättre. Det är en inte alldeles lätt balansgång. Att påtala en specifik kompetens som skiljer ut en, är nämligen svårt att göra utan att samtidigt underförstå att denna kunskap saknas hos andra. Å andra sidan kan det bli svårt att hävda ett existensberättigande som yrkesgrupp om en specifik kompetens inte kan hävdas.

Det är emellertid inte givet att Helle förhåller sig till denna *"förståelse"*, *"vana"* eller *"insikt"* om socialtjänstens arbete som en specifik kunskap. Jag och hon diskuterar det inte vidare, och när jag skuggar henne är det egentligen inte något jag funderar över. Men frågan om kunskapen om socialt arbete, liksom hur kuratorerna förstår och hanterar den i sitt juridiktionsarbete återkommer, exempelvis när jag skuggar Erika:

Erika och kunskapen färdtjänst

Erika och jag sitter på hennes kontor och diskuterar en patient hon ska träffa senare i veckan. Hon berättar om arbetsuppgifter hon utför, men kanske inte borde utföra, hur arbetsuppgifterna "flyter". Hon exemplifierar med en annan patient, där hon samarbetat med en läkare. Erika berättar för mig att hon hjälpt denna läkare skriva ett läkarintyg för färdtjänst, genom att ge förslag på hur hon ska utforma intyget för att öka möjligheterna för ett positivt beslut. Erika benämner det som att hon gett läkaren "nyckelord" och beskriver hur läkaren var "så tacksam", för "alla har mycket."

Här diskuterar Erika en kunskap, om socialtjänstens arbete, i detta fall relaterat till färdtjänst. Sådan kunskap skulle kunna förstås som specifik för henne som hälso- och sjukvårdskurator. Men när hon använder denna kunskap i förhållande till läkaren beskriver hon det som en potentiell tidsbesparing för läkaren. Inför mig försvarar Erika att hon utfört arbetsuppgiften genom att hänvisa till en kapacitet att underlätta för läkaren. Hon beskriver att *"alla har mycket"*, och läkarens brist på tid blir på detta sätt en förklaring för att Erika gör mer eller annat än hon borde. Hennes kunskap om handläggningen av färdtjänst blir på detta sätt beskrivet som något som kanske inte borde kommit till uttryck över huvud taget, om det inte var för att hjälpa läkaren, om Erika inte hade tillgång till en resurs i form av tid. Noterbart är då också att när Erika beskriver hur *"alla har mycket"*, förefaller hon inte inkludera sig själv i detta *"alla"*.

Om det är tid som blir kuratorns resurs, snarare än kunskap, kan Erikas beredskap att använda sin tid för att underlätta för annan personal tolkas som ett sätt att underordna sig en medicinsk hierarki där den enes tid görs till mer värdefull än andras, där den enes bekymmer med brist på tid blir en annans problem. I fokus för Erika hamnar därmed, snarare än patientens behov av färdtjänst, läkarens begränsade tid eller kunskap om färdtjänst. Istället för hur räckvidden för patientens kropp kan antas öka om patienten får tillgång till färdtjänst, fokuserar Erika på det som står i vägen för läkaren(s arbete med patienten). Intyget blir ett objekt som läkaren lättare kan förhålla sig till på en specialiseringslinje, snarare än att beslutet blir ett objekt som kan sträcka ut patientens kropp längs en livslinje. Resultatet av arbetet blir en potentiellt sårbar läkare som är *"så tacksam"* snarare än en patient som beviljas färdtjänst.

Oavsett hur det motiveras utför Erika arbetsuppgiften, hon hjälper läkaren att formulera ett intyg för färdtjänst. På samma sätt får Helle den arbetsuppgift hon förhandlar om, att hålla i kontakterna mellan sjukvården och socialtjänsten i relation till familjen som inte har någon varaktig eller lämplig bostad. Arbetsuppgifterna blir deras, de görs till deras, genom en form av jurisdiktionsarbete. Oavsett om detta analyseras som försök att smälta in, en form av undervärdering av den egna kompetensen eller som en förhandling om tid relaterat till arbetsplatsens ojämlikhetsregimer, finns en upplevelse av stark temporalitet i det. Jurisdiktionsarbetet är dels föreslagande och försiktigt eller till och med urskuldande till sin karaktär, dels formuleras det som ska göras knappt som identifierbara arbetsuppgifter. Som Bransford och Bakken (2002) beskriver, kan det bli svårt att i situationer som dessa artikulera vad kuratorns bidrag till det sjukvårdande arbetet består av, och vad det leder till. Det blir helt enkelt för

vagt och ospecificikt formulerat. Skulle liknande situationer uppkomma igen, framstår det som sannolikt att arbetets utformning åter behöver förhandlas.

Denna temporalitet i jurisdiktionsarbetet kan tolkas som en användning av ett förkroppsligat kulturellt kapital. Helle och Erika arbetar helt enkelt med sina förmågor att smälta in i miljön. De investerar sin tid och tonar ner det sociala arbetets specificitet genom att betona förmågan att underlätta för andra snarare än den egna yrkesgruppens kunskaper. Detta kapital får sin förankring i deras kroppar, genom och i det arbete de utför i stunden. På detta sätt kan det ses som att de, med Bourdieus (1986:21) ord, positionerar sig som autodidakter, som även om de ”vinner” möjligheten att utföra arbetsuppgifterna i stunden, också öppnar för att ständigt bli ifrågasatta. Om resurserna som omsätts är tid och en förmåga till assimilering, vem kan inte göra anspråk på att kunna mobilisera det?

Helles och Ingelas jurisdiktionsarbete kan tolkas som ett strategiskt användande av just förkroppsligat kulturellt kapital, då de i relation till mig betonar sina kunskaper om socialtjänstens arbete respektive sina handledande och undervisande funktioner, men tonar ner dessa i relation till annan personal. Att istället hävda specifik kunskap skulle kunna betraktas som försök att använda eller skapa resurser i form av institutionaliserat kulturellt kapital, genom rutinerade kopplingar mellan en arbetsuppgift och en yrkesgrupp eller kompetens. Den som besitter, eller står i position att hävda, institutionaliserat kulturellt kapital kan lita på, eller utgå från, att denna möjlighet är av mer stabil karaktär. Den är oberoende av, eller ligger utanför, den egna kroppen och andras kroppar.

Frågan är om Helles och Erikas användande av sina egna kroppar och förmåga att smälta in kan tolkas som en värdering av den egna yrkesgruppens status, relaterat till hur de uppfattar arbetsplatsernas ojämlikhetsregimer, och/eller sätt att förhålla sig till att yrkesgruppen saknar sådana rutiner i arbetet eller behörigheter som med självklarhet fungerar som ett institutionaliserat kulturellt kapital (jfr Evans 2011 och Olsson 1999)? Oavsett väcker det vidare frågor - de vinner som sagt båda arbetsuppgifterna de förhandlar om att få utföra, i stunden, men själva temporaliteten befasts samtidigt, och får därmed effekter också för framtiden. Om en jämförelse ska göras med Bourdieu (1986), kan det antas att användningen av det förkroppsligade kulturella kapitalet kräver ständig beredskap för styrketräning, utan möjlighet att lita till att det (jurisdiktions)arbete som lagts ner ska ge effekt vid nästa träningstillfälle, i synnerhet inte om det då är någon annan som tränar, med andra redskap, i andra rum.

På detta sätt kan kuratorn sägas hantera ett förhållandevis stort handlingsutrymme, på ett till synes flexibelt sätt. Kuratorn kan arbeta med många olika saker, riktat

mot många olika mottagare. Det förefaller som om arbetsuppgifterna, som Erika säger, "flyter". Men, jurisdiktionsarbetet kopplas till det specifika, den aktuella situationen och de individer som berörs där och då. Ofta är det också hemligt till sin karaktär.

Detta relativa hemlighetsmakeri väcker frågor kring huruvida också det sätt på vilket Ivana responderar i relation till de bekymmer läkaren presenterar och de resurser hon här sätter i arbete, kan förstås som förkroppsligat snarare än som institutionaliserat kulturellt kapital. Hon arbetar med sin kropp, investerar sin tid, skapar relationer. Assimileringen är dock i detta fall inte fullkomlig, då Ivana av läkaren inte betraktas som en kollega, utan som en som står lite utanför den konflikt hon söker stöd för att hantera. Ivana måste på detta sätt positioneras som tillräckligt mycket innanför för att betraktas som en av händerna i nätverket, en del av institutionens resurser, men samtidigt som tillräckligt mycket utanför för att kunna betraktas som en alternativ samtalspartner, obefläckad av de konfliktlinjer som annars skär rakt genom övrig personal på avdelningen. Denna förmåga att positioneras som ett alternativ, kan då tolkas som en position som omöjliggör att hennes arbete förankras som ett institutionaliserat kulturellt kapital. Det är ju själva det relativa hemlighetsmakeriet som möjliggör hennes position av samtidigt innanför- och utanförskap.

Om Ivanas arbete i relation till läkaren förstås som förkroppsligat kulturellt kapital, kan detta vara ett sätt att skapa relationer och visa sig samarbetsbar i organisationen, och på så sätt arbeta upp ett socialt kapital, ett bestående nätverk av relationer (Bourdieu 1986). När Erika hjälper läkaren med nyckelord för färdtjänst, när Helle erbjuder sig att underlätta för sjuksköterskan genom att ta över kontakterna med socialsekreteraren, och när Ivana tröstar läkaren kan de helt enkelt hoppas att dessa andra ska uppfatta sig som understödda i sina arbeten. De kan också hoppas att denna förmåga att underlätta för andras mer specialiserade fokus inte bara verkar i stunden, utan också skapar bestående sociala nätverk dem emellan, inte enbart av bekantskap eller mellanmänsklig igenkänning, utan också av erkännande av själva arbetet. Men, det är ingenting de kan räkna med. Det beror dels på den värdering av arbetet annan personal gör, dels på i vilken grad det påverkar kommande interaktioner. Blir de bekanta? Får de erkännande? För vad?

Frågan om bekantskapen är då inte enbart förankrad i kuratorns kropp, den potentiella påverkan hos andra är i lika stor utsträckning kopplad till deras kroppar. Vad händer när kuratorn byter jobb? Om det är en annan läkare som är stressad, nästa gång det ska skrivas ett intyg om färdtjänst? Om en läkare inte känner till reglerna för färdtjänst, men inte är stressad? Om det nästa gång är sjuksköterskan som står i dörren hos Ivana? Om läkaren och sjuksköterskan kommer samtidigt?

Ett beroende av goda relationer går inte att kontrollera fullt ut genom jurisdiktionsarbete, oavsett hur skickligt det utförs av kuratorn. Beroendet av goda relationer kräver nämligen minst två deltagande parter. Det är en utmaning i sig att skapa goda relationer. Det kan dock tänkas vara en ännu större utmaning att kombinera detta med en position av relativt utanförskap. Hur kuratorerna ska balansera detta är återkommande i materialet, inte minst i kontakterna mellan dem, annan personal och patienterna. En paradoxal bild växer fram, karaktäriserad av en kombination av ett både oönskat och självvalt beroende av annan personal.

Gubben i lådan?

Beroendet av annan personal är kuratorerna medvetna om och förhåller sig till, som ett villkor i eller för arbetet. Frågan om dessa relationer och deras kvalitet är återkommande i våra reflekterande dialoger, inte alltid kopplat till specifika situationer, utan även i mer generella samtal om arbetet. Ett exempel på detta är när jag skuggar Berit och frågar henne om vilka som remitterar mest till henne:

Berit och remisserna

Berit svarar "Ja, Gud? Jag själv?" Nej, kanske läkarna på team-mötena. Eller efter besök. Enstaka kommer också från öppenvården. Enstaka från sjuksköterskor.

Jag frågar vilka som är de vanligaste frågorna.

Berit svarar att det nästan aldrig är några skriftliga. Hon får mest namn och personnummer och den senaste läkaranteckningen. Berit säger att det ju måste finnas ett syfte med kontakten, det kan inte bara vara samtalskontakt till exempel, det måste vara mer specifikt än "vill bara prata." Men, sedan kan hon bestämma själv, över hur ofta och hur länge de ska ses och så.

Sedan börjar Berit berätta om överläkaren på mottagningen. Hon skrattar och säger att hon tycker att han har rätt perspektiv. "Han är också gift med en kurator." En av de andra läkarna på mottagningen har mer ett medicinskt perspektiv, inte så mycket socialt. Många läkare vill inte heller, de kunde använt kurator mer, men har inte förstått. De kan sitt liksom och tror att det är allt.

Det kan här tolkas som att Berit upplever att majoriteten av hennes remisser kommer från henne själv, vilket jag förstår som att hon snappar upp information vid te-

am-möten och tar sig an ärenden utifrån det som sägs, även om det inte formulerats som en remiss. Hon kan alltså få remisser på två sätt: dels genom den mer formella utskriften av en besöksanteckning eller en på annat sätt uttryckt fråga, specificerad bedömning, från annan personal, dels genom en egen tolkning av andras utsagor kring en patient.

Petra resonerar på liknande sätt, även om hon starkare betonar betydelsen av remisser. Hon relaterar detta till vikten av frivillighet i kontakten mellan kurator och patient. För henne ingår kuratorn inte per automatik i vården på det sätt som en läkare eller sjuksköterska gör. Kontakt med kurator är istället något patienter kan välja huruvida de önskar. Frågan om en sådan kontakt ska då tas av annan personal, som remitterar muntligt eller skriftligt till henne. Remissen kan grunda sig på ett initiativ från en patient eller en bedömning av en annan yrkesföreträdare. I det andra fallet betonar hon dock att frågan om kuratorskontakt måste ha ställts till patienten, som måste ha tackat ja. Petra vill inte på eget initiativ ta kontakt med en patient, genom att presentera sig och sitt arbete för patienterna på avdelningen där hon arbetar. När jag frågar henne om varför skrattar hon som om frågan vore absurd, och svarar att hon ju inte kan ”dyka upp som gubben i lådan!”

Det förutsätts på detta sätt att patienten och kuratorn är överens om vad som utgör en arbetsuppgift för en kurator, hur ett bekymmer ska översättas till ett problem. Detta blir nämligen inte, åtminstone inte i det inledande skedet, en fråga för kuratorn att avgöra, utan för patienten. På så sätt kan idealet om frivillighet innebära en professionell funktion som Järvinen och Mik-Meyer (2012) beskriver som underlättare snarare än expert: en person som ska hjälpa människor till eget ansvarstagande snarare än själv göra en bedömning som tillmäts ett eget värde. Det paradoxala i detta förfarande, som skulle kunna tolkas som att kuratorn ger makt till patienten att fatta beslut, är att det kan resultera i att patienten lämnas utan hjälp. Och att detta då är patientens eget fel. Patienten antas på samma gång vara så utsatt att hen inte kan tacka nej till kontakt med en kurator inför denna kurator, men samtidigt vid så god vigör att hen utan svårigheter själv kan ta initiativ till att en sådan kontakt tas av någon annan. Patienten måste alltså vara aktiv, om kuratorn ska kunna vara passiv.

När initiativet till kontakt mellan kurator och patient lämnas till patienten förutsätts vidare att patienten agerar utifrån en föreställning om att de upplevda behoven eller önskemålen kommer att respekteras och responderas på. Detta är ett vanskligt antagande. Relaterat till Ahmeds (2006a; 2006b) begrepp orientering förutsätts nämligen att patienten hanterar kontakt med kurator som något inom räckhåll, som en rimlig sak att orientera sig mot, i en rörelse som utgår från en förväntan om att bli understödd. Om kontakten med kurator ska placeras inom patientens räckvidd,

komma till patientens medvetande, är det alltså inte kuratorn som ska göra det. Hon måste istället, av patienten, redan förstås som varande där.

Ytterligare en paradoxal följd av detta förfarande är att patienten måste berätta för annan personal att hen vill ha kontakt med kurator, vilket annars kunnat hållas hemligt. Även om en sådan kontakt med kurator journalförs på ett sådant sätt att annan personal kan läsa kuratorns journal, hade patienten inte behövt berätta om kontakten. Med tanke på den ofta känsliga karaktären i kuratorns arbete kan alltså detta krav på uttryckt samtycke förmedlat av annan personal, i sig, medverka till att patientens möjligheter att själv bestämma vilka delar av livet som ska hållas utanför granskning minskas ytterligare, samtidigt som behovet av att be om hjälp och försätta sig själv i en underordnad situation, ökar (jfr Goffman 1961/2007). I synnerhet om en remiss som innehåller *"vill bara prata"*, inte godkänns. Patienten måste då berätta mer, för annan personal.

På detta sätt kan Petra sägas positionera sig utanför, hon är inte en självklar del av vården på avdelningen och nätverket av händer, utan ett möjligt tillval. Denna position av relativt utanförskap gör henne dock beroende av annan personal och deras kunskap om kuratorer och deras arbete. Gör kuratorn sig till en fristående hand, blir hon beroende av de andras händer. På sätt och vis blir hon beroende av andras jurisdiktionsarbete, som de förväntas utföra å hennes (och/eller patienternas) vägnar. Hon positionerar sig inte bara som utanför, utan också som passiv, beroende av andras aktivitet. Detta beroende är vanskligt till sin karaktär, då de andra kan ha *rätt perspektiv*, som Berit säger. Eller inte. Berit positionerar också läkarna som en grupp där vissa inte *vill* eller *inte förstått*.

Idealet om frivillighet i kontakten mellan kurator och patient diskuteras av alla kuratorer jag skuggar. Det kommer också upp spontant under fokusgruppens första träff då Nina ger uttryck för hur annan personal kan ha svårt att förstå detta ideal:

Behov, bedömningar och presentationer

Nina: Men jag har fått kämpa då med, eh, ja, två läkare då som, eh, där har jag kravet att man ska fråga patienten först innan jag kommer in (många hummar) och det har de inte förstått. Då har jag fått kämpa. Och det, det, är det liksom "Du är väl som en sjukgymnast, arbetsterapeut, du jobbar här på avdelningen?" Och visst, man kan ha sådant arbete, där ett, ett team alltid går in och hälsar, men, de kan inte förstå det, att, att jag vill ha patientens godkännande för att prata. Och det tycker jag också är ganska fascinerande. Utbildade människor. Tycker ändå att jag ska gå in. Eh, att det är helt naturligt att jag ska gå in och

prata och bara presentera mig. (Det är tyst en liten stund.) Ja, haha, jag vet inte om det är någon fler som tycker det? Men där har jag haft ett kämpande.

Pia: Ja, men kan det vara så att en läkare tycker att här behövs det en kurator?
(Daniella hummar)

Nina: Jo!, Ja, jag

Pia: Som har gjort den bedömningen, men inte föreslagit insatsen eller

Nina: Jo, och tycker liksom att jag ska gå in ändå.

Pia: eller vad man ska säga (Daniella hummar)

Nina: Också när jag har gjort det så har ju patienten sagt "Nej, jag vill inte prata med kurator"

Pia: Nej. (Flera mumlar.)

Nina: Ofta cancerbesked, och jag ska genast in, va?

Pia: Nej, nej. Det är inte självklart. (Daniella: nej, nej)

Nina: Förstår du? Jag förstår det inte, så det är ganska intressant.

Lisa: Men, det beror på vilket sammanhang man befinner sig i, för jag har jobbat inom slutenvård inom psykiatrien också, och då när det, men det är en annan. Att avdelningen har en annan typ av, såhär, sammanhang, och då gick, när det kom in en ny patient så gick jag in och presenterade mig och talade om att jag var kurator på den här avdelningen (Nina: Mm, ja. Daniella: mm) Och att, också det här att jag kunde ha kontakter med deras anhöriga också om de ville

Nina: Mm, ja. Så kan man jobba också. (Daniella: ja)

Pia: Som en allmän presentation, eller som för alla egentligen, att man presenterar (Lisa: Ja, ja)

Nina: Det tycker jag också.

Pia: Egentligen har vi ju en skyldighet också, att just det här med anhörigperspektivet tycker jag är viktigt. Att erbjuda råd och stöd. (Daniella och Nina hummar bekräftande). Det ska ju alla få. Det ska ju inte vara en bedömning att här finns det ett behov.

Lisa: Det är ett återkommande problem, just det här att om vi, om det är en sjuksköterska som ska gå in och fråga "Vill du, prata, vill du träffa kurator?". Eh, varför ska man göra det? Man... (Pia: mmm)

Nina: Det gäller ju att kunna sälja in, eller hur?

Bodil: Här märks det hur vi har, jag jobbar inom slutenvård, det har varit min bas under större delen av mitt yrkesliv och där är frågan, som vi säger, då gör jag en bedömning, och presenterar mig, och vad gör en kurator, kan de ställa frågan, (Daniella hummar)

Lisa: och då kommer det någonting, någon förklaring som, som ofta inte stämmer överens med (Daniella: nej) då det kan bli alldeles galet (Nina: mm, mm?) Så, jag har valt att, att, att de ser oss, då kan jag ändå säga till patienten att (ohörbart), komma in och presentera mig (Nina: mm)

Daniella: Det fungerar, så gör jag i mitt, mina öppenvårdskontakter inom medicin, där presenterar jag mig för alla patienter, och sådär men inom slutenvården är det en vårdtid på två dagar och liksom

Pia: Nej, då går det inte.

Daniella: och då går det inte att presentera mig för alla patienter (Bodil: mmm, Nina: Nej)

Lisa: Som aktualiseras menar jag, av sjuksköterska eller, så att de inte känner sig utpekade, utan då brukar jag säga, generalisera

Daniella: ja, ja. Absolut.

Pia: Så brukar jag också göra.

Tilda: Många säger här, jag låg på sjukhus i Halmstad, jag hade fått utomkvedshavandeskap, alltså det var någonting jobbigt så. Och då fanns det en liten lapp på rummet, där (Nina: Ja), alltså när man gick in på rummet: "Vill du prata med kuratorn så kan du ringa det här numret." (Nina: Hummar halvt uppgivet, halvt skämtsamt) Och jag har tänkt så mycket på, så många gånger på den där lappen, tänkt: "inte ringde jag"

Pia: Vem gjorde det? Vem ringer det numret?

Tilda: Tänkt, är man i kris och mår dåligt, man är såhär (Nina: mm) inte ringer man det numret (Nina: nej, nej). Där hade jag behövt att någon kom in och sa "Hej, det är jag, (Nina: mm) - jag är kurator här."

I inledningen av samtalet uttrycker Nina idealet om att patienter ska godkänna kontakt med kurator genom annan personal, som något självklart och positivt, på samma sätt som Pernilla gjorde ovan då hon uttryckte det närmast absurda i tanken på att dyka upp "*som gubben i lådan!*" Det underförstås på detta sätt att det skulle vara svårare för en patient att tacka nej till en (fortsatt) kontakt med en kurator efter att ha fått information om kuratorns arbete av kuratorn, än att säga nej till en kontakt med kurator då frågan ställs av en annan personal. Detta även när det kan tolkas som att dessa andra, av Nina exemplifierat som läkare, inte riktigt vet vad en kurator arbetar med.

Nina vill ha patientens godkännande av att läkaren tar kontakt med henne å patientens vägnar, men det är inte alltid så lätt att få läkarnas gehör för detta arbetsätt. Frågan verkar viktig för Nina, inte minst eftersom hon framhårdar i detta ideal, trots motståndet, hon säger: "*Då har jag fått kämpa.*" Hon lyfter en potentiell förklaring till att det inte alltid fungerar genom att hänvisa till bristande förståelse från läkarna.

Nina får inte omedelbart medhåll från de andra i fokusgruppen. Tvärtom är det tyst en liten stund, varefter Nina med en lite skämtsamt och mer osäker ton säger: "*Ja, haha, jag vet inte om det är någon fler som tycker det?*" Detta avviker från det generel-

la interaktionsmönstret under fokusgruppens träffar, vilket jag tolkar som att Nina förväntat sig medhåll, men att frågan kanske uppfattas som mindre självklar för de andra än hon trott.

Pia, som är den som sedan säger något, säger inte direkt emot, hennes ton är mer föreslagande när hon ger uttryck för att läkaren i situationen Nina beskriver kanske gör en egen bedömning av att patienten behöver en kontakt med kurator. Nina nappar inte riktigt på detta, accepterar inte riktigt frågan om den egna bedömningen som en förklaring. Hon säger inte explicit emot, men återgår till den bristande förståelsen när hon fortsätter prata.

Detta åskådliggör en spännvidd i samtalet mellan idealet om patientens valfrihet och den professionella bedömningen som någonting som potentiellt skulle kunna väga lika tungt, eller tyngre än, patientens egen bedömning. En sådan fråga diskuteras dock inte i gruppen, utan Lisa lyfter istället frågan om sammanhanget, om skillnader i arbetsätt kan relateras till olika vårdformer. Pia lyfter i sin tur hur det kan vara en skyldighet att erbjuda råd och stöd till anhöriga. Hon säger det inledningsvis inte rakt ut, hon säger istället att det är viktigt för henne, men det hon säger kan tolkas som en underförstådd fråga om vad som egentligen krävs för att detta ska göras eller kunna anses vara gjort. Är det möjligt att erbjuda råd och stöd utan att presentera sig? Vem kan förmedla ett sådant erbjudande?

Lisa relaterar frågan till hur det kan vara skillnader mellan hur annan personal förhåller sig till kuratorn, och exemplifierar med hur vissa sjuksköterskor inte förstår varför någon ska ha kuratorskontakt. Nina nappar på detta, och relaterar till en upplevelse av att behöva "*sälja in*" sitt arbete hos annan personal. Detta kan analyseras som ett jurisdiktionsarbete för kuratorn, riktat mot annan personal, syftat till att få dem att föra vidare detta jurisdiktionsarbete i relation till patienterna.

Lisa säger inte emot explicit, men ger inte heller något direkt bifall. Snarare fortsätter hon att prata om hur det kan bli "*gallet*". Som jag tolkar det fortsätter hon här att tala om hur företrädare för andra yrkeskategorier kanske inte vet varför en patient ska träffa en kurator, utan kan säga: "*varför ska man göra det?*" Daniella säger, ganska snabbt, att hon presenterar sig för alla patienter hon kommer i kontakt med inom öppenvården. Inom slutenvården hinner hon inte, vårdtiderna är för korta. På detta sätt blir frågan praktiskt administrativ till sin karaktär, snarare än ideologisk eller teoretisk.

Den överordnade betydelsen som tillmäts just tid kan å andra sidan betraktas som relaterad till den vårdideologiska kontexten, där (vård)tid kan ses som en avgörande faktor för vårdens organisering (jfr Framme 2014). Detta kan liknas vid hur Estrid hanterade sitt handlingsutrymme i det föregående kapitlet, i förhållande till

huruvida aktivitetschema kom att bli en del av hennes arbetsuppgifter. Hennes hantering av handlingsutrymme föreföll flexibelt, och på samma sätt kan fokusgruppens diskussion om kontaktvägar mellan kuratorn och patienten tolkas. Det kan göras på olika sätt och kuratorn har ett handlingsutrymme som kan innebära en flexibilitet som också här relateras till tid. Det kuratorn inte bedömer att hon hinner göra, blir inte hanterat som ett problem. Det hon hinner, blir hennes arbetsuppgifter och rutiner. Också detta kan förstås som ett slags gränser för institutionens rum, som det bara är förhålla sig till.

En alternativ tolkning av fokusgruppens samtal är att det finns en professionell identitet som kurator, som ”kräver” ett gemensamt positionerande, på så sätt att deltagarna inte bara positionerar sig själva som kuratorer gentemot varandra, utan att de också positionerar sig som en grupp kuratorer. Det är emellertid inte säkert att de är överens. Det kan antas ha stor betydelse för kuratorns arbete huruvida det är hon själv eller andra som, relaterat till patienter, föreslår en kontakt med kurator. För det dagliga arbetet kan det tolkas som en fråga som i stor utsträckning kan påverka, dels vilka patienter kuratorn får kontakt med, dels relationerna mellan kuratorn och annan personal. Vem ska egentligen utföra jurisdiktionsarbete för kuratorns räkning? Hur förstår en kurator begreppet frivillighet relaterat till patienterna? Vilken blir kuratorns funktion: att som expert själv göra bedömningar, eller att underlätta för patientens eget ansvarstagande? Ska kuratorn agera passivt eller aktivt, positionera sig som innanför eller utanför sjukvården som nätverk av händer?

I fokusgruppens samtal går deltagarna inte på djupet i relation till potentiella skillnader i arbetssätt relaterat till frågan om frivillighet. Det är som om ett ideal om samsyn genom samtalet överordnas. När Tilda börjar runda av diskussionen hänvisar hon till sig själv, och en erfarenhet av att vara patient. Hennes uttalande kan tolkas som att hon positionerar sig mot idealet om frivillighet, och i synnerhet kravet på aktivitet, från patientens sida: att kontakt med kurator ska kräva ett aktivt ställningstagande eller en aktiv insats från patienten. Hon säger *”inte ringde jag”* och *”inte ringer man det numret”*. Frågan förefaller retorisk, och det är också på detta sätt jag tolkar Pias svar: *”Vem gjorde det? Vem ringer det numret?”* Som jag tolkar dem båda uttrycker de att ingen ringer, ingen kan förväntas ringa, ingen vill eller orkar ringa. En kontakt med kurator skulle, utifrån ett patientperspektiv i den aktuella situationen, kräva en annan, mer aktivt initierande praktik från kuratorn.

Tolkat på det sättet kan Pias uttryck: *”Vem ringer det numret?”*, liksom Tildas avslutande konstaterande: *”Där hade jag behövt att någon kom in”*, förstås som närmast motsatsen till Ninas inledande uttryck för idealet om patientens val. Snarare uttrycks en önskan att en kurator, om de själva vore patienter, skulle dyka upp som just en

”gubben i lådan!” Mindre komiskt uttryckt kan detta liknas vid en kurator som aktivt placerar sig själv inom räckhåll för patienten, snarare än passivt väntar på att patienten ska staka ut en sådan riktning, på egen hand orientera sig mot en kurator. En skillnad mellan ett ideal om patientens frivillighet, uttryckt genom ett självständigt val, och en önskan om en kurator som en mer aktiv gubbe i lådan tonas dock ner genom sättet på vilket deltagarna i gruppen positionerar sig i relation till varandra. En potentiell konflikt, som skulle kunna vara av stor betydelse för kuratorsarbetets utformning, kurators positioneringar och funktioner, kommer på detta sätt aldrig riktigt upp till ytan (eller ner på djupet).

På många sätt är denna dialog typisk för samtalen i fokusgruppen. Det går undan, deltagarna fyller i varandra, även om de är måna om att inte avbryta varandra. De bekräftar varandra i stor utsträckning, och även när de kan upplevas undersöka olika ståndpunkter görs det med försiktighet: subtilt och prövande, snarare än öppet kritiserande, på det sätt som det beskrivs av Haldar et al. (2015). När oenigheter artikuleras relateras de till en personlig upplevelse eller specifika omständigheter kring det egna arbetet, vilket gör dem individuella, specifika och temporära till sin karaktär. Fokusgruppen kan på detta sätt ses som en arena för att testa ståndpunkter, prova idéer mot och med varandra, positionera sig. Jag kan inte låta bli att tänka att samtalet handlar om kuratorer, men också om hur deltagarna positionerar sig som kuratorer gentemot varandra. Det är, i sig, ett uppförande av kuratorsarbete: av att förmedla intresse för varandra, förståelse, acceptans. Men också, att undvika konflikter.

Beroenden av andra

Idealet om frivillighet tolkat som patientens självständiga val i kontakten med kurator kan problematiseras av två skäl: dels blir kuratorn ofta beroende av att få remisser från annan personal, vilket kräver att dessa har kunskap, tid och lust att göra bedömningar av sådana behov, alternativt att patienten själv placerar kuratorn inom räckhåll för sig, på sin linje. Dels gör jag tolkningen att idealet om frivillighet blir knutet till kontakten mellan patient och kurator som sådan, snarare än till innehållet i kontakten. Majoriteten av kuratorerna betonar starkt att de önskar att patienterna själva efterfrågat, alternativt, som vid remiss från annan personal, tackat ja till en kontakt med kurator. Det möts som regel med missnöje när annan personal skrivit en remiss till kurator, utan att först ha frågat patienten. När ett sådant ja finns, förstår jag det dock som om kuratorerna hanterar samtycket till kontakten som ett mer generellt samtycke för de insatser eller kontakter som kuratorn i fråga sedan bedömer som relevanta. Idealet om frivillighet kan på det sättet betraktas som en fråga om form snarare än innehåll, vilket i sig kan tolkas som ett sätt att hantera den bekymmersamma

relationen mellan att vara underlättare och expert. Patienten får vara expert relaterat till kontaktens vara, kuratorn kan vara expert relaterat till insatserna inom ramen för kontakten, när den väl etablerats.

Detta sätt att förhålla sig till annan personal och/eller patienter är dock inte generellt. En del av kuratorerna använder båda strategierna parallellt. Som Daniella beskriver i fokusgruppen - inom slutenvården presenterar hon sig för alla, men inte inom öppenvården. Vissa av kuratorerna gör tvärt om, söker själv upp patienter, positionerar kuratorn som en självklar del av vården och smälter på så sätt in i de rutiner för kontakten mellan patient och personal som gäller för andra yrkesgrupper. Emma är en av dem. Hon läser patienternas journaler och söker upp dem självständigt om hon finner skäl att göra det, exempelvis om det i journalen finns anteckningar om att patienten har minderåriga barn eller saknar bostad. Denna självständighet relaterat till kontaktvägar gör henne dock inte oberoende av annan personal i arbetet. Snarare upplever hon sig som beroende av att samarbetet mellan henne och, i synnerhet, överläkaren på avledningen fungerar bra. Detta illustreras av följande dialog mellan henne och mig:

Emma och överläkarna

Jag sitter med Emma på hennes kontor. Det är efter handledning, som hon får i grupp med annan personal på avdelningen. Jag frågar Emma om arbetsuppgifterna på avdelningen.

Emma säger att läkaren skriver in och ut, ordinerar medicin och sätter diagnos. Sjuksköterskan är kontaktperson för patienterna och sköter medicineringen. Skötarna sköter omvårdnaden och delar en del medicin. Kuratorn har också arbetsuppgifter, men de måste liksom accepteras av de andra. Det finns ett beroende, i synnerhet av överläkare. "De kan lyssna, eller inte." Hon berättar att hon hade en överläkare förut som inte lyssnade på henne. Det var svårt och gjorde det omöjligt för henne att sköta sitt arbete, hon liksom bara sa "skriv ut, skriv ut!", säger Emma och liksom knäpper med fingrarna i luften. Emma gick då till vårdenhetschefen, som också är hennes chef, och bad om hjälp. Emma fick stöd därifrån och var tacksam för det.⁵⁶ Sedan slutade den överläkaren och med den nya blev det mycket bättre.

Jag frågar om det inte är nyckfullt att vara så beroende av andra individer.

⁵⁶ Tyvärr frågade jag inte henne vad chefens stöd bestod av eller vad det ledde till.

Emma hummar bekräftande.

Oavsett grad av egen aktivitet i relation till kontakten mellan Emma och patienterna blir det här tydligt att hon är beroende av annan personal. Detta skulle visserligen kunna sägas om samtliga yrkesverksamma, det skulle sannolikt vara svårt för de flesta att utföra sina arbeten utan andra. Det som särskiljer Emma från annan personal inom institutionen är dock att hennes beroende av andra inte bara handlar om att de utför sina arbeten eller att hon blir omtyckt som person, utan att hon över huvud taget ska kunna utföra sitt arbete. Inte bara hon, utan också hennes arbetsuppgifter behöver nämligen erkännas, liksom sanktioneras, av andra. Som hon beskriver det är jurisdiktionsarbetet oändligt, och knutet till relationerna mellan henne och andra individer. Ett sätt att förstå hennes uttalande: *Kuratorn har också arbetsuppgifter, men de måste liksom accepteras av de andra*, är nämligen att kuratorn saknar institutionaliserat kulturellt kapital. Hon har arbetsuppgifter, men inte utan att dessa får sin förankring genom andras kroppar. Det räcker inte att de blir bekanta, hon måste också få erkännanden, vilka hon inte gärna kan hävda för sig själv.

Att detta beroende är märkbart kommer också till uttryck i en reflekterande dialog jag har med Margareta och en av hennes kollegor, Sandra. Margareta och Sandra har just haft ett samtal med två nya underläkare, där de beskrivit kuratorns arbetsuppgifter. När underläkarna lämnat rummet sitter Margareta, Sandra och jag kvar och samtalar en stund.

Margareta, Sandra och respekten

Margareta och Sandra beskriver hur de har en känsla av att det på arbetsplatsen, yrkesgrupperna emellan, finns en respekt för varandras kompetens. De tror att det beror på den medicinska inriktningen, att den medför eller innebär ett speciellt synsätt. Egentligen tycker de generellt att de som kuratorer är "gäster i den medicinska världen" och att man inte kan "tänja den gränsen hur långt som helst." Men, just eftersom det på deras avdelning finns en grundläggande respekt behöver de inte "kriga" eller "bråka" så mycket. Ibland, säger de, kan patienter få stanna på avdelningen med hänsyn till sociala perspektiv. De tolkar detta som att sociala perspektiv, och kuratorn, har en mer självklar plats än vad kanske är fallet på andra ställen. De säger att de möter en form av respekt, exempelvis uttryckt genom att en läkare inte går in i ett patientrum om kuratorn redan sitter där och har ett samtal med patienten. De säger dock också att det "inte är tänkt att de ska passa in." De säger att de arbetar i team och att det är stor skillnad jämfört med avdelningar där kuratorn fungerar mer som konsult. De har en mer självklar plats, men de gör också många olika saker. Margareta

reta säger att de till exempel inte skulle kunna säga att de bara samtalade och inte "ansökte om färdtjänst och så", för "då skulle de andra få hjärnblödning." Hon säger också att de inte kan säga "det gör inte jag, och så gör ingen det, och så fallerar det." De berättar också att det är mycket viktigt med det personliga – att det handlar om personliga relationer. Margareta säger att "en läkare med mycket makt skulle kunna ändra mycket."

Margareta och Sandra inleder samtalet med att beskriva en generell känsla av respekt mellan yrkesgrupperna på arbetsplatsen. Detta relateras sedan till kuratorn och hennes förhållande till "den medicinska världen", där hon beskrivs som en "gäst". På detta sätt positioneras kuratorn som en yrkesgrupp som är utanför, det är "inte tänkt att de ska passa in." Denna positionering fördjupas av att det förefaller underförstått i deras samtal att de skulle kunna behöva "kriga", "bråka", om denna respekt inte fanns, och den skulle kunna saknas. Det förefaller alltså dels göras för givet att kuratorn kan behöva "kriga", dels att hennes respekt för de andra yrkesgrupperna, i synnerhet läkare, med Ackers (2006) begrepp fungerar som en självklar del av institutions ojämlikhetsregimer. I samtalet görs det nämligen underförstått att en läkare skulle kunna gå in i ett rum där en kurator och en patient har ett samtal, utan att detta skulle vara uppenbart tokigt, respektlöst eller "fel". Skulle det vara så, skulle det vara något kuratorn fick förhålla sig till, genom att anpassa sitt arbete, "en läkare med mycket makt skulle kunna ändra mycket."

