

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan
Magisteruppsats
VT 2007

“Kurators roll? Grundtanken är väldigt positiv”

- en undersökning om sjuksköterskors
syn på kuratorn i den medicinska organisationen

Författare

Maria Johnsén
Jennie Spets

Handledare

Lars B Ohlsson

Abstract

In this master thesis, which is made in a qualitative manner, we have as purpose to investigate the nurses' estimation of the hospital welfare officer. We find it interesting to take a closer look at their opinion, because of our earlier, bachelor thesis, based on the same subject, only then in the welfare officer's perspective on themselves. We have interviewed ten nurses and our questions at issue were the following four: *Where in the hospital's hierarchy do the nurses place the welfare officer? In what way do the nurses look at themselves and on the fact that they are leagally authorized? How do the nurses define the welfare officer's occupational sphere and his part of the medical care? Which opinion do the nurses have on the co-operation with the hospital welfare officer?* The primary information, together with two maintheories and a collection of litterature on the subject have helped us to answer the four questions of issue. We have found that the results we see, in some ways are compareable to our first investigation. The hospital welfare officer is, to some extent, an outsider in the medical sphere, which we can see is both positive and negative for him.

Keywords:

Hospital welfare officer; Nurse: Profession; Hierarchy; Co-operation; Bourdieu; Abbott

Förord

Idén till denna magisteruppsats föddes redan under tiden då vi skrev vår kandidatuppsats, Katt bland hermelinerna (Bernle & Spets, 2006). Vi inspirerades då till fortsatt forskning i ämnet; sjukhuskuratorer och deras vardag. Att undersöka detta ur ett annat perspektiv, med en annan yrkesgrupps glasögon, skulle göra vår föregående studie komplett.

Vi vill härmed ta tillfället i akt och rikta ett stort tack till vår eminenta handledare Lars B. Ohlsson, vid Socialhögskolan, Lund, som under arbetets fortgång stöttat oss och gett oss råd. Vi vill även tacka våra respondenter och deras överordnade på universitetssjukhuset MAS i Malmö, som med öppna armar lät oss ta del av deras tankar och vardag. Tack också till den trevliga och tillmötesgående personalen på Campus Helsingborg.

Vi vill också tacka varandra för gott stöd genom den berg-och-dalbana som arbetsprocessen kan liknas vid. Många skratt, många Läkerol, många trevliga luncher – Tack!

Sist men inte minst vill vi tacka våra familjer och vänner som stått vid vår sida och visat förståelse och kärlek när vi minst