Detta diskuteras inte enbart i förhållande till kuratorns position relaterat till läkaren, utan också till kuratorns arbete med patienter, vilket blir tydligt när Margareta säger att hon inte skulle kunna säga att hon inte arbetade med att söka färdtjänst. Inte, åtminstone inte enbart, för att detta inte skulle matcha patienternas bekymmer eller hennes kompetens, utan för att annan personal då skulle "få hjärnblödning." Arbetsuppgifterna relateras också till annan personal, då hon ger uttryck för hur hon väljer vad hon ska göra. Det handlar då inte enbart om hennes egna bedömningar av patienternas bekymmer, utan om vad de andra inte gör, ("gör ingen det, och så fallerar det.") En sådan funktion kan liknas vid den Craig och Muskat (2013) beskriver som vaktmästare, det vill säga den som fyller hål- eller tomrum skapade i och av andras arbete.

Relaterat till kuratorns jurisdiktionsarbete blir det nu än mer komplicerat. När Sjöström (2013) formulerar två strategier för detta arbete på policynivå hämtar hon begreppen från zoologin. Den ena strategin fungerar genom att djuret ifråga sticker ut, agerar/fungerar aposematiskt, kontrasterar mot omgivningen. Den andra strategin beskrivs som mimetisk: försök att smälta in, kamouflera sig, imitera omgivningen. Som idealtyper fungerar denna beskrivning, i synnerhet relaterat till Sjöströms

(ibid.) fokus på professionella organisationer och deras övergripande arbete med professionaliseringsstrategier. I det vardagliga arbetet förefaller relationerna mellan försöken att smälta in respektive sticka ut i förhållande till den medicinska kontexten snarare karaktäriseras av kontinuum, där kuratorerna positionerar sig på en glidande skala av utanförskap och innanförskap, liksom av aktivitet och passivitet relaterat till institutionens vardagliga liv. Inte minst beror detta på hur de förhåller sig till en föränderlig omgivning, vilket i ena stunden kan vara en havsbotten, i andra stunden en djungel, i tredje stunden ett arktiskt landskap. Läkare kan till exempel ha *”rätt perspektiv”*. Eller inte.

Graden av försiktighet eller känslighet i denna typ av jurisdiktionsarbete kopplar Heaphy (2013) till arbetets kontext för patient advocates, i hennes fall i första hand relaterat till sjukhusets typ och huruvida detta innebär ett starkare fokus på patientens eller läkarens position. Några sådana generella skillnader mellan olika former av vård kan jag inte se i de sammanhang jag undersökt. De sjukhustyper Heaphy (ibid.) beskriver återfinns inte heller i en svensk kontext. Här verkar kuratorns jurisdiktionsarbete i större utsträckning relateras till individuella yrkesföreträdare, i synnerhet läkare, och deras förhållningssätt till socialt arbete: *”De kan lyssna, eller inte.”* Men också sjuksköterskor, som kan säga: *”Eh, varför ska man göra det?”* (träffa en kurator). Jurisdiktionsarbetet knyts alltså till kontakter mellan individer, och till kvaliteten på dessa kontakter, eller de sociala kapital kuratorn har möjlighet att bygga upp i form av bekantskaper och erkännanden: *det handlar om personliga relationer*. En del av kuratorns arbete kan med andra ord sägas handla om att skapa och understödja (goda) relationer mellan yrkesföreträdare, både som en arbetsuppgift i sig, som ett klister för ett nätverk av händer, men också som ett medel för kuratorn att bygga socialt och förkroppsligat kulturellt kapital, som hon sedan kan använda som resurser i sitt arbete.

Kollektiviteten i linjer

Dessa relationsbaserade resurser, och deras inbyggda ambivalens, kan analyseras med hjälp av Ahmeds (2006b:134) beskrivning av kollektiviteten i linje-begreppet: “Becoming a 'part' of an institution, which we can consider as the demand to share in it, or even have a share of it, hence requires not only that we inhabit its buildings, but also that we follow its line: we might start by saying 'we': by mourning its failures and rejoicing in its success”. Ahmed betonar också hur formerandet av en grupp, ett vi, är länkat till en upprepad och delad orientering i förhållande till objekt i omvärlden.

Att bli en del av en institution kan alltså betraktas som förknippat med ett pris. Det krävs att du anpassar dig, smälter in eller assimilerar dig, blir en del av institu-

tionens ”vi”. Ett sätt att göra detta är att understödja organisationens specialiseringslinje, se till att annan personals avgränsade orientering i förhållande till patienterna fungerar, utan distraktioner. Lyckas du med detta kan vissa vinster uppnås, som tillgång till resurser i form av socialt och förkroppsligt kulturellt kapital, vilka kan omsättas i arbete. Att det för kuratorerna kan handla om arbete riktat mot annan personal: deras ångest eller inbördes konflikter, kan också begripliggöras genom detta krav på anpassning till ett institutionens vi. Detta vi utmanas nämligen av konflikter, som kring Allans skrik och utformningen av arbetet med honom, eller som kring tolkningen av hur hemtrevligt det egentligen ”får” göras på ett patientrum. Hur många växter är det ok att ta med sig? Vad tycker ”vi” om det? Men det handlar kanske framför allt om hur ett vi repareras när vi tycker olika.

En komplicerande faktor i förhållande till kuratorn är att det inte är givet att en kollektiv identitet som kuratorer harmonierar med en kollektiv identitet för institutionen. Detta kan istället vara en relation karaktäriserad av konflikt. Detta uttrycks när Ingela och hennes kollega beskriver och resonerar kring kuratorns arbete. För att friska upp minnet återkopplar jag till utdraget:

Kollegan beskriver hur det har blivit ”sjögång” bland sjuksköterskor och undersköterskor och att kuratorn då får gå in och ”kompensera upp.” Ingela kompletterar och säger att de (kuratorerna) behöver skydda patienterna. Vi är ”patienternas advokater.” Men, vi behöver också skydda oss, så att vi inte ”får en anmälan i onödan.”

Kuratorer positioneras i detta sammanhang som ett ”vi” som behöver skydda patienterna, genom att kompensera upp för den ”sjögång” som de upplever bland sjuksköterskor och undersköterskor. I relation till denna sjögång beskriver Ingela kuratorer som ”*patienternas advokater*.” På detta sätt positioneras kuratorerna som ett vi, på patienternas sida, närmast i motsättning till övrig personal, i en funktion som kan liknas vid Craig och Muskats (2013) begrepp utmanare. Kuratorn blir här en hand för patienten, riktad mot sjukvården som nätverk av händer. Detta är dock inte det enda vi, den enda kollektiva identifiering som görs. Direkt efter denna positionering, som ”*patienternas advokater*”, följer nämligen ett annat vi, då kuratorerna positioneras som en del av ett vi som behöver skyddas, från risken att patienterna anmäler sjukvården. Här positioneras kuratorn alltså istället som en del av sjukvårdens nätverk av händer, mot patienten. Den funktion som här framträder kan liknas vid klister, i detta fall genom att hålla ihop en institution, i relation till patienterna och deras potentiella klagomål. Noterbart är då att Ingela beskriver en risk att få en ”*anmälan i onödan*.” Att hjälpa en patient artikulera just en sådan anmälan skulle kunna förstås

som att fungera som utmanare, att ställa sig på patientens sida och hävda patientens rättigheter i relation till vårdens utformning. Kuratorn positioneras på detta sätt på samma gång som den som ska skydda både patienternas och institutionens intressen, när dessa två är i konflikt.

I dessa lägen är det inte självklart vad som är att betrakta som ett avsteg från linjen eller vem det är som gör ett avsteg. Det är istället, vilket Göransson (2012:26, 268) konstaterar, med nödvändighet en empirisk fråga. Det är inte heller självklart vad som är att betrakta som ett gott utfört arbete. Hur sörjer ”vi” ett misslyckande eller gläds åt en framgång, när ”vi” är advokater och åklagare samtidigt?

Sammanfattande reflektion

I kapitlet har jag vänt blicken mot kuratorn i förhållande till annan personal och de sjukvårdande institutionerna. Detta har dels diskuterats i relation till hur kuratorns arbete kan ses som riktat mot dessa som mottagare, dels till hur kuratorn utformar sitt jurisdiktionsarbete.

Det arbete kuratorn riktar mot annan personal förstås som avgränsande och avlastande, vilket diskuteras i förhållande till hur kuratorerna responderar på situationer som kan komma att skapa distraktioner för de andras arbete. Dessa distraktioner kan både relateras till hur personal reagerar på patienters eller anhörigas situationer eller beteenden, men också till konflikter i arbetsgrupper eller otålighet med socialtjänstens handläggning. På detta sätt framträder ett slags organisationens specialiseringslinje, som kuratorerna understödjer genom att hantera de objekt eller subjekt som riskerar att leda den andra personalens uppmärksamhet i ”fel” riktning. Kuratorns arbete i förhållande till annan personal förstås som ett sätt att påverka deras orientering, hur de riktar sina fokus i arbetet. Detta betraktas i sin tur som ett sätt att hantera, men också bibehålla och skydda, gränserna för institutionernas rum. Kuratorns funktion beskrivs som klistor, vilket håller ihop både individer (patienter och personal), arbetsgrupper, behandlingsplaner och hela institutioner. Kuratorns arbete kan alltså betraktas som riktat mot sjukvården som nätverk av händer, där mottagarna för arbetet kan vara såväl enskilda händer som hela nätverket.

En sådan avlastande och avgränsande funktion för annan personal känns igen från de förväntningar som uttrycktes på kuratorn i samband med yrkets tillkomst. Funktionen är också vanligt förekommande. I det vardagliga arbetet förefaller den emellertid ofta förknippad med ett visst mått av hemlighetsmakeri och subtila förhandlingar, genom vilka arbetsuppgifterna som förknippas med den blir vagt formulerade. I kapitlet har detta diskuterats i förhållande till kuratorns resurser, med hjälp av begreppet kapital. Fokus har vilat på kuratorns användning av förkroppsligat

kulturellt och socialt kapital, genom vilket hon kan få arbetsuppgifter, tack vare en relativ assimilering i miljön och upparbetning av relationer. Dessa kapital gör kuratorn beroende av att kunna smälta in i den sjukvårdande kontexten och skapa och underhålla goda relationer till annan personal. Hennes jurisdiktionsarbete utgår från en användning av den egna kroppen, relaterad till andra individer. Jurisdiktionsarbetet är försiktigt och underordnande till sin karaktär, kopplat till förhållanden i den specifika situationen, vilket ger det en temporär karaktär.

Kuratorns beroende av annan personal, liksom närmast personliga relationer, ställer henne i ständigt förhållande till institutionens ojämlikhetsregimer, dels då arbetsuppgifterna måste erkännas av annan personal, dels då hon blir beroende av hur annan personal, i synnerhet läkare, förhåller sig till socialt arbete: *"De kan lyssna, eller inte."* De kan ha *"rätt perspektiv"*, eller bara säga: *"skriv ut, skriv ut!"* Detta beroende kompliceras ytterligare av att många kuratorer placerar annan personal mellan sig själva och patienterna, antingen då de med hänvisning till ett starkt ideal om patientens valfrihet kräver, eller på grund av arbetets tidsramar blir beroende av, att annan personal förmedlar kontakten mellan kuratorn och patienten. Kuratorn blir då beroende av att andra jurisdiktionsarbetar å hennes vägnar.

På detta sätt växer bilden fram av en yrkesgrupp som positioneras som en del av flera "vi:n", vilka kan rikta uppmärksamheten åt olika håll. Kuratorn kan dels förväntas vara ett vi tillsammans med patienten och då anta en utmanande funktion mot sjukvården som nätverk av händer. Hon är samtidigt beroende av att annan personal uppfattar henne som en del av sjukvården som nätverk av händer. Detta innebär att kuratorn kan hamna i situationer där hon fungerar som något av en advokat och åklagare samtidigt, i fall där det dessutom är oklart vem det är som är åtalad. Dessa positioner hanteras i det vardagliga arbetet genom hur kuratorn balanserar mellan ett innanför- och utanförskap, liksom genom ett visst mått av hemlighetsmakeri i arbetet. Detta hemlighetsmakeri kan innebära möjligheter att både skapa relationer och arbete, exempelvis med handledning eller konflikthantering, utan att detta egentligen tydliggörs. Kuratorn kan hantera ett förhållandevis stort handlingsutrymme på ett till synes flexibelt och självständigt sätt. Men det relativa hemlighetsmakeriet gör det samtidigt svårt att förankra arbetet som institutionaliserat kulturellt kapital, bortom, eller utöver, den enskilda situationen och de individer som berörs. För att fördjupa diskussionen om hur dessa förhållanden påverkar arbetet kommer jag i nästa kapitel att vända fokus tillbaka mot kuratorns arbete med patienter.

6. Följsamhet och förlängda armar

I tidigare kapitel har jag behandlat hur kuratorn riktar sitt arbete mot såväl patienter som annan personal, och att hon positionerar sig och positioneras av andra på många olika, ibland konfliktfyllda sätt. I detta kapitel kommer dessa förhållanden att fördjupas, genom att åter rikta blicken mot kuratorns arbete med patienter. Genom exempel från bland annat fokusgruppens samtal berörs också kuratorernas reflektioner kring arbetet.

Det inledande empiriska exemplet handlar om kuratorn Cecilia, och ett samtal hon har med en patient, Olle. Efter deras samtal har Cecilia och jag en reflekterande dialog medan vi traskar genom korridorerna. Utdraget är långt, men återges i sin redigerade helhet. Analysen inleds sedan med ett fokus på arbete med samarbete. Därefter används såväl nya som redan använda empiriska exempel för att fördjupa analysen. Bland de begrepp som används märks exempelvis linjer och avsteg, men också reorientering och frågan om symbolisk makt och/eller frigörande potential. I slutet av kapitlet länkas begreppen samman genom en diskussion som tar utgångspunkt i hur kuratorerna i fokusgruppen diskuterar den ambivalens som förknippas med kuratorns skilda positioneringar.

Cecilia och Olle, som har fått trycksår

Jag står bakom Cecilia på hennes kontor när hon ringer avdelningen angående Olle. Jag hör inte riktigt vad som sägs, men Cecilia säger, efter att hon lagt på, att vi ska gå upp på avdelningen.

Cecilia går in i rummet där Olle är. Jag väntar i korridoren. Efter en liten stund, som känns ganska lång, kommer Cecilia ut i korridoren. Hon säger att Olle godkänt att jag kan vara med. Jag följer med henne in i hans rum, hälsar och sätter mig på en pall längst in i ena hörnet av rummet. Han sitter framför sängen, mitt i rummet. Cecilia sätter sig på en stol mitt emot honom, drygt en meter från honom.

Olle är ca 50 år gammal tror jag, även om det är mycket svårt att bedöma. Han sitter i rullstol och har på sig mjuka privata kläder i mörka färger. Det ser trångt ut i stolen, som om den är för liten. Cecilia sitter lite högre upp, stolen är högre än hans rullstol. Hon har på sig arbetskläder i ljus blåa färger, lite pyjamaslikt. Hon sitter lite framåtlutad och ser intresserad ut, huvudet lite lutat nedåt, lik-

som redo. Hon riktar sig mot honom med blicken hela tiden. Han ser lite mer disträ ut, även om han ser på henne hela tiden.

Hon säger att hon tycker att det är skönt att se honom uppe. Att det gör något. För henne i alla fall. Han säger ja, har fått mer smärtstillande. Men kanske är det för mycket? Han känner sig konstig, flummig. Han vet inte, kanske är det en vanesak. Cecilia frågar, flummig, på vilket sätt? Han säger: liksom full.

Hon frågar om det varit vårdplanering idag. Olle svarar ja och hon frågar vilka som var med. Han säger att det var kommunens sjuksköterska, biståndsbedömare och "folk härifrån lasarettet." Cecilia frågar om det var en sjuksköterska. Han säger att han inte vet, han har aldrig haft ett sådant möte förut. Cecilia frågar om de inte presenterade sig. Han säger jo, men...

Cecilia frågar hur det kändes, om det var positivt. Olle säger jo, kommunen var bra faktiskt. De ringde sedan, han kan komma hem imorgon. Men, läkaren sa fredag. Det var något om en provtagning. Men, de får ta det imorgon då, han stannar inte en dag extra.

Cecilia frågar om det ska bli skönt. Olle svarar: "jävligt skönt faktiskt."

Cecilia säger att förra gången de sågs, då låg han under täcket (hon visar med händerna framför ansiktet, liksom nedbäddad). Han säger att det är bättre.

Hon frågar vad de bestämde. Om han ska hem imorgon. Olle säger att det inte är klart härifrån, men klart från kommunen. Cecilia säger, det blir Nanna?⁵⁷ Han säger ja, och hjälp med såren, men det blir nog också Nanna, åtminstone efter ett tag. När hon har lärt sig.

Cecilia frågar vad det innebär för honom att komma hem. Olle säger "Skönt att slippa detta dårhus." Cecilia säger, eller frågar, "så det känns?" Han säger ja. De springer bara runt. Kan ingenting. Det andra sjukhuset var ok, men "det är brist på folk, det är det det handlar om." Cecilia säger "Ja, det kan vara så. Tråkigt att du har den upplevelsen." Han säger: "Klart jag har." Tre sår, i onödan. Det kommer han att dras med i ett halvår. Klart att han inte är glad. Cecilia säger nej.

57 Olles partner.

Jag tycker att han låter lite arg på rösten, men kanske framför allt disträ, eller neutral. Eller uppgiven? Hans kroppsspråk är liksom så oengagerat, eller icke-existerande. Han är så stilla i stolen och ansiktsuttrycken är så utslätade.

Olle säger att han måste anmäla. Att de sagt det på det andra sjukhuset. Att han kan få ersättning. IVO.⁵⁸ Blir väl patientförsäkringen. Cecilia säger: "men det har du koll på, hur man gör?" Han säger "Ja, inte svårt." Cecilia säger: "Sen ska Amanda också anmäla." Olle säger va? Cecilia säger: Amanda, läkaren. Han säger ja, hon har sagt att hon har, men säger ibland att hon ska. Han vet inte. Cecilia säger, bestämt: "Jag säger att hon ska." Han säger att han inte bryr sig.

Cecilia frågar om det känns bättre nu. Olle svarar ja. Cecilia frågar om det är något mer hon kan göra. Han säger nja. Det var en sjuksköterska, Nina tror han att hon hette. Hon var riktigt dum faktiskt. Cecilia säger "ja?", liksom lite frågande och som ett underförstått tecken på att han ska utveckla sig. Olle säger att hon sagt att det var han som bett om en skumgummimadrass. Hon ljög. Han sa att han bett om luftmadrass och vändschema. Hon "ljög mig rakt upp i ansiktet." Cecilia säger att det är "bättre att be om ursäkt." Olle säger ja, och sedan var det frukosten. Han sover länge. Men frukosten stod här klockan 10, sedan 8.30, med mjölk och allt. En "provokation." Men han blev inte arg, tänkte att hon inte var värd det. "Jag åker, hon har sitt jävla skitjobb." Hon sa: "Men du sa att du ville ha" (frukost). "Men jag sover så hårt, vet inte vad jag sagt. Har sagt hundra gånger att jag sover länge."

Cecilia säger att hon beklagar, att det är tråkigt. Är det något han vill att hon ska framföra? Olle säger nej, han "skiter i det." "Som när jag sa att de inte skulle ränna. Då kom ingen." Cecilia säger, med lite skämtsam ton att: "Nej, lite väl effekt." Han säger att de inte kan ta konflikter.

Cecilia frågar om det är bättre nu. Olle säger att, bara det inte blir något, att han behöver åka in igen. Cecilia frågar om det är bättre hemma. Där kan han bestämma själv, vad och när han ska äta. Han säger ja. "Här ska det bara, deras regler." Frukost klockan 8, oavsett.

Cecilia: "Du har känt dig kontrollerad." Olle säger ja.

De hummar lite och det känns som om samtalet är på väg att avslutas. Cecilia säger efter en stund "lycka till." De säger båda hej då. Jag hälsar på Olle igen, tar i hand, och tackar för att jag fick vara med. Han hummar lite till svar. Jag och Cecilia lämnar rummet.

Jag hänger efter Cecilia när hon i rask takt åter går till sitt kontor. Hon säger, spontant, att hon tycker att det är svårt. Att hon får en "mellanposition". "Jag försvarar ju inte personalen, eller kanske gör jag det?" Hon säger att hon tycker att det är "svårt att tro att det är så illa som han säger." Att de vill honom illa och ljuger honom rakt upp i ansiktet. Hon säger att det hon kan göra är att lyssna på hans berättelse. Att det bara är den hon har. Hon har talat med personalen om att inte tjata på honom. Att det var det han menade när han berättade att de "inte skulle ränna." Han tyckte tidigare att de kom in på hans rum hela tiden. Efter det kom ingen alls.

Jag frågar om detta är en vanlig situation för Cecilia.

Cecilia svarar nej, det är inte vanligt att hon får framföra kritik. Det är mer informationsutbyten. Men, i detta fall mottogs det bra hos personalen när hon sa att han inte ville att de skulle tjata.

Jag säger att Olle inte direkt ger intryck av att vara så följsam. Jag frågar om det är ovanligt.

Cecilia säger ja, det är det. Men, han har fått trycksår och han tycker att det är personalens fel. Det blev liksom fel från början. Hon säger att han är lite obstinat, men ändrar sig snabbt och säger, "eller obstinat vet jag inte, men..." Hon säger att de hade gjort ett schema för att han skulle få vara delaktig, men då följde han inte det. Då skrev avdelningspersonalen en remiss till Cecilia, att han verkade nedstämd. Hon kom, men till henne har han mest sagt att han vill komma hem.

Jag säger att jag tycker att det är intressant att höra hur hon tänker kring den position hon får här, som hon beskriver som en mellanposition. Hon säger att den är svår och ovanlig. Jag säger att jag inte tycker att den verkar så ovanlig, det verkar för mig lite likt den position hon fick mellan en patient tidigare idag

och kommunens konsumentrådgivning, att hon förmedlar, länkar, medlar, överför information, kollar av.⁵⁹

Cecilia säger att ja, som förlängd arm så. Men, det är oftast externt. Det är en annan situation med en potentiell skada i vården.

Ja säger att jaha, så det ovanliga är att det är internt?

Cecilia svarar ja, men säger också att hon inte upplever sig som "mellan." Hon ser det mer som att hon är "patientens förlängda arm". En förlängd arm för eller från patienten. Men hon tycker ändå att det är lite lättare när det är på avdelningen. På mottagningen skulle det vara ännu svårare, där har hon tätare relationer med personalen och en starkare känsla av att det är "min klinik."

Arbete med samarbete

Olle är inlagd på en avdelning där Cecilia arbetar som kurator. Cecilia fungerar som en konsult på avdelningen och går dit först när någon annan bedömt att en patient behöver träffa kurator. Olle förväntas inte vara kvar på avdelningen mer än ytterligare några dagar, därefter ska han få hjälp i hemmet, av sin partner och av hemtjänsten, liksom inledningsvis också av hemsjukvården. I huvudsak förefaller denna utskrivningsplanering vara klar. Cecilia har, mig veterligen, inte varit inblandad i detta arbete. Hon frågar istället Olle: *om det varit vårdplanering idag?* Det är möjligt att Cecilia redan vet om detta och använder frågan som ett sätt att få igång ett samtal, men det uttryckta skälet för hennes besök är inte ett potentiellt bekymmer med planeringen eller koordineringen av vårdens olika insatser i relation till utskrivningen.

Cecilia söker istället upp Olle efter att ha fått en remiss från annan personal på avdelningen avseende stöd för Olle relaterat till en eventuell nedstämdhet. Cecilia berättar om remissen med en ton av självklarhet. Att avdelningspersonalen uppmärksammat en nedstämdhet hos Olle och förmedlat detta till Cecilia kan alltså ses som att det finns en överenskommelse på avdelningen om att patienternas nedstämdhet kan hanteras som problem för en kurator. Med utgångspunkt i Butlers (2009b) ter-

59 Det som hände var att Cecilia inte tyckte att konsumentrådgivaren fattat rätt beslut då hen inte velat hjälpa en patient med en överklagan. Patienten uttryckte missnöje med denna bedömning. Jag och Cecilia diskuterade då hur hon kunde ringa konsumentvägledaren och patienten och samtala med dem båda, men egentligen inte påverka konsumentrådgivarens beslut eller ärendets framtid. Det hon kunde göra var att förmedla information och förklara för patienten hur konsumentrådgivaren resonerat. Hon kunde ta sig tid för samtal, snarare än påverka eller fatta beslut.

minologi kan remissen till Cecilia tolkas som att Olle, av annan personal, gjorts till ett sårbart subjekt. Han förefaller nedstämd och bör få hjälp med detta. På detta sätt kan annan personal sägas ha responderat med de medel som står dem till buds, då de påkallat Cecilias uppmärksamhet.

Remissen kan också ses i ljuset av yrkesgruppens historia, exempelvis genom hur ett av de syften som uttrycktes vid anställningen av den första kuratorn var att fungera som ”stödkontakt för patienterna” (Olsson 1999:88). Cecilias fokus i inledningen av samtalet kan vidare tolkas som att också hon gör Olle till ett sårbart subjekt, inte minst relaterat till hur hon uttrycker att hans situation väcker affekt hos henne, *hon tycker att det är skönt att se honom uppe. Att det gör något. För henne i alla fall*. Detta kan ses som ett uttryck för att det finns ett levtt liv här, som både kan förloras och hjälpas att blomstra. Det är också mot Olle och hans upplevelser kring den aktuella situationen Cecilia i inledningen av samtalet riktar sitt fokus. Hon frågar honom hur han mår, liksom i relation till vårdplaneringen, *hur det kändes?* En kroppslig betoning på Olles sårbarhet skrivs fram i samtalet, den länkas till relationerna mellan Olles kropp och objekten i rummet, *förra gången de sågs, då låg han under täcket (hon visar med händerna framför ansiktet, liksom nedbäddad)*. Denna betoning kan förstås som att Cecilia gör Olle till ett subjekt som på grund av sjukdomsupplevelsen blivit av med sin bekvämlighet, ett subjekt som med Ahmeds (2007:160f) ord ”loses its chair”,⁶⁰ vilket på svenska skulle kunna uttryckas som att mattan har ryckts undan från fötterna.

Att rikta fokus mot Olle, hans kropp och hans upplevelser, kan vidare förstås som att Cecilia gör Olle till ett subjekt som försatts i ett avsteg från en livslinje som skrivs från en position bredvid honom. Ahmed (2006b:157) beskriver ett sådant avsteg som en kullkastning, en desorientering eller disharmoni, en osäkerhet, utan den förankring en linje bär genom sin historia, sitt nu och sin framtid. Ett avsteg behöver dock inte vara permanent. En känsla av säkerhet kan uppnås igen, om kroppen lyckas reorientera(s) i tingens ordning, om kroppen återanpassas, vilket kan upplevas som en återfunnen trygghet, säkerhet, bekvämlighet. Om reorienteringen inte lyckas, och det är inte givet, förloras upplevelsen av, eller tilltron till, tillvarons fasta konturer, vilket kan upplevas som en rädlöshet, vilshenhet och osäkerhet. Det är på detta sätt Ahmed förstår en kris.

Mot en sådan framskrivning av Olle som ett sårbart subjekt, försatt i en utsatt belägenhet, kan ett bekymmer i form av en nedstämdhet tecknas, vilket kan göras till problem för en kurator att hantera, med hjälp av en bot som riktar fokus mot Olles

60 Ahmed (2007:160-161) refererar i sammanhanget till Franz Fanon: “For the black man consciousness of the body is ‘third person consciousness’ and the feeling is one of negation (Fanon 1986: 110)”.

känslomässiga hantering av situationen. Cecilias arbete kan förstås som att hjälpa Olle sluta det avsteg som uppstått, att åter nå en upplevelse av trygghet, av reorientering, i förhållande till hans livslinje. Arbetet kan betraktas som ett krisstöd, eller med Isakssons et al. (2017:609) ord som ett arbete med fokus på att "facilitating adjustment to the illness". Ganska snart i Cecilias och Olles samtal flyttas dock fokus från Olle för sig till Olle i relation till personalen och sjukvården. Till mig säger Cecilia att Olle framför allt uttryck att "*han vill komma hem.*" Bekymret hon tecknar får alltså inte form av en nedstämdhet lokaliserad i Olle, utan snarare av en Olles önskan att skrivas ut, relaterat till ett missnöje med vården och villkoren för patientskapet.

Cecilias arbete blir mer komplicerat än att bara handla om ett understöd i förhållande till Olle och hans livslinje. Olle skrivs också fram som i o-fas med många objekt i rummet, inte minst i form av övrig personal, men också i form av exempelvis madrasser och mjölk. De ord han själv och Cecilia använder för att beskriva dessa relationer är exempelvis "*kontrollerad*", "*ljög mig rakt upp i ansiktet*", "*[s]könt att slippa detta dårhus*" och en "*provokation.*" Det förefaller inte föreligga några hinder på väg mot en horisont i form av en snar utskrivning, snarare det motsatta. Olle säger: "*kommunen var bra faktiskt. De ringde sedan, han kan komma hem imorgon.*" Olle förefaller inte heller vilja komma tillbaka till avdelningen för att ställa fler frågor eller efterfråga hjälp av "fel" sort, istället säger han: "*bara det inte blir något, att han behöver åka in igen.*" Bekymret förefaller snarast länkat till relationerna mellan Olle och avdelningens personal, som inte verkar fungera på ett förväntat sätt.

Dessa relationer lyfter också Cecilia som en av anledningarna till att hon har kontakt med Olle. "*Hon säger att de hade gjort ett schema för att han skulle få vara delaktig, men då följde han inte det.*"⁶¹ Det finns alltså ett ideal om delaktighet, att vården ska ha form av ett samarbete mellan patienten och personalen, men det framgår också att ett bekymmer med detta samarbete kan göras till ett problem för en kurator. Hur Olle blir begriplig som subjekt i dessa relationer framträder i Cecilias reflektioner kring situationen, efter samtalet. Hon säger då till mig att: "*han är lite obstinat, men ändrar sig snabbt och säger, 'eller obstinat vet jag inte, men...'*" Jag har då visserligen tidigare sagt att jag fått intryck av att han inte är så följsam, men vårt samtal inleds med att hon, spontant, börjar tala om relationerna mellan Olle och personalen och att hon "*tycker att det är svårt.*" Hon säger sedan också att "*[d]et blev liksom fel från början.*" När hon talar om Olle som potentiellt obstinat kan detta alltså förstås som i relation till det sätt på

61 Jag frågade inte Cecilia vilka som avsågs när hon beskrev hur "de" gjorde ett schema, eller hur hon upplevde att detta gick till. Vad var det Olle skulle vara delaktig i? Detta är bara en av de situationer jag i stunden inte riktigt hann med att tänka, samtidigt som jag skuggade.

vilket han förhåller sig till vårdens utformning och hur han förväntas anpassa sig efter denna. Det är i relation till detta det blir, mer än han i sig är, fel, svår eller obstinat.

I relation till vårdens utformning skrivs Olle fram som den som gör avsteg från de implicita överenskommelserna för (sam)arbetet. Detta leder till en obekvämlighet, som erfars av både honom och personalen på avdelningen. Det finns inte ett smidigt flöde i relationerna, rörelserna eller rummet: varken för honom eller för personalen. Detta kan i sin tur förstås som ett skapande av ett slags grus i maskineriet inte bara för Olle, utan också för personalen, vars bekvämlighet i vårdens vardagliga rutiner förutsätter att de kroppar som utgör råvaran träder in i bakgrunden, anpassar sig, orienterar sig efter de linjer som förutsätts och som leder mot en förväntad avkastning.

Liksom i exemplen i föregående kapitel, där Ingela, Helle och Ann-Sofie arbetade med personalens orientering i förhållande till sjukvårdens specialiseringslinjer, framträder här inget specifikt framtidsscenario utan ett slags negation, en frånvaro av problem. Linjen fokuserar också här på ett bibehållande av lugn, ett undvikande av konflikter. Dessa linjer framträder som tydligast när de inte längre följs, när det blir avsteg. Om kuratorn i föregående kapitel kan förstås som den som understödjer annan personals arbete i förhållande till specialiseringslinjer, kan det här sägas framträda hur hon riktar arbetet mot att påverka patienten att göra det samma. Om vården ska vara specialiserad (och effektiv), måste också patienterna göras följsamma.

Ett icke-följande av ett schema för delaktighet kan på detta sätt tolkas som ett avsteg. Som Ahmed (2006b) tydliggör kan det nämligen inte tas för givet att kroppar orienterar sig efter linjer självmant. Hon menar snarare att kroppar pressas in i linjer, då linjerna fungerar som normativa lagar som reglerar och medlar de sätt på vilka vi bli begripliga som subjekt. Remissen till Cecilia kan tolkas som att den andra personalen nått sina gränser för hur de kan pressa Olle. De har, så att säga, kommit till vägs ände och Cecilia kan förstås som det handlingsutrymme de tar till när de är i behov av en bemästringsmekanism (jfr Lipsky 1980/2010:78), en funktion som kan hjälpa dem att hantera Olle.

Det blir därför inte enbart en förmodad nedstämdhet hos Olle som formuleras som ett problem för Cecilia, utan också ett bekymmer i samarbetet mellan Olle och avdelningens personal. Både Olle och samarbetet mellan honom och personalen hanteras som sårbart av Cecilia. Cecilia svarar på båda sårbarheter, från en position där hon förhåller sig till både Olles livslinje och sjukvårdens effektivitets- och specialiseringslinjer. Detta är ingen enkel plats, utan snarare en plats präglad av ambivalens, eftersom de olika linjerna förefaller vara på kollisionkurs. *”Jag åker, hon har sitt jävla skitjobb.” Men, läkaren sa fredag. Det var något om en provtagning. Men, de får ta det imorgon då, han stannar inte en dag extra.*

Relaterad till en sådan ambivalens kan en jämförelse göras mellan Cecilias arbete med Olle och Estrids arbete med Kornelia i avhandlingens fjärde kapitel. Estrid har då redan kontakt med Kornelia i relation till planeringen av hennes utskrivning, när det uppkommer en situation som kan innebära en risk för ett avsteg på vägen mot utskrivning. Kornelia ifrågasätter socialtjänstens beslut om två dagars boendestöd/vecka och ber Estrid vara med när hon ringer socialsekreteraren. Kornelia beskriver denna önskan i förhållande till en oro för att vara "besvärlig". Denna besvärlighet kan ses som relaterad till den press att följa linjerna som Ahmed (2006b) skisserar. Estrid går Kornelia till mötes, och sitter bredvid när Kornelia ringer. Estrid positioneras på detta sätt bredvid Kornelia. Från en sådan position kan hon stödja Kornelia. Av situationen blir det emellertid inte riktigt något avsteg, det blir inte besvärligt. Det blir istället en ganska stillsam ny ansökan om boendestöd, fyra dagar i veckan. Detta harmonierar bättre med socialsekreterarens handlingsutrymme och tar kortare tid att handlägga jämfört med en överklagan av det tidigare beslutet. Kornelia ger också uttryck för att detta ligger mer i linje med hennes önskemål, hon säger: *Fyra dagar hade varit ok*. Ett lika "lätt" slutet avsteg, en smidig reorientering, blir det inte i relation till Cecilias arbete med Olle. Här blir det istället *svårt*. Liksom Kornelia är den som ger uttryck för att inte vilja vara "besvärlig" är det Olle som ger uttryck för motsvarande: *Han säger att de inte kan ta konflikter*. Men det kanske Cecilia är den som kan?

En parentes om en madrass

Frågan om madrassen är sannolikt inte en fråga för Cecilias arbete, då det kan antas ligga utanför hennes jurisdiktion att ha kunskaper om, och ansvar för, att välja lämpliga madrasser åt patienterna. Hennes samtal med Olle utgör ändå en intressant iakttagelse av relationerna mellan Olle och avdelningens övriga personal, av Cecilias arbete och det som blir *svårt*. Detta inte minst relaterat till hur hon hanterar när förväntningarna på hennes arbete kan antas vara präglade av ambivalens.

Olle har fått trycksår, om detta råder det inte oenighet. Trycksåren kan antas vara orsakade av att han legat förhållandevis stilla, länge, med ett högt tryck på ett visst ställe på kroppen.⁶² Sannolikheten att trycksåren utvecklats förutsätts i hans berättelse vara relaterat till vilken madrass som använts, vilket tydliggörs av följande:

62 Trycksår orsakas av lokal syrebrist som leder till vävnadsskada. Primära orsaker till trycksår är framför allt tryck, skjuvning och friktion och/eller en kombination av dessa faktorer. Risken för trycksår ökar om det tryckutsatta hudområdet utsätts för fukt och temperaturförhöjning. Patientens tyngd i kombination med underlag och tiden för trycket påverkar uppkomsten av tryckskador i hud och underliggande vävnad. (www.vardhandboken.se Sökning på "trycksår" genomförd 180329).

Olle säger att hon (sjuksköterskan) sagt att det var han som bett om en skummimadrass. Hon ljög. Han sa att han bett om luftmadrass och vändschema. Hon "ljög mig rakt upp i ansiktet." Cecilia säger att det är "bättre att be om ursäkt." Olle säger ja.

Det förefaller här som om Olle ger uttryck för att han har ställts inför ett val om madrass, och fått skulden för att han valt en madrass som är förenad med en ökad risk för honom att utveckla trycksår. Cecilia svarar på detta genom att konstatera att det hade varit bättre om sjuksköterskan bett om ursäkt. Men det är inte helt klart vad hon då skulle be om ursäkt för: att Olle legat på en sämre madrass, att han fått trycksår eller att sjuksköterskan ljugit om anledningen till att han legat på denna madrass. Med andra ord, vad är det som står på spel här? Handlar ursikten om huruvida behandlingen av Olles kropp varit felaktig och/eller om att relationen mellan Olle och sjuksköterskan inte fått karaktär av ett trevligt samarbete och att detta, åtminstone inte enbart, är Olles fel?

I relation till frågan om madrassen kan Cecilias arbete betraktas som försök att minska konflikterna mellan Olle och sjuksköterskan, liksom i förlängningen mellan Olle och avdelningspersonalen mer generellt - genom att lugna honom, ta emot hans berättelse och hans känslor - utan att egentligen bekräfta missnöjet som sådant och på så sätt riskera att öka intensiteten i hans känsla eller hans missnöje med vården. Det är i så fall inte en värdering av missnöjets rimlighet som är i fokus, utan hans hantering av det. På så sätt blir det inte trycksåren eller maktrelationerna mellan Olle och avdelningspersonalen som hanteras som problem, utan Olles hantering av sina känslor och de bekymmer dessa ställer till för både honom och arbetet på avdelningen. Olles missnöje kan tolkas som det avsteg som Cecilia riktar sitt arbete mot att utjämna och kanske blir både Olle och avdelningspersonalens arbete lugnare av det? Om situationen förstås som präglad av ambivalens kan alltså Cecilia sägas hantera den genom ett slags försiktigt undvikande eller utjämning av den konflikt Olle ger uttryck för.

Besvärliga subjekt

Det som är intressant att diskutera i detta sammanhang är alltså inte madrassen, utan Cecilias arbete i förhållande till relationerna mellan avdelningspersonalen och Olle. Detta är nämligen inte det enda tillfälle under fältstudierna som annan personals reaktioner på patienternas avsteg från effektivitets- eller specialiseringslinjer framträder som situationer som aktualiseras för kuratorns arbete. Kuratorn kan antingen själv uppmärksamma sådana situationer och agera, eller få remisser från annan personal. Ett exempel på detta är när jag skuggar Ann-Marie och sitter med henne på hennes

kontor. Hon mottar ett telefonsamtal och vänder sig sedan mot mig för att beskriva vem det var som ringde, och varför:

Ann-Marie kan fixa det?

Det är en kvinna, Hannah, som vill avboka ett besök. Hon har blivit sjuk. Ann-Marie beskriver Hannah som en transsexuell kvinna som gjort en könskorrigering operation. Men, som en del av detta görs en laseroperation för att ta bort hår i underlivet. Hannah tyckte att detta var för jobbigt. Ann-Marie säger att hon berättat att hon "kände sig som ett köttstycke." Hon uteblev och ställde krav på vilka läkare som skulle få behandla henne. Ann-Marie säger att "det blev besvärligt." Från kliniken skickades ett brev till Hannah där det stod att om hon uteblev mer, så skulle hon inte få komma tillbaka. Hannah frågade - var detta ok? Får man göra så?

Ann-Marie berättar att det var tänkt att det skulle göras fler könskorrigering operationer, men att Hannah inte ville. Det blev stopp. Ann-Marie blev då kontaktad av den behandlande läkaren, för att Hannah "inte skötte behandlingen." Ann-Marie berättar att hon och Hannah nu haft kontakt ganska länge. De talar dock inte om könskorrigering, utan mer om livet i övrigt.

Jag frågar: Jag får känslan av att kuratorer kontaktas när någon inte betar sig som förväntat, när någon inte följer mallen, inte är liksom homo economicus?

Ann-Marie säger: Ja! Hon har flera exempel på detta. Det kan vara så att annan personal säger till henne: "kan du fixa det?" eller "skicka honom till kuratorn så ser hon till att..."

Också denna situation präglas av att en kurator kontaktas med anledning av att annan personal reagerat på hur en patient förstås som besvärlig, som ett subjekt som gör avsteg, genom att vägra den underordning och anpassning som krävs i förhållande till vårdens organisering: *som en del av detta görs en laseroperation för att ta bort hår i underlivet.* Och lite senare: *det var tänkt att det skulle göras fler könskorrigering operationer, men att Hannah inte ville. Det blev stopp.*

Hannah, liksom Olle, är försatt i en situation där hon inte förväntas kunna välja vilka delar av livet som ska hållas utanför granskning (jfr Goffman 1961/2007). De förväntas inte kunna bestämma vilka typer av subjekt de ska bli. Istället är detta redan reglerat. I Ann-Maries berättelse om Hannah blir den kroppsliga aspekten av

detta närmast extremt påtaglig, hon ”kände sig som ett köttstycke.” Också detta kan alltså ses som en situation där ideal om goda (jämlika) relationer blir svåra att upprätthålla i praktiken. Ann-Marie blir kontaktad av läkaren för att Hannah ”*inte skötte behandlingen.*” Innan remissen skickades säger Ann-Marie att ett brev skickats till Hannah: *det stod att om hon uteblev mer, så skulle hon inte få komma tillbaka. Hannah frågade – var detta ok? Får man göra så?* Det kan alltså förstås som att läkaren försökt få Hannah att agera följsamt, men att denna press inte visat sig vara tillräcklig. Istället blir det, igen, ”*besvärligt*”, och denna besvärlighet blir en kurators problem.

Situationen med Ann-Marie och Hannah liknar samtalet på team-mötet om behandlingen av Kornelia i avhandlingens fjärde kapitel. Sjuksköterskan säger då att Kornelia inte vill ha ECT, men att hon är orolig för huruvida ett nej till detta ska tolkas som, och komma att betyda, ett nej till den fortsatta vården generellt. Detta hot mot Kornelia är implicit, sjuksköterskan säger ingenting om huruvida nekad fortsatt vård eller tidigare lagd utskrivning är en sannolik, eller ens möjlig, konsekvens av detta Kornelias (potentiella) avsteg. I sjuksköterskans berättelse skrivs dock Kornelia fram som en patient som förefaller förutsätta att så är fallet, vilket kan tolkas som utifrån en position av påtvingad eftergivenhet, genom en underförstådd press att göra sig själv följsam i förhållande till sjukvårdens effektivitets- och specialiseringslinjer. I relation till annan personal blir sjuksköterskans berättelse om Kornelias funderingar ett meddelande till dem: här finns en situation där det finns risk för ett avsteg. Det är på detta sätt Kornelia görs begriplig. På team-mötet kan personalen, utan att patienterna är där, diskutera, förhålla sig till och skriva fram linjerna som ett slags ramar för vården som ”tillåter, orkestrerar och förmedlar relationen” (Butler 2009b:83). Då avsteg uppkommer blir det tydligt hur ramarna sönderfaller, men också hur ”normer agerar produktivt för att bilda (eller upphäva) vissa slags subjekt” (ibid.:155). Det är subjekt som får välja vissa saker, och ta konsekvenserna för dessa val. Andra saker väljer andra, och i relation till dessa saker förväntas följsamhet.

I fallet med Kornelia och den fortsatta vården förefaller det, åter igen, ha blivit ett litet gupp eller ett kort synliggörande av patientskapets villkor, men inte värre än att det har gått att kliva över. Kornelia skrivs inte ut, det blir inte heller mer ”*besvärligt*” på avdelningen. Men när Hannah ”*inte skötte behandlingen*”, kontaktas kuratorn, som förväntas ”*fixa det*”.

Att kombinera auktoritet med samarbete

I situationen med Olle finns en tydlig konflikt mellan honom och personalen, det är fråga om en skada i vården och Olle uttrycker i samtalet med Cecilia missnöje, med vården i allmänhet: ”*det är brist på folk, det är det det handlar om*” och en namngiven

sjuksköterska i synnerhet. Hannah sägs ha uteblivit, ställt krav. Det finns på detta sätt likheter mellan de båda exemplen, vilka kan relateras till hur kuratorn kallas in när patienterna gör avsteg från effektivitets- och specialiseringslinjer och en inledande press från annan personal inte gett avsett resultat. Det finns dock också skillnader mellan Cecilias och Ann-Maries arbete.

Ann-Marie berättar inte så mycket om hur den övriga vården kring Hannah utvecklats sedan hon fick remissen från den behandlande läkaren. Hon beskriver istället hur hon och Hannah haft *kontakt ganska länge* och hur de inte pratar om könskorrigeringen utan *om livet i övrigt*. Ann-Marie säger inte mer om vad de pratar om eller huruvida hon haft mer kontakt med den remitterande läkaren. Kontakten mellan Ann-Marie och Hannah förfaller på detta sätt som relativt frikopplad från vården i övrigt. Att Ann-Marie säger att de pratat *om livet i övrigt* kan tolkas som att Ann-Marie inte accepterat läkarens framskrivning av Hannah som ett problem. Att prata om *livet i övrigt* kan istället ses som att Ann-Marie gör Hannah till ett sårbart subjekt i egen rätt och också responderar på henne.

Jag frågar inte om deras kontakt mer detaljerat, då Ann-Marie snabbt övergår till att beskriva andra liknande situationer, där hon mottagit remisser från annan personal med anledning av att en (tänkt) behandling av en patient stött på patrull, i form av patienternas avsteg. Ett sätt att förstå den relativa frikopplingen kan dock vara att Ann-Marie, genom denna frikoppling, gör det möjligt för henne att rikta stöd mot Hannah, utan att samtidigt positionera sig mot något annat. Hon kan på detta sätt fungera som stöd för Hannah, utan att för den skull anta en funktion som utmanare (Craig och Muskat 2013). För att det ska fungera måste hon positionera sig i ett relativt utanförskap, som en fristående, men också lite hemlig, hand i förhållande till sjukvården som nätverk av händer.

En sådan positionering är svårare för Cecilia att göra då Olle vårdas inom slutenvården. Cecilia och Olle träffas i samma rum som han träffar övrig personal, i samma rum där frukosten står *klockan 10, sedan 8.30, med mjölk och allt*. Cecilia måste därför på ett annat sätt än Ann-Marie förhålla sig till resten av vården kring Olle. Större delen av samtalet dem emellan har också fokus på vården, på hans tillvaro och bekymmer på avdelningen och på hans framtid. I relation till detta är det inte mycket Cecilia bestämmer över, eller gör någon egentlig ansats att påverka. Hon har, eller tar, exempelvis inte makt över frukostens eller utskrivningens tidpunkt eller insatserna från hemsjukvården. Hon har inte varit med på vårdplaneringen. Hon tar inte heller något mandat i relation till medicineringen, vilket blir tydligt då hon inte går vidare när Olle beskriver hur han mår efter att han har fått mer smärtstillande. Han berättar att han känner sig konstig och *flummig* och Cecilia frågar *på vilket sätt?* Han svarar

att han känner sig *liksom full*. Här kan en möjlighet att ta upp medicineringen till diskussion med hans läkare anas, men Cecilia går snabbt vidare genom att tala om vårdplaneringen. På samma sätt hanteras frågan om provtagningens tidpunkt relaterat till utskrivningen. Den tas för given.

Organiseringen av vården är med andra ord ingenting Cecilia gör någon ansats att påverka, inte heller hon fungerar som utmanare (Craig och Muskat 2013). Att det inte är mycket av förutsättningarna för Olles liv som ligger i Cecilians händer blir också tydligt då hon, när samtalet är på väg att avslutas, önskar honom *”lycka till.”* Jag tolkar detta som ett uttryck för att markera att hon vill att det ska gå bra för honom, hon vill honom väl. Hans situation väcker affekt hos Cecilia, men hennes möjligheter att påverka hans, med Butlers (2009b:14) uttryck, *”blomstrand”*, är små. Cecilians arbetsmaterial är istället samtalet i sig, relationen mellan henne och Olle, liksom vad den får för effekt.

Cecilians fokus på om det känns *bättre nu?* kan betraktas som ett sätt ge Olle stöd. Att frågan återkommer, liksom andra positivt laddade formuleringar, som att det är skönt att *se honom uppe*, kan tolkas som ett sätt för Cecilia att försöka ge Olle hopp om framtiden liksom tilltro till sin kapacitet. Detta kan betraktas som ett individuellt krisstöd riktat mot att understödja hans reorientering i förhållande till hans livslinje. Den återkommande frågan kan emellertid också analyseras som ett slags press att följa en linje enligt vilken det ska bli *bättre*. Det blir helt enkelt svårt för Olle att gå emot, att lyfta en annan känsla eller upplevelse, när samtalets riktning ramas in på detta sätt. En förväntan om (hans) framsteg framstår i samtalet som en linje i sig, som genom upprepnigen trampas upp med successivt ökande tydlighet. Att lyfta en annorlunda berättelse, som genom att säga: *”Nej, vet du vad, jag mår faktiskt ännu sämre nu”*, riskerar på detta sätt att bli ett avsteg i relation till tecknandet av den förväntade orienteringen, vägen mot horisonten, där han mår *bättre*. En linje är aldrig neutral, utan länkad till en press att följa den. Avsteg är svåra att göra, i synnerhet i en situation som redan karaktäriseras av både en generell förväntan om följsamhet och en vilshenhet som kan följa av att ha blivit försatt på ett avsteg i förhållande till en egen linje.

Att det är Olle som ska förändras, kan belysas genom hur Järvinen och Mik-Meyer (2012:32) beskriver välfärdsarbete som att *”genom konstruktivt relationsarbete bidrage till borgernes positive udvikling.”* Om Cecilia förmår skapa en sådan utveckling hos Olle kan det i sin tur förstås som ett sätt att reorientera Olle inte bara till hans egen livslinje, utan också till sjukvårdens linjer. Cecilia kan på detta sätt använda sitt handlingsutrymme för att försöka ge honom en återfunnen känsla av

förankring i relation till sig själv, men samtidigt förmå honom att lugna sig, göra sig mer följsam, och på så sätt underlätta för den andra personalens arbete.

Cecilias uttryck när vi lämnat Olles rum: *"Jag försvarar ju inte personalen, eller kanske gör jag det?"* kan tolkas som att hon funderar över just denna position, mellan Olle, annan personal och den sjukvårdande organisationen, och att relationerna dem emellan handlar om det svåra i att kombinera ett stöd riktat mot alla. Att precis som Evans och Harris (2004) uttrycker det, anta att ett stödjande samtal, per definition, förstås som innebärande ett normativt "positivt" handlingsutrymme, mindre präglad av styrning, kan i detta fall verkligen ifrågasättas. Cecilias samtal med Olle är inte direkt relaterat till det mer uttryckta arbetet med utskrivningsplanering. Cecilia undviker sådant arbete, då hon exempelvis inte deltar vid vårdplaneringen eller gör någon annan ansats att påverka planeringen av det fortsatta omhändertagandet av Olle. På detta sätt är hennes arbete med Olle en kontrast mot exempelvis Estrids arbete med Kornelia och frågan om hennes boendestöd i det inledande kapitlet. Det är dock på intet sätt givet att Cecilias styrning av Olle är mer "positiv", mindre framträdande eller påtaglig, än Estrids styrning av Kornelia. För Estrid förefaller det som står på spel vara resurser i form av tid, för Cecilia förefaller det vara relationerna mellan personalen och patienten. Det de har gemensamt är att de riktar arbetet mot att påverka patienternas orientering, förmår dem att anpassa sig.

Symbolisk makt eller frigörande potential?

Om en vidare jämförelse görs med Estrids arbete med Kornelia i avhandlingens fjärde kapitel, sitter Estrid bredvid Kornelia i rummet då hon gör sitt potentiellt besvärsliga avsteg, ringer socialsekreteraren och gör en ny ansökan om boendestöd. Även om detta inte sker på Estrids initiativ och även om hon inte säger någonting, kan Kornelia använda Estrid som en resurs i sitt avsteg. Det kan tolkas som underlättnad för Kornelia, på det sätt som Zeiler och Wickström (2009) diskuterar: att göra ett avsteg, att vara *"besvärslig"*, är helt enkelt mindre svårt om en inte är ensam i det.

Ann-Marie och Cecilia inleder kontakterna med Hannah och Olle på initiativ av annan personal, de har artikulert problem med patienterna. Deras bristande följsamhet skapar hinder för arbetet och stress ackumuleras i takt med deras bristande reorientering. Att remittera till en kurator kan betraktas som ett sätt att hantera denna stress, att lämna över den till någon annan som kan hjälpa till att bemästra den. De bekymmer Olle artikulerar i samtalet med Cecilia, som maktlöshet relaterat till provtagningstider och dag för utskrivning, är ingenting Cecilia egentligen gör något åt. Det blir inga problem för henne. Det förefaller snarare helt självklart att Olle får anpassa sig efter vilken tid provtagningen, frukosten eller utskrivningen än blir. Ce-

cilias arbete riktas istället mot den effekt som samtalet med Olle kan få i form av en lugnare, mer lätthanterlig, Olle.

Kanske mår också Olle bättre när han har fått avbördas sig dessa negativa känslor och det kan i så fall analyseras som ett sätt att arbeta med hans upplevda möjligheter att ta plats i rummet. Om hans bristande anpassning är det som hanteras som avsteg, kan Cecilias arbete förstås som en möjlighet för honom att uttrycka en upplevelse av att vara besvärlig. Cecilia kan i samtalet sägas bekräfta honom i dessa avseenden. Hon beklagar: *"Tråkigt att du har den upplevelsen."* Jag gör här tolkningen att hon positionerar sig bredvid Olle, som någon som förstår honom, och hans position, och också bekräftar den: *"det kan vara så."* Men, det är inte en utjämning av de hinder Olle uttrycker som är i fokus för Cecilias arbete, utan personalens. Han ska förmås anpassa sig efter deras rutiner. Samtalets fokus innebär en psykologisering och individualisering av de bekymmer Olle ger uttryck för. Cecilias arbete kan därför ses som präglad av symbolisk makt (Bourdieu 1982; 1989), som snarare än upphäver ojämlikheterna i relationerna mellan Olle och institutionen befäster dem, även om hans missnöje med denna ordning kanske blir lättare att hantera också för honom, när han har fått ge uttryck för, och mottagit förståelse för, sina känslor. Cecilia stöttar Olle, så länge det inte innebär att hon måste utmana organisationen. Hon kan stärka upp en linje för honom, så länge den håller sig inom institutionens rum, så länge han håller sig inom räckhåll för sjukvården som nätverk av händer.

Tidigare jämförde jag Cecilias arbete med Estrids, och relaterade till hur Kornelias användande av Estrid kan tolkas som ett sätt att få sällskap i ett avsteg. Den frigörande potentialen i deltagandet ska dock inte övertolkas. Zeiler och Wickström (2009) betonar visserligen vikten av det professionella deltagandet i ett avsteg, men de förespråkar också en förändrande praktik, en aktiv hjälp att trampa upp nya linjer, snarare än ett mer passivt deltagande i ett enstaka avsteg. Det görs ingen ansats från Estrids sida för att förhindra att en liknande situation uppstår igen. Nya linjer trampas inte upp. Ansträngningen ligger istället i att sluta det enskilda bekymmersamma avsteget. På så sätt förstärks rådande linjer snarare än att potential skapas för nya, varför också denna situation kan ses som ett uttryck för symbolisk makt.

Olle får anpassa sig efter när det än blir provtagning, på samma sätt får Kornelia anpassa sig efter hur många dagars boendestöd hon beviljas. Vilket som helst får (fås att) fungera, genom en underordning, anpassning, eller reorientering, från patientens sida. Görs inte denna reorientering självant hjälper kuratorn till att pressa in deras kroppar på en linje där de kan göras begripliga som mer lätthanterliga, som specifika former av följsamma subjekt, som patienter.

Oföljsamma kroppar

Att kuratorn kan fylla funktioner som underlättar för vården, genom att påverka både patienternas och personalens orientering, är inte obekant för kuratorerna och har redan diskuterats i avhandlingens femte kapitel. Helle gav där uttryck för att det *"kanske [är] min uppgift att lugna teamet så att de kan jobba med det som de ska jobba med."* Ingela beskrev vidare hur det kan finnas ett behov av att *skydda patienter och anhöriga* och se till att *"vi inte får en anmälan i onödan."* Vi:et blir signifikant, då det är ett vi som ramar in nätverket av händer och kan liknas vid hur Ahmed (2006b) beskriver kollektiviteten i linjerna, kraven på ett vi. Det räcker inte att ha tillträde till en viss byggnad för att bli en del av en institution. Rummen är inte enbart arkitektoniska, utan också sociala. Du måste följa linjerna, framåt. Men, det är inte alltid uppenbart hur detta ska, kan eller bör göras.

Frågan om vilka linjer kuratorn ska understödja berörs under fokusgruppens första samtal. Deltagarna har tidigare talat om att det kan se olika ut, hur de arbetar, beroende på om de verkar inom öppenvård eller slutenvård, när Julia börjar prata om hur hennes arbete kan se ut:

Kuratorn som den som inte bara lämnar över

Julia: Så, så, lite, vår, det jag känner, mina uppgifter har varit lite att, fånga upp det som blir över. Ja, nu uppstår det en lucka och då får man fånga upp det liksom. Det är väldigt abstrakt så (haha) va, men man har ju det man ska göra också givetvis, men, men att. Det är något i tiden som gör att, att det är en sån otrolig omsättning. Man kommer knappt ihåg vad folk hette som har varit för några år sen, så va, för det är sån rörelse så. Och det, det är klart, det påverkar ju ens roll som, som kurator också tycker jag. Eftersom vi inte, jag gör inte de där utredningarna, eller det och det va, men det finns en förväntan att man ska ändå kunna fånga upp det man får på något sätt. Kanske låter lite luddigt, men

Tilda: Jag brukar ibland säga att jag gör det som blir över. Brukar jag säga. (Julia och Nina: Ja, ja?) Ja. Lite så. Inne för ett tag sedan, var på kirurgen och bara: "Och patienten! Och tanden är lös! Vad ska vi göra?" Och jag: "Tanden är lös, vad ska jag göra med det?" (Många skrattar och hummar). Det vet inte jag. Men jag får liksom lösa det för patienten i stunden (Julia och Nina hummar) och sen fick jag ta reda på vad som gällde, och då fanns det intyg och grejer, men jag, då får ni tala om det för kirurgavdelningen, så att de inte ringer till mig. Men, i stunden så måste, så fick jag ju ta hand om patienten. (Julia och Nina hummar och säger ja). Men, så att jag är ofta den där som de ringer när det: "Du, nu har vi det här" (Nina: Ja) "Nu krisar det."

Många skrattar till och säger saker samtidigt av bekräftande och ifyllande karaktär. Någon, jag hör inte riktigt vem, säger: Ja, det känner vi igen!

Julia: Och det är en trygghet för organisationen att det finns någon man kan ringa som ändå tar emot dem, som inte bara lämnar över (många: Ja. Ja).

Helles arbete i avhandlingens femte kapitel handlar inte om att skaffa ett boende åt familjen som bor på vandrarhem, Cecilias arbete tidigare i detta kapitel handlar inte om att påverka tidpunkten för Olles utskrivning. När hon talar med övrig personal är det med en upplevelse av att det kan bli *svårt*. När Tilda på motsvarande sätt får en remiss om en lös tand uttrycker hon det som oklart: *"vad ska jag göra med det?"*

Det är sannolikt inte tanden som är i fokus då andra runt bordet ger uttryck för igenkännande. Det är ett rungande bifall, vilket uttrycks med en komisk underton. Jag tolkar det som om kuratorerna gör sig lustiga över den lösa tanden och vad som ska göras åt den, av en kurator. Att någon hör av sig till en kurator angående en lös tand hanteras på detta sätt som något deltagarna kan positionera sig mot med en ton av komik. Den komiska undertonen kan tolkas som ett uttryck för att dela en upplevelse av att hamna i situationer där förväntningarna på ens arbete uppfattas som så skilda från de egna uppfattningarna eller möjligheterna att det blir komiskt. Rörelsen från ett bekymmer till ett problem för en kurator att hantera blir i fall som dessa inte helt lätt att begripa eller förhålla sig till.

Det kan också tolkas som ett förlöjligande av den övriga personalens bristande kunskap om kuratorns arbete, eller av deras förmågor att hantera oväntade hinder i arbetet. Det är också så Tildas avslutande positionering kan tolkas: *"Du, nu har vi det här", "Nu krisar det."* De känner igen sig i situationen och kan skratta åt den, att de kallas på när det är kris, nästan oavsett vad det är som orsakat denna kris. Ibland sker denna störning på grund av luckor som uppstår i relation till de andras arbete: *"mina uppgifter har varit lite att fånga upp det som blir över. Ja, nu uppstår det en lucka och då får man fånga upp det liksom."* Kuratorns funktion liknar då det Craig och Muskat (2013) beskriver som en vaktmästare, den som förväntas fylla hål- eller tomrum i förhållande till andras arbete. I Craig och Muskats (ibid.) beskrivning framstår denna funktion som något tveeggad. Å ena sidan finns det en dimension av den som kuratorerna förstår som betydelsefull. Å andra sidan upplevs funktionen som nedvärderad av annan personal.

Julia skrattar inte lika mycket som de andra. Hon positionerar sig istället som den som kontextualiserar frågan, genom att lyfta hur personalomsättningen påverkar kuratorns arbete, då *"det finns en förväntan att man ska ändå kunna fånga upp det man*

får på något sätt.” Hon säger detta relaterat till: *”Eftersom vi inte, jag gör inte de där utredningarna, eller det och det va”*. I detta uttalande ligger mycket underförstått, dels relaterat till hur kuratorerna tidigare i samtalet diskuterat huruvida de i sitt arbete uttrycker, eller borde uttrycka sig som att de gör bedömningar. Om detta är de inte överens och det är egentligen bara en av dem som uttrycker att hon tycker att de borde göra det. De andra menar att det exempelvis skulle kunna skrämra patienterna om de fick höra att de skulle träffa en kurator ”för bedömning”. Detta skulle kunna ses som en ovilja att positionera kuratorn som en expert, vars analys av en situation skulle kunna hävdas ha större giltighet än patientens egen, en position från vilket det kan antas vara svårare att formulera ett ”vi” präglat av (en känsla av) ett jämlikt samarbete.

Som jag tolkar det Julia säger hänvisar hon ovan till denna fråga om kuratorn som expert eller underlättare, men hon hänvisar också till att kuratorns arbetsuppgifter som regel förhandlas i stunden, genom att arbeta med socialt och förkroppsligat kulturellt kapital, snarare än med institutionaliserat kulturellt kapital. Kuratorns arbete är inte självklart, det krävs ständigt jurisdiktionsarbete, och i detta står hon i förhandling i relation till annan personal. Om de ofta byts ut blir det ingen stabilitet i *”det man får”*, eller som både Julia och Tilda uttrycker det: *”det som blir över.”*

När Tilda fortsätter samtalet relaterat till frågan om tanden blir detta något roligt, men Julia återgår, med en mer seriös ton, till en kontextualisering, då hon säger att *”det är en trygghet för organisationen att det finns någon man kan ringa som ändå tar emot dem, som inte bara lämnar över.”* Också detta uttalande får bifall i rummet. Men bifallet är mer allvarligt i sin form, det är ett mer lågmält och eftertänksamt hummande jakande. Detta är de nog överens om. Detta är inte komiskt. Möjligen är det inte heller en vaktmästare som beskrivs, utan en brandsoldat (Craig och Muskat 2013). Den lösa tanden är då inte längre ett resultat av ett tomrum skapat av andras arbete, utan en potentiell kris.

Det som vid en första anblick *”låter lite luddigt”* går på detta sätt att förstå som arbete som fyller många funktioner, för flera mottagare. En *”trygghet för organisationen”*, eller med Lipskys (1980/2010:78) begrepp, en vårdens bemästringsmekanism, som kan tas i anspråk när det blir grus i maskineriet oavsett om gruset kommer i form av att: *”[n]u krisar det.”*, *”Oj!”*, *”det är en sån otrolig omsättning”*, *”sjögång”* bland sjuksköterskor och undersköterskor, personalbrist, *det svajar på avdelningen* eller när patienterna är besvärliga, gör avsteg, eller bara ställer frågor om: *var detta ok? Får man göra så?*

En lös tand kan inte direkt tolkas mot pressande krav att följa linjer. Tandens agerar inte på samma sätt som mänskliga subjekt. Tandens kan dock betraktas som ett ut-

tryck för en kroppens materialitet. En kropp låter sig inte kontrolleras, den kan ställa till det helt på egen hand. Denna kroppens agens lyfter också Bremer (2011). Hon beskriver hur det kroppsliga som regel inte framträder så tydligt hos vare sig Ahmed eller Butler, även om de båda har ett starkt fokus på kroppar och subjekt. Ahmed (2006a; 2006b) särställer det mänskliga, genom subjektets medvetande, orientering i tillvaron och mänskliga intentioner. Butlers (2009b) betraktande av kroppen ställs i relation till sårbarheten i själva livet, beroendet av andra. Kroppen finns där som en utgångspunkt, för liv och riktning, men inte alltid uppenbart som kött och blod. Bremer (2011:147) betonar med större tydlighet ”hur kroppar gör aktivt avtryck”, hur kroppsligheten kan vara ”svårtyglad” (ibid.:148), liksom ”kroppars bråkande materialitet” (ibid.:147).

Hos Bremer (2011) tydliggörs denna kroppens materialitet i förhållande till kropparnas begriplighet, relaterat till möjligheterna för människor att ta plats i rum som linjära kvinnor och män, vilket exempelvis påverkas av huruvida kroppen menstruerar. I sjukvårdens korridorer blöder de på alla möjliga sätt: tänder lossnar, trycksår uppstår. Bremer (ibid.:148) beskriver kroppar som ”allt annat än beräkneliga”, de görs visserligen begripliga genom kulturella krafter, likväl utgör de materiella organismer med för människan bitvis ”gåtfulla system och funktioner” (ibid.).

En ”kroppars bråkande materialitet” (Bremer 2011:147) kan då visserligen förstås som sjukvårdens själva existensberättigande, inte minst genom hanteringen av liksom tolkningsföreträdet avseende kropparnas ”gåtfulla system och funktioner” (ibid.:148). Ändå kan en bråkande tand betraktas som något som kan skapa hinder för vården, inte på de sätt som Olles eller Hannahs (bristande) reorientering gör, utan genom det som Bremer (ibid.:149) benämner som en ”kroppslighet på tvärs med rådande uppfattningar” i den lokala kontexten. En kropp på tvärs kan på detta sätt förstås som en ”krokig stig” (ibid.), som begränsar subjektets möjlighet att bli igenkänd, eller i detta fall hanterat, av andra. En lös tand, på ”fel” ställe inom sjukvårdens maskineri, kan begränsa personalens möjligheter att hantera patienten som råvara. En lös tand kan bli ett avsteg på en specialiseringslinje enligt vilken tanden borde träda in i bakgrunden. Den blir ett hinder på kroppens väg framåt genom sjukvården, på samma sätt som Olles trycksår ställer till det. De hade blivit lättare att hantera för vårdens personal om Olle varit mer följsam, men att trycksåren kom till ställde till det redan innan dess.

Ahmed (2006b:139) beskriver dessa hinder för kropparnas väg framåt som platser där rörelser blockeras, som ”stopping device[s]”. Hos Bremer (2011:80) är det sjukvårdens maskineri som skapar väntan hos patienterna som önskar könsbekräftande kirurgi, det är denna väntan som skapar ”en frustrerande brist på rörelse”. Hos

sjukvården kan den lösa tanden eller trycksåren fungera på samma sätt, som hinderande anordningar, en bråkande kroppslig materialitet som skapar stress. Ahmed (2006a:555) tydliggör hur linjer fungerar performativt. De repeteras, tas för givna, förstås som neutrala och reproduceras som självklara genom denna repetition. Det som kommer att betraktas som i behov av utjämning handlar alltså inte om det som orsakat avsteget i sig, eller som med någon slags nödvändighet är i behov av korrektion, uträkning. Istället är det linjerna, det som tas för givet, som får som effekt att vissa saker framstår som avsteg. En lös tand är inte alltid ”fel”, ibland är den istället helt ”rätt”. Det beror inte på tanden, utan på var den är. Ibland kan en lös tand vara i fokus för uppmärksamheten längst en specialiseringslinje, ibland blir den istället ett bekymmersamt avsteg. Som sådant kan tanden bli till ett problem för en kurator. På samma sätt kan Hannahs ovilja att genomgå en laseroperation för att ta bort hår i underlivet göras begripligt som ett potentiellt problem för en kurator. I många sammanhang skulle en ovilja att genomgå en sådan operation sannolikt träda in i bakgrunden. I det sammanhang Hannah befinner sig riskerar det emellertid att bli ett avsteg. Det beror inte på Hannah, eller på behåringen, utan på var de befinner sig.

Hjälp med perspektiven

Ahmeds queera fenomenologi riktar uppmärksamheten på hur linjerna skrivs, utifrån specifika utgångspunkter. Berättelsens fokus är då inte egentligen dessa utgångspunkter, utan hur vissa kroppar kommer att känna sig hemma, frodas, medan andra tillskrivs attribut som fungerar som ”stress-punkter” (Ahmed 2006b:17, 132ff), vilka hindrar kroppen i dess utformning och utsträckning. För Ahmed är de spaciala dimensionerna i detta linjebegrepp i fokus, då det som står på spel är rörelserna, liksom riktningen. En rörelse kan hindras, en rörelse kan dock också rätas ut, genom ”straightening devices” (Ahmed 2006b:92), åtgärder eller insatser som syftar till att rätta ut den linje som tvistats. Bremer (2011:83) tydliggör hur denna funktion kan ha både uträtande och upprättande funktioner, det vill säga fungera både underordnande och subjektiverande. Den som skrivs fram som besvärlig eller obstinat skapas, blir till som begripligt subjekt, genom tvånget till ett slags anpassning.

Denna tanke, att patienterna kan skapa avsteg från en effektivitets- och/eller specialiseringslinje, och att detta i sin tur skapar stress hos personalen som kuratorer väntas hantera, är inte främmande för kuratorerna. Att få en remiss om en tand kan vara en källa till gemensamma skratt, vilket kan tolkas som ett sätt att skapa gemenskap i gruppen genom att förlöjliga andras bristande kunskap (om kuratorer) eller kompetens (att hantera oväntade händelser). Men Julia kan som sagt sägas positionera sig som den som ger det absurda i den enskilda tanden en förklaring, som

kan liknas vid kuratorns klistrande, bemästrande eller tillrättaläggande funktion, för organisationen.

Det är dock lättare att göra sig lustig över en lös tand än över situationerna kring Olle och Hannah. Mänskliga subjekt har en annan potential att hemsöka rum. När samtalet i fokusgruppen fortsätter kan Daniella sägas uttrycka just detta:

Kuratorn gör det personligt

Daniella: Som ibland, avdelningen ute så sent. (Nina: mmm) Igår vid lunch fick jag ett ärende. En man som skulle hem. Och då kom man på att han har ju ingen bostad att gå hem till. (Många: mmm) Och han skulle vara utskreven, sitter på en extrabädd och väntar på att bli. (Många: ja) Ja, men han har ju varit inne ett tag, då kan man ju arbeta upp, med socialtjänst och förtroende och det. Men det, blev ju inte så då.

Pia: Då kom man på det precis när det var utskrivning?

Daniella: Då kom man på att: "Oj!, Han har ingenstans att ta vägen." Då ringer man kuratorn.

Tilda: Ja just det. (Nina: mmm)

Pia: Istället för att komma in tidigare

Daniella: Komma in innan, så att man kan arbeta upp och. Ja.

Tilda: Vad gjorde du då?

Daniella: Jag satt i två och en halv timma samtal. Med mannen ifråga, som var väldigt ledsen. (Nina och Tilda: mmm) Han hade gjort ett suicidförsök för två månader sen. (Nina: mmm) Han hade precis blivit av med lägenheten. Som inte var hans från början. Eh. Djupt deprimerad märkte jag, nedstämd. Och så var det försök var det, kan han få stanna? Vi måste ha en vårdplanering. Och: "Åh, kan vi ha vårdplanering? Han har inga fysiska? Nej, men vi kan ha en social planering." (Nina: mmm)

Pia: Vad var det han var inlagd för?

Daniella: Hjärtat. Han hade tuppat av. (Nina: mmm)

Daniella: Stress helt enkelt, för sin sociala situation. En man som slåss för att få tillbaka sina barn och så vidare.

Pia: Så det var inget liksom fysiskt?

Daniella: Nej, det var inget fysiskt.

Nina och Pia: nej, kan man säga.

Daniella: Och då, har man tagit in en psyk-konsult? Nej, det har man inte gjort. (Nina och Pia: aaa) Man märkte att han hade en psykiaterkontakt som han ringde liksom, och det var det liksom. Också var det sådär, då blev han ju också, det blev motstånd, ja, då vill inte han att jag ska ringa socialtjänsten för han hade inget förtroende där och så vidare. Och vad gör man då? Om han vill. Äh, det kan vara om du får vara kvar? "Nej, det vill jag inte". Nähä, ok. Då är det inte så mycket man kan göra. (Nina och Pia: nej) Säkerställa. Se till att han ringde en vän, som han ändå kunde åka till. Direkt. Och han fick transport. Eh. Med sig (haha) lapp till socialjouren. (Pia: Ja) Som han kan ringa. Sen såg jag i journalen, sent, sent, vid sextiden, att de ändå hade beslutat att han fick vara kvar (Många: mmm) Så det, vet inte vad som hände där. Men, just sista minuten-samtal. Fredag eftermiddagar. Alltså, ja. Man kan ju göra så mycket förebyggande. (Många: mmmm) Och det är där vi kan komma in. Och det är där, i alla fall upplever jag, att på de avdelningar som jag, att de behöver mer kunskap vad vi kan göra, i vilka skeden man kan komma in. (Nina och Pia: mmm) Det var en läkare som sa till en kollega för bara någon vecka sen, vadå, bara: "Vad gör ni förutom fyller i färdtjänstansökningarna?" (Nina och Pia: ah) Alltså det finns ju inte de sakkunskaperna. Vad vi gör. Så vi har ju bestämt att vi ska gå ut mer på apt (Pia: Ja) Eftersom det är sån personalomsättning hela tiden. För att, det här gör vi, det här kan vi hjälpa till med, det här är vi till för, ring oss. Och vara med på rondor, och när vi hör något så snappar vi upp, och liksom. Men, det är just den, det är skillnad, i öppen, jag jobbar i öppen- och slutenvården, och i slutenvården går ju allting (knäpper med fingrarna i luften) typ så här fort. (Nina: mmm) Det ska vara ut och in, ut och in. Då hinner man inte ha, ja. Det är bara att säkerställa, skicka med lite handkassa, se till att han klarar sig. Alltså.

Nina: Man vill inte veta för mycket, det är in och ut som gäller. Det är ju liksom. Eh, och då tappar de ibland, eh, omdömet skulle jag vilja säga. (Daniella: mmm) Läkarna också. Så då får man faktiskt gå in och bara ställa sig och säga att: 'Det här är inte rimligt', va (Daniella: Nej, precis) För de är så inne i detta. (Julia och Daniella: mmm) in ut in ut. Så att det, det. De vill inte veta. (Daniella: Nej) Så är det också va.

Daniella: Som igår när jag ställde frågan, så till läkaren, att då är det ditt ansvar (Nina: Ja, mmm) att du skickar ut den här personen till gatan (Nina: Ja) Så man gör det mer personligt, för då förstår de liksom (Nina: mmm, mmm)

Pia: Hjälpa till med perspektiven.

Daniella: Men precis. Stanna upp, det är en person vi jobbar med (Nina och Pia: mmm) Och det är patienten, patientfokus. Då är det inte. Det är något annat.

Daniella lyfter här ett exempel på när hon mottagit en remiss som på många sätt liknar remissen om tanden de diskuterade tidigare. En oförutsedd omständighet, ett bekymmer som ställer till det för vården, men uppfattas som så oväntat i relation till det som planera(t)s att det blir en störning i flödena. En tand som är lös, en bostadslöshet. Ett: "Oj!", som genom sin störande funktion på organisationens linjer tar formen av ett avsteg, och resulterar i att en kontakt tas med kuratorn.

Daniella beskriver hur mannen varit ineliggande en tid, men kontakt med henne har inte tagits förrän samma dag som utskrivningen är på väg att verkställas. Bostadslösheten kan förstås som ett bekymmer för mannen hela tiden, men för organisationen blir den ett problem först när den potentiellt kan hindra hans utskrivning. Det är först då personalen på avdelningen uppmärksammar att han inte har något hem att skrivas ut till: "Och han skulle vara utskriven, sitter på en extrabädd". Det är också då de kontaktar Daniella. Hon säger: "Då är det inte så mycket man kan göra." Som jag tolkar det menar hon att det inte är mycket hon kan göra på grund av tidpunkten för remissen. Översättningen från bekymmer till problem är inte orimlig i sig. Det är inte frågans innehåll det är "fel" på, utan tidpunkten då hon meddelas. Detta "fel" relaterar Daniella till bristande kunskaper hos annan personal, om kurators arbete. Hon beskriver hur någon sagt: "Vad gör ni förutom fyller i färdtjänstansökningarna?", och hennes ton när hon säger detta uppfattar jag som lika delar uppgiven som oförstående. Nina och Pia bifaller på ett sätt som jag tolkar som igenkännande, och uppgivet.

Nina breddar sedan perspektiven genom att erbjuda en alternativ tolkning till den sena remissen: i form av ett tappat omdöme, snarare än en bristande kunskap. Nina kan i detta uttalande ses som den som positionerar kuratorn som någon som förmår se ett större perspektiv, som den som inte tappar omdömet, när andra gör det. Hon förmår se något annat, vilket kan analyseras som en position av att kunna se lite från sidan om linjen, och som Nina positionerar sig förpliktiga denna förmåga. Kuratorn inte bara ser, hon ska också göra något åt det hon ser: *"Så då får man faktiskt gå in och bara ställa sig och säga att: 'Det här är inte rimligt', va"*.

På detta sätt anas en konflikt, mellan kuratorn och övrig personal, som kan betraktas som att Nina positionerar kuratorn som lite utanför, just genom sin förmåga att se både organisationens och patientens linjer och relationerna dem emellan, och också påtala och agera i det avsteg som uppkommit då de olika linjerna förefaller vara på kollisionskurs. Ett sätt att tolka ett sådant agerande är att förstå kuratorns funktion som utmanare (Craig och Muskat 2013).

Daniella nappar på den positionering Nina gör, genom att lyfta hur hanteringen av mannens bostadslöshet, genom hennes arbete, formulerades som ett personligt ansvar för läkaren som stod i begrepp att skriva ut honom. Om mannens bostadslöshet ses som ett avsteg från organisationens linjer, ska någon ta ansvar för att han inte lämnas ensam i detta avsteg och den osäkra framtid som avsteget innebär för honom. Om den förväntat nära förestående utskrivningen betraktas som organisationens horisont, och mannens hemlöshet blir ett hinder, kanske det inte går att liksom hoppa över?

Men, det kan inte tas för givet att all personal förstår det. Daniellas arbete kan då innebära att hon hjälper till med detta, hon *"gör det mer personligt, för då förstår de liksom"*. Pia ger bifall till denna kuratorns position, som den som kan *"[h]jälpa till med perspektiven."* På så sätt blir förklaringen för annan personals ageranden en kombination av okunskap och bristande omdöme, som kan avhjälpas genom en form av upplysning, från en kurator vid sidan, om vikten av *"patientfokus"*, till skillnad från ett fokus på *"något annat"*, som blir lite hängande i luften. Detta *"annat"* definieras aldrig explicit, men kan tolkas som ett processfokus, som organisationens linjer med fokus på effektivitet och specialisering. Dessa linjer är varken neutrala eller självklara, utan performativa, de är beroende av upprepning, av att människor, i detta fall personal, beträder dem.

Frågan om affekt och relationer på spel

Den position Nina beskriver då hon säger: *"Så då får man faktiskt gå in och bara ställa sig och säga att: 'Det här är inte rimligt', va"* är alltså inte neutral, utan kan förstås som

en plats från vilken frågan om det sociala stödet för affekt uttalas. Vad är det sjukvårdens personal ska se? Hemsökas av? Från vilket lidande kan blicken vändas bort? Vilket lidande ska väcka moralisk responsivitet? Vad är "rimligt"? För vem?

Detta sätt att positionera kuratorn mellan patienter och annan personal återkommer i materialet. Det blev tydligt i avhandlingens femte kapitel, bland annat relaterat till hur Ingela beskrev kuratorn både som "patienternas advokater" och som någon som ska skydda sjukvården "så att vi inte får en anmälan i onödan" (från just missnöjda patienter och/eller deras anhöriga). I fokusgruppen diskuterades frågan ovan, och i förhållande till Cecilias arbete blir det också möjligt att flytta fokus till hur denna position hanteras i relation till en konkret patient, Olle.

Cecilia beskriver hur hon upplever positionen som ovanlig och svår. När vi lämnat Olle och går genom korridoren på väg tillbaka till hennes rum är det hon som börjar prata med mig, och jag återgår till utdraget:

Hon säger, spontant, att hon tycker att det är svårt. Att hon får en "mellanposition". "Jag försvarar ju inte personalen, eller kanske gör jag det?" Hon säger att hon tycker att det är "svårt att tro att det är så illa som han säger." Att de vill honom illa och ljuger honom rakt upp i ansiktet. Hon säger att det hon kan göra är att lyssna på hans berättelse. Att det bara är den hon har.

Å ena sidan kan denna positionering verka konstig, hon har ju inte bara hans berättelse, han har också trycksår, och som jag förstår det är det på grund av det som han är inlagd på avdelningen. Om detta är det dock ingen diskussion, han ska anmäla det och de pratar inte mycket mer om detta, förutom då Cecilia frågar om, eller underförstår att han vet hur man gör, och tydliggör att hon ska se till att också läkaren ska anmäla detta (om det inte redan är gjort). När Olle beskriver huruvida läkaren ska anmäla det inträffade uttrycker han sig med osäkerhet: *hon har sagt att hon har, men säger ibland att hon ska. Han vet inte.* Cecilia replikerar snabbt och säger, bestämt: "Jag säger att hon ska." Detta kan tolkas som att Cecilia tar på sig ansvar för att se till att läkaren gör en anmälan, hon tar på sig en funktion av att utmana (Craig och Muskat 2013), vilket kan liknas vid Daniellas resonemang ovan. Någon ska ta ansvar, och kuratorn kan genom sitt arbete se till att det görs.

En liknande situation framträder då Cecilia säger att hon har talat med personalen om att inte tjata på honom. Att det var det han menade när han berättade att de "inte skulle ränna." Han tyckte tidigare att de kom in på hans rum hela tiden. Efter det *kom ingen.* I samtalet mellan Cecilia och Olle kommenterar hon detta, i en skämtsam ton med att säga "lite väl effekt." Olle beskrivs alltså inte som nöjd med resultatet av Cecilias samtal med avdelningspersonalen. Från för mycket besök

på rummet uttrycker han det som att det kom ingen alls, och det var inte det han önskade sig. Trots detta beskriver Cecilia samtalet med avdelningspersonalen, om antalet besök på Olles rum, i positiva ordalag. Hon beskriver det inför mig som att: *i detta fall mottogs det bra hos personalen när hon sa att han inte ville att de skulle tjata.*

Att det mottogs bra tolkar jag då som relaterat till att Cecilias framförda kritik inte upplevdes som negativ för förtroendet mellan henne och den övriga personalen, snarare än att det gav en positiv effekt för Olle. Det som stod på spel kan därför förstås som det sociala och förkroppsligade kulturella kapital, de relationer, erkännanden och förtroenden hon arbetat med att bygga upp, skulle kunnat raseras, om hon ställde sig vid sidan, positionerade sig med Olle och mot personalen, och från denna position uttryckte att hon tänkte utmana, eller som Pia uttrycker i fokusgruppen: *”Hjälpa till med perspektiven.”*

Det som är *svårt* för Cecilia i sammanhanget, är alltså inte i första hand trycksår- en eller Olles upplevelser av att bli tjatad på, utan Cecilias position och funktion i relation till Olle och övrig personal på avdelningen. Hon måste, av avdelningspersonalen, uppfattas som en av dem, en resurs för dem att använda, men av Olle måste hon, åtminstone också, uppfattas som utanför det ordinarie arbetet på avdelningen. Annars kan han inte gärna använda henne som en resurs för att klaga på dem.

Cecilia måste kunna säga till Olle att hon kan ta en konflikt med avdelningspersonalen, hon ska kunna vara en som kan säga till dem att de inte ska tjata på honom och att de ska anmäla skadan i vården. Åtminstone måste Olle uppfatta det så, som om hon kan och vill understödja hans linje, hjälpa honom med hans bekymmer, som om de två är ett ”vi”. Samtidigt måste avdelningspersonalen uppfatta henne som en resurs för dem, i deras bekymmer (att hantera Olle), som om de är ett ”vi” som stödjer organisationens linjer. På samma sätt måste Daniella uppfattas som en potentiell resurs för avdelningspersonalen när mannens hemlöshet sent omsider upptäcks och kommer henne till känna, samtidigt som hennes arbete inte gärna kan uppfattas som en potentiell skapare av ytterligare bekymmer, ytterligare hinder på linjen mot utskrivning.

Det är inte helt självklart hur Cecilia ska förstå denna position, och hon och jag fortsätter att samtala om det, medan vi traskar genom korridorerna:

Jag säger att jag tycker att det är intressant att höra hur hon tänker kring den position hon får här, som hon beskriver som en mellanposition. Hon säger att den är svår och ovanlig. Jag säger att jag inte tycker att den verkar så ovanlig, det verkar för mig lite likt den position hon fick mellan en patient tidigare idag

och kommunens konsumentrådgivning, att hon förmedlar, länkar, medlar, överför information, kollar av.

Cecilia säger att ja, som förlängd arm så. Men, det är oftast externt. Det är en annan situation med en potentiell skada i vården.

Ja säger att jaha, så det ovanliga är att det är internt?

Cecilia svarar ja, men säger också att hon inte upplever sig som "mellan". Hon ser det mer som att hon är patientens "förlängda arm". En förlängd arm för eller från patienten. Men hon tycker ändå att det är lite lättare när det är på avdelningen. På mottagningen skulle det vara ännu svårare, där har hon tätare relationer med personalen och en starkare känsla av att det är "min klinik."

Cecilia uttrycker att hon upplever att denna position är ovanlig för henne att inta i relation till den egna kliniken och frågan om en skada i vården. Detta är också det enda tillfälle under fältstudierna jag stöter på frågan om en skada i vården. Dock uppfattar jag positionen "mellan" patienter och övrig personal som central i och för kuratorns arbete. Hur kuratorerna själv förstår och hanterar positionen är dock inte självklart. Cecilia drar också tillbaka denna beskrivning av en "mellanposition" i vårt samtal, och positionerar sig istället som Olles "förlängda arm".

Allierad med alla, allierad med ingen?

Metaforen om den förlängda armen återkommer ofta i materialet, liksom andra metaforer kuratorerna använder för att beskriva sina arbeten: brygga, spindel, fixare, slask, en som släcker eldar. Jag funderade mycket under arbetets gång över de metaforer kuratorerna använde, bland annat relaterat till den passivitet jag förknippar med en brygga, den gör ju ingenting i sig själv, den går bara rakt ut i vattnet. Det som avses kan dock snarare betraktas som en bro, som kan förbinda, länka samman fastland med öar eller öar med varandra; som en länk som tillåter eller underlättar kontakt mellan olika landmassor. Tolkad på detta sätt liknar bryggan den av Craig och Muskat (2013) beskrivna mäklaren.

På samma sätt har jag tänkt kring spindeln som metafor, den är visserligen aktiv, men väcker tveksamma känslor. En spindel förknippas generellt inte med positiva tankar eller ett erbjudande om hjälp, snarare är den en vanlig fobi, för ett djur som spinner nät för sin egen skull, för att skaffa mat åt sig själv. Detta nät kan dock tolkas

som en funktion som inte enbart förmedlar information, utan också innebär stöd, genom en stärkande påverkan på relationerna, ett klister (Craig och Muskat 2013).

En slask eller en fixare kan tolkas både som ett sätt att undervärdera det egna arbetet, och ett sätt att förlägga en sådan negativ värdering i andras ögon, som Craig och Muskat (2013) beskriver vaktmästaren. Den som släcker eldar är svårare att värdera. Det skulle kunna vara en livräddare, vilket överläkaren kan antas relatera till då hon beskriver hur de inte skulle klara sig utan Estrid: *"Myndighetsgrejer, Estrid fixar. Alla grejer utom medicinen, det sköter jag"* (i avhandlingens fjärde kapitel). Det skulle dock också kunna vara ett sätt att uttrycka en känsla av att vara en undervärderad eller missförstådd yrkesgrupp, som lite mer slarvigt kallas på när de andra inte vet vad de ska ta sig till, snarare än när de antas efterfråga en specifik eller värderad kompetens.

Craig och Muskats (2013) vaktmästare och brandsoldat blir då också svåra att skilja åt. Båda funktionerna förhåller sig till det annan personal inte hanterar. Det görs dock en differentiering mellan dessa funktioner, där brandsoldaten värderas högre. Skillnaden mellan en vaktmästare och en brandsoldat förefaller då inte relateras till vad som befinner sig i tomrummet, utan till den effekt det riskerar att få på organisationens linjer. Om dessa linjer störs, om det blir eller riskerar att bli ett avsteg, påkallas en brandsoldat. Om inte, om tomrummet mellan de andras arbete bara är jobbigt för patienten, kanske en vaktmästare? En vaktmästare blir på detta sätt en som visserligen utför viktigt arbete (för patienten), men som inte för den skull nödvändigtvis värderas (av annan personal).

Under fältarbetet fann jag det svårt att få till diskussioner om hur kuratorerna förstod metaforerna, vad de betydde för dem. Det fanns vad jag uppfattade som en kombinerad känsla av självklarhet och obegriplighet i dem, vilket jag tolkade dels som länkat till den luddighet som återkommer i forskning kring yrkesgruppens arbete, dels som uttryck för att metaforerna fungerade som en del av yrkesgruppens doxa. När Bourdieu (1992:164) diskuterar begreppet doxa har han visserligen inte arbete i fokus, snarare generella förgivettaganden om exempelvis klass och kön, vilka reproducerar maktförhållanden genom att få dem att framstå som naturgivna. Järvinen och Mortensen (2005:16) diskuterar dock en form av yrkesgruppens doxa, som "en samling af holdninger, værdier og normer, hvor der ikke hersker bevidsthed om, at disse er udviklet over tid og derfor kunne være anderledes, men hvor de tværtimod opfattes som selvindlysende og naturlige."

Det upplevt triviala, eller självklara, kan på detta sätt förstås som en inbjudan till fördjupande diskussion, snarare än som en neutral utgångspunkt. Under den andra träffen med fokusgruppen valde jag därför att ställa mer direkta frågor kring dessa metaforer, efter att Tilda nämnt metaforen brygga då hon pratade om sitt arbete:

Kuratorn lite som brygga

Jag: Men, det där är häftigt, nu säger du att du används lite som brygga för, sa du?

Tilda hummar bekräftande

Jag: mellan?

Det är tyst en kort stund

Jag: Patienten och Försäkringskassan? Eller sjukvården och?

Tilda säger, lite avvaktande eller med en osäker ton: Ja, det kanske är mer en sån där spindel mer kanske än brygga? (Många skrattar, högt)

Jag: Nej, men det är en sån sak som liksom återkommer, det blir nästan som ett sånt där, nej men som ett ord som, som alla säger, men som ingen riktigt vet (Tilda hummar). En spindel i nätet är en sån typisk metafor för (flera hummar) för kurators...arbetet (Bodil säger ja, flera hummar). Men brygga säger du, är det lite, vad tänker ni ligga i det eller vad tänker du ligga i det?

Det blir tyst en kort stund. Tilda andas in, som för att ta lite sats och säger: Jag tänker någonstans såhär att, att om jag ska ringa, och, för jag tänker att det ofta är Försäkringskassan då, det är ofta en annan socionom som sitter där (jag hummar), att vi kan prata med varandra ofta. Att vi förstår varandra. Och jag kan ställa frågor utifrån att jag kanske kan hennes, eh, regelverk, och så (någon hummar). Och hon kan prata med mig utan att, jag pratar inte så mycket sjukvård, haha, så där tror jag att där är den där naturliga bryggan, som gör att. Jag är inte så rädd för Försäkringskassan heller som vissa andra är, för vad, de är rädda att det ska bli konflikter och så. Så jag kan känna att jag är en brygga ut till saker som, eh, ja, andra tycker kanske är lite svårt.

Det sätt på vilket Tilda tar tillbaka *"bryggan"* och ersätter den med en *"spindel"*, liknar hur Cecilia, i exemplet med Olle som fått trycksår, först själv beskriver sig som i en *"mellanposition"*, men sedan, när jag lyfter det, ändrar sig och använder patientens *"förlängda arm"*. Det är som om det finns en tveksamhet i självklarheten, som blir tydlig när kuratorn ställs inför den. Tilda och de andra deltagarna i fokusgruppen

skrattar åt denna relation, som jag tolkar som mellan självklarhet och tveksamhet. De gemensamma skratten kombineras med en relativ tystnad. Det är ingen av de andra i fokusgruppen som säger någonting. Tilda gör, vad jag tolkar som, sitt bästa för att gå mig till mötes och leverera svar på mina frågor, men det görs inte med lätthet.

Halkier (2010) diskuterar hur fokusgruppen kan fungera som ett sätt att undersöka från och till vilka positioner ett uttalande görs, och i relation till detta kan både en *"brygga"*, en *"spindel"*, liksom i relationen mellan mig och Cecilia, en *"mellanposition"*, förstås som uttryck som fungerar när det finns en förväntan om en underförstådd gemenskap i tolkningen eller erfarenheten. Denna uppstår mellan den position från vilket uttalandet görs och den position som utgör den tänkta mottagaren. I detta kan såväl Cecilias relation till mig, som Tildas relation till mig, som ställer frågan, och de andra deltagarna i fokusgruppen, betraktas som ett subtiilt underförstått "grupptänkande", som det beskrivs av Hollander (2004). Att de skrattar kan tolkas som relaterat till ett sådant underförstått grupptänkande, och att det kommer till uttryck på många sätt; de är trötta på metaforerna, eller så känns det onödigt eller omöjligt att förklara dem. Oavsett tolkningen av skrattet uppfattar jag att det finns en underförstådd gemenskap i uppfattningen av det komiska, både i uttrycken som sådana och i den relativa tafatheten inför frågan om vad de menar med dem.

Det är dock enbart i relation till metaforerna jag uppfattar att denna upplevelse av subtiilt underförstådd gemenskap uttrycks med en ton av komik. När Tilda, efter min återkommande fråga om vad som menas, övergår till att beskriva en konkret situation, förändras stämningen i rummet på ett sådant sätt att samtalet blir mer allvarligt till sin karaktär. Också denna känsla uppfattar jag som delad i gruppen, på så sätt att jag tolkar Tildas beskrivning av exemplet med kontakten med Försäkringskassan som något de andra kuratorerna förväntas känna igen sig i, och jag kunna förstå. Det är en vardagligt präglad berättelse som också den underförstår en gemenskap kuratorerna emellan, en delad upplevelse.

Tilda beskriver hur *"bryggan"* kan tolkas genom en socionomernas gemenskap: *"de kan prata, förstår varandra."* Detta tolkar jag som ett kulturellt kapital, en kunskap om Försäkringskassans arbete, som kuratorn är den inom sjukvården som besitter. Denna relativa position av utanförskap i relation till resten av sjukvården uttrycker Tilda också då hon beskriver hur Försäkringskassans handläggare kanske uppfattar henne som lättare att prata med, jämfört med annan personal inom sjukvården, hon: *"pratar inte så mycket sjukvård"*. Tilda besitter på detta sätt en resurs i form av kulturellt kapital som fungerar som värde i relation till både sjukvårdens och Försäkringskassans ekonomi av symboliskt kapital, hon kan prata med dem båda, kan tillräckligt mycket om dem båda. Detta gör hennes position unik i relation till de

båda andra. Hon är utanför och innanför dem båda, och kan därför anta en funktion som mäklare (Craig och Muskat 2013).

Denna kurators position uttrycks inte enbart genom hur övrig personal saknar relevanta kunskaper om de olika institutionernas arbete, Tilda säger också att: *"De är rädda att det ska bli konflikter"*. I förhållande till detta återgår Tilda till *"bryggan"* som metafor och beskriver denna som någon/något som kan gå in och undvika dessa konflikter, så att de andra inte ska bli rädda (för varandra?) Kurators funktion blir här den av klister, den som erbjuder en stödjande funktion genom att se till att relationerna håller. För detta syfte uttrycker Tilda att bryggan är *"naturlig"*, vilket jag tolkar som ett uttryck för att hon betraktar, och antar att vi andra ska betrakta den som självklar.

I Tildas beskrivning av arbetet är relationen mellan Försäkringskassan och sjukvården i centrum, liksom hennes förmåga att hantera relationerna dem emellan, genom att balansera ett relativt innanför- och utanförskap i förhållandena mellan institutionerna. Tildas arbete är i exemplet hon nämner i huvudsak riktat mot det nätverk av händer som omger patienten. I relation till Cecilia och hennes arbete med Olle är det istället en fråga om en konflikt inom den egna institutionen, med fokus på Olle. Det är också detta Cecilia upplever som *svårt*. På detta sätt liknar Cecilias position Ivanas, då hon samtalar med den ledsna läkaren i det föregående kapitlet. Läkaren söker då upp Ivana, för att få hjälp att hantera en konflikt med en sjuksköterska. Ivana kan då, av läkaren ifråga, inte gärna ses som lierad med sjuksköterskan. Hon måste befinna sig lite utanför arbetsgruppen, hon måste agera och positioneras som utanför. För att få remisser från denna sjuksköterska är hon dock även beroende av ett ömsesidigt förtroende dem emellan, en relation som innebär att sjuksköterskan förknippar Ivana och hennes arbete med bekantskap och erkännande. Hon måste alltså också uppfattas som innanför. Hon måste gå med respektive mot tillräckligt mycket, smälta in och sticka ut. Hon måste uppfattas som lierad med alla.

Det är en inte alldeles lätt balansgång, i synnerhet då det relativa innan- och utanförskapet inte enbart berör mellanmännsliga relationer, utan också relationerna mellan människor och institutioner. Läkaren säger till Ivana att *"det svajar på avdelningen."* *"Det är personalbrist"*. Olle säger att *"det är brist på folk, det är det det handlar om."* Cecilia svarar Olle genom att säga *"Ja, det kan vara så. Tråkigt att du har den upplevelsen."*

Mellanmännsliga relationer kan hanteras genom relationsarbete. Genom en användning av socialt och förkroppsligt kulturellt kapital kan information hanteras och kontakter upparbetas. Erkännanden, bekantskaper och förtroenden kan framarbetas och balanseras, genom en avvägning mellan positioner av innanförskap och

utanförskap, respektive öppenhet och hemlighetsmakeri i kuratorns jurisdiktionsarbete. Känslor kan hanteras genom uttryck för förståelse, tid, telefonsamtal och utrymme för samtal. Detta arbete kan benämnas stöd, handledning, bollande, reflektion, uppföljning, hjälp ”med perspektiven”, ett arbete som ”brygga” eller ”spindel”. Men, om ett bekymmer eller en konflikt inte löses genom samtal eller tillgång till tid? Frågan om den förlängda armen är då intressant: vems arm är det? Vad gör den? Från och till vem riktas den?

Sammanfattande reflektion

I detta kapitel riktade jag sökljuset mot kuratorns arbete med patienter, vilket bland annat relaterades till begreppet linjer. Kuratorns arbete kan då dels betraktas som riktat mot patientens hantering av sjukdom, som en form av krisstöd med fokus på en reorientering till en utstakad livslinje. Arbetet kan förstås utifrån en förväntan på kuratorn att fungera som ”stödkontakt för patienterna” (Olsson 1999:88). Detta arbete förefaller vara en väntad och öppen funktion för kuratorerna, som bland annat efterfrågas genom remisser, vilka kan ses som uttryck för att annan personal gjort patienterna till sårbara subjekt, mot vilka de responderar genom att påkalla kuratorn.

Kuratorns arbete med patienter kan dock också analyseras i förhållande till organisationernas effektivitets- och specialiseringslinjer, då dessa förutsätter patienternas följsamhet. Denna följsamhet kombineras med ett ideal om att vården ska ta form av ett samarbete mellan personalen och patienten. När följsamheten inte efterlevs, på grund av att patienter på olika sätt gör motstånd eller på grund av att kropparna inte gör som förväntat, kan det därför ta form av en konflikt, i synnerhet i situationer där annan personals ansträngningar att förmå patienterna att följa vårdens linjer inte fått avsedd effekt. Också i sådana situationer påkallas kuratorns uppmärksamhet. På detta sätt kan också vårdens organisering betraktas som ett objekt som görs sårbart av kuratorn, och hennes ansträngningar riktas då mot att förmå patienten att orientera sig efter organisationernas linjer. En sådan följsamhet kan förstås som det sätt på vilket subjektet blir till en patient.

Här tydliggörs kuratorns motstridiga positioneringar. I fokusgruppen diskuteras detta som en neutral position, vilken möjliggör att kuratorn kan fungera som en resurs mellan olika nätverk av händer. Hon blir den som kan förstå både en socialsekreterare och en sjuksköterska, en naturlig ”brygga” som är lite utanför och innanför både patienterna, sjukvården och samhället i övrigt. Det åskådliggörs dock också hur positionen kan vara karaktäriserad av ambivalens och konflikt. Kuratorn betraktas då som den som kan se både patienternas och organisationernas linjer, och utifrån denna position både vara den som ”försvarar personalen” och den som är patientens

”förlängda arm” och från denna position hjälper annan personal ”med perspektiven.” Kuratorns position blir då en plats från vilken en fråga om det sociala stödet för affekt kan uttalas.

En sådan förmåga, att se något annat än övrig personal, att hålla fokus på patienten, förpliktigar och uttalas som ett ansvar i fokusgruppen: ”*då får man faktiskt gå in och bara ställa sig och säga att: 'Det här är inte rimligt', va*”. På detta sätt förefaller positionen både betydelsefull och laddad. Det innebär dock inte att den är enkel. Relationen mellan patienten och institutionen kan nämligen knytas till kuratorns resurser, då användningen av socialt och förkroppsligat kulturellt kapital innebär att hon är beroende av erkännanden och bekantskaper i förhållande till annan personal. Skulle hon positionera sig med patienten, mot institutionen, skulle dessa relationer till annan personal riskeras, sättas på spel. Hon måste, av personalen, uppfattas som en del av institutionens vi för att dessa relationer ska bära. Hon måste dock också, av patienterna, uppfattas som ståendes utanför resten av personalen, som någon som företräder patienterna, står på deras sida.

När fokus riktas mot situationer präglade av sådan ambivalens, som då livslinjer och effektivitets- eller specialiseringslinjer hamnar på kollisionskurs, är det därför inte alls säkert att kuratorn positionerar sig vid sidan om, eller håller fokus på patienten. Istället framträder hur kuratorn, genom relationsarbete, hjälper patienterna hantera negativa känslor kring den maktlöshet patientskapet innebär. Detta kan visserligen underlätta för patienten, men om det kombineras med en reorientering till organisationernas linjer laddas arbetet med symbolisk makt snarare än frigörande potential. Det riskerar då att befästa snarare än utjämna de ojämliga maktrelationerna mellan patienten och institutionen.

I det vardagliga arbetet är det alltså inte så långt från ett ideal om att arbeta som en förlängd arm för patienten, till att bli ett försvar för personalens agerande mot samma patient. Ideal om en potential att ställa sig vid sidan om organisationens linjer och att från denna position, bredvid/tillsammans med patienten, uttala frågor om socialt stöd för affekt eller moralisk responsivitet, förefaller helt enkelt lättare att göra i teorin än i praktiken. För att fördjupa denna fråga om responsivitet kommer jag i nästa kapitel fokusera på den ambivalens som följer av svårigheten att understödja olika linjer samtidigt. Denna svårighet kommer också att länkas till de resurser som finns tillgängliga.

7. Redistribution och reorientering

I tidigare kapitel har jag diskuterat hur kuratorn, genom relationsarbete, kan hjälpa patienter hantera den känsla av obekvämheter som avsteg på den egna livslinjen kan ge upphov till, som en desorientering eller kris i samband med sjukdom eller smärta. Kuratorn kan då rikta sitt arbete mot att hjälpa patienten att reorienteras till den egna linjen, att åter finna en känsla av trygghet och förankring. Det kan också skapas avsteg på organisationens effektivitets- och specialiseringslinjer, som om patienten inte gör sig följsam eller annan personal riktar sin uppmärksamhet mot ”fel” saker. Också denna typ av avsteg kan förstås som problem för en kurator och kuratorn kan i dessa situationer påverka både patienters och personals orientering, genom att exempelvis påverka hur de riktar fokus.

I slutet av föregående kapitel ställde jag frågan om vad som händer med bekymmer som inte avhjälps genom sådant relationsarbete eller möjlighet att avbördas sig negativa känslor, exempelvis materiella bristtillstånd eller konflikter som inte låter sig lösas med hjälp av känslöhantering. Relationen mellan att hjälpa patienten respektive att hjälpa organisationen lyftes också; kuratorns arbete kan förstås som laddat med symbolisk makt och/eller frigörande potential, i synnerhet i situationer där patienternas linjer förefaller hamna på kollisionskurs med organisationens linjer. Det blir i dessa situationer svårt för kuratorn att understödja alla linjer samtidigt, varför en sådan position präglas av ambivalens. I detta kapitel vänds fokus mot dessa frågor.

Kapitlet inleds med ett ”gammalt” och tre nya exempel från det empiriska materialet, där frågan om patienternas liv och bekymmer, liksom kuratorernas arbete, diskuteras kuratorer emellan, liksom mellan kuratorer och mig. Detta följs av en diskussion om hur kuratorerna förhåller sig till livets dimensioner, tolkade som materiella respektive emotionella. Därefter presenteras fler utdrag ur det empiriska materialet, där fokus vilar på interaktion mellan kuratorer och patienter, liksom kuratorer och annan personal, framför allt relaterat till bekymmer av materiell karaktär. Detta följs av en diskussion om kuratorns resurser, kopplat till hur användningen av dessa förhandlas inom de organisationer där hon verkar. Slutligen flyttas fokus också ut från institutionen, till det omgivande samhället, och frågan om kuratorns arbete relaterat till det sociala arbetets legitimitet.

Malin, kvinnan med dålig tandhälsa och det som är praktiskt⁶³

Malin har just träffat en kvinna hon hjälpt med fondmedel för tandvård. Hon går från samtalet med kvinnan till en kollegas rum och berättar lite om kvinnan för kollegan. Hon beskriver deras kontakt som att "hon är stående, ringer vid behov." Det gäller fondmedel säger hon och skrattar till. "Praktiskt så." Kollegan skrattar till, himlar med ögonen och gör en rörelse med huvudet som jag tolkar som "blä!", alternativt "vad tråkigt". Malin berättar att kvinnan fått 28 000 kr, och så 14 000 mer nu. Hon berättar att hon har en lista som är utan dess like, på vad tandläkaren gjort och behöver göra.

Anneli, vikarien och hederligt kuratorsarbete.

Jag och Anneli sitter på hennes kontor. Då både hon och hennes kollega ska vara borta imorgon och i övermorgon ska en annan kurator komma och vikariera. Denna vikarie kommer förbi. Hon och Annelie verkar känna varandra sedan tidigare. De hälsar glatt och börjar prata, på ett sätt som jag uppfattar som personligt och fritt. Jag förstår av deras samtal att den vikarierande kuratorn tidigare arbetat eller kanske haft praktik på mottagningen.

Annelie och vikarien börjar prata om den klinik där kvinnan annars arbetar. Hon säger "Det är mycket kris."

Annelie svarar: "Det kan jag tänka mig att du gillar."

"Ja, kris är kul" säger kvinnan skämtsamt och de båda kvinnorna skrattar åt det lite absurda i påståendet.

Kvinnan säger att det är många diagnosbesked och kris i samband med det. Att de kan ligga inne några veckor också, sen får de diagnos – jobbigt.

Annelie frågar om det inte också kan vara kul att det är lite längre vårdtider, inte "snabbt in och snabbt ut."

63 Detta exempel har redan använts, i avhandlingens fjärde kapitel. Fokus vilade då bland annat på hur Malin utför delar av sitt arbete med kvinnan i hemlighet, eller "under radarn" i relation till annan personal.

Kvinnan håller med om det, och säger att det också är skönt att det inte är så mycket död, inte IVA⁶⁴ eller svåra sjukdomar på det sättet. Men, säger hon, det är en del arbete med Försäkringskassan också.

Annelie säger: "inte lika roligt eller?"

Kvinnan säger att jo, men en del, mycket möten, följa med patienter till socialtjänsten och så, när de kommit i konflikt med sina handläggare.

Annelie säger att det "låter som hederligt kuratorsarbete."

Kvinnan säger att "ja, lite smått och gott så."

Caroline och det som är emellan

Jag sitter med Caroline på hennes kontor och hon berättar om det besök hon väntar kl.13. Caroline säger att hon bokat "ganska lång tid"- en och en halv timme. Det gäller två saker: en fondansökan och "ett regelrätt samtal". Caroline läser i journalen och berättar om sitt arbete med mannen. Hon säger att det har "varit mycket praktiskt emellan." Hon säger att han är tydlig med det också, att det måste tas först, "innan vi kan prata om det jag behöver prata om." Caroline säger att det till exempel varit mycket med ekonomin. Han har ansökt om skuldsanering och de har gemensamt formulerat ett brev till Kronofogdemyndigheten. Caroline säger att det varit "mycket praktiskt, så", men att de "nu börjar närma sig det som är riktigt viktigt."

Matilda, kollegorna, och en riktig kurator

Det är dags för förmiddagsfika och jag har följt Matilda till ett fikarum, där vi nu sitter i en soffa tillsammans med två av hennes kuratorskollegor.

Det är en man i 35 års-åldern och en kvinna i 60 års-åldern, och vi sitter tillsammans alla fyra. De två kollegorna frågar mig om min studie. Jag säger att jag vill undersöka vad kuratorer gör, eftersom det ofta beskrivs som ett luddigt jobb. Kvinnan säger att hon känner igen det. Att det var först efter att hon gått masterutbildningen⁶⁵ som hon kände att hon hade koll på någon teori. Innan

64 Intensivvårdsavdelning

65 Underförstått i socialt arbete. Kvinnan är också legitimerad psykoterapeut.

dess var det liksom "vadå teori?" Mannen säger att han är glad att han har en steg 1 utbildning i KBT; "Hade jag inte haft KBT:n hade jag inte vetat, teori?" Kvinnan säger att masterutbildningen gav henne mycket tankar "om det inre och det yttre" och systemteori. Mannen säger att det är lite så, att kuratorer liksom inte vill heller. De vill inte göra det ingen annan gör. De skulle kunnat profilera sig, men det är en del som är liksom "meck", det är tråkiga grejer, kuratorerna vill inte.

Kvinnan säger att ja, så kan det vara. Men att det oavsett "fixaruppdrag" varit så att de här (på mottagningen) haft lite kuratorsinsatser, man har efterfrågat "en riktig kurator."

Det materiella och det emotionella

I exemplen ovan återkommer beskrivningar och metaforer kring arbetet och de bekymmer kuratorn möter. Kvinnan som ska vikariera på mottagningen där Annelie arbetar beskriver hur det, på hennes ordinarie avdelning, är "mycket kris", och de båda kvinnorna skrattar åt det lite absurda i att hon (de båda?) gör detta till något roligt.⁶⁶ Senare beskriver kvinnan att arbetet också består av andra saker: möten med Försäkringskassan och socialtjänsten till exempel, som när det blivit konflikter mellan patienter och handläggare. Annelie, som förefaller förutsätta att kollegan sannolikt inte tycker att detta arbete är "lika roligt, eller?", konstaterar att det låter som "hederligt kuratorsarbete." Malin beskriver sitt arbete med att hjälpa kvinnan med pengar som "[p]raktiskt så."

I fikarummet på Matildas arbetsplats är ingången till samtalet lite annorlunda, och initierat av mig. Samtalet hade inte utspelat sig om jag inte varit där. Matildas båda kuratorskollegor verkar direkt med på noterna när jag beskriver mitt intresse för vad kuratorer gör, de känner igen luddigheten jag beskriver och har känt av den själva, åtminstone innan de vidareutbildat sig. De relaterar en luddighet i yrket till en upplevd brist på teoretisk förankring. Kvinnan lyfter frågan om "det inre och det yttre" och systemteori. Mannen, som menar att hans teoretiska förankring främst är genom KBT, replikerar att det inte bara handlar om en luddighet, utan också om vad kuratorerna vill utföra för arbetsuppgifter, eller enligt min tolkning, hur de vill bedriva jurisdiktionsarbete. Han refererar det arbete de kanske inte vill göra dels till det som ingen annan gör, dels såsom varande "meck". Funktionen han beskriver kan liknas vid en vaktmästare (Craig och Muskats 2013), som kanske utför viktiga uppgifter,

⁶⁶ Jag vill här understryka att jag inte uppfattar deras tonlägen som raljerande eller förlöjligande. Jag uppfattar snarare stämningen i rummet som hjärtlig.

men tråkiga. På detta sätt kan han också sägas relatera hanteringen av handlingsutrymme till kuratorernas önskan om vissa arbetsuppgifter, liksom möjligheten att undvika andra. Kvinnan replikerar och beskriver den senare typen av arbetsuppgifter som *”fixaruppdrag”*. Hon relaterar, som Anneli gjorde med beskrivningen *”hederligt kuratorsarbete”*, till detta arbete som *”en riktig kurator.”* Dessa uttalanden kan ses som kopplade till det underförstådda som de, på lite olika sätt, utgår ifrån och också tar spjörn emot.

Caroline å sin sida beskriver spontant för mig ett besök som snart väntas till mottagningen där hon arbetar. Hon förklarar för mig vad hon gör och ska göra, så att jag ska hänga med. Att hon säger det hon säger handlar alltså också i detta fall om att jag är närvarande. Hon berättar om det väntade besöket genom att beskriva de arbetsuppgifter som förknippas med det, som en innehålls- eller avsiktsdeklaration: en fondansökan och ett *”regelrätt samtal”*.

Livets dimensioner

I kuratorernas berättelser framträder två dimensioner: det emotionella: inre, immateriella, representerat av *”kris”* och *”regelrätt samtal”*, liksom det materiella: yttre, representerat av ekonomi, fondansökningar, *”[p]raktiskt”*, *”fixaruppdrag”*, *”meck”* och möten med Försäkringskassan och socialtjänsten. I exemplen ovan, men också mer generellt i materialet, ramar kuratorerna på detta sätt in två dimensioner av såväl livet som arbetet. Horisontellt görs denna åtskillnad när den vikarierande kuratorn på Annelies mottagning beskriver sitt arbete som bestående av *”smått och gott”*; det är olika delar, arbetsuppgifter av olika karaktär, där det antingen är individens emotionella eller individens materiella bekymmer som är i fokus. Kris är en sak, bekymmer med relationerna till handläggare på Försäkringskassan och socialtjänsten är en annan sak. I samtalet mellan Matildas kollegor och mig är arbete med emotionella dimensioner av livet mer underförstått. De diskuterar inte dessa direkt, men de framträder genom hur de står som självklar kontrast till det som beskrivs som *”meck”* eller *”fixaruppdrag”*. På samma sätt underförstås en kontrast till Malins arbete med att hjälpa kvinnan söka fondmedel för tandvård, vilket Malin beskriver som *”[p]raktiskt så.”*

Att det beskrivs som skilda dimensioner och arbetsuppgifter på en horisontell nivå är inte den enda form av skillnadsskapande som görs. Det görs också en skillnad i vertikal, hierarkisk bemärkelse, inte minst genom omskrivningarna ovan: *”meck”* och *”fixaruppdrag”*, respektive *”regelrätt samtal”*. Malins kollegas reaktion på berättelsen om arbetet med kvinnan med dålig tandhälsa kan också tolkas på detta sätt. Kollegan säger ingenting, men jag uppfattar kroppsspråket: huvudets och ögonens rörelser, som uttryck för *”blä!”*, eller *”vad tråkigt”*. Det som görs till *”blä!”* eller *”vad*

tråkigt”, förstår jag som länkat till Malins arbete med kvinnans dåliga tandhälsa och ekonomi. Men det är inte kvinnans bekymmer i sig, att hon har dåliga tänder och dålig ekonomi som görs till *”blä!*”, utan Malins arbete med dessa bekymmer - att dessa bekymmer är problem för Malin att hantera.

Caroline beskriver hur mannen hon ska träffa själv sagt att vissa saker *måste tas först*, *”innan vi kan prata om det jag behöver prata om.”* Caroline säger att det har *”varit mycket praktiskt emellan.”* *”[E]mellan”*, liksom att *tas först*, kan tolkas på skilda sätt. Dels som ett sätt att placera de ekonomiska bekymren mellan Caroline och mannen i fråga, deras behandlingsrelation eller möjligheter till ett *”regelrätt samtal”*. Dels mellan mannens olika dimensioner av livet i sig, han antas inte kunna tänka på och samtala kring sina känslor förrän bekymmer som Caroline ramar in som *”praktisk[a]”* till sin karaktär är ombesörjda. Vid en sådan tolkning kan bekymmer av materiell karaktär förstås som prioriterade framför känslolivet, som varande bekymmer som bör/behöver ombesörjas först. Detta skulle kunna innebära att dessa bekymmer förstås som viktiga, akuta, högt prioriterade problem att lösa. Det är dock inte säkert att de betraktas som prioriterade att lösa i sig. Åtminstone är det inte självklart att arbetsuppgiften, att hjälpa till att lösa dem, hanteras som ett prioriterat eller viktigt arbete för Caroline. Snarare än ett mål, uttrycks dessa arbetsuppgifter som ett medel - för att komma till det Caroline definierar som *”riktigt viktigt.”* Även om alla de bekymmer Caroline diskuterar i relation till mannen hanteras som problem, görs alltså en intern hierarki problemen emellan, vilken inte med självklarhet kan relateras till en bedömning av bekymrens allvarlighetsgrad, utan deras karaktär.

Det verkar på detta sätt alldeles självklart att göra en skillnad mellan materiella och emotionella dimensioner i och av livet och de arbetsuppgifter som knyts till dessa dimensioner. Skillnadsskapandet skulle därför kunna ses som en del av kuratorernas doxa, deras förgivettagna förståelser av arbetet, livet och dess dimensioner (Bourdieu 1992:164, Järvinen och Mortensen 2005:16).

Kroppen, känslan och livet

Relationerna mellan det materiella och emotionella är inte de enda dimensionerna i det sociala eller kulturella livet som ordnas på detta sätt. Relaterat till kön är det kanske Hirdman (1988) som tydligast diskuterat denna skillnadsskapandets logik, och dess betydelse, genom det hon benämner som genuskontraktet: dikotomiseringen och hierarkiseringen av det som betecknas som kvinnligt respektive manligt. Hirdman (ibid.) beskriver hur orientering i världen sker efter platser, sysslor och sorter, och hur denna orientering får legitimerande effekter för uppdelningen av könen. Genom att repeteras förstärks genom detta genuskontrakt såväl en uppfattning som en

praktik, och de båda kommer att uppfattas som naturgivna. På detta sätt kan genuskontraktet, eller i detta fall, uppdelningen av emotionalitet och materialitet förstås som ett slags performativ linje, som kuratorn trampar upp och kommer att påverkas av i sin orientering. Därmed kommer också andra att påverkas, i sin orientering.

I relation till kroppen och det upplevt naturliga i särskillnaden mellan det materiella och det immateriella diskuterar Butler (2009b) en mer uttryckt fråga om kroppens ontologi. Hon framför en relation mellan individens möjlighet till erkännande och erkännbarhet, där erkännande kan visas genom handlingar mellan subjekt, men där erkännbarheten är beroende av allmänna betingelser som ”förbereder eller formar ett subjekt för erkännande” (ibid.:16). Dessa betingelser beror då inte på egenskaper eller förhållanden hos eller inom individen, utan: ”Den epistemologiska förmågan att uppfatta ett liv är delvis beroende av att det livet skapas i enlighet med normer som kvalificerar det som ett liv eller som en del av livet” (ibid.:15).

Butler (2009b) menar alltså att det är möjligt att fysiskt leva, utan att för den skull tillerkännas liv i den fulla bemärkelsen. Det är möjligt att leva, men ändå göras ”spillbar”, snarare än ”sörjbar”. Den kroppsliga ontologin är villkorad, livet är ändligt och osäkert och ”kräver att skilda sociala och ekonomiska betingelser är uppfyllda för att det skall kunna upprätthållas som ett liv” (ibid.:23).

Med hjälp av Ahmeds (2006a; 2006b) terminologi kan begreppen spatialiseras ytterligare: en linje trampas upp och tar successivt form av en mer och mer upptrampad väg, ett sätt att förstå världen och ett sätt att orientera sig. Linjen har en historia, men riktar också blicken mot en tänkt framtid, den lovar en form av avkastning och erfars som en press på kroppen. Kroppen, rummet och varat förstås på detta sätt som oskiljbara. Linjen förstås alltså vare sig som kognitiv eller materiell, utan ofrånkomligen som både och. Det är med andra ord inte enbart skelettet eller muskulaturen som avgör huruvida det blir möjligt för en kropp att stå upp, röra sig eller bli igenkännbar, erkänd.

Att arbeta med det andra bestämmer över

Butlers (2009b) ansats är närmast agitatorisk, med uppmärksamheten riktad mot betingelser som genom en ojämlig fördelning av välstånd skapar en differentiell utsatthet för sjukdom, våld och död. På detta sätt är frågan om livets sörjbarhet och den kroppsliga ontologin en fråga om politik och etik. Hirdmans (1988) fokus är mer riktat mot den vetenskapliga blicken, vars position hon beskriver som den som problematiserar de förgivettagna relationerna (mellan könen), genom att inte acceptera de gränser som framställs som naturgivna (framför allt för kvinnor). Hon manar

till ett ifrågasättande av de särskiljande processerna, genom att rikta fokus mot relationerna mellan de dikotomiserade och hierarkiserade positionerna.

På detta sätt kan ett isärhållande av materiella och emotionella dimensioner av livet och arbete kopplat till dessa dimensioner ifrågasättas i sig. Vad har det för betydelse att denna isärhållning görs, horisontellt och vertikalt? Vad innebär det för förståelsen av patienterna och deras bekymmer? Vad innebär det relaterat till kurators jurisdiktionsarbete? Hur kan detta analyseras relaterat till kurators resurser och förhandlingen om hur dessa ska användas i arbetet?

För att fördjupa diskussionen om kurators arbete med dessa livets dimensioner följer nu två lite längre empiriska utdrag. Dessa följs av en analys med fokus på bland annat resurser och frågan om responsivitet.

Görel och kvinnan som hon inte vet hur hon ska hjälpa

Det är sen höst och jag sitter vid en dator bredvid Görel. Hon har fått ett mejl: hon läser det högt för mig och berättar samtidigt om sina tankar kring mejlet och om situationen mer allmänt.

Mejlet är skrivet av en anhörig. Maken har dött och hon är arbetslös. Hon blev sjukskriven av en läkare, men det godkändes inte som grund för sjukpenning av Försäkringskassan. Hon har sökt försörjningsstöd, men blir inte beviljad eftersom hon bor i ett radhus, allting är inte klart efter makens död.

I mejlet skriver kvinnan: "Vill inte bli hemlös." "Är rädd." Görel säger att hon inte vet hur hon ska hjälpa henne.

En stund senare sitter Görel vid datorn igen. Hon ser lite stressad ut. Hon talar om den anhöriga och säger: "Jag kan inte hjälpa henne, men hon släpper mig inte."

De har kontakt ibland via mejl och idag verkar kontakten vara intensiv. Görel säger att maken dog tidigt i vintras och att det var mycket just då. Det kan gå långa perioder utan att de hör av varandra, men sedan kan det plötsligt bli intensivt.

Görel tycker att det är svårt att hjälpa kvinnan: "Jag kan inte dividera med henne om detta. Det är socialtjänstens sak och jag tycker att de ska ta ansvar

för det." Görel säger att hon tycker att det är socialtjänsten som är "ytterst ansvariga". Detta är egentligen inte hennes arbetsuppgift. Samtidigt upplever jag att hon ger uttryck för en upplevelse av att socialtjänsten inte tar detta ansvar, varför hon ändå försöker.

Hon säger: "Hon har en bil. Hon ville ha fondmedel för en ny bil, men det får man ju inte fondmedel för." Kvinnan har själv uttryckt att hon vill söka fondmedel. Då har Görel sagt att hon "bara har fonder för dem som fått cancer", varpå kvinnan svarat: "Min man hade ju cancer." Görel kommenterar detta med: "Mycket offer, så."

Görel låter irriterad. Jag har inte hört henne såhär i relation till någon patient eller anhörig förut. Hon har kunnat vara irriterad över vårdenhetschefen och annan personal, åtminstone i stängda rum, när hon diskuterar med mig eller med andra kuratorer. Men detta är något annat.

Görel skriver ett mejl till kvinnan som hon låter mig se. Det är snällt formulerat och har en bekräftande eller tröstande ton. Därefter följer ett samtal mellan Görel och en läkare, om en annan patient. Sedan äter vi lunch. Efter lunchen sätter sig Görel vid sin dator och öppnar mejlen. Hon har fått ett nytt mejl från kvinnan. Hon uttrycker till mig, spontant: "Svårt."

Görel berättar att hennes avdelnings uppdrag nu är slut. Hon säger också att detta "handlar bara om ekonomin." "Så mycket juridiskt och ekonomiskt." "Jag känner att jag inte kan gå in i detta." "Hon behöver pengar, det är den tragiska sanningen."

Men, Görel kan inte säga detta till kvinnan, hon är orolig för henne: "Hon reder inte ut det." Görel vill att någon ska ta över kontakten med kvinnan: socialtjänsten. Men det blir inte så. Görel har också rekommenderat budgetrådgivning och Stadsmissionen, men säger att kvinnan "inte klarar ut det." Hon säger att det var svårt med ekonomin redan innan maken dog.

Jag säger: "Så du täcker upp?"

Görel säger: "Ja, fast jag vet inte riktigt vad jag täcker."

Görel ringer socialsekreteraren, men hon är inte där idag.

Görel säger: "Det är jobbigt det där, när man får en känsla av att det är mer än det som står."

Det blir nu lite mer av dialog mellan Görel och mig. Görel berättar att hon är "irriterad". Säger: "Ska jag också släppa det då bara?" "Var slutar mitt uppdrag?" "Var slutar mitt ansvar?" "Mitt ansvar är ju patienten, men att släppa det är ändå inte så lätt, speciellt inte när det finns barn." Görel berättar att kvinnan har två barn, de är 13 och 18 år gamla.

Jag säger: "Du har lite makt?"

Görel svarar: "Jag har ingen makt alls, inte det minsta. Och jag kan inte skicka henne till någon annan än soc, för det finns ingen annan som... Socialtjänsten måste hjälpa henne. Om det är något hon måste avyttra så får de ju hjälpa henne med det."

Görel säger: "Ska det nu gå så långt att man sätter folk på gatan?" "Det är stor skillnad mot 80-talet."

Jag säger att det låter som ett dilemma: relationen mellan Görels bedömning av vad som behövs för att hjälpa kvinnan samt hennes möjligheter att få till en åtgärd.

Görel svarar: "Ja, precis."

Fredrika, Astrid och Mona, som inte har råd att åka till sjukhuset

Jag skuggar Fredrika, som sitter tillsammans med sin kuratorskollega Astrid. De talar om att de fått två remisser. En gäller en kvinna där det står i remissen att hon fått telefonnummer till kurator. Den andra gäller en kvinna som inte har råd med en operation på grund av vårdavgiften och kostnader för resorna till och från sjukhuset. Fredrika säger att hon är osäker på vad som ska göras, och hon vill diskutera detta med Astrid.

Fredrika säger att de kanske har en handkassa, de har haft det i alla fall, men det är oklart hur det blir med det i år.

Fredrika säger att hon tycker att det är lite jobbigt. Men, säger Astrid, det är väl ingenting att göra med den som fått telefonnummer? Nej, säger Fredrika. Astrid säger att "det väl bara är för kännedom" som den remissen getts till kuratorerna. Vi tittar tillsammans på remissen och noterar att det också står att kvinnan har en depression.

Sedan börjar Fredrika och Astrid tala om den andra remissen. Det är en kvinna som har en sjukdom i ansiktet. Det har planerats för en operation på plastikkirurgien på sjukhuset här, men i remissen står att läkaren "i samråd med patienten" skrivit en remiss till en mottagning som ligger närmre hemorten.

Fredrika och Astrid diskuterar: hur ska de hantera denna remiss? Ska de kontakta kuratorn på mottagningen närmre hemorten? Ska de ringa till patienten? Vem av dem ska göra det som ska göras? Jag tolkar Astrid som att hon vill att de ska ringa patienten. Eller till en kuratorskollega på mottagningen. De känner kuratorn där sedan tidigare.

De pratar lite om patienten. Fredrika säger att hon har kollat i journalen också – patienten har hepatit b och c också och KOL och... Astrid säger att hon inte verkar vara "så rädd om sin hälsa." Fredrika säger att detta nog "bara är ännu en sak för henne."

Fredrika lämnar rummet och jag följer med henne. Vad som ska göras upplever jag inte som helt uttalat, däremot förstår jag det som bestämt att något ska göras och att det är Fredrika som ska göra det.

Jag och Fredrika går tillbaka till hennes kontor. Hon läser i journalen på datorn. Hon ser remissen läkaren skrivit till mottagningen nära hemorten. Där står att patienten inte har råd, men att han bett klinikens kurator om hjälp, samt att han skickar denna remiss till deras mottagning då den ligger närmre patientens hem. Fredrika säger att hon tolkar det som att det finns en förväntan om att kuratorerna här ska hjälpa patienten, oavsett var hon ska opereras. Hon säger att hon önskar att läkaren pratat med henne eller Astrid först, innan han skickade remissen.

Jag frågar: "Känns det mer tvingande nu när det kommunicerats liksom 'utåt'?"

"Tvingande och tvingande..." säger Fredrika, "Jag kan ju inget göra. Jag har inga pengar."

En stund senare kommer Astrid förbi Fredrikas rum igen, och frågar om det är dags för kaffe? Fredrika har redan satt på kaffet. Fredrika säger att hon funderar på kvinnan med sjukdomen i ansiktet (hon refererar nu till henne genom att använda hennes förnamn, Mona). Att läkaren skrivit i remissen att de ska hjälpa henne med ekonomin? Ja, säger Astrid, att hjälpa kanske betyder att förmedla? Fredrika säger att hon inte tror det. Astrid säger att det kanske blir svårt att hjälpa henne, om hon ska till ett annat sjukhus, då träffar de ju inte henne. Nej, säger Fredrika. "Och hur skulle vi kunna hjälpa, vi har ju inga pengar?" Astrid säger nej, men hon kan förstå att läkaren skriver remissen - om detta står i vägen för vården av en allvarlig sjukdom, att läkaren velat se till att hon får hjälp. Astrid säger att hon borde ju ha andra också, som hjälper henne. Om hon har KOL, hepatit. Kanske har hon kontakt med en kurator på infektionskliniken? Ja, säger Fredrika.

Efter kaffet ringer Fredrika till kuratorn på infektionskliniken några gånger, utan resultat. Därefter söker hon också Mona via telefon. Också detta utan resultat. Astrid kommer förbi igen, frågar Fredrika hur vi⁶⁷ har det? Fredrika svarar tvekande ja, och berättar att hon kollat på internet var Mona bor. Hon bor i en kommun utanför stan. Fredrika säger att då funkar inte fonderna som de brukar söka. "Och vi kan ju ändå inte skicka pengar."

Så, hon bor inte här, ska inte hit och har inte råd att åka hit. "Klurigt", säger Fredrika. Men, handlägger de inte detta på sjukhuset på hemorten?

Astrid säger: Är hon en sådan som har många kontakter?

Fredrika säger att hon inte tror det. Hon tycker att det är "klurigt". Kuratorn på hemorten har väl lunch nu och Fredrika vill inte sitta kvar till kl. 13 för detta. Hon ska sluta innan lunch idag.

67 Med "vi" avses Fredrika och jag. Jag blir på detta sätt ofta inkluderad i ett "vi" under fältstudier, av kuratorerna jag skuggar, men ibland också av annan personal.

Nej, säger Astrid. Hon kan ringa Mona igen, men om hon inte svarar? Ta det igen på tisdag?

Astrid säger: "Eller ska jag ta det på måndag?"

Nej, säger Fredrika, det hinner du nog inte.

Nej, säger Astrid.

Fredrika säger: "Det kan väl inte vara mer bråttom än så?"

Nej, säger Astrid.

Fredrika ringer Mona igen. Inget svar. "Det får vara så" säger Fredrika, "nu har jag ringt henne två gånger."⁶⁸

Kuratorernas resurser och förhandlingen kring hur de ska användas

Dessa två situationer har en sak gemensamt: kuratorerna vet inte vad de ska göra med de bekymmer de möter, i form av brist på pengar och/eller behov av att ordna med saker efter en sjuk makes bortgång. En sak skiljer dem åt, då det i det andra fallet är en läkare som har skrivit en remiss med uttryckt önskan om en specifik form av stöd för Mona. Arbetsuppgiften kan därför betraktas som förankrad eller legitimerad inom den organisatoriska kontexten. Läkaren förstår de bekymmer som uppmärksammas som en arbetsuppgift för en kurator, och Fredrika är egentligen inte frågande inför detta. Frågan Fredrika ställer är varför läkaren skrivit en elektronisk remiss i Monas journal, istället för att diskutera det med henne mer informellt, vilket kan tolkas som att Fredrika hade önskat att de två diskuterat huruvida Fredrika skulle hantera bekymret som ett problem. Nu har läkaren, genom att skicka remissen, bestämt detta själv. Fredrika måste då på något sätt respondera öppet, svara på remissen i text, vilket hon inte hade behövt om frågan diskuterats mer informellt, eller i hemlighet, enskild personal emellan.

68 Jag vill här tydliggöra att jag inte har kännedom om vad som hände med Mona herefter eller huruvida Fredrika eller Astrid hade fler kontakter relaterade till henne. När Fredrika säger "Det får vara så" - är det mycket möjligt att hon underförstår att det får vara så för idag. Inte för all framtid.

För Görel är situationen en annan. Dels tolkar jag det som att hon är den enda från avdelningen som fortsatt har kontakt med kvinnan ifråga, dels gör hon själv bedömningen att de bekymmer hon ställs inför ligger utanför hennes uppdrag. Det är med andra ord inte alls säkert att de bekymmer hon uppmärksammar hos kvinnan kan eller bör hanteras som problem för en kurator. Det Görel gör, att hon ändå har kontakt med kvinnan, gör hon därför lite grand under radarn, eller i hemlighet, relaterat till annan personal. Detta uttrycks inte i förhållande till bekymren i sig, utan till att kvinnan egentligen inte är Görels patient. Uppdraget är, eller borde vara avslutat från avdelningens sida. Patienten, kvinnas make, är död sedan snart ett år. Det finns med andra ord ingen koppling alls mellan organisationens linjer och kvinnans.

Frågan kuratorerna brottas med är alltså inte primärt formulerad som en fråga kring huruvida de *vill* göra något åt de bekymmer som presenteras för dem, som en av kuratorerna i fikarummet diskuterade tidigare när han refererade till vissa arbetsuppgifter som *"meck"*, utan huruvida de upplever att de kan. Det behöver inte betyda något om huruvida de vill. Hanteringen av handlingsutrymme behöver på detta sätt varken individualiseras eller psykologiseras relaterat till den enskilda kuratorn, istället kan det kontextualiseras.

Brodtkin (2011:255) tydliggör nödvändigheten i en sådan kontextualisering av hanteringen av handlingsutrymme, då det är en fråga om vardaglig politik och styrning, snarare än om uttryck för enskilda individers vilja. Butler (2009b:32) erbjuder en sådan konkret kontextualisering, när hon lyfter fram hur den sociala omgivningen ramar in den "differentiella distributionen av sörjbarhet" - genom att forma förutsättningar som gör livet levbart, eller skapa prekaritet. Hanteringen av handlingsutrymme förstås mindre som en fråga relaterad till den individuella kuratorns överväganden. Självklart gör hon överväganden och i dessa kan hon komma till olika slutsatser, vilket kan sägas vara tydligt både när Görel pratar med mig och när Fredrika och Astrid pratar med varandra om hur de ska hantera de bekymmer de möter. Men dessa samtal sker inte i ett vakuum, utan i ständig relation till organiseringen av arbetet.

Med det sagt kan individualisering och psykologisering relaterat till patienternas bekymmer fungera som sätt att hantera handlingsutrymme i kuratorernas arbete. När Fredrika och Astrid diskuterar Mona finns också sådana tendenser, som då de diskuterar huruvida hon är en sådan som *har många kontakter*. När operationen diskuteras görs det vidare till en fråga om huruvida det är viktigt för henne att få ansiktet åtgärdat eller bara *"ännu en sak för henne."* Att få en plastikoperation efter en sjukdom i ansiktet görs på detta sätt inte primärt till en fråga om skadans utbredning eller svårighetsgrad, utan till kvinnas (förmodade) individuella förutsättningar eller

karaktär. Görel diskuterar vidare hur hon upplever att den mejl-skrivande änkan betar sig: *"Mycket offer så."*

Ett sådant fokus på individen kan analyseras som uttryck för hur Butler (2009b) kan sägas fördjupa analysen av hanteringen av relationerna mellan bekymmer och problem. Det handlar inte om någon objektiv eller neutral värdering av någons predikament eller lidande. Istället, skriver Butler (ibid.:14), är det: "inte givet att om man uppfattar ett liv som osäkert kommer man därför att besluta sig för att skydda det livet eller trygga betingelserna för dess fortlevnad och blomstrande." En upplevd utsatthet hos den andre kan, enligt Butlers (ibid.) sätt att se det, istället leda till ökat våld. Denna dubbelbestraffningens logik kan tolkas genom begreppet patientkonstruktioner, som det beskrivs av bland andra Järvinen och Mik-Meyer (2003). Föreställningar om patienternas individuella psyken eller förhållanden får då förklara eller klä skott för organisationens bristande möjligheter att hjälpa. De avgörande frågorna blir inte huruvida hjälp kan ges eller hjälpen kan hjälpa, utan huruvida mottagaren görs värdig att få denna hjälp, genom att exempelvis klassificeras som stackare eller skurk (Sahlin 1994), värdig eller ovärdig (Billquist 1999).

Dessa processer kan diskuteras med Butlers (2009b) begrepp sörjbarhet, då de sociala och ekonomiska betingelser som omgärdar dessa patienter villkorar deras existenser på ett sådant sätt att de ramas in som mindre sörjbara. Det blir då mer påtagligt hur patientkonstruktionerna verkar, dels relaterat till kuratorernas arbete med patienterna och deras bekymmer, dels på vilka sätt den värdering som här görs kan länkas vidare till det omgivande samhället. Det Hasenfeld (2010) beskriver som praktikideologier handlar då inte längre enbart om relationerna mellan vad yrkesverksamma gör i förhållande till organisationernas eller yrkesgruppernas ideal eller ideologier, utan om det som Rosenfelt (1983) beskriver som det sociala arbetets legitimitet: skillnader mellan vad som är respektive vad som borde vara, samt ett samhälleligt erkännande av ett behov av att åtgärda detta.

Det avgörande för kuratorerna förefaller nämligen inte vara vad de vill, eller inte vill, på en individuell nivå. På olika sätt kan de istället sägas diskutera hur de bekymmer de möter uppfattas som rimliga eller legitima. Görel beskriver hur hon upplever hela situationen: *"svårt"*, Fredrika beskriver det som *"klurigt"*. Astrid beskriver hur Monas bristande ekonomiska resurser står i vägen för hennes möjligheter att tillgodogöra sig vården, hon beskriver också sjukdomen som svår. Görel uttrycker hur *"[h]on behöver pengar, det är den tragiska sanningen."* Hon säger också att kvinnan behöver hjälp att konkret hantera det som behöver göras efter makens bortgång. Det är inte bekymren det är fel på, kanske inte heller kuratorernas vilja, utan snarare kuratorns upplevda möjligheter att hjälpa. Kuratorn har helt enkelt inget ekono-

miskt kapital att arbeta med, inga materiella resurser att förmedla. Fredrika säger det tydligast: *”Jag kan ju inget göra. Jag har inga pengar.”* Ingela säger: det *”handlar bara om ekonomin.”* *”Så mycket juridiskt och ekonomiskt.”* *”Jag känner att jag inte kan gå in i detta.”*

Å ena sidan är det alltså möjligt att säga att de bekymmer kuratorerna här konfronteras med, åtminstone till en del, förstås som problem för dem att hantera: av dem själva, liksom av den remitterande läkaren. Arbetsuppgiften är här efterfrågad, önskad, och av betydelse för att vården över huvud taget ska komma till stånd. Med Ahmeds (2006a; 2006b) begrepp linjer i minnet är det möjligt att betrakta bristen på ekonomiska resurser som grus i maskineriet, såväl för Mona som för organisationen. Monas kropp, hennes rörlighet, hindras av bristen på pengar. Vårdens tänkta förlopp, organisationens effektivitetslinje, hindras också om hon inte ens kan komma till sjukhuset. Kugghjulen snurrar inte, riktningen mot horisonten är/blir störd. Ett avsteg skapas, men det är inte säkert att kuratorn kan sluta det, oavsett vad hon vill. Hon har inte tillgång till en bot.

Att mobilisera andras resurser

Frågan om arbetsuppgiften kan alltså relateras tillbaka till den diskussion om resurser som fördes i avhandlingens femte kapitel. Här låg fokus på hur kuratorn, genom juridiktionsarbete, förhandlade om att underlätta för annan personal genom att upparbeta och omsätta kulturellt och socialt kapital. Hon kunde arbeta med att understödja andras arbete och påverka deras orientering genom att visa förståelse för känslor och erbjuda handledning i relation till annan personals bemötande av patienter och anhöriga. På detta sätt kunde kuratorn fungera som en sjukvårdens bemästringsmekanism. I relation till de bekymmer som framkommer i exemplen ovan är det dock pengar som är i fokus.

Caroline har hjälpt mannen med kontakterna med Kronofogdemyndigheten och hon hjälper honom också att ansöka om fondmedel, för att han ska få råd att åka kollektivt till möten med en patientförening. Hon kan på så sätt sägas förmedla kontakter med andra som har tillgång till ekonomiskt kapital. Hon kan bearbeta andra, be andra, förhandla för patientens räkning i relation till andra, bereda väg för att andra ska understödja hans linje.

Carolines arbete kan betraktas som framgångsrikt, då hon tidigare, och också nu, hjälper mannen att få kontanta medel. Detsamma kan sägas angående Malins arbete med att hjälpa kvinnan att söka pengar ur olika fonder till tandvården. Kuratorerna kan här sägas utnyttja sina handlingsutrymmen för att hjälpa patienterna, på samma sätt som Mikaela gjorde i avhandlingens fjärde kapitel. Hon hjälpte då två patienter

med planering och förmedling av kontakter inom sjukvården, hon ordnade en tid för en röntgenundersökning och planerade för vårdens insatser i relation till giltighetstiden för en patients frikort. I samband med detta gjorde hon bedömningar av patienternas bekymmer, men också av deras sårbarhet eller värdighet: huruvida situationerna väckte affekt och moralisk responsivitet. När Mikaela fann att så var fallet satte hon de resurser som stod henne till buds i arbete, även om detta arbete utfördes lite grann i hemlighet. Värderingen av sörjbarhet kan här sägas falla ut till patienternas fördel. Affekt väcktes, kuratorerna responderade.

Görel är inte lika lyckosam i sina strävanden, då hennes bedömning av änkans behov inte möter gehör hos socialsekreteraren ifråga. Görel bedömer att kvinnan behöver praktisk hjälp att reda i sina saker, liksom konkreta ekonomiska resurser, och denna bedömning kan hon kommunicera med socialsekreteraren. Om socialsekreteraren inte håller med om Görels bedömning är det inte mycket Görel kan göra. När jag uttrycker detta som en fråga om makt svarar hon: *"Jag har ingen makt alls, inte det minsta."* På samma sätt fungerade andra delar av Mikaelas arbete i avhandlingens fjärde kapitel. Hon gjorde då bedömningar av en patients behov av bostad och denna kvinnas värdighet att få hjälp. När socialsekreteraren inte beviljade den typ av bostad Mikaela rekommenderade var det inte mycket Mikaela kunde göra åt saken, hon sa istället att det är: *"en maktlöshet hos mig."*

Kuratorerna kan alltså sägas sakna egentligt ekonomiskt kapital, vilket av Bourdieu (1986) alltid är länkat, eller åtminstone möjligt att översätta till ekonomiska medel, pengar. Kurators arbete - att förmedla, länka eller be, kan istället analyseras som omsättning av en form av socialt kapital. Bourdieu (ibid.) använder inte kapitalbegreppet för att förstå yrkesgruppers arbete, men beskriver det sociala kapitalet som faktiska eller potentiella resurser som (kanske) kan mobiliseras, i relationer mellan människor. "The volume of the social capital possessed by a given agent thus depends on the size of the network of connections he can effectively mobilize and on the volume of the capital (economic, cultural or symbolic) possessed in his own right by each of those to whom he is connected" (ibid.:21).

I relation till frågan om behov av pengar till Monas operation kan kuratorerna sägas diskutera just denna fråga om kapitalformer, då de samtalat kring huruvida remissen kan betraktas som en önskan om att förmedla kontakter snarare än kontanter. Astrid säger *"att hjälpa kanske betyder att förmedla?"* Detta kan förstås som att Astrid förhåller sig till remissen som en fråga om att tillgängliggöra eller mobilisera socialt kapital snarare än ekonomiskt. Men, det är inte självklart att remissen kan tolkas så. *Fredrika säger att hon inte tror det.*

Den centrala frågan kan alltså förstås som vilka materiella resurser kuratorn - genom kontakter med andra kan försöka mobilisera, snarare än de resurser hon själv har direkt tillgång till. Detta skiljer denna del av hennes arbete: "[p]raktiskt så", "meck" eller "fixa uppdrag" från det arbete hon utför relaterat till "kris" och "regelrätt[a] samtal". I relation till det senare är/äger hon sina egna emotionella resurser, sitt eget kapital, sig själv, och det som ska mobiliseras är, snarare än andras materiella resurser, patientens (eller personalens) emotionella resurser. Patienter och/eller personal ska hjälpas att hantera sina (känsloliv) på ett ändamålsenligt sätt. Detta arbete kan kuratorn utföra på egen hand, oberoende av andras resurshantering, vilket kan antas underlätta en mer aktiv självständig hantering av handlingsutrymme, inte minst då detta arbete kan antas vara lättare att utföra i hemlighet.

Den ojämlika fördelningen av "meck"

Att hantera livets dimensioner på detta sätt förutsätter en tudelning av det materiella och perceptuella, som enligt Butler (2009b) inte bara är bekymmersam, utan omöjlig att göra. Det är inte graden av lidande, utan tillgången till socialt stöd för en affektiv respons som ramar in subjektet som sörjbart eller spillbart. Den bortvända blicken kan vara ett svar på lidande, men lidande kan också skapas av den bortvända blicken. En gräns mellan det materiella och emotionella låter sig helt enkelt inte göras. Det är därför inte heller, som Evans och Harris (2004) konstaterar, givet att vissa typer av arbetsuppgifter innebär ett (potentiellt) normativt positivt handlingsutrymme, medan andra skulle vara negativt laddade former av styrning eller kontroll. Patienternas känslor är inte skilda från deras kroppar och deras upplevda utsträckning i rummet, vad som finns eller placeras inom eller utom räckhåll, eller deras möjligheter till blomstrande. Ett "regelrätt samtal" kan på så sätt ses som ett lika omöjligt ideal som tanken om en "ren" kroppslighet eller, för den delen, en ren materialitet.

Om en liknelse ska göras med Cecilias arbete med Olle i föregående kapitel, kan hennes samtal med honom förstås som just "regelrätt". Cecilia gör här ingenting annat än att arbeta med Olles känsloliv. Detta beror inte på att Olles materiella omständigheter beskrivs som bekväma, iordning eller fria från bekymmer, utan snarare på att de materiella bekymmer han lyfter inte hanteras som problem för Cecilia att arbeta med.

För Butler (2009b:14) är det just denna omöjlighet att särskilja som ligger till grund för den ontologiska frågan om själva livet, då hon menar att: "[d]et är inte möjligt att först definiera kroppens ontologi och sedan referera till de sociala betydelse kroppen antar. Att vara en kropp är snarare att vara utsatt för social bearbetning och form, och det är det som gör kroppens ontologi till en social ontologi." Det är

mot denna bakgrund inte heller meningsfullt eller möjligt att göra tvärt om, att börja med en social kropp för att sedan kunna fokusera på det som är *”riktigt viktigt”*. Även om ett arbete kan inledas med hanteringen av *”meck”*, innebär själva livet att *”meck”* återkommer. Även om ett *”regelrätt samtal”* vore möjligt, skulle dess karaktär av nödvändighet vara temporär, övergående, och en konsekvens av att smidigheten i relationerna mellan kroppen och rummet, i stunden, uppfattas som självklara och smidiga. Detta kan då betraktas som ett resultat av att linjerna följs, snarare än av att kroppen och rummet kan skiljas åt. Det är därför inte heller meningsfullt att försöka skilja planerande eller stödjande insatser åt, varken horisontellt eller vertikalt. Kroppen har alltid en historia och den är alltid på väg. Den är aldrig ensam, aldrig oberoende.

Möjligheterna till upplevelser av en smidig passage genom rummet är vidare inte demokratiskt eller jämlikt fördelat. Vissa kroppar kan förefalla glida framåt, medan vissa mer eller mindre ständigt stöter på hinder. Detta beror då inte på egenskaper eller potential hos kroppen ifråga, eller en antagen *”inre livsdrift”* (Butler 2009b:29). Istället tydliggör Butler (ibid.:32) den *”differentiella distributionen av sörjbarhet”*, som kan sägas regleras av en humaniseringsdiskurs, vilken på en gång är emotionell och materiell. Den relaterar till vilket socialt stöd som finns, eller saknas, för både affekt och responsivitet, och länkas till *”de resurser som finns tillgängliga för oss”* (ibid.:55).

Detta *”oss”* kan i detta fall förstås som sjukvården som konkret politiskt och socialt nätverk av händer, liksom vilka resurser detta nätverk av händer har tillgång till. I relation till dessa resurser förankras kuratorn som en del av detta nätverk av händer. Också kuratorn är bunden av vilka resurser som finns tillgängliga för henne och hur dessa kan mobiliseras genom hennes arbete. I relation till de resurser hon själv äger kan hon fungera mer som en fristående hand, men i relation till de resurser hon saknar är hon ofrånkomligen också en del av detta nätverk.

När förväntningarna krockar

Om kuratorn saknar ekonomiskt kapital, om materiella resurser inte finns direkt tillgängliga för henne, kan det tolkas som att stöd för en respons avseende bekymmer av sådan karaktär saknas. Det spelar då mindre roll om arbetsuppgiften kan länkas till att understödja organisationens effektivitets- eller specialiseringslinjer, eller om bekymmer av denna karaktär kan antas vara en del av kuratorns jurisdiktion.

Remissen till kuratorerna om Monas bristande ekonomiska resurser, liksom remissen till Daniella avseende mannens bostadslöshet i föregående kapitel, skulle kunna tolkas som om det finns institutionaliserade förväntningar om att detta är problem för kuratorer att hantera. I relation till denna typ av materiellt redist-

ribuerande arbete finns också en stark historisk förankring. I de enkätsvar Olsson (1999:85) lyfter, från svenska fattigvårdsförbundet avseende behovet av kuratorer, nämns både "hemförhållanden", "fattigdom" och "råd och hjälp efter försörjarens död." Kuratorerna förefaller inte heller agera som om de opponerar sig mot detta i sak. I praktiken är det dock svårt att respondera, då den bot som står dem till buds har karaktär av socialt kapital, och mobiliseringen av de materiella resurser dessa kontakter kan sätta i arbete inte avgörs av kuratorn.

Kuratorn kan i dessa situationer förstås som ståendes med svårförenliga förväntningar på sitt arbete jämte de resurser hon kan mobilisera (jfr Harsløf et al. 2017), i förhållande till det hon, och/eller andra, förväntar sig att hon ska kunna göra och de resurser som står henne till buds. Detta kan hanteras genom försök att mobilisera andras resurser eller genom att undvika att göra patientens bekymmer till problem, exempelvis genom att individualisera eller psykologisera patienternas bekymmer, rama in patienterna som mindre sörjbara, skapa prekaritet, som då Monas bristande ekonomiska resurser kommer att handla om huruvida hon är *en sådan som har många kontakter* snarare än en sådan som behöver pengar för att kunna ta sig till sjukhuset.

Kuratorn kan också försöka tona ner eventuella konflikter genom att skapa allianser åt flera håll samtidigt, hon kan mäkla och klistra (Craig och Muskat 2013). I detta arbete kan hon använda sitt kulturella kapital och smälta in i både sjukvården och samhällets övriga stödinstitutioner, samtidigt som hon också kan upplevas som lierad med patienten, exempelvis genom att undvika att positionera sig som expert. Hon kan säga till en socialsekreterare att hon kan ringa henne, vara hennes förtrogna inom sjukvårdens byråkrati, samtidigt som hon till sjukvårdens personal kan säga att de kan gynnas av hennes kunskaper om socialtjänstens byråkrati. Hon kan, som i föregående kapitel, vara Olles och avdelningspersonalens resurs att använda, även när de båda förefaller vara i konflikt. Detta åtminstone så länge det är möjligt att hantera dem båda samtidigt, eller så länge det är möjligt att skilja ideologi och praktik, så länge handledaren är halvt hemlig, så länge konfliktlinjerna inte framträder i fullt dagsljus. Det fungerar så länge avstegen sluts och ingen ställer henne mot väggen, vilket läkaren kan sägas göra när remissen om Mona skrivs i journalen istället för att diskutera frågan mer informellt. Sådana situationer händer inte ofta under mina fältstudier, men de händer.

En Yvonne på allas sida

Jag skuggar Yvonne och det är dags för en arbetsplatsträff på avdelningens personalrum. Det är ett ganska stort rum med köksdel där det står matbord

och stolar samt en mycket stor hörnsoffa med tillhörande soffbord. Vårdenhetschefen sitter vid matbordet, hon är ensam där. I hörnsoffan sitter "alla andra": sektionsledaren, skötare, sjuksköterskor och Yvonne. Yvonne gör plats åt mig i soffan, men jag tycker att det känns som om det är väl trångt, så jag sätter mig på en pinnstol bredvid.

Vårdenhetschefen tar till orda och säger att de ska tala om avvikelser, och att det är ganska många. Mötet tar också ganska lång tid. Det är mest vårdenhetschefen som talar och fokus riktas i huvudsak mot planerade förändringar av arbetet på kliniken, i stort och smått: nya inriktningar på vissa avdelningar, nya ledningsstrukturer, städning av förrådsutrymmen. Yvonne antecknar flitigt i det block hon har med sig. De andra lyssnar, och förefaller göra det aktivt.

Yvonne sitter med sin telefon fastspänd i byxlinningen. Den ringer flera gånger. Hon har den på ljudlös, men displayen lyser upp och telefonen surrar varje gång det ringer. Efter en stund vänder hon sig till mig och viskar: "Vet inte om jag ska svara?" Jag gör med kroppsspråk ett uttryck som är menat att betyda: "Ja, jag vet inte, men jag förstår att du funderar på det." Yvonne lämnar rummet. Jag vet inte riktigt vad jag ska göra så jag sitter kvar. Jag kommer på mig själv med att känna lite oro. Har det hänt något? Det har ringt så många gånger.

Efter en kort stund kommer Yvonne tillbaka. Hon markerar mot mig att det inte är någon fara. Mötet fortsätter.

Efter mötet går jag med Yvonne till hennes kontor. Yvonne berättar att hon ska ringa socialkontorets enhetschef om en av patienterna på avdelningen. Det var enhetschefen som ringde, sju gånger, under mötet. Det handlar om Emil, som sägs ha sagt att han blivit beviljad ett boende, men enhetschefen säger att han inte blivit beviljad, det enda som är sagt är att han kan ansöka. Om detta har enhetschefen sökt Yvonne. Yvonne ringer och jag hör vad hon säger i telefonen.

Yvonne säger: Det har hänt, med en patient som var lika "svår", att de delat notan mellan regionen och kommunen. Men så blir det inte nu. De har bara avtal med ett sådant hem. Till hösten kommer de inte att ha avtal med några alls. Yvonne säger att Emil förstod det också och att de pratat om andra lösningar. De har pratat länge. Han kan få terapi här, han har privat psykolog också. Yvonne säger "Jag trodde att han förstod att det inte blir av med behandlingshem." Sedan säger hon: "Ok, jättebra, tack och hej."

Efter samtalet vänder sig Yvonne mot mig och säger:

Emil har ringt till enhetschefen och påstått att Yvonne sagt att han skulle bli beviljad boende. Enhetschefen sa till Yvonne: "Varför har du sagt så?" "Vi ska ju stå på samma sida." Yvonne säger att hon aldrig sagt så. Hon säger att enhetschefen tyckte att hon skulle prata med Emil, men varför skulle hon göra det? Vad ska hon säga? Ska hon säga "varför så du så?" Om hon skulle göra det, "går han bara upp, blir affekt."

Jag frågar Yvonne om enhetschefen var arg. Yvonne säger att hon alltid är arg. Sedan undrar hon om jag tyckte att hon lät arg. Jag säger nej, jag tyckte snarare att hon lät defensiv. Yvonne säger jaha.

Sedan går vi till avdelningen. Yvonne vill prata med Emil, men han är inte där. På tavlan står det att han kommer tillbaka kl. 18.30. Yvonne säger att hon får ta det imorgon. Vi går tillbaka till Yvonnas kontor.

Yvonne skriver i Emils journal om samtalet med enhetschefen: Extern kontakt: Kontakt tagen av: enhetschef NN.

Aktuellt: Jag blir informerad att socialtjänsten inte har någon möjlighet att bevilja behandlingshem för patienten.

Yvonne säger, spontant, till mig: "Så skriver jag bara." "Jag skriver inte att hon sagt att jag ifrågasatt eller någonting."

Jag frågar varför.

Yvonne säger att det inte har med patienten att göra, det blir dubbla signaler. Det blir negativt laddad information.

I denna situation kan Yvonnas begränsade möjligheter att påverka vilket stöd Emil kommer att få efter utskrivning sägas bli tydliga, såväl relaterat till vilka behandlingsalternativ regionen har upphandlat som i relation till socialtjänstens bedömningar. Yvonne berättar att det bara finns avtal med ett behandlingshem av den typ hon och Emil diskuterat, snart kommer det inte att finnas några alls. Hon säger till socialsekreteraren att hon och Emil *"har pratat länge"*, och att hon *"trodde att han förstod"*

att det inte blir av med behandlingshem.” Huruvida Yvonne tycker att det ska bli av med behandlingshem verkar inte helt självklart. I inledningen av samtalet med socialsekreteraren säger hon att det i relation till en annan patient, som också var ”svår”, gjordes en gemensam lösning mellan sjukvården och socialtjänsten.

Yvonne säger aldrig något om huruvida hon bedömer behandlingshem som den bästa lösningen för Emil. Frågan uttalas aldrig, men om den inte var underförstådd, varför skulle hon ta upp denna situation till diskussion med enhetschefen över huvud taget? Varför skulle exemplet vara relevant? Det kan vara så att en sådan lösning omöjliggörs av att regionens avtal med behandlingshemmet snart upphör, och att en gemensam nota därför inte är möjlig från regionens sida. Frågan kan då inte tolkas som ett konkret förslag till enhetschefen, utan kanske snarare som ett försvar för sjukvårdens agerande. Det förefaller dock, oavsett frågan om notan för Emils vård, som långt ifrån självklart att någon av de inblandade bedömer att Emil inte är i behov av den typ av vård som ett behandlingshem kan erbjuda.

Den centrala frågan mellan Yvonne och enhetschefen förefaller nämligen inte vara den om ett eventuellt behov av behandlingshem, eller hur de bedömer Emils behov av behandling utöver terapin, utan hur Emil hanterar frågan om sin framtid och hur relationerna mellan de inblandade tre personerna fungerar. Yvonne uttrycker detta som en fråga om hans förståelse för situationen, hon säger: *”Jag trodde att han förstod”*. Jag var inte med när hon träffade Emil och de diskuterade frågan. Yvonne säger att de två *har pratat länge*. Som jag tolkar Yvonne lämnade hon deras samtal och trodde att frågan om fortsatt behandling var klar. Hon trodde åtminstone att det var klart för Emil att det inte skulle bli något behandlingshem.

Emil har dock ringt enhetschefen och hävdade att Yvonne sagt att han ska bli beviljad behandlingshem. Yvonne berättar att enhetschefen sagt: *”Varför har du sagt så?”* Det är givetvis inte möjligt att veta varken vad Emil gjort eller sagt eller vad enhetschefen sagt till Yvonne, men de svärförenliga förväntningarna på hennes arbete och lojalitet känns igen. Om Emil hänvisat till en påstådd bedömning av Yvonne kan han sägas ha positionerat henne bredvid sig, som en utmanare mot enhetschefen. Hon blir då hans förlängda arm, ett stöd i Emils avsteg från organisationernas effektivitetslinje, då Emil uttrycker önskemål om en viss form av stöd och en viss form av utskrivningsplanering. Detta landar inte väl hos enhetschefen. Hon placerar nämligen Yvonne på sin sida, mot Emil: *”Vi ska ju stå på samma sida.”* Det är åtminstone så Yvonne tolkar samtalet, och det är denna komplicerade och konfliktfyllda position hon förhandlar kring då hon ska beskriva samtalet med enhetschefen i Emils journal. Yvonne skriver: *”Jag blir informerad att socialtjänsten inte har någon möjlighet att bevilja behandlingshem för patienten.”*

Det förefaller inte självklart för Yvonne vad hon ska skriva. Hennes tveksamhet är inte relaterad till frågan om Emils fortsatta vård. Frågan hon ställer till mig handlar inte om detta, utan om hur hon ska formulera konflikterna kring planeringen av denna vård. Hon säger: "Så skriver jag bara." "Jag skriver inte att hon sagt att jag ifrågasatt eller någonting." När jag frågar varför förklarar hon det genom att referera till *negativt laddad information*. Hon säger också att hon vill undvika att det blir *dubbla signaler*.

Yvannes funktion blir på detta sätt den som den som hanterar eller hårbärerar konfliktfyllda relationer. Detta sker inte enbart inom sjukvårdens organisation, där hon kan fungera som ett slags bemästringsmekanism (jfr Lipsky 1980/2010:78), utan också mellan samhällets olika instanser och dessa instanser och patienterna. Som jag tolkar Yvannes förståelse av samtalet mellan henne och enhetschefen upplever Yvonne enhetschefen som missnöjd eller faktiskt arg - dels på Yvonne, dels på Emil. Yvonne förstår det som att enhetschefen vill att hon ska tala med Emil, men hon förstår inte riktigt varför, eller vad ett sådant samtal ska ge för effekt. Hon säger till mig att hon undrar över vad hon ska säga, ska hon säga: "varför så du så?" Eller med andra ord: varför sa du att jag sagt att du skulle bli beviljad behandlingshem? Yvonne vill inte uttrycka denna konflikt i Emils journal. Till mig säger hon att hon då skulle riskera att Emil: "går ... bara upp, blir affekt."

Att Yvonne försöker undvika denna risk, att Emil "går ... bara upp, blir affekt", kan tolkas på många sätt, vilka kan länkas till hennes skilda positioneringar. Dels kan det ses som om Yvonne vill skydda Emil från negativa känslor, från det jobbiga i att gå upp i affekt. Att gå "upp, blir affekt" kan nämligen förstås som en plötslig obehäglichhet i relationerna mellan Emil, hans omgivning och hans tänkta rörelser framåt, hans livslinje. Yvonne kan på detta sätt, genom sitt arbete och relativa hemlighetsmakeri kring konflikten, förhindra att Emil erfar ett upprivande avsteg från sin egen linje. Det är dock inte enbart Emil som skyddas av att denna konflikt hålls hemlig och hårbäreras av Yvonne. I relation till Emil breddas denna bemästrande funktion ytterligare, då Yvannes arbete också kan sägas mildra uttrycken för de potentiellt negativa konsekvenserna av regionens minskade upphandling av behandlingshem. Hon mildrar de konflikter det ger upphov till, genom att hantera relationer mellan människor, liksom individers känslor. Otydligheten kring hennes funktion i relation till utskrivningsplanering som arbete kan på detta sätt kvarstå, trots att den ofta bekymmersamma positionen mellan patienten och organisationerna här träder fram i ljuset, åtminstone mellan henne och enhetschefen.

Kanske är det just denna funktion hon fyller i relationerna mellan sjukvården och socialtjänsten? Inte primärt att påverka beslut, utan att hantera relationer på ett

sådant sätt att organisationens linjer störs så lite som möjligt, att grus hålls utanför resten av maskineriet? Det är helt enkelt kuratorn som arbetar med att hantera gruset, försöker hålla det utanför maskineriet. Regionens minskade resurser är något de alla bara får (fås att) förhålla sig till. Eller med andra ord, det är inte bara läkare med mycket makt som kan ändra mycket.

När resurserna inte finns hos någon?

En upplevd brist på resurser i omvärlden återkommer som tematik under fältstudierna och har berörts tidigare, exempelvis då Görel reflekterade kring hur hon skulle förhålla sig till kvinnan som mist sin man. Hon sa: *”Ska det nu gå så långt att man sätter folk på gatan?”* *”Det är stor skillnad mot 80-talet.”* Som jag tolkar detta menar Görel att socialtjänstens resurser minskat under den tid hon arbetat som hälso- och sjukvårdskurator. Detta påverkar både patienterna, deras anhöriga och hennes arbete. Kuratorns arbete är då inte bara beroende av möjligheter att påverka hur andra mobiliserar resurser, utan också av andras brist på resurser att mobilisera. Görel förhåller sig till detta, liksom Yvonne kan sägas förhålla sig till hur den minskade tillgången till behandlingshem påverkar Emil. Om andra har resurser kan kuratorn be dem mobilisera dessa, men om dessa andra inte heller har de insatser som efterfrågas, förväntas eller önskas, vad gör kuratorn då?

Det är återkommande i materialet att kuratorerna konfronteras med hur patienterna och deras anhöriga upplever och hanterar skillnader mellan den hjälp de önskar eller förväntar sig och den hjälp de får. Ett exempel finns i avhandlingens fjärde kapitel, då Pernilla formulerade om Bertils ansökan om hemtjänstens arbete relaterat till behov av hjälp med mat. Han uttryckte då en önskan om att de skulle *”komma med matvaror”*, men det Pernilla skrev i ansökan var *”lättare matlagning”*. Det är också återkommande att anhöriga, ofta kvinnor, i samtal med kuratorerna beskriver hur de går in och täcker upp för de behov som de upplever att varken sjukvården eller socialtjänsten fyller. Ett sådant tillfälle är då jag skuggar Ellinor när hon ska ha ett så kallat planeringssamtal med Anton. Ellinor säger att de har planeringssamtal med alla patienter som skrivs in på avdelningen och att det handlar om hur det varit, vad som är aktuellt nu och hur de ska tänka framåt. Ellinor ska ha detta planeringssamtal själv. Hon säger att det brukade vara kurator och en sjuksköterska, men att det numera inte alltid är så. Det är brist på sjuksköterskor på avdelningen. Många har slutat det senaste året och det har inte gått att anställa nya. De som är kvar hinner inte.

Anton bestämmer om han vill ha vårdplanering, eller?

Ellinor går in på Antons rum först och frågar om jag kan följa med. Jag står i korridoren utanför och hör att hon säger: "Jag har med mig en forskare idag och hon studerar mitt arbete. Är det ok om hon är med idag?" Anton, och hans syster Anna, säger att det är ok. Ellinor hämtar mig.

Anton och Anna är båda uppskattningsvis runt 70 år. Han ligger i sängen. Han har sjukhuskläder på sig och de glipar över magen. På en av sina fötter har han gips. Anna sitter på en stol vid sängens fotända. Hon säger: "Nu sitter jag i den bekvämaste stolen." Det finns en ursäktande ton i rösten, det är som en fråga. Ellinor säger att det är ok. Anton frågar om han får ligga i sin säng. Jag tolkar det som att han ställer frågan till mig då han ställer den när jag just hälsat på honom. Jag hinner inte tänka efter kring vilka roller vi ska ha i rummet, svarar mest reflexmässigt att det självklart är ok. Jag tar också Anna i hand och sätter mig sedan på en stol snett bakom Ellinor.

Ellinor inleder med att berätta att det inte kommer någon sjuksköterska idag. Anna låter lite besviken över detta. Ellinor säger att de haft ett sånt här samtal förut, men att hon undrar hur det är nu. Anton berättar att han har hemtjänst, men att det inte är jättebra. Ellinor undrar om han behöver mer. Anna säger att han skulle behöva jämt och han fyller i att han skulle vilja ha någon som finns bredvid honom. Ellinor frågar om han menar jämt? Anna säger att det väl inte finns resurser till det, men att de inte bara kan stå i dörren och fråga om han behöver något, om hur han mår. Han säger ingenting då. Det är olika hela tiden, de blir inte bekanta med honom. Ellinor frågar om de hade vårdplanering på det sjukhus han tidigare vistades på, men Anna fortsätter att prata om att han inte kommer ut, att det är svårt med trappan. Anton säger att det har blivit svårare med trappklättrare. Ellinor frågar om han inte har raka trappor. Anna säger att det skulle vara bra om han fick stanna på avdelningen.

Ellinor säger att de behöver börja planera för hur det ska bli efter sjukhuset och att hon tänker att det låter som att han vill åka hem? Anton säger absolut, för att testa om det skulle gå bra. Ellinor säger att om det är ok för honom tror hon att det skulle vara bra med en ny vårdplanering. Anna säger ja, han är så hjälplös och svag och kommer inte upp. Anton undrar om det inte bara är det samma? Ellinor säger jo, men de kan stämna av med biståndsbedömare. Anton säger att ja, han kanske inte kan få mer. De diskuterar trygghetslarm och hemsjukvård och Ellinor frågar igen om vårdplanering. Anton säger nej. Ellinor frågar

om hemsjukvården ska vara med. Anton säger nej, han orolig om de ska komma och springa här hos honom.

Samtidigt pratar Anna, nästan för sig själv, om hur hemtjänstens personal bara står i dörren, och att det alltid är nya. Anton fyller i att det är synd det är olika och Ellinor säger att det nog varit önskvärt för alla om det inte varit så. Anna säger att det är småflickor, de kan ingenting, kan inte steka ägg. Det är be-
drövtligt. Synd att säga, men de kan inte. Ellinor frågar om Anton talat med sin
biståndsbedömaren. Anton säger ja, han säger att det är synd.

Anna börjar berätta om vad hon gör, och har gjort, för att hjälpa Anton. Hon har lagat mat fyra dagar i veckan. Hon har handlat och tvättat, men gör inte det längre. Orkar inte. Men det blir en hel del annat.

Ellinor frågar om Anton provat de nya insatserna han fick i samband med den senaste vårdplaneringen. Anton svarar nej. Ellinor frågar om det finns behov av en ny vårdplanering eller om de ska stämma av? Anton svarar nej. Ellinor frågar om han behöver fler hjälpmedel hemma. Anton svarar "Det skulle vara en människa då."

Anna berättar att hon brukar gå till honom varje dag, men hon orkar inte, hon har yrsel och problem med hjärtat. Men hon är orolig, han har ramlat. Hon tittar på mig och liksom pustar, säger: "Det är jobbigt det här." Jag tittar på henne och försöker bekräfta hennes känsla med mitt ansiktsuttryck. Ellinor säger att de två ska ha "de goa stunderna", hon ska inte göra det hemtjänsten ska göra, det är viktigt att den hjälpen är i ordning.

Anna fortsätter att berätta om hur det varit, att han ramlat och att hon blev kallad till sjukhuset för att "titta på honom", se om han var som vanligt. Han var förvirrad och orolig och hon är rädd att det ska bli så igen. Ellinor säger att de får kolla med Sandra (läkare på avdelningen) och biståndsbedömaren om hur länge Anton ska vara inskriven samt vad som bestämts om hemtjänsten. Hon frågar om det skulle gå att vara hemma med de nya insatserna? Anton säger att det är svårt att säga, varpå Ellinor säger att de kan diskutera alternativ om de har en vårdplanering. Anton säger att det väl inte finns några alternativ? Ellinor frågar om korttidsboende, Anton säger nej. Ellinor frågar om Hemgården (ett annat boende) och Anton säger nej.

Anna börjar gråta, ser uppgiven ut och frågar om han hellre vill komma hem och bryta sig igen. I så fall får också hon lägga in sig på sjukhus. Anton säger att han inte kan utgå från hur hon mår, han måste utgå från sig själv, hur han mår. Ellinor säger ja, det är han som bestämmer. Han säger att ja, men frisk kan han inte göra sig, fast han vill.

Han berättar om hur han upplever sjukdomen och svårigheterna att förutse hur det ska bli, hur det ska utvecklas. De talar om huruvida det skulle hjälpa om hemtjänsten kom också på natten, men då tror han att han skulle störas. Han skulle vilja att de kom och satt hos honom en kvart på kvällen. Anna håller med och säger att det han behöver är någon att prata med. Han blir förvirrad. Hon säger: "Det är viktigt med sällskap. Det är nästan det viktigaste."

Ellinor säger att nu är det nya saker, de kanske ska ha ett möte? Anna säger att hon inte kommer på fler möten, det är ändå ingen som lyssnar på henne. Anton säger att hon ju pratar hela tiden. Det är som om de båda gnabbas lite. Ellinor säger att hon ringer biståndsbedömaren och hör om de vill komma hit. Och hemsjukvården.

De talar en stund om korttidsboende och hur det funkar samt om det finns nya behov: av mediciner, av fysioterapi. Ellinor säger att det finns en kurator inom hemsjukvården som kan komma hem till Anton om han vill prata. Han säger att det är det system som behöver. Hon säger att hon håller med om det och han säger att han nog hade varit den som behövt om hon varit sjuk.

Sedan frågar Anton om Ellinor tycker att de kom framåt. Ellinor säger ja och frågar vad han själv tycker. Han säger att han tycker att det är det samma, men att det kanske är bättre för de andra två (Ellinor och Anna). Ellinor säger att det kan vara bra att stämma av.

Efter samtalet vill Ellinor stämna av med en sjuksköterska, men hon sitter upptagen i telefon på expeditionen. När sjuksköterskan talat färdigt talar hon och Ellinor lite. Ellinor säger att Anton inte vill ha vårdplanering och att det kanske inte behövs. Det som bestämts är ju kvar. Sjuksköterskan säger att hon ska kolla tider och så ska de prata mer om detta på rondon imorgon. Till mig säger Ellinor: "Man kan ju inte tvinga honom att ha vårdplanering." Men det hade varit bra. Att stämna av. Att känna att det är ordnat så att det inte blir så att "ingen lyssnade på mig" i efterhand. Och det kan ju bli vårdplanering ändå om

läkaren tycker att det finns medicinska skäl. "Vi får höra på teamet imorgon."
Ellinor beskriver hur "vårdplanering är ett erbjudande."

Ellinor träffar alla patienter som är inläggande på avdelningen, då ett planeringssamtal hålls med alla. Besöket föregås alltså inte av någon specifik remiss. Det innebär dels att ingen annan personal förmedlat en länk mellan Ellinor och Anton, dels att Anton kan antas uppfatta samtalet som en del av vården, som han inte kan eller bör ta ställning till enskilt. Det är vidare en arbetsuppgift som är speciell av ytterligare två anledningar. Dels har en kurator inom verksamheten utvecklat planeringssamtalet som en uttryckt metod, dels är det en arbetsuppgift som från början inte var kuratorns allena, utan den genomfördes i samarbete med sjuksköterska.

På grund av brist på sjuksköterskor på avdelningen förefaller dock uppgiften ha blivit kuratorns. Under mina dagar på avdelningen är jag med på fyra planeringssamtal och sjuksköterska deltar inte på något av dem, det verkar inte heller finnas någon förväntan om det hos kuratorerna, eller hos sjuksköterskorna. Tider för samtalen bokas när sjuksköterskorna är upptagna med rapporter och när Ellinor en gång frågar en sjuksköterska om tiden gör hon det genom att säga "Du kan inte vara med va?" Hos sjuksköterskorna kan jag inte skönja några uttryck för att de strider för att inte förlora uppgiften, de verkar snarast lättade och tacksamma över att de inte behöver vara med. Inte heller Ellinor uttrycker någon strävan eller önskan om att ha arbetsuppgiften som sin, när hon och jag pratar om det säger hon snarare att hon "täcker upp". Några tydliga öppna jurisdiktionella stridigheter eller kamper om arbetsuppgiften kan jag alltså inte se.

Å ena sidan kan alltså planeringssamtalet tolkas som en självklar del av Ellinors arbete, då en kurator skapat samtalet som generaliserad metod för arbetet på kliniken, å andra sidan är detta tvetydigt då syftet från början inte var att kuratorn skulle genomföra det själv. Ellinor antecknar mötet i en del av patientens journal som annars är sjuksköterskans och betonar att hon försöker skriva som om hon vore sjuksköterska. Hon säger att hon annars hade "skrivit mer om hur de resonerade".

Att Ellinor skriver anteckningen i Antons journal som om hon vore sjuksköterska är värt att reflektera kring. Kan hennes (upplevda) kunskaper att anteckna som om hon vore sjuksköterska betraktas som ett uttryck för att hon upplever sig ha tillgång till ett kulturellt kapital som gör henne så förankrad i institutionen att hon kan skriva som om hon vore sjuksköterska? Eller att institutionens "vi" är mer självklart eller viktigt än yrkesgrupperna? Kuratorn gör sig här, i så fall, som en så självklar del av detta institutionens "vi" att det inte längre blir relevant att markera att hon är anställd som just kurator, eller att en sjuksköterska faktiskt inte finns närvarande i samtalet. Ellinor positionerar sig som en så självklar del av vården som nätverk av

händer att de olika händerna blir mer eller mindre utbytbara mot varandra. Värt att notera är att det som då inte längre anses relevant att anteckna är hur Anton och Anna resonerar, istället tydliggör hon för mig vad som behöver antecknas och säger: ”Det det gäller är ju om det ska bli ett varsel.”⁶⁹

Om detta ska knytas till Emerson och Messingers (1977) begrepp bekymmer, problem och bot skulle det kunna tolkas som om frågan om bot är given på förhand, det som kan erbjudas är en vårdplanering, frågan är om det ska skickas ett varsel. Problemet är dock mer ospecificerat presenterat, inte minst då det förefaller otydligt vem det egentligen är som kan förstås som bekymrad. Om en linje ska ritas mellan ett bekymmer och en bot förefaller denna i detta fall snarare gå åt motsatt håll, från ett ”*erbjudande*” om vårdplanering till ansträngningar att skapa gemensamma definitioner av (vissa) bekymmer.

Ellinor inleder mötet med att fråga Anton hur det är nu och en sådan fråga kan uppfattas som ganska bred och öppen, med då Anton svarar med att tala om hemtjänstens insatser gör jag tolkningen att de båda är klara över att det är detta samtalet ska handla om. Det förefaller som om en vårdplanering nyligen genomförts och att Anton inte ännu varit hemma med de insatser som då bestämdes. Ellinor säger dock *att om det är ok för honom tror hon att det skulle vara bra med en ny vårdplanering*. Han frågar om det inte bara skulle vara *det samma*, och hon bejakar detta, men menar att det kan vara bra *att stämna av*. Anton säger *nej*.

Samtalet kan på många sätt förstås som en akt av övertalning, då Ellinor återkommande betonar att en vårdplanering bör komma till stånd. Genom den upprepade frågans formulering, om det är *ok för honom* snarare än huruvida han vill, görs vårdplaneringen till den horisont han ska orienteras mot. I slutet av samtalet lyfter Ellinor vidare att det kanske trots allt inte är upp till Anton att bestämma över huvud taget: *Ellinor säger att hon ringer biståndsbedömarens och hör om de vill komma hit*. Efter samtalet med Anton berättar hon också, för mig, att det kan bli en vårdplanering om läkaren på avdelningen bedömer det som behövt. Huruvida Anton vet detta är inte klart.

När Ellinor beskriver vårdplanering som ”*ett erbjudande*” kan detta alltså tolkas som riktat till flera personer och institutioner. I första hand uttrycks det som ett erbjudande till Anton, men i andra hand riktas det också till biståndsbedömarens, hemsjukvården och sjukvården där han nu vårdas. Mellan dessa görs en intern hierarki då alla inte förefaller kunna tacka nej till detta ”*erbjudande*”. Relaterat till Anton

⁶⁹ Varsel är ett uttryck för ett meddelande från sjukvården till kommunens socialtjänst om att en ineliggande patient behöver insatser/förändrade insatser efter vårdtiden, alltså en signal om att vårdplanering behöver genomföras.

förefaller frågan snarare vara hur(uvida) han (kan få att) anpassa sig till denna givna horisont i sin orientering. Om Ellinors funktion i situationen tolkas som klister (Craig och Muskat 2013), blir det med andra ord behandlingsplanen som ska hållas ihop, effektivitetslinjen som ska klistras.

Anton beskriver en del bekymmer och önskemål i samtalet, främst om mer tid, med färre personer: *”Det skulle vara en människa då.”* Han och Ellinor (och Anna) förefaller dock överens om att det inte kommer att bli något av det. Anna, som kan upplevas som den som mest aktivt påtalar ett behov av mer hjälp för Anton, förefaller under hela samtalet ha ett slags parallellt samtal, som ingen verkar lyssna så mycket på, om hur hon upplever hemtjänstens insatser, hur hon täckt upp för de brister hon upplever i vården av Anton och hur hon själv mår. Hon berättar också att hon kallats till sjukhuset för att hjälpa personalen bedöma Antons status. Anna och Anton talar om att hon kanske skulle behöva en kurator. Något sådant erbjudande lyfts inte, trots att hon ger uttryck både för egen ohälsa och behov av stöd av kurator, ett behov Anton också uppmärksammar och bejakar. Därigenom förefaller det som om dessa bekymmer inte transformeras till, eller identifieras som problem för Ellinors arbete, utan avstyrs, genom deras interaktion. *”Det det gäller är ju om det ska bli ett varsel.”* Det som det inte gäller blir då bland annat hur Anna mår. Hon görs inte till ett sårbart subjekt. Hennes situation väcker inte affekt eller moralisk responsivitet. En linje skrivs inte från henne. Hon blir istället relaterad till som en potentiell resurs för sjukvården, som kan hjälpa till att bedöma Antons status.

Den konfliktundvikande kameleonten

Frågan är då inte enbart vem eller vilka kuratorn positioneras med eller mot, eller vilka funktioner hon kan sägas fylla, utan också vad som utgör hennes resurser. Det är Ellinor som har bestämt att detta möte med Anton och Anna ska hållas, mötesformen är en metod utarbetad av en kurator för arbetet på kliniken och det är Ellinor som har bokat tiden. Men, det är inte hon som bestämmer vårdtidens längd. Hon kan visserligen påverka den i någon omfattning då det är en fråga som tas upp på team-möten, men det är inte hennes beslut. Hon kan inte heller bestämma om det ska vara vårdplanering eller vilka insatser som vid ett sådant möte kan beviljas. Hon är också tydlig med detta begränsade mandat då hon säger att: *de får kolla med Sandra (läkare på avdelningen) och biståndsbedömaren om hur länge Anton ska vara inskriven samt vad som bestämts om hemtjänsten.*

När Ellinor till mig säger att det hade varit bra att ha en vårdplanering, *[a]tt stämma av. Att känna att det är ordnat så att det inte blir så att ”ingen lyssnade på mig” i efterhand,* tydliggörs att det finns ett ideal om att Anton ska bli lyssnad till. Att detta

lyssnande är villkorat upplevs dock som tydligt i samtalet. I likhet med Cecilias arbete med Olle i avhandlingen sjätte kapitel framstår alltså ett ideal om ett samarbete mellan patienten och personalen, men detta ideal är kombinerat med en förutsatt undergivenhet från patientens sida. Patienten förutsätts orientera sig efter organisationens linjer, även om det innebär att anta en underordnad position.

Ellinors position kan alltså förstås som i skärningspunkten mellan Antons uttryck och föreställningar om biståndsbedömares, hemsjukvårdens och sjukvårdens behov av en viss typ av utskrivningsplanering, en viss organisationernas linje riktad mot en viss avkastning. Denna skärningspunkt är inte en neutral position, Ellinors arbete kan tolkas som ett sätt att neutralisera, eller överskugga, de konfliktlinjer som skulle kunna tydliggöras då Antons önskemål förefaller rimma illa med den förväntade och önskade planeringen av hans utskrivning och de möjligheter han har att beviljas den hjälp han önskar. Avkastningen i fråga kan då förstås som att en förväntan om planeringens struktur uppfylls, snarare än vad som blir resultatet.

Det är som om samtalet, processen i sig, ska förmå skapa tillfredsställelse, eller åtminstone en känsla av att vara lyssnad till. Frånvaron av beslutsfattande funktioner kan då å ena sidan tolkas som en plats från vilket ett sådant lyssnande är möjligt (jfr exempelvis Söderberg 2017). Frånvaron av beslutsfattande funktioner ska dock inte tolkas som en frånvaro av möjligheter att utöva påverkan. Istället kan samtalet ses som en arena där en potentiell konflikt förhandlas om till konsensus, genom arbetet med att omvandla vissa bekymmer till problem. En del bekymmer ”försvinner” på så sätt och processen, att följa organisationens linjer, blir det centrala, vilket Anton själv uttrycker då han frågar Ellinor om hon *tycker att de kom framåt? Ellinor säger ja och frågar vad han själv tycker. Han säger att han tycker att det är det samma, men att det kanske är bättre för de andra två (Ellinor och Anna).*

Möjligen kan både Ellinors och Antons förhållande till denna konfliktlinje tolkas som en form av anpassning: de båda bevarar organisationens linjer, den sociala ordningen, även om i synnerhet Anton uttrycker att han kanske egentligen inte tycker att det är intressant för honom att göra det. Han ställer liksom bara upp, om än lite motvilligt, på spelets regler, han svarar på den press som följer av hur organisationens linjer skrivs fram i samtalet. Ellinors arbete kan då liknas vid den funktion Heaphy (2013) beskriver för patient advocates, hon upplyser Anton om vilka regler som gäller och försöker få honom att följa dem, så att (rikt)linjerna efterlevs. Kanske skapar han ett tillfälligt avsteg då han inte genast tackar ja till erbjudandet om en vårdplanering, eller uttrycker önskemål om hemtjänstens utformning som sannolikt inte kommer att beviljas, men detta potentiellt bekymmersamma avsteg sluts, då han inte kvarstannar på denna plats. Pressen fungerar.

Ellinor bestämmer inte över vilka insatser Anton får av hemtjänsten eller om det ska bli en vårdplanering. Varken hon, Malin, Annelie, Caroline, Matilda, Görel, Fredrika eller Astrid har tillgång till något ekonomiskt kapital, några materiella resurser, att neka eller bevilja någon. När Järvinen (2002:74) beskriver socialarbetare som "en förmedlande yrkesgrupp" är det därför inte helt lätt att applicera på hälso- och sjukvårdskuratorns arbete, då det helt enkelt inte är helt klart vad hon förmedlar för resurser. Det är emellertid långt ifrån självklart att detta innebär en låg grad av inflytande. Med Thylefors (2012) i minnet är frågan snarare om den relativt ringa tillgången till materiella resurser liksom relativt låga eller ofta diffust formulerade tillgången till institutionaliserat kulturellt kapital, per automatik, leder till liten makt över arbetets organisering i praktiken.

Kuratorn kanske inte redistribuerar, kanske är hon istället den som reorienterar? Och kanske kan denna position, karaktäriserad av en relativt frånvaro av materiella resurser, utgöra en unik resurs för ett nätverk av händer som kan vara i behov av en person som, genom att kunna fokusera på förhållandevis frikopplade emotionella resurser, hanterar avsteg som uppkommer på organisationens linjer, nästan oavsett vad dessa avsteg består av? Om en överordnad funktion i arbetet ska skrivas fram, är det alltså snarast den av klister, vilket, ibland utan att det syns, ser till att det hela hålls ihop.

Sammanfattande reflektion

I detta kapitel har jag vänt den analytiska blicken mot hur kuratorerna gör en såväl dikotomiserande som hierarkiserande skillnad mellan livets och arbetets dimensioner. Skillnaderna ramas in som emotionella respektive materiella, där det emotionella tillmäts en positivt laddad särställning genom metaforer eller beskrivningar av olika typer av arbetsuppgifter som "*regelrätt samtal*" respektive "*meck*". Detta skillnadsskapande, som genom sin självklara ställning diskuteras i termer av en yrkesgruppens doxa, får effekter för den värdering kuratorn fäster vid olika typer av arbetsuppgifter. Det förefaller då inte vara en värdering av bekymrens svårighetsgrad eller den betydelse en arbetsuppgift kan få i relation till patienten som fokuseras, utan karaktären på bekymret tolkat som endera materiellt eller emotionellt.

Kuratorns förhållningssätt till det Olsson (1999:184) karaktäriserar som "praktiska problem" respektive emotionellt stödjande arbete har varierat över tid. Detta har bland annat diskuterats relaterat till yrkesgruppens professionaliseringssträvanden, där en del hävdar att en riktning mot ett psykoterapeutiskt fokus varit ett sätt att öka yrkesgruppens status. Isaksson et al. (2017) lyfter hur en sådan inriktning istället kan ses som ett resultat av en brist på motsvarande kompetens hos andra yrkesgrupper,

medan Söderberg (2017) ser kuratorns fokus på arbete med kris som en konsekvens av en relativ frånvaro och passivitet i det dagliga arbetet. Frågan om denna särhållningens logik kan emellertid också diskuteras i relation till kuratorns resurser, då bekymmer av materiell karaktär länkas till ekonomiskt kapital, vilket kuratorn helt enkelt inte har tillgång till. Det hon istället kan hoppas på är att, genom en användning av socialt och förkroppsligat kulturellt kapital, mobilisera andras materiella resurser. Ibland är kuratorn lyckosam i dessa strävanden, ibland inte.

Förväntningar om en resursförmedlande, redistribuerande, funktion kan ändå riktas mot kuratorn, som då Astrid får en remiss avseende hur Monas bristande ekonomiska resurser blir ett hinder för vården. Bekymmer med bristande materiella resurser hanteras på detta sätt som problem för kuratorn att hantera. Kuratorerna i materialet kan också sägas hålla med om denna bedömning och de kan också utnyttja sina handlingsutrymmen för att försöka erbjuda patienter stöd relaterat till materiella bristtillstånd. När de inte ser några möjligheter att göra detta, när stöd för en respons saknas, blir det dock tydligt hur psykologiserande och individualiserande patientkonstruktioner används för att rama in patienterna som mindre sörjbara, på ett sådant sätt att en frånvaro av responsivitet blir rimlig även i fall där affekt väckts. En stackare kan anses vara värdig hjälp, men hjälpen kan likväl vara svår att ge, om boten saknas.

Tendensen att separera livets dimensioner i termer av materialitet och emotionalitet används vidare för en diskussion om en kroppens ontologi som en social ontologi. För att tydliggöra detta i det sjukvårdande rummet använder jag begreppet linjer, vilket utgår från ett integrerat sätt att förstå och tolka kroppen, rummet och varat, där kroppens orientering, möjligheter att ta form, sträcka ut sig i rummet, är beroende av kroppens historia och tänkta framtid. Dessa relationer konkretiseras i frågan om vilka objekt som uppfattas som inom respektive utom räckhåll. En känsla av möjligheter, utrymme och gränser kan lika gärna vara ett resultat av en upplevelse av att kunna ta sig fram, som av att ett objekt placerats inom eller utom räckhåll. Istället för en skillnad mellan det materiella och det emotionella är det alltså de oundvikliga relationerna dem emellan som framstår som central. Kroppen börjar och slutar inte med huden, utan tar form i relation till vilka objekt den kan komma i kontakt med, varifrån den kommer, var den är och vart den är på väg. Ett avsteg kan på detta sätt snarare än ett emotionellt tillstånd förstås som en situation där tilltron till tillvarons fasta konturer är hotad. Det handlar om varat i världen, snarare än om antingen varat eller världen i sig.

Frågan om den sociala ontologin är vidare inte enbart relaterad till den enskildes rörelse i rummet, utan till vilka kroppar rummet är förberett för, det sjukvårdande

rummets sociala och fysiska arkitektur. Risken att hindras i sina rörelser är nämligen inte demokratiskt eller jämlikt fördelat. Somliga stöter oftare på patrull och uppfattas därför oftare som bekymmersamma, som de som stör organisationens linjer, som inte anpassar sig efter ett mönster av förväntad anpassning eller eftergivenhet, eller som de som har bekymmer som utmanar organisationens rutinerade arbete med problemhantering (exempelvis ekonomiska bristtillstånd). Runt dessa skapas en form av stresspunkter, som både patienterna och personalen kan erfaras.

Det blir i detta sammanhang tydligt att varken kuratorns hantering av handlingsutrymme eller det sjukvårdande arbetet i bredare bemärkelse sker i ett vakuum. Butler (2009b:32) beskriver hur den sociala omgivningen ramar in den "differentiella distributionen av sörjbarhet", genom att skapa förutsättningar som gör livet levbart, eller skapar prekaritet. När sjukvården tolkas som ett socialt nätverk av händer kan detta nätverk villkora patienternas rörelse genom vissa rum, men om Rosenfelts (1983) beskrivning av det sociala arbetets legitimitet relateras till sjukvården kan frågan om skillnader mellan vad som är respektive vad som borde vara och ett samhällsligt erkännande av ett behov av att åtgärda detta, ställas till fler områden. I synnerhet blir frågan relevant i situationer då en social utsatthet krockar med vårdens förväntat effektiva linjer. "Alla" verkar då överens om att en kurator bör tillkallas. Vilket arbete hon ska utföra och vilka funktioner detta arbete ska fylla är dock inte lika lätt att besvara. Inte minst eftersom kuratorn förefaller förväntas vara allierad med samtliga inblandade, även när deras intressen står i direkt konflikt.

Kuratorns frånvaro av beslutsfattande funktioner relaterat till materiella resurser kan då betraktas som en form av socialt arbete som inte i första hand karaktäriseras av en redistribution av resurser. När Järvinen (2002) beskriver socionomer som en semi-profession med hög grad av byråkratiserade arbetsformer, är det inte heller självklart att kuratorn känns igen. Kuratorns arbete förefaller istället präglas av ett förhållandevis stort handlingsutrymme, inte minst relaterat till graden av hemlighetsmakeri i arbetet.

Arbetet förefaller karaktäriseras av ett relationsarbete, lokaliserat till olika former av avsteg, i förhållande till människors och organisationers linjer. Positionen i ett avsteg kan alltid tolkas som präglad av osäkerhet och ambivalens, men detta blir i synnerhet påtagligt när ett avsteg blir ett resultat av att olika linjer hamnar på kollisionskurs. Dessa avsteg blir till platser som kan innebära utrymme för frigörande potential, nya linjer, men de kan också vara en position från vilken symbolisk makt kan verka, inte minst i form av reorientering. Ansträngningarna handlar då om att orientera de inblandade efter organisationens linjer, snarare än att öppna för nya alternativ. En frånvaro av direkt resursförmedlande, redistribuerande, funktioner kan

då innebära att kuratorn, inom det nätverk av händer sjukvården utgör, kan fylla en överordnad funktion av klister, som i synnerhet när det fungerar riktigt väl kan vara halvt hemligt. Ett klister är aldrig så bra som när det inte syns.

8. Avslutande diskussion

I detta avhandlingens avslutande kapitel är syftet att sammanfatta avhandlingens centrala resultat och att rikta uppmärksamhet mot några kvardröjande funderingar, vilka jag hoppas kan fungera som frön för fortsatt diskussion såväl i förhållande till den teoretiska förståelsen för kuratorns arbete som den kliniska praktiken.

Det har genom avhandlingen varit min avsikt att hörsamma Wolcotts (1994) uppmaning om analysens struktur, som bestående av beskrivning, analys och tolkning. Genom rika beskrivningar av det empiriska materialet har jag velat erbjuda en bild av kuratorns vardagliga arbete, konkretiserat genom Wolcotts (ibid.:12) fråga ”vad händer här?” Därefter har analysen växt, vägled av Wolcotts (ibid.) fråga ”hur saker fungerar”. För att besvara denna fråga har jag använt begrepp som bekymmer, problem och resurser. Jag har också diskuterat kuratorsarbetets funktioner för både patienter, personal och de sjukvårdande organisationerna. Enligt Wolcott är det analytiska arbetet inte färdigt med detta. Det som återstår är en tredje uppgift – tolkning – präglad av frågan: vad har detta för betydelse? I denna fråga görs en rörelse från empiri mot teori. Ett sådant ”threshold in thinking and writing at which the researcher transcends factual data and cautious analyses and begins to probe into what is to be made of them” (ibid.:37), har jag funnit i Butlers sociala ontologi och Ahmeds queera fenomenologi, vilka möjliggjort ett fokus på arbetets riktningar och hur dessa kan förstås, framför allt genom begrepp som linjer och orientering, men också sjukvården tolkad som ett nätverk av händer.

Jag vill nu rikta blicken utåt, först genom att diskutera hur hälso- och sjukvårdskuratorns arbete kan förstås. Jag relaterar här till begreppet stress- och påtryckningsspecialist, vilket kan erbjuda möjligheter att analysera också annat arbete som fyller liknande funktioner. Därefter vill jag öppna för en problematiserad bild av kuratorn som den förlängda armen och lyfta frågan om kuratorns linje.

Att förstå hälso- och sjukvårdskuratorns arbete

För att närma mig frågan om hur hälso- och sjukvårdskuratorns arbete kan förstås gör jag en återkoppling till avhandlingens inledande kapitel. Jag refererade då till Lipsky (1980/2010), som beskriver hur vetenskapen om patienternas komplexa problematik fungerat som argument för att anställa socialarbetare inom det medicinska fältet. Jag lyfte också hur detta kan verka självklart och positivt, om det tolkas som att verksamheterna försöker svara på behov hos medborgarna. Att kalla på en kurator, som yrkesgrupp såväl som i det enskilda fallet kan - som jag diskuterat i avhandling-

ens analyser - betraktas som ett sätt att ge respons på lidande, att påkalla någon som kan ombesörja ”att skilda sociala och ekonomiska betingelser är uppfyllda för att det [patientens liv] skall kunna upprätthållas som ett liv” (Butler 2009b:23). Jag skrev också i inledningen att Lipsky (1980/2010) menar att en sådan breddning av verksamheten inte bör undgå en mer kritisk granskning, då den kan fungera som en källa till ökad alienation för sjukvårdens övriga personal. Ju större område de förväntas greppa över, desto svårare kan det antas vara att hantera pressade krav om effektivitet. På många sätt är det en sådan granskning jag velat göra med denna avhandling.

Ett alternativt sätt att hantera relationerna mellan socialt arbete och medicin skulle kunna vara att be kuratorn gå därifrån igen, renodla sjukvårdens fokus, undvika att utöka arbetsområdet, undvika att skapa ökad alienation hos annan personal. Genom Butlers (2009b) sociala ontologi tydliggörs emellertid att det inte är kuratorns uppmärksamhet som skapar alienation hos annan personal. Det går inte att välja att smalna av sjukvårdens fokus till en plats där kroppar behandlas, utan social impregnering. ”Det är inte möjligt att först definiera kroppens ontologi och sedan referera till de sociala betydelser kroppen antar. Att vara en kropp är snarare att vara utsatt för social bearbetning och form, och det är det som gör kroppens ontologi till en social ontologi” (ibid.:14). När Framme (2014) diskuterar hur kuratorer har svårt att förhålla sig till relationerna mellan socialt arbete och medicin är det lätt att känna igen sig. Jag skulle dock vilja hävda att en sådan gränsdragning är mer generellt svår, eller omöjlig, att göra. Att det blir extra svårt för kuratorer beror inte på att det är de som har denna svårighet, utan på att det är de som förväntas hantera den. Det är inte kuratorn som gör patienternas kroppar till sociala kroppar. Patienter kunde vandra runt mellan olika kliniker eller vara svåra att ge varaktig hjälp innan kuratorn kom, och skulle sannolikt fortsätta göra detsamma även om kuratorn försvann. En kritiskt granskande blick på sjukvårdens hantering av patienterna som sociala subjekt, och därigenom på kuratorns arbete, blir därför nödvändigt.

För att återigen gå tillbaka till avhandlingens inledning skisserades där en bild av den samtida sjukvården som präglad av snabbare utskrivningstakt och ökande svårigheter att göra gränsdragningar mellan såväl hälsa och ohälsa som mellan medicin och socialt arbete (Conrad 1992, Hyde et al. 2006, Johannisson 2006, Repstad 2016, Svensson 1993, Topor 2010, Ågren 2015). Dessa förändringar kombineras med en utveckling av vårdformer som syftar till att möjliggöra för patienten att fungera som en jämlik partner i vårdens utformning (Moore et al. 2017, Zimmerman et al. 2007). I avhandlingen återkommer dessa motsägelsefulla och svårhanterliga relationer, såväl mellan personal och patienter som mellan olika strävanden i det sjukvårdande arbetet. Kuratorerna beskriver hur arbetet upplevs som svårare nu jäm-

fört med tidigare, på grund av brist på sjuksköterskor och svårigheter att rekrytera personal. Denna svårighet får konsekvenser och kuratorerna beskriver behov av att skydda både patienter och anhöriga, liksom avdelningar, så att *”vi inte får en anmälan i onödan.”* Också andra yrkesgrupper ger uttryck för hur det *”svajar på avdelningen.”* Också detta på grund av personalbrist. Det kan då antas vara en än större utmaning att följa avgränsade effektivitets- och specialiseringslinjer och hålla fokus. Det kan vara linjerna som *”svajar”* och personalen som nätverk av händer som behöver ett klister för att hålla(s) ihop, när relationerna mellan det som upplevs som möjligt att göra och det personalen vill göra (eller det patienterna vill att de ska göra) blir så stort att det blir ett avsteg i sig.

Dagens förväntningar på kuratorn är alltså snarlika de Olsson (1999) beskriver vid yrkets tillkomst: att fungera som ett stöd för både patienterna och sjukvården. Kuratorn placeras från början i en position av ambivalens där olika intressen eller behov vägs mot varandra, och måste anpassa sitt arbete därefter. Det är därför inte så konstigt att hälso- och sjukvårdskuratorns arbete ofta beskrivs i relation till olika noder, kontinuum eller paradoxala relationer: mellan ett organisationens process- och ett patientfokus, mellan socialt arbete och medicin, mellan innanför- och utanförskap i förhållande till sjukvårdens organisation.

Fanuts et al. (2017:2274) skriver att: “[t]he versatility of social work practice across hospital settings has led to an expectation that social workers will assume widespread responsibilities, undertaking almost limitless tasks”. Svärd (2016) beskriver hur kuratorns positioneringar kan se olika ut och att dessa positioneringar får betydelser för arbetet. I avhandlingen har detta blivit tydligt, inte minst genom hur relationen mellan bekymmer och problem förhandlas genom en mångfald av interaktionsprocesser, på många olika sätt med skilda utfall. Jurisdiktionsarbetet är temporärt till sin karaktär, knutet till specifika situationer och till relationer mellan individer. Kuratorns hantering av handlingsutrymme förefaller flexibelt och ofta förhandlat under radarn. Detta innebär dock inte att det saknas systematik i kuratorns arbete. Istället för att beskriva arbetet som luddigt eller otydligt kan den analytiska utgångspunkten sökas i mångtydighet, relationer och ambivalens.

För att undersöka en sådan ambivalens måste fokus lyftas från de enskilda arbetsuppgifterna. Ett första steg i en sådan rörelse har i avhandlingen relaterats till kuratorsarbetets funktioner och Craig och Muskats (2013) metaforiska beskrivning av dessa som utkastare/dörrvakt, vaktmästare, klister, mäklare, brandsoldat, jonglör och utmanare. I avhandlingen har flera av dessa funktioner använts för att åskådliggöra hur arbetsuppgifterna, även om de kan se skilda och ibland diffusa ut, går att förstå i

förhållande till de funktioner de fyller för patienter såväl som för annan personal och de sjukvårdande organisationerna.

Kurators arbete karaktäriseras av få myndighetsutövande funktioner. Kuratorn för över information snarare än fattar beslut, hanterar ofta tomrum skapade av andras arbete snarare än utgår från egna bedömningar. Kuratorn skyddar institutionens rum från patienter som vill fel saker på fel sätt, snarare än bestämmer vilka saker institutionens rum ska vara förberedda för. Sjöström (2013:18) talar om ”a professional subgroup that can be said to operate in a subordinate position” och Harsløf et al. (2017) beskriver hur danska hälso- och sjukvårdskuratorer uppfattar sig som marginaliserade eller utanför den ordinarie vården. Många av kurators arbetsuppgifter förhandlas subtilt eller utförs utan att det egentligen uttalas. I avhandlingen återkommer tillfällen då kuratorerna väljer att hemlighålla delar av sina arbeten, inte minst i situationer då de upplever en osäkerhet kring hur deras insatser kommer att värderas av annan personal, eller liksom Harsløf et al. (ibid.:590) diskuterar, uppfattas som ”a form of charity that adds no real value to the health care services”.

Som analyserna visat kan kurators tillgång till resurser i form av institutionaliserat kulturellt kapital vara liten. Också i situationer där arbetsuppgifter skulle kunnat institutionaliseras med större tydlighet förefaller kuratorerna vara tveksamma till att göra detta. När en kurator utvecklar en metod för arbete med utskrivningsplanering antecknas detta i patientens journal som om en det var en arbetsuppgift för en sjuksköterska. När en annan förhandlar om att hantera kontakterna mellan sjukvården och socialtjänsten kopplas det till det enskilda fallet och kurators förmåga att underlätta för andra, snarare än görs till en generell arbetsuppgift baserad på hennes kompetens. På ett liknande sätt hjälper en kurator en läkare med nyckelord för ett intyg om färdtjänst, inte med en betoning på sin specifika kunskap, utan i förhållande till en förmodat stressad läkare.

Kuratorerna bestämmer alltså inte över så mycket, och deras position kan ofta förstås som liknande den känsla av övergivenhet Bailey och Liyanage (2012) beskriver. I avhandlingen ger de uttryck för hur annan personal inte vet vad de arbetar med eller varför en patient ska ha kontakt med en kurator. Det är däremot inte säkert att kurators position därför kan tolkas som ”a position of powerlessness in the organization” (ibid.:1125). Frågan om makt behöver emellertid kopplas till andra funktioner än beslutsfattande.

Kuratorn som stress- och påtryckningsspecialist

I avhandlingens andra kapitel beskrev jag hur jag lämnade en förståelse av kuratorn som gatuplansbyråkrat. Det kan verka underligt att beskriva hur jag tänker att ku-

ratorn inte kan betraktas, men förändringen blev betydelsefull. Den definition av begreppet jag angav i det andra kapitlet var: "Public service workers who interact directly with citizens in the course of their jobs, and who have substantial discretion in the execution of their work" (Lipsky 1980/2010:3). Utifrån denna beskrivning kan begreppet passa en kurator bra; det finns en daglig kontakt med medborgare och ett stort handlingsutrymme att hantera. För mig, som har en bakgrund inom sjukvården, blir det svårt att föreställa mig att det skulle finnas yrkesgrupper inom sjukvården, bortsett möjligen från sekreterare, administratörer, logistiker, kökspersonal, vaktmästare och lokalvårdare, där handlingsutrymmet eller den direkta dagliga kontakten med patienter inte är betydande. Användningen av definitionen ovan verkar Lipsky dock själv inte ha blivit så nöjd med. Han diskuterar istället hur begreppet kommit att användas för att beskriva mer eller mindre alla som arbetar inom "public services" (2010:xvii) och det var inte intentionen.

Ganska snart i läsningen av Lipsky (1980/2010) kommer också fler formuleringar, som "the discretionary actions of public employees are the benefits and sanctions of government programs or determine access to government rights and benefits" (ibid.:3). Gatuplansbyråkraten sägs ha "considerable discretion in determining the nature, amount, and quality of benefits and sanctions provided by their agencies" (ibid.:13). För Lipsky är också "rule-application" (ibid.:16) och "constant press of decisions" (ibid.:29) karaktäristiskt för funktionen. Som nyckelord framträder inte längre handlingsutrymme eller direkt kontakt med hjälpsökande medborgare i allmänhet, utan beslutsfattande funktioner relaterat till de resurser organisationen i fråga förfogar över. Nu känns inte kuratorn igen längre. När Lipsky beskriver gatuplansbyråkratin ser han den dock inte som befolkad av enbart gatuplansbyråkrater (och klienter).

Street-level practices ration service, organize clients' passage through the bureaucracy, and conserve scarce organizational and personal resources. For various reasons these practices sometimes prove inadequate, or even evoke client reactions that cannot be handled through routine procedures. Cases that deviate from routine processing are not exempt from routinization, however. Instead street-level bureaucracies call on additional practices to manage the first-round costs of processing people in routine ways. These practices function to absorb dissatisfaction with common procedures, thereby permitting agencies to continue to process the majority of cases routinely (Lipsky 1980/2010:133).

För att utöva detta arbete beskriver Lipsky en "pressure specialist" (ibid.), som kan utgöra skydd, säkerhetsventil eller buffert för gatuplansbyråkraterna, och kan vara en

inarbetad del av själva organisationen. Skyddet avser dels potentiellt negativa reaktioner, men kan också ge ett skydd för organisationen och de rutinerade arbetsformerna genom möjligheten till ”pressure referral” (ibid.:134). Detta kan förstås som ett slags stress-remiss, som innebär att det bekymmersamma tas omhand av någon annan, som delvis genom frånvaron av beslutsfattande funktioner, förmår “perform onerous tasks that would otherwise taint the entire staff” (ibid.:133).

Lipsky (1980/2010) skriver på detta sätt fram ett behov av att någon sköter oundvikliga avsteg från det rutinerade arbetets linjer. Avstegen blir en arbetsplats. En möjlig förståelse av hälso- och sjukvårdskuratorns arbete beskrivs här av Lipsky, utan att han själv gör denna koppling. Det handlar inte om att öka den andra personalens alienation, utan om att ta hand om det som riskerar att störa, fördärva eller lämna önskad spår i arbetet: subjekt som vill fel saker, är sjuka av fel anledningar eller behöver en annan form av stöd. Detta i synnerhet i situationer där den behandling som erbjuds inte svarar mot de bekymmer som framträder; då behöver fler funktioner än en grindvakt sättas i arbete för att organisationerna ska fungera smidigt. Det räcker helt enkelt inte att redistribuera när det är (för) svårt, när råvarorna bråkar eller när resurserna saknas.

Lipsky ger ”pressure specialists” ganska liten uppmärksamhet, och det förefaller inte heller vara en funktion som är väl utforskad i övrigt. Redan nämnda Heaphy (2013) relaterar den till patient advocates och menar att deras relativa organisatoriska utanförskap ger dem en unik position för att arbeta med hanteringen av både personal, patienter och anhöriga, i förhållande till hur ”people do not always act in ways that are consistent with institutionalized roles and interaction patterns” (ibid.:1291). Heaphys fokus är emellertid, liksom Craig och Muskats (2013) på själva funktionen, vilken Heaphy beskriver närmast som en pedagog, eller som en upplysare om roll-förväntningar.

Från dessa beskrivningar av funktioner vill jag lyfta blicken ännu ett steg, ge funktionerna riktning. Ett klister, en vaktmästare eller en pedagog kan göra mer än fylla eller limma tillfälliga hålrum, sprickor eller glapp. Det finns en systematik i funktionerna - i rummen, men också i tiden. Lipsky (1980/2010:133) närmar sig en sådan riktning då han beskriver hur en pressure-specialists arbete kan tolkas som ”permitting agencies to continue to process the majority of cases routinely.” Detta kan jämföras med min diskussion om sjukvårdens vardagliga organisering i förhållande till specialiserings- och effektivitetslinjer. Det sjukvårdande arbetet organiseras genom att avgränsa personalens uppmärksamhet på ett sådant sätt att fokus hålls på de horisonter som skrivs fram, i form av en snar och smidig utskrivning, ett bibehållande av räckvidden för personalen som nätverk av händer, eller en frånvaro

av negativa reaktioner. Samtidigt innebär dessa linjer ett behov av att understödja patienternas följsamhet.

Med hjälp av linje-begreppet framgår att kuratorn varken behöver bestämma över så mycket eller tillmätas en central position inom organisationen för att kunna utöva en reorienterande påverkan i förhållande till både patienter och annan personal. Kuratorn kan hantera den stress som uppkommer när gränserna för institutionens rum utmanas. Hon är den som kan kallas på när det uppkommer en kris, nästan oavsett vad som föranlett denna kris, hon en *”trygghet för organisationen”*, som en av dem säger. Kuratorn kan också arbeta med att hjälpa patienterna att hantera stress, såväl i relation till sjukdom som med erfarenheten av att vårdas.

Kuratorn kan påverka patienternas och personalens orientering genom att påverka vad de gör, hur de riktar sin uppmärksamhet, hur de upplever sig själva, vad som hamnar inom eller utom räckhåll för dem, eller vart de upplever att de är på väg. Kuratorn blir expert på att utöva påtryckning, att pressa både patienter och personal att följa linjer. Hon kan hantera avsteg som uppkommit, men också försöka minska risken att de alls uppkommer. Hon kan kratta manager - genom att placera objekt såsom röntgenundersökningar inom räckhåll för patienter eller öka deras tilltro till tillvarons fasta konturer, men också se till att personalen inte distraheras, *”så att de kan jobba med det som de ska jobba med”*, eller hantera ansökningar om hemtjänst som objekt som placeras inom räckhåll för en biståndsbedömare. Pressure får två betydelser: stress och påtryckning, och hälso- och sjukvårdskuratorn kan betraktas som en expert på båda, som en stress- och påtryckningsspecialist. Linje-begreppet bidrar med tre centrala perspektiv till analysen; det handlar om riktningen i arbetet och den press som är förenat med att följa linjer, men också om hur flera linjer kan fungera parallellt, vara på väg åt olika håll, eller rent av vara på kollisionkurs.

Som stress- och påtryckningsspecialist är hälso- och sjukvårdskuratorn sannolikt inte ensam, fler yrkesgrupper kan antas fylla samma eller liknande funktioner. Isakssons (2016) skolkuratorer och Backlunds (2007) elevhälsovård är två exempel. Också andra yrkesgrupper som karaktäriseras av en förväntan om att hjälpa både klienter, personal och organisationer, från en position av ett relativt organisatoriskt utanförskap, få myndighetsutövande funktioner och förhållandevis stora handlingsutrymmen kan diskuteras på detta sätt, exempelvis fältassistenter. Detta vill jag lämna öppet, men samtidigt understryka vikten av att undersöka vidare. Sannolikt är funktionen betydelsefull, inte minst inom organisationer som kännetecknas av pressade krav på effektivitet, kombinerat med ökande ansvarsområden och ideal om jämlika relationer mellan personal och medborgare.

Kuratorn som den förlängda armen

Om blicken vänds tillbaka till kuratorn tror jag att stress- och påtryckningsspecialisten kan vara en beskrivning av arbetet kuratorer känner igen sig i. Detta inte minst i förhållande till det relativa utanförskapet, men också när det gäller förväntningar om att hantera avsteg från organisationernas linjer, nästan oavsett vad det är som orsakat dem. Det är dock mitt intryck att det också finns aspekter av begreppet kuratorer inte känner igen sig i. Detta kan relateras både till kuratorns yrkesrelaterade självbild och till forskningens fokus på kuratorns arbete med känslomässigt stöd till patienter (Isaksson et al. 2017, Linton 2015, Sandholm et al. 2015).

I avhandlingen har detta stöd diskuterats i förhållande till linje-begreppet och hur människor kan ge uttryck för egna livslinjer. För att beskriva upplevelsen av ett avsteg från dessa linjer använder Ahmed (2006b) begreppet kris och bilden av en kropp som förlorat sin bekvämlighet eller tilltro till tillvarons fasta konturer. Troligen kan hälso- och sjukvårdskuratorer känna igen en sådan beskrivning av en kris, om än kanske genom andra begrepp än linjer, orientering och avsteg. Dessa fenomenologiska begrepp bär dock på en potential om en tydligare förankring och utveckling av kris-begreppet, inte minst i förhållande till rumsliga aspekter. Både förståelsen av krisen som sådan, som arbetet med att stödja patienten kan utvecklas med hjälp av dessa begrepp. Detta i synnerhet genom den integreringen av materialitet och emotionalitet som följer av ett fokus på orientering samt en förståelse av medvetandet som förkroppsligat. Avsteget förstås vidare som en plats präglad av både ambivalens, konflikt, smärta och potential. Det är en plats där det kan få stor betydelse vilka som vistas. Ahmed tydliggör också betydelsen av ett deltagande i avsteget, vilket kan tolkas som en appell för vikten av att vid en kris erbjuda stöd.

Avsteget kan begripliggöras som en osäker, men också viktig plats. Det är ingen neutral plats. Vad som händer i avsteget påverkar orienteringen framåt, varför den riktning arbetet tar får betydelse. Vad är det som kommer till medvetandet i avsteget? Vad möjliggör rörelser, vad hindrar dem? Vad placeras inom respektive utom räckhåll? För vem? I avsteget står både rörelserna, relationerna och subjekten på spel. Ett arbete i avsteget riktar uppmärksamheten och stakar ut (vissa) riktningar.

I avhandlingen har det blivit tydligt att patienternas livslinjer inte är de enda som påverkar kuratorns arbete med patienterna. Det har snarare blivit tydligt att arbete som karaktäriseras av ett renodlat fokus på att understödja patienter (eller anhöriga) i förhållande till deras livslinjer kan ske i det dolda, under radarn, och präglas av en känsla av osäkerhet. I synnerhet om detta stöd till patienterna saknar uppenbar koppling till organisationernas effektivitets- och/eller specialiseringslinjer.

Denna osäkerhet kan verka svår att förstå. För kuratorernas självbild verkar den stödjande funktionen i förhållande till patienter vara central. De beskriver sig som patientens "förlängda arm" och ett patientperspektiv uttrycks som ett ansvar: "Stanna upp, det är en person vi jobbar med". Lojaliteten med patienten framkommer också i forskningen om yrkesgruppen. Sandholm et al. (2015) beskriver hur kuratorer uppfattar sig som relationsinriktade i arbetet, med patienten och de anhöriga i fokus. Craig och Muskat (2013) beskriver utmanaren som mycket viktig för kuratorernas egna uppfattningar om yrket. Funktionen knyts till arbete karaktäriserat att företräda patienten inom sjukvården, där kuratorn kan utmana medicinska perspektiv, men också företräda patienten i relation till samhället i övrigt.

Det Craig och Muskat (2013) inte säger är emellertid att den utmanande funktionen, av de sju funktioner de beskriver, är den enda som renodlat relateras till patienten. Två av funktionerna relateras till annan personal eller till institutionerna: utkastaren/dörrvakten som skyddar de sjukvårdande rummen (från exempelvis patienter) och vaktmästaren som fyller tomrum skapade av andras arbete. Tre av funktionerna riktas mot både personal och patienter, eller mot relationerna mellan både dem och organisationerna: mäklaren som underlättar informationsöverföring, klistret som kan hålla ihop både behandlingsplaner, team och människor, och brandsoldaten som rycker ut till situationer där såväl patienter som personal kan förstås som i kris. Det är dessa sex funktioner som den sjunde, jonglören, hanterar parallellt.

Det blir svårt att, som Spitzer (et al 2015) beskriver, se att kuratorer borde bli bättre på att "achieving patient care goals while demonstrating an appreciation for the mission, priorities and operational constraints of the provider organization". Mitt samlade intryck är istället att detta är en mycket pragmatisk och flexibel yrkesgrupp, inte minst i förhållande till de sjukvårdande organisationernas prioriteringar och begränsningar.

Svårigheten jag kan se är istället att den vikt kuratorer fäster vid den utmanande funktionen genom bilden av kuratorn som patientens förlängda arm, inte riktigt motsvaras av det vardagliga arbetets innehåll och utformning. Som analyserna visat förefaller det snarare vara vanligt att kuratorn, vid de tillfällen patienternas livslinjer går på tvärs med organisationernas effektivitets- och specialiseringslinjer, riktar sina ansträngningar mot att fungera som organisationens förlängda arm i förhållande till patienterna. Under mina fältstudier ser jag inga tillfällen där kuratorn tydligt agerar som utmanare, eller gör som det uttrycks i fokusgruppen: "Så då får man faktiskt gå in och bara ställa sig och säga att: 'Det här är inte rimligt', va".

Det är självklart mycket möjligt att sådana tillfällen finns. Det är också möjligt att det tillmäts stor betydelse när det inträffar, dels då det då bekräftar en bild av arbetet

som tillmäts vikt, dels då sådana situationer kan antas vara jobbiga, eftersom de kan förstås som en position i ett avsteg. Efter mina fältstudier skulle jag dock vilja hävda att två scenarier är mer vanligt förekommande än att kuratorn agerar som utmanare. Det ena är att kuratorn utför arbete som är stödjande för patienten men att detta arbete formeras på ett sådant sätt att den riktning som understöds gör att patienten samtidigt följer organisationens linjer. Det andra är att kuratorns arbete med att stödja patienten görs i hemlighet eller på ett sådant sätt att det inte blir riktigt tydligt att positionen bredvid patienten innebär en positionering mot någon annan.

Kuratorns linje?

Förmågan att kunna positioneras tillsammans med flera, utan att vara mot någon, förefaller vara central för kuratorerna i avhandlingen. Kuratorn framstår som något av en kameleont, som genom att manövrera olika relationer skapar sig själv som en villkorad del av flera ”vi:n”, även (eller kanske i synnerhet) i situationer präglade av konflikt.

I motsats till kuratorernas yrkesrelaterade självbild ter sig dock positionen bredvid patienten, som en fristående hand riktad mot sjukvården som nätverk av händer (och andra nätverk av händer), vara svagare än kuratorns positionering som en del av dessa nätverk. Detta kan verka alldeles självklart, det finns inte samma kollektiva stöd för positioneringen bredvid patienten, det finns därmed inte heller samma kollektiva press. För kuratorn tillkommer dessutom en risk med en positionering bredvid patienten. Står kuratorn kvar där, och positionerar sig mot andra händer eller hela nätverk, är det som står på spel inte enbart stämningen i rummet utan det sociala och förkroppsligade kulturella kapital kuratorn har att använda som resurser i sitt arbete. Positioneringen bredvid patienten kan på detta sätt betraktas som en riskfylld plats för kuratorn, speciellt som värderingen av arbetet länkas till hur hon kan understödja organisationernas linjer, smälta in, avgränsa och avlasta.

Kuratorerna diskuterar i avhandlingen hur *de inte kan säga ”det gör inte jag, och så gör ingen det, och så fallerar det”* och jag har i avhandlingen diskuterat hur detta kan ses som uttryck för att kuratorer fyller hål- eller tomrum skapade av och i de andras arbete, eller med andra ord om de fungerar som vaktmästare. Istället för en form av tomrum eller hål, som skulle kunna tolkas som tillfälliga eller betydelselösa, kan detta arbete ges riktning. Tomrummen kanske uppstår i stunden, men att fylla dem kan relateras till att understödja andras specialiseringslinjer. Kuratorn möjliggör för andra att säga nej, att renodla fokus i sin uppmärksamhet. Men om andra gör det, blir kuratorn den som inte kan säga *”det gör inte jag, och så gör ingen det, och så fallerar det.”* På detta sätt tar arbetet riktning snarare än fyller tillfälliga hål. Riktningen

för kuratorn blir dock något diffus, eftersom villkoret för andras specialisering är att kuratorn inte stakar ut motsvarande riktning för sitt arbete. Kuratorns linje blir på detta sätt ett slags perforerad linje, som likt gamla filmrullar hakar sig fram genom att passa hålen i filmens kanter mot kamerans eller projektorns maskineri på ett sådant sätt att filmen matas framåt. För kuratorn kompliceras det ytterligare av att flera maskiner ska hållas igång samtidigt.

Kuratorns linje blir avhängig av att den underlättar för andra(s) linjer. Beroendet av andra kan på så sätt betraktas som oundvikligt. Flera av kuratorerna positionerar dessutom annan personal som nödvändiga länkar mellan dem själva och patienterna. Detta innebär att de blir mindre självständiga i arbetet, beroende av att andra jurisdiktionsarbetar för dem, och får än svårare att trampa upp egna linjer. De lämnar bedömningen av huruvida en patient bör träffa en kurator till andra, trots att dessa uppfattas ha bristande kunskap om kuratorer och deras arbete. Idealet om denna förmedlande länk är svår att förstå i sig. Det är också svårt att förstå hur två parallella spår skisseras samtidigt. Att själv presentera sig för patienter beskrivs både som ett erbjudande till ett sårbart subjekt och närmast ett övergrepp på ett subjekt som har rätt att fatta självständiga beslut, utan direkt inblandning från kurator. Det är mycket möjligt att de olika förhållningssätten kan reduceras till frågan om huruvida kuratorn har tid att träffa fler patienter än de som remitteras till henne, men den vikt kuratorerna i avhandlingen fäster vid frågan kan tolkas som att den uppfattas som mer betydelsefull än så, och därmed i behov av ytterligare analys.

Detta motsägelsefulla, men också flexibla och pragmatiska förhållningssätt till kuratorn i förhållande till sjukvården som nätverk av händer, liksom till patienterna, återkommer i avhandlingen. Kuratorerna positionerar sig på många sätt, de stöder olika linjer och rör sig till synes sömlöst mellan olika lojaliteter. De hanterar ett stort handlingsutrymme från en position som på många sätt kan verka fri, men samtidigt också präglad av oundviklig ambivalens. Det är en position som kan tänkas innebära potential, men också risker.

Dessa risker kan dels förstås i förhållande till patienterna. Tillgång till ett stort handlingsutrymme och möjligheter att "gå utöver" det rutinerade i arbetet framställs ofta som något positivt (Evans och Harris 2004, Ljungberg et al. 2015). Det underförstås att den professionella bedömningen är "god", att arbetet utförs på ett sådant sätt att medborgarna gynnas av det. En underförstådd undergivenhet, utöver ett stort handlingsutrymme, kan dock också innebära ett visst mått av utrymme för manipulation och en frånvaro av ansvar relaterat till medborgarna. I synnerhet när inga beslut fattas, eller beslut underlättas utan att det synliggörs.

En annan risk i förhållande till patienterna är den individualisering och psyko-logisering av sociala problem som följer av kuratorns relativa avsaknad av materiella resurser, av ekonomiskt kapital. Förväntningar om att fylla en redistribuerande funktion fanns redan vid yrkets tillkomst: ”förbereda patienternas utskrivning genom att ordna arbete, bostad etc” (Olsson 1999:88). Dessa förväntningar syns också i avhandlingen, exempelvis genom remisser till kuratorerna avseende ekonomisk hjälp till patienter. Harsløf et al. (2017) diskuterar hur kuratorer möter orealistiska förväntningar från annan personal inom sjukvården angående vilken hjälp patienterna kan få av samhällets övriga instanser. Detta kan också förstås i relation till förväntningar på vilken hjälp kuratorn kan ge patienterna. Kuratorerna förefaller inte själva vilja uttrycka denna begränsning avseende vilka resurser som finns tillgängliga för dem. Flera av dem diskuterar dem visserligen, säger: *”Jag kan ju inget göra. Jag har inga pengar.”* Eller: *”handlar bara om ekonomin”* *”Så mycket juridiskt och ekonomiskt.”* *”Jag känner att jag inte kan gå in i detta.”* De säger det dock enbart till mig. I övrigt verkar detta hållas lite hemligt, även om det samtidigt förefaller alldeles uppenbart. Detta är svårt att förstå och skulle behöva diskuteras och undersökas vidare. Samtidigt är kanske denna fråga den svåraste nöten att knäcka; går det att påkalla någon i syfte att ombesörja ”att skilda sociala och ekonomiska betingelser är uppfyllda för att det [patientens liv] skall kunna upprätthållas som ett liv” (Butler 2009b:23), och tro att detta ska lyckas, utan att ge denna någon några andra resurser än de hon själv kommer med, sin kropp och sin tid? Blir kuratorns arbete karaktäriserat av reorientering med fokus på individers känslöhantering därför att hon inte har tillgång till några resurser att redistribuera?

En sista kvarstående risk eller fråga rör kuratorerna själva. De förefaller som sagt värdera relationerna till patienterna högt. De arbetar i vad som kan betraktas som avsteg, med det som orsakar oreda. De tar hand om det som riskerar att störa, fördärva eller lämna oönskade spår i andras liv och arbeten. Avstegen är inga enkla arbetsplatser. Zeiler och Wickström (2009) uttrycker hur det kan vara förenat med smärta och obehag att välja att aktivt lyssna till ett avsteg, till det/den som befinner sig där. Det är helt enkelt lättare att välja att följa linjer som är väl upptrampade, mot givna horisonter. I relation till professionell praktik lyfter Zeiler och Wickström (ibid.) dock att ett val av perspektiv i förhållande till ett avsteg är en fråga om etik, eftersom det är en fråga om maktutövning. Det är med avhandlingens terminologi en fråga om vilken riktning arbetet tar eller vems reorientering som understöds, hur detta görs och vad som genom detta görs möjligt eller omöjligt.

Detta förefaller kuratorerna på många sätt vara medvetna om. Jag känner alltså inte helt igen den bild Billquist (1999) tecknar i förhållande till de socialekreterare

hon fokuserar på i sin avhandling. Billquist (ibid.:277) beskriver klientarbetets dualism och lyfter hur socialsekreterarna vill väl, men begränsas av en disciplinering, och "fastnar i ambivalensen mellan dessa." Billquist frågar sig "hur pass medvetna socialsekreterarna är om detta" (ibid.). I avhandlingen säger en av kuratorerna: "*Jag försvarar ju inte personalen, eller kanske gör jag det?*" En annan beskriver hur hon möter uppmaningar om att arbeta mer med hjärnan och mindre med hjärtat. Det hon gör med hjärtat gör hon därför under radarn. På samma sätt har många av dem kontakter med patienter och anhöriga och hjälper dem, utan att berätta det för någon. På detta sätt blir också kuratorn till som ett specifikt subjekt, som understödjer organisationernas linjer framför patienternas (eller de anhörigas). Ibland gör hon andra val, men då får hon ta ansvar för dessa själv. Hon kan då sägas vara lämnad åt sitt eget öde, som om hennes ansträngningar skulle gå ut över hennes egen hälsa. Kuratorn blir aldrig något "vi" vare sig tillsammans med patienter eller annan personal. Som Billquist (1999:277) skriver om socialsekreterare är också kuratorer "fångar i huset". Som fångar betraktade är de möjligen relativt fria, men de är också relativt ensamma.

Det är lätt att tänka sig att vara en utmanare, en företrädare för ett patientperspektiv, en som kan hjälpa till "*med perspektiven*", men en sådan positionering är förknippad med risker, kanske i synnerhet för en yrkesgrupp som är beroende av relationer, bekanskap och erkännande från annan personal. En individuell kurator må kunna hantera ett stort handlingsutrymme på ett förhållandevis fritt sätt. Ett visst organisatoriskt utanförskap gör också att kuratorn kan fungera som en expert på både stress- och påtryckning. Frågan är om det är det hälso- och sjukvårdskuratorn vill göra?

Det skulle vara enkelt att som forskare, med den distans till det vardagliga arbetet positionen ger utrymme för, uppmana kuratorer att "tuffa till sig"; trampa upp egna linjer. Det skulle dock inte motsvara den ambivalens arbetet karaktäriseras av. Det är inte mitt intryck att kuratorer är mesiga, att de svårigheter de brottas med har sina ursprung i deras individuella karaktärer eller personligheter. Det är istället mitt intryck att de slits mellan svårförenliga funktioner och riktningar som är inbyggda i arbetet, och att de gör sitt allra bästa för att manövrera dem. "Problemet" är alltså inte de enskilda kuratorerna, istället är det en fråga om relationerna mellan ett individuellt och ett samhälleligt fokus. Det är ett etiskt och politiskt dilemma, inte ett individuellt psykologiskt.

Weinberg (2010:34) beskriver vad hon upplever som ett "curious theoretical lag in the field of ethics in social work", där frågor om det individuella och det strukturella uppfattas som perifera snarare än centrala för det sociala arbetets praktik, inte minst på grund av att fokus oftast riktas just mot individen och relationen mellan den individuella socialarbetaren och klienten. Det är min uppfattning att detta blir

en svårighet, i synnerhet för hälso- och sjukvårdskuratorer, eftersom arbetet i så stor utsträckning relateras till individer och relationerna mellan individer. Att förändra riktning är emellertid inte varken enkelt eller riskfritt. Weinberg (ibid.:39) beskriver istället: "To move in the direction of changing structural inequalities might require giving up some of social work's power and privilege in the process". För kuratorn kan en del av dessa privilegier vara det handlingsutrymme som följer av frånvaron av myndighetsutövande funktioner och ett relativt organisatoriskt utanförskap. Detta kan tänkas leda till en upplevelse av ett fritt och självständigt arbete. Den balansgång Weinberg beskriver är dock inte teoretisk allena, socialt arbete är också en praktik som får effekter och Weinberg (ibid.) skrädder inte orden när hon beskriver riskerna med att bibehålla ett fokus på individen, då det "keeps social work innocent and infantilized".

Kuratorer som individer bör alltså inte uppmanas att tuffa till sig, som individer. Jag skulle istället vilja uppmuntra till en kollektiv uppslutning kring frågor om arbetets organisering. Alla kan försättas i obekväma avsteg, i förhållande till många linjer. Ahmed (2006b:179) ställer, i relation till detta, den kanske viktigaste frågan av dem alla: "If we feel oblique, where will we find support?" Om avstegen är kuratorns arbetsplats är det rimligt att anta att hon ganska ofta känner sig skev, eller som två av dem säger i avhandlingen, det är: *"inte tänkt att de ska passa in."* Kuratorn kan inte luta sig mot annan personal eller patienter för att själv bli ett sörjbart subjekt. Kuratorn skulle emellertid kunna bli ett vi, tillsammans med andra kuratorer, och kanske också tillsammans med andra socionomer.

9. English summary

Out of line as workplace

—

An ethnographic study of health social work

In Sweden, the first health social worker was employed in 1914. She was expected to guard and safeguard patients' rights and interests during their stay in hospital. She was also expected to prepare for the patients' discharge by arranging for work and housing, investigate the patients' social and financial situation, follow up on patients and offer them support (Olsson 1999). The arguments raised for an integration between medicine and social work illustrate that health social workers are expected to help patients cope with the experience of being ill and of being a patient, as well as assist other health care professionals by taking care of troubles that are not addressed by medicine, but cause problems related to medical treatment outcomes. Furthermore, health social workers are expected to help the organizations by preparing for patients' discharge. However, it is not always obvious how this is done. Previous research has highlighted how health social work can be regarded as "a professional subgroup that can be said to operate in a subordinate position" (Sjöström 2013:18). Harsløf et al. (2017:590) discuss how health social work may not always be appreciated by the hospital management but sometimes rather be regarded as "a form of charity that adds no real value to the health care services". Fantus et al. (2017:2274) describe how "[t]he versatility of social work practice across hospital settings has led to an expectation that social workers will assume widespread responsibilities, undertaking almost limitless tasks" and Gregorian (2005:4) describes how "[a]t many hospitals social workers have the formidable task of providing both discharge planning and emotional support to patients and families." Craig and Muskat (2013) describe how health social workers perceive their functions, for patients as well as other health care professionals and their teams, as: bouncers, janitors, glue, brokers, firefighters, challengers and the jugglers that try to handle them all.

The health social worker is positioned in relation to several nodes or recipients, often described as social work vs medicine or patients' needs vs organizational efficiency. Previous research has highlighted how these relations may be difficult to combine. However, corresponding focus has not yet been directed at understanding these difficulties in relation to the everyday activities of health social work, which is why I chose an ethnographic approach for this thesis.

Aim, research questions and empirical material

The overall aim of this thesis is to analyse what characterizes everyday health social work, focusing on the interplay between health social workers, patients and other health care professionals, and on the professional self-image of health social workers.

The following research questions are addressed:

1. What functions do health social workers fill for patients, other health care professionals and the health care organizations?
2. What troubles are made into problems for health social workers? How can these processes be understood?
3. What resources do health social workers have access to, and how do they make use of them?
4. How can the directions that the work takes be understood?
5. How does the everyday work relate to the professional self-image of health social workers?

Data were collected from 2014 to 2016, using qualitative methods and an ethnographic approach. The main part of the material consists of field notes that I gathered while shadowing eight health social workers for a total of 41 days. I also conducted focus group interviews with one group consisting of eight additional health social workers, whom I met on two occasions.

Directing my attention to core points in the work, I included participants from different fields of medicine, somatic as well as psychiatric, out- as well as inpatient care. I also searched for variation with regard to age and further education as well as geographic characteristics related to the workplace. For ethical reasons I chose to exclude paediatric care.

I chose shadowing as a technique due to its potential to observe the everyday work, consisting of formal as well as informal meetings and planned as well as unplanned work. I wanted to have ongoing dialogues with the participants in direct relation to the situations at hand, as well as to be able to talk to patients and other health care professionals. To gain further insight into the professional self-image of health social workers, I put together a focus group, aimed at analysing how they talked about their work. The focus group is seen as an enactment or a performance in which the participants position themselves in different ways. The focus group interviews were observed and audio-recorded.

Theoretical framework and analytical tools

The thesis has its theoretical starting point in Butler's social ontology. This means that I understand life socially, "one's life is always in some sense in the hands of the other" (Butler 2009a:14). Trying to relate to life, or to the body, as autonomous or purely physical is therefore impossible. "It is not possible first to define the ontology of the body and then refer to the social significations the body assumes. Rather, to be a body is to be exposed to social crafting and form, and that is what makes the ontology of the body a social ontology" (ibid.:3). To be able to persist and flourish, the body is dependent on a "social network of hands" (ibid.:14), and in this thesis I understand health care organizations as materialized networks of hands, where professionals are regarded as individual hands, related to each other as well as the network and the resources at hand. *Vis-à-vis* this network, the health social worker is positioned in a variety of ways: as a hand among hands as well as a detached hand on the side of patients, challenging the network.

To understand the structure of everyday health social work I use the concept of troubles and problems (Emerson and Messinger 1977) to analyse how some difficulties become problems for the health care social worker while other troubles do not and how this is elaborated in different interaction processes. To analyse these processes, I use concepts such as jurisdictional and discretionary work. To analyse the resources to which health social workers have access and of which they make use, I also use Bourdieu's concept of capital. To understand the directions of the work I further make use of Ahmed's queer phenomenology, which focuses on orientation, a way of understanding "how we reside in space ... how we inhabit spaces as well as 'who' and 'what' we inhabit spaces with" (Ahmed 2006b:1). Orientation is understood as organized rather than casual, and Ahmed (ibid.:2) stresses the role of "repeated and habituated actions in shaping bodies and worlds". To analyse direction in health social work I make use of the concept of lines, as a form of alignment, "an extension of the body's reach" (ibid.:15). The lines mark what is expected and orientate attention to a certain horizon, putting some things within reach and others out of reach. The lines are performative. Through repetition, the lines become self-evident, but they still depend on repetition. There is always a possibility of stepping, becoming or being placed out of line.

In this thesis, I understand health social work related to these places of out of line. Health social work is analysed as reorienting work – directed at closing or avoiding gaps between lines and what is outside of the lines by affecting how people reside in space, what becomes within/out of reach for them, or how they perceive themselves and their future. The concept of lines is related to work aimed at helping patients, in

relation to whom the out of line can be understood as uncertainty caused by illness or a crisis, and to work aimed at helping the health care organizations, which are also organized around lines, routines, procedures and more or less implicit norms on how patients as well as health care professionals should behave or direct their attention. The concept of lines and reorientation make it possible to analyse health social work regardless of whether the tasks are almost limitless or the functions multiple and conflicting, by focusing on the directions of work rather than specific tasks or relations.

Main results

The thesis is structured around four analytical chapters, followed by a concluding reflection. This section summarizes these five chapters. This is a difficult endeavour, especially related to the first four chapters, as they are structured around empirical material, and my aim is to present “thick descriptions” (Geertz 1973). In this summary, the space for thickness is limited and thus the descriptions will be thin. However, Wolcott (1994) describes the analytical process as consisting of three dimensions: description, analysis and interpretation. As thick descriptions are not possible in this summary, I will focus on analysis and interpretation.

Life and efficiency

The first analytical chapter is titled “Life and efficiency” and focuses on Estrid’s work assisting Kornelia, who is applying for support from social services after her discharge from hospital. The analysis shows that Estrid positions herself, and is positioned by others, in a variety of, and sometimes also conflicting, ways. By referring to Craig and Muskat (2013), I show how Estrid can be understood both as a broker, facilitating communication between Kornelia, the hospital and social services, and as glue, supporting both Kornelia and the health care organization. Furthermore, Kornelia positions Estrid on her side, as a challenger *via-á-vis* social services, particularly when Kornelia questions a decision made by social services. The contradictions in these different positionings and functions are analysed using the concept of lines. Estrid’s work is understood as attempting to reorient Kornelia to a line that is drawn from the position on her side, a lifeline, relating to which the illness and the uncertainties of what support she will receive from the hospital and social services can be interpreted as potential “out of lines”, hindering her from future “flourishing” (Butler 2009a:14). At the same time, Estrid’s work is directed at reorienting Kornelia to an organizational efficiency line that is structured around a quick and problem-free discharge of Kornelia. Kornelia’s questioning of the decisions of social services may

then cause an out of line, hindering the discharge-planning process. Estrid thus relates to Kornelia as both a vulnerable subject to support, and as a potential problem.

By comparing different empirical examples, I show how these contradicting directions are recurring and handled by balancing being open and secret with being active and passive. Sometimes, health social workers support patients, but if the work is not related to organizational efficiency lines, it may be conducted in secrecy related to other health care professionals. Sometimes, health social workers support organizations, modifying patients' applications for home care and making them easier to process without making this visible. Sometimes, they actively make their own assessments and articulate them, and sometimes they focus on adjusting to the assessments of others. Sometimes, lifelines and efficiency lines are parallel, sometimes they seem far apart or unconnected, and sometimes they collide.

Specialization and assimilation

The second analytical chapter is titled "Specialization and assimilation" and focuses on the relations between health social workers and other health care professionals, as well as the health care organizations.

The main empirical example describes how Helle reflects on her work in relation to a patient who lacks proper housing. As the analysis shows, Helle focuses her work on other health care professionals and how they react to the patient's lack of housing. The lack of housing becomes a problem for Helle in the sense that it directs the attention of other health care professionals away from what they are supposed to be doing. Helle's work is described as work directed at the "social network of hands" (Butler 2009a:14) rather than the patient himself, making it possible for other health care professionals to direct or narrow their attention, making it a work by proxy. Helle's work is analysed as offloading, supporting an organizational specialization line, in relation to which objects or subjects that may hinder or disturb the focus of other health care professionals may become "out of-lines".

By using contrasting and developing examples, I show how an offloading and supervising function is recurring. The health social worker comforts professionals when they are sad or when teams are in conflict and consults in situations in which patients are perceived as difficult to talk to or treat. This function is described using Craig and Muskat's (2013) metaphor of glue, and the analysis shows how individual professionals, teams and institutions are being supported to maintain or to cope. The function of offloading and supporting the "social network of hands" (Butler 2009a:14) leads to the health social worker having to balance being perceived as a part of this network of hands, a resource for others to use, and unattached, enabling

others to seek her support in team conflicts. To manage this, the jurisdictional work tends to focus on the health social workers' ability to offload others rather than on specific competencies or qualifications. Using subordinate and conflict-avoiding jurisdictional work, it is possible for the health social worker to access objectified cultural and social capital, blend in, assimilate, and gain access to social networks. This makes the health social worker dependent on other health care professionals. The jurisdictional work becomes temporary and connected to personal relationships rather than institutionalized. The health social worker becomes a conditioned part of, and must balance, several constellations of "we": with the patients, with other (sometimes individual) health care professionals and with institutions.

Compliance and extended arms

The third analytical chapter is titled "Compliance and extended arms" and focuses on the health social workers and patients, using the concept of lines.

The main empirical example focuses on Cecilia's work with Olle. Olle has been referred to Cecilia by another health care professional due to a supposed malaise/depression, and Cecilia's work is analysed as directed at supporting Olle in relation to the experience of being ill, which can be considered as an out of line in relation to a lifeline. However, in the conversation between Cecilia and Olle it also becomes apparent that there is a conflict between Olle and other health care professionals, and that Cecilia directs her work to mitigate this conflict. She listens to Olle and confirms his feelings, but she does not direct her attention to speaking out on his behalf or changing any of the routines with which he is dissatisfied. She does not position herself on his side or fill the function of challenger (Craig and Muskat 2013). Instead, the analysis shows that her work can be understood as supporting Olle, but only as far as he also follows the organization's efficiency- and specialization lines that require his compliance.

Using other examples, the analysis shows that health social workers are often called upon when other health care professionals have tried to make the patients compliant, but their pressure has proven inadequate. The health social workers are then expected to "fix it" and reorient the patients to organizational lines. This expectation on health social work is combined with a professional self-image in which the health social workers value a challenging function, describing themselves as extended arms for the patients. In the focus group, they also position themselves as the one profession that is characterized by the ability to focus on the patient and from this position challenge medical perspectives or organizational lines.

These conflicting positionings are discussed in relation to the question of resources and the health social workers' dependency on assimilating themselves into the medical context as well as personal relationships with other health care professionals. This dependency makes a positioning on the side with patients a risky. If the health social worker positions herself in opposition, it is not just the atmosphere in the workplace that is at stake but also the social and embodied cultural capital on which she depends. When patients' lifelines and organizational lines collide, the health social workers therefore tend to either support patients without positioning themselves in opposition to anyone or anything else or try to manage supporting conflicting lines at the same time, gluing them all together. This is not an easy position. To add to the hardship, a glue is never as efficient as when it is invisible.

Redistribution and reorientation

The fourth analytical chapter is titled "Redistribution and reorientation" and is a little different from the others as it is organized around a theme rather than starting from an empirical example. The chapter focuses on how health social workers differentiate between emotional and material dimensions of life and of their work, and the analyses show that this differentiation is vertical as well as hierarchical, ascribing emotional dimensions higher status. This is expressed through metaphors associated with different tasks, for instance "proper conversation" and "clutter".

This difference-making is discussed in relation to the resources to which health social workers have access and how they make use of them. Tasks that are labelled "clutter" usually refer to troubles that can be linked to economic capital to which the health social workers generally do not have access. However, they can try to make use of social capital and in this way gain access to the resources that people in their networks have.

This in turn is related to the concept of troubles and problems, as these processes can be linked to the resources at hand. It is simply easier to transform a trouble into a problem if you have access to a remedy. In relation to troubles described as emotional, the health social workers have access to emotional resources: themselves. Focusing on these emotional resources may enable or expand health social work discretion, but it may also lead to an individualization and a psychologization of social problems or situations in which the patient's needs are simply not met.

This difference-making is also discussed theoretically, using queer phenomenology and focusing on orientation and the embodied consciousness as an integrated way of understanding the material and the emotional. This opens up the focus on direction – an understanding of the body centred on the extension of bodies into space.

It is then no longer of interest whether something was placed to be within reach or someone changed how he or she inhabits spaces. What is interesting is the directions taken and which directions have been made possible (or impossible).

Finally, the discussion addresses how health social work is not, in the main, characterized by the exercise of public authority or redistribution of resources. This, as well as comparatively free discretionary work, makes health social work a specific form of social work that focuses on reorientation in relation to emotional management. However, this does not mean that the health social workers lack power. Rather, it is discussed how their work affects people in relation to different lines, individual lifelines as well as organizational efficiency- and specialization lines. When lifelines and organizational lines collide and the health social worker is positioned out of line between the patients and the institutions there is potential for creating new lines and a risk of symbolic power, with power structures being confirmed rather than contested. In other words, the extended arm may not always work on the side of the patients.

Concluding reflections

In this final section, the aim is to summarize the main results of the thesis and to direct attention to a couple of remaining questions that I hope can contribute to the theoretical understanding of health social work as well as health social work practice. Given that I have summarized the main results above, I will now focus on the remaining questions.

First, I would like to address Lipsky's (1980/2010) description of social workers as employed in health care to expand the health care organizations' competencies in dealing with social problems. He raises a question of whether this might lead to increased alienation for other health care professionals, expand their area of work and make it more difficult to narrow their focus. I would rather state that the patients' bodies are social bodies regardless of the social worker. It never has and never will be possible to treat bodies as if they are not social.

That said, Lipsky may offer a concept for understanding health social work. He describes how street level bureaucracies ration services in routine ways but that this "sometimes prove inadequate, or even evoke client reactions that cannot be handled through routine procedures" (Lipsky 1980/2010:33). They then call on a "pressure-specialist", via a stress referral, to "absorb dissatisfaction with common procedures, thereby permitting agencies to continue to process the majority of cases routinely" (ibid.:133). In many instances this "pressure-specialist" may be the health social worker who is called upon in a crisis almost regardless of what caused it.

The pressure-specialist, like Craig and Muskat's (2013) metaphors, describes a function of work. The concept of lines contributes to the analysis by focusing on the direction of the work, the pressure that is associated with following a line, and the illustration of how different lines may be parallel, far apart or unconnected, and sometimes even in conflict, making it difficult or even impossible to support them all.

Second, I would like to address the question of the line of the health social worker. I have discussed how health social work can be directed to reorienting patients to lifelines, such as to support patients in a crisis. I have also discussed how health social work can be directed to affecting both patients and other health care professionals in their orientation in relation to organizational efficiency - and specializations lines. In this way, the health social worker becomes dependent on the ability to support other lines or the lines of others. This does not mean that health social work lacks direction but rather that its own line becomes somewhat perforated. Like a roll of film, it works as long as it enables the projector to continue to show the film, or in the case of health social work, the projectors continue to show the films.

Lastly, the health social worker is expected to handle different out of line situations, objects and subjects that are spanners in the works. The out of line is her workplace. This is not an easy position. Out of lines are difficult. The health social worker is also positioned as a conditioned part of several constellations of "we" with whom she is supposed to ally, even in situations of conflicting interests. This relative position of outside, may make her quite free, but also alone. The only "we" that could be at hand, where this difficult and multifaceted work could be discussed and developed, is with other health social workers, and perhaps also with other social workers.

10. Referenser

- Abbott, A. (1988) *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. London: The University of Chicago Press
- Acker, J. (2006) "Inequality Regimes: Gender, Class, and Race in Organizations" i *Gender & Society* Vol. 20 (4): 441–464
- Ahmed, S. (2006a) "Orientations: Toward a Queer Phenomenology" i *Journal of Lesbian and Gay Studies* Vol. 12 (4): 543-574
- Ahmed, S. (2006b) *Queer Phenomenology: Orientations, Objects, Others*. Durham & London: Duke University Press
- Ahmed, S. (2007) "A phenomenology of whiteness" i *Feminist Theory* (2007) Vol. 8 (2): 149-168
- Allen, D, Griffiths L. & Lyne, P. (2004) "Accommodating health and social care needs: routine resource allocation in stroke rehabilitation" i *Sociology of Health and Illness*, Vol. 26, Issue 4 2004:411-432
- Ambjörnsson, F. (2004) *I en klass för sig. Genus, klass och sexualitet bland gymnasie-tjejer*. Stockholm: Ordfront
- Ambjörnsson, F. (2006) *Vad är queer?* Stockholm: Natur och Kultur
- Atkinson, P. (1992) "The ethnography of a medical setting. Reading, writing and rhetoric" i *Qualitative health research* 2(4):451-474
- Backlund, Å. (2007) *Elevvård i grundskolan. Resurser, organisering och praktik*. Avhandling, Stockholms universitet
- Bailey, D. & Liyanage, L. (2012) "The Role of Mental Health Social Worker: Political Pawns in the Reconfiguration of Adult Health and Social Care" i *British Journal of Social Work* 42(6):1113-1131
- Balkmar, D. (2012) *On Men and Cars. An Ethnographic Study of Gendered, Risky and Dangerous Relations*. Avhandling, Linköpings universitet
- Bauman, Z. (2012) *Collateral damage. Social ojämlikhet i en global tidsålder*. Göteborg: Daidalos
- Berglund, A. Garmo, H. Robinson, D. Tishelman, C. Holmberg, L. Bratt, O. Adolfsson, J. Stattin, P. & Lambe, M. (2012) "Differences according to socioe-

conomic status in the management and mortality in men with high risk prostate cancer” i *European Journal of Cancer* Jan; 48(1): 75-84

- Billquist, L. (1999) *Rummet, mötet och ritualerna. En studie av socialbyrån, klientarbetet och klientskapet*. Skriftserien. Institutionen för socialt arbete. Göteborgs universitet
- Blumer, H. (1954) ”What is wrong with social theory?” i *American Sociological Review* Vol. 19(1): 3-10
- Bourdieu, P. (1986) “The forms of capital” I Richardson, J. (1986) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Westport, CT: Greenwood
- Bourdieu, P. (1982) *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press
- Bourdieu, P. (1989) “Social Space and Symbolic Power” i *Sociological Theory* Vol. 7 (1): 14-25
- Bransford, C. & Bakken, T. (2002) “The evolution of mental health care policy and the implications for social work” i *Social Work in Mental Health* 1(1):3-26
- Bremer, S. (2010) ”Mellan vita rum. Om väntan, vithet & maskulinitet i två berättelser om transsexuella patientskap” i *Tidskrift för genusvetenskap* nr. 1-2 (2010): 89-112
- Bremer, S. (2011) *Kroppslinjer – Kön, transsexualism och Kropp i berättelser om könskorrigering*. Göteborg & Stockholm: Makadam förlag
- Brodkin, E. (2010) ”The Politics of Practice” i Hasenfeld (red) (2010) *Human Services as Complex Organizations*. London: Sage
- Brodkin, E. (2011) ”Policy work: Street level organizations under new managerialism” i *Journal of Public Administration Research & Theory* (2011) 21 (suppl 2): 253-277
- Butler, J. (2009a) *Frames of War. When is Life Grievable?* London & New York: Verso
- Butler, J. (2009b) *Krigets ramar. När är livet sörjbart?* Hägersten: Tankekraft
- Börjesson, U. (2014) ”From shadow to person: Exploring roles in participant observations in an eldercare context” i *Qualitative Social Work* Vol. 13, nr. 3: 406-420
- Carlström, C. (2016) *BDSM Paradoxernas praktiker*. Avhandling, Malmö högskola

- Cantillon, B. & Van Lancker, W. (2013). "Three Shortcomings of the Social Investment Perspective" i *Social Policy and Society* Vol. 12(4): 553-564
- Carlhed, C. (2011) "Fält, habitus och kapital som kompletterande redskap i professionsforskning" i *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 4 (2011): 283-300
- Charmaz, K. (2012) "The Power and Potential of Grounded Theory" i *Medical Sociology online*, Vol. 6(3): 2-15
- Cohen, S. (1985) *Visions of Social Control: Crime, Punishment and Classification*. Cambridge: Polity Press
- Conrad, P. (1992) "Medicalization and Social Control" i *Annual Review of Sociology* Vol. 18 (1): 209-232
- Corbin, J. & Strauss, A. (1990) "Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria" i *Qualitative Sociology*. Vol. 13, No.1, 1990: 3-21
- Cowles, L.A. & Lefcowitz, M.J. (1992) "Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting" i *Health and social work* Vol. 17(1): 57-65
- Cowles, L.A. & Lefcowitz, M.J. (1995) "Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting: Part 2" i *Health and social work* Vol. 20(4): 279-286
- Craig, S. Frankford, R. Allan, K, Williams, C. Schwartz, C. Yaworski, A. Janz, G. & Malek-Saniee, S. (2016) "Self-reported patient psychosocial needs in integrated primary health care: A role for social work in interdisciplinary teams" i *Social Work in Health Care* 55:1, 41-60
- Craig, S.L. & Muskat, B. (2013) "Bouncers, Brokers, and Glue: The Self-described Roles of Social Workers in Urban Hospitals" i *Health & Social Work* Vol. 38, nr. 1: 7-15
- Czarniawska, B. (2007) *Shadowing and Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*. Malmö: Liber
- Czarniawska, B. (2008) "Organizing: how to study it and how to write about it" i *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal* Vol. 3 (1): 4 - 20
- Davis, C. (2004) "Hospital social work: Are we conducting the right type of research?" i *Social Work in Health Care* Vol. 38(3): 67-79

- Davis, C. Baldry, E. Milosevic, B. & Walsh, A. (2004) "Defining the Role of the Hospital Social Worker in Australia" i *International Social Work* (2004) 47(3): 346-358
- Dunér A. & Nordström M. (2006) "The discretion and power of street-level bureaucrats. An example from Swedish municipal eldercare" i *European Journal of Social Work*. Vol 9, December 2006 pp. 425-444
- Emerson, R.M. & Messinger, S.L. (1977) "The Micro-Politics of Trouble" i *Social Problems*, Vol. 25 (2): 121-134
- Emerson, R.M. (2001) *Contemporary field research. Perspectives and Formulations*. 2nd Edition. Prospect Heights: Waveland Press
- Emerson R.M. & Pollner, M. (2001) "Constructing Participant/Observation Relations" i Emerson, Robert M. (2001) *Contemporary field research. Perspectives and Formulations*. 2nd Edition. Prospect Heights: Waveland Press
- Etherington, N. (2015) "Race, Gender, and the Resources That Matter: An Investigation of Intersectionality and Health" i *Women & Health* 55:7, 754-777
- Evans, T. & Harris, J. (2004) "Street-level Bureaucracy, Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion" i *British Journal of Social Work* Vol 34(6): 871-895
- Evans, T. (2011) "Professionals, Managers and Discretion: Critiquing Street-Level Bureaucracy" i *British Journal of Social Work* Vol. 41(2):368-386
- Fangen, K. (2005) *Deltagande observation*. Malmö: Liber
- Fanon, F. (1986) *Black Skin, White Masks*. London: Pluto Press
- Fantus, S. Greenberg, R. Muskat, B. & Katz, D. (2017) "Exploring Moral Distress for Hospital Social Workers" i *British Journal of Social Work*, 47(8), 2273-2290
- Fleit, S.A. (2008) *The influence of organizational structure on hospital social work practice and professional identity*. Diss. State University of New York at Stony Brook
- Framme, G. (2014) "Vad gör socionomerna för skillnad i den psykiatriska vården?" i *Socialvetenskaplig tidskrift* nr. 2: 85-104
- Foucault, M. (1972/1986) *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Lund: Arkiv förlag
- Geertz, C. (1973) *The Interpretations of Cultures*. New York: Basic Books

- Geertz, C. (2001) "Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture" i Emerson, Robert M. (2001) *Contemporary field research. Perspectives and Formulations*. 2nd Edition. Prospect Hights: Waveland Press
- Gibelman, M. (1999) "The Search for Identity: Defining Social Work—Past, Present, Future" i *Social Work* Vol. 44 (4): 298-310
- Goffman, E. (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Anchor Books.
- Goffman, E. (1961/2007) *Totala institutioner – fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag
- Goffman, E. (2001) "On Fieldwork" in Emerson, Robert M. (2001) *Contemporary field research. Perspectives and Formulations*. 2nd Edition. Prospect Hights: Waveland Press
- Gregorian, C. (2005) "A Career in Hospital Social Work: Do You Have What It Takes?" i *Social Work in Health Care* Vol. 40(3): 1-14
- Göransson, M. (2012) *Materialiserade sexualiteter. Om hur normer framträder, förhandlas och ges hållbarhet*. Göteborg & Stockholm: Makadam förlag
- Halkier, B. (2010) "Focus groups as social enactments: integrating interaction and content in the analysis of focus group data" i *Qualitative Research* Vol.10 (1): 71-89
- Haldar, M. Engelbretsen, E. & Album, D. (2015) "Legitimizing the illegitimate: How doctors manage their knowledge of the prestige of diseases" i *Health* (2015): 1-19
- Hammarström, A. (2006) *Genusperspektiv på medicinen – två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*. Kalmar: Högskoleverkets informationsavdelning
- Harsløf, I. Søbjerger Nielsen, U. & Feiring, M. (2017) "Danish and Norwegian hospital social workers' cross-institutional work amidst inter-sectoral restructuring of health and social welfare" i *European Journal of Social Work*; Oxford Vol. 20(4): 584-595
- Hasenfeld Y. (2010) "The Attributes of Human Service Organizations" i Hasenfeld, Y. (red.) (2010) *Human Services as Complex Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications

- Heaphy, E.D. (2013) "Reparing Breaches with Rules: Maintaining Institutions in the Face of Everyday Disruptions" i *Organization Science* Vol. 24(5):1291-1315
- Hollander, J.A. (2004) "The social contexts of focus groups" i *Journal of Contemporary Ethnography* Vol. 33(5): 602-637
- Hyde, A. Treacy, M.(P), Scott, A. Mac Neela, P. Butler, M. Drennan, J. Irving, K. & Byrne, A. (2006) "Social regulation, medicalisation and the nurse's role: Insights from an analysis of nursing documentation" i *International Journal of Nursing Studies* Vol. 43(6): 735-744
- Isaksson, C. (2016) *Den kritiska gästen. En professionsstudie om skolkuratorer*. Avhandling, Umeå universitet
- Isaksson, J. Lilliehorn, S. & Salander, P. (2017) "A nationwide study of Swedish oncology social workers: Characteristics, clinical functions, and perceived barriers to optimal functioning" i *Social Work in Health Care* Vol.56(7): 600-614
- Johannisson, K. (2006) "Hur skapas en diagnos?". I Hallerstedt, Gunilla (red) (2006) *Diagnosens makt: om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos
- Judd, R. & Sheffield, S. (2010) "Hospital social work: Contemporary roles and professional activities" i *Social work in health care* Vol. 49(9): 856-871
- Järvinen, M. (2002) "Mötet mellan klient och system. Om forskning i socialt arbete" i *Dansk sociologi* Vol. 13(2): 73-84
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.) (2003) *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Köpenhamn: Hans Reitzels Forlag
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2005) "Observationer i en interaktionistisk begrepsramme" i Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.) (2005) *Kvalitativa metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. Köpenhamn: Hans Reitzels förlag
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.) (2012) *At skabe en professionell. Ansvar og autonomi i velfædsstaten*. Köpenhamn: Hans Reitzels förlag
- Järvinen, M & Mortensen, N. (2005) "Det magtfulde møde mellem system og klient: teoretiske perspektiver" i Järvinen, M. Larsen, J.E. & Mortensen, N. (red.) (2005) *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Århus: Århus Universitets Forlag

- Keller, T.L. (1999) *Toward a Theory of Bedside Bureaucracy: Physicians as Street-Level Bureaucrats*. Diss. Saint Louis University.
- Kullberg, K. (2011) *Socionomkarriärer. Om vägar genom yrkeslivet i en av välfärdsstatens nya professioner*. Avhandling, Göteborgs universitet
- Lauri, M. (2016) *Narratives og Governing. Rationalization, Responsibility and Resistance in Social Work*. Avhandling, Umeå universitet
- Layder, D. (1998) "From theory to data: starting to theorize" i Layder D. (1998) *Sociological Practice*. London: Sage Publications
- Linton, K.F. Ing, M.M. Vento, M.A. & Nakagawa, K. (2015) "From Discharge Planner to "Concierge": Recommendations for Hospital Social Work by Clients with Intracerebral Hemorrhage" i *Social Work Public Health* 2015; 30(6):486-495
- Lipsky, M. (1980/2010) *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation
- Ljungberg, A. Denhov A. & Topor, A. (2015) "The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness" i *Psychiatric Quarterly* Vol 86(4): 471-495
- Ljungcrantz, D. (2017) *Skrubbsår. Berättelser om hur hiv föreställs och erfars i samtida Sverige*. Göteborg & Stockholm: Makadam förlag
- Lofland, J. Snow, D.A. Anderson, L. & Lofland, L.H. (2006) *Analyzing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis*. New York: Wadsworth
- Marmot, M. (2017) "Closing the health gap" i *Scandinavian Journal of Public Health* 2017; 45: 723–731
- Mattsson, P. Tomson, T. Eriksson, O. Brännström, L. & Weitoft G.R. (2010) "Sociodemographic differences in antiepileptic drug prescriptions to adult epilepsy patients" i *Neurology* 01, Volym 74(4): 295 – 301
- McAlynn, M. & Mc Laughlin, J. (2008) "Key Factors Impeding Discharge Planning in Hospital Social Work: An Exploratory Study" i *Social Work in Health Care*, 46:3, 1-27
- Mik-Meyer, N. (2006) "Identities and Organizations. Evaluating the Personality Traits of Clients in two Danish Rehabilitation Organizations" i *Critical Practice Studies* 8(1): 32-48

- Mik-Meyer, N. (2017) *The power of citizens and professionals in welfare encounters The influence of bureaucracy, market and psychology*. Manchester University Press: Manchester
- Mik-Meyer, N. & Roelsgaard Obling, A. (2012) "The negotiation of the sick role: general practitioners' classification of patients with medically unexplained symptoms" i *Sociology of Health & Illness* Vol. 34(7): 1025–1038
- Mol, A. (2002) *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press
- Mol, A. (2011) *Omsorgens logik. Aktiva patienter och valfrihetens gränser*. Lund: Arkiv förlag
- Monterio, C. Arnold, J. Locke, S. Steinhorn, L. & Shanske, S. (2016) "Social workers as care coordinators: Leaders in ensuring effective, compassionate care" i *Social Work in Health Care*, 55:3, 195-213
- Moore, L. Britten, N. Lydahl, D Naldemirci, Ö. Elam, M. & Wolf, A. (2017) "Barriers and facilitators to the implementation of person-centered care in different healthcare contexts" i *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (2017); 31: 662-673
- Munday, J. (2006) "Identity in Focus: The Use of Focus Groups to Study the Construction of Collective Identity" i *Sociology*, Vol. 40(1): 89-105
- Muskat, B. Craig, S.L. & Mathai, B. (2017) "Complex families, the social determinants of health and psychosocial interventions: Deconstruction of a day in the life of hospital social workers" i *Social Work in Health Care* Vol. 56(8): 765-778
- Nadai, E. & Maeder, C. (2005) "Fuzzy Fields. Multi-Sited Ethnography" i *Sociological Research, Forum: Qualitative Social Research*, Vol. 6(3): Art 28
- Norris, C. (1993) "Some ethical Considerations on Field-Work with the Police" i Hobbs, D. & May, T. (red.) (2003) *Interpreting the field*. Oxford: Clarendon Press
- Olsson, S. (1999) *Kuratorn förr och nu. Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*. Avhandling, Göteborgs universitet
- Oeye, C. Bjelland, A.K. & Skorpen, A. (2007) "Doing participant observation in a psychiatric hospital – Research ethics resumed" i *Social Science & Medicine*, Vol. 65(11): 2296-2306

- Pedersen, P.V. Hjelmar, U. Terp Høybye, M. & Hulvej Rod, M. (2017) "Can inequality be tamed through boundary work? A qualitative study of health promotion aimed at reducing health inequalities" i *Social Science & Medicine* Vol. 185: 1-8
- Petitt, B. & Olson, H. (1994/2013) *Om svar anhålles! En bok om interaktionistiskt förändringsarbete*. Lund: Studentlitteratur
- Petersson, F. (2013) *Kontroll av beroende. Substitutionsmottagningens logik, praktik och semantik*. Malmö: Egalité
- Pii, K. (2012) "Når ansvaret overdrages til patienten: Sygeplejerskers arbejde med patientcentreret forebyggelse" i Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.) (2012) *At skabe en professionell. Ansvar og autonomi i velfædsstaten*. Köpenhamn: Hans Reitzels förlag
- Pray, J.E. (1991) "Responding to Psychosocial Needs: Physician Perceptions of Their Referral Practices for Hospitalized Patients" i *Health and Social Work* Vol. 16(3): 184-192
- Ranger, M. (1986): *Er det bare meg som roter sån?" Klient samtaler på ett sosialkontor*. Oslo: Universitetsforlaget
- Repstad, P. (2016) *Sociologiska perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur
- Rosenfeld, J.M. (1983) "The Domain and Expertise of Social Work: A Conceptualization" i *Social Work* Vol. 28(3): 186-191
- Sahlin, I. (1994) "Den kluvna klienten" i *Socialvetenskaplig tidskrift* Vol. 1(4): 303-324
- Sandholm, N. Søjberg Nilssen, U. & Husted Nielsen, I. (2015) "Mellem bureaukrati og profession. Et komparativ blik på sygeplejerskers og socialrådgiveres erfaringer med hospitalsarbejde" i *Praktiske Grunde. nordisk tidskrift for kultur- och samfundsvidenskab*, nr. 1-2: 27-42
- Selberg, R. (2013) "Nursing in Times of Neoliberal Change: An Ethnographic Study of Nurses' Experiences of Work Intensification" i *Nordic journal of working life studies* Vo. 3(2):9-35
- Sernbo E. (2012) *Villkorad (be)handling. Patientkonstruktioner, alienation och självstyrning i en tvärprofessionell kontext*. Masteruppsats, Göteborgs universitet

- Sjöström, M. (2013) *To Blend in or Stand out? Hospital Social Workers Jurisdictional Work in Sweden and Germany*. Avhandling, Göteborgs universitet
- Sjöström, S. (1997) *Party or Patient? Discursive Practices Relating to Coersion in Psychiatric and Legal Settings*. Umeå: Boréa
- Spitzer, W. Silverman, E. & Allen, K. (2015) "From Organizational Awareness to Organizational Competency in Health Care Social Work: The Importance of Formulating a 'Profession-in-Environment' Fit" i *Social Work in Health Care*, 54:3, 193-211
- Svensson, R. (1993) *Samhälle, medicin, vård: en introduktion till medicinsk sociologi*. Lund: Studentlitteratur
- Svärd V. (2016) *Children at risk? Hospital social workers' and their colleagues' assessment and reporting experiences*. Avhandling, Göteborgs universitet.
- Söderberg, M. (2017) "A part of social work and apart from social work: hospital nurses in hospital discharges of older people in Sweden" i *Nordic Social Work Research Vol. 8(2):146-157*
- Thylefors, I. (2012) "All professionals are equal but some professionals are more equal than others? Dominance, status and efficiency in Swedish interprofessional teams" i *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Vol. 26(3): 505-512
- Topor, A. (2010): "Medikaliseringen av det psykosociala fältet. Om en kunskaps-sammanställning från Socialstyrelsen, IMS." i *Socialvetenskaplig tidskrift* Vol. 17 (1):67-81
- Udo, C. Forsman, H. Jensfelt, M. & Flink, M. (2018) "Research Use and Evidence-Based Practice Among Swedish Medical Social Workers: A Qualitative Study" i *Clinical Social Work* (Jan 2018): 1-8
- Uhnoo D. (2012) *Dunkla vanor. Om teori och referenspraktik i samhällsvetenskaplig forskning*. Skriftserien 2012:7. Institutionen för socialt arbete. Göteborgs universitet
- Wade, J. (1984) "Role Boundaries and Paying Back: "Switching Hats' in Participant Observation" i *Anthropology & Education Quarterly* Vol. 15 (1984): 211-224
- Weinberg, M. (2010) "The social construction of social work ethics: Politicizing and broadening the lens" i *Journal of Progressive Human Services*, Vol. 21(1), 32-44

- Wibeck, V. (2010) *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur
- Wikström, H. (2007) (O)möjliga positioner. Familjer från Iran och postkoloniala reflektioner. Avhandling, Göteborgs Universitet
- Wolcott, H.F. (1994) *Transforming Qualitative Data – Description, Analysis and Interpretation*. London: SAGE Publications
- Zeiler, K. & Wickström, A. (2009) "Why do "we" perform surgery on newborn intersexed children? The phenomenology of the parental experience of having a child with intersex anatomies" i *Feminist Theory* Vol. 10(3):359-377
- Zimmerman, J. & Dabelko, H.I. (2007) "Collaborative Models of Patient Care" i *Social Work in Health Care*, 44:4, 33-47
- Ågren, G. (2015) "Missbruksvårdens medikalisering" i *Socialmedicinsk tidskrift* Vol. 92(4): 454-459

Andra källor:

UKÄ Rapport 2017:5. Förslag till examensbeskrivning för yrkesexamen för kuratorer inom hälso- och sjukvården – redovisning av ett regeringsuppdrag.

SKL (2017) Tabell 5 (Tabeller Landstingsanställd personal 2017)

SKL (2018) Valfärden i Siffror. Vi vässar Valfärden.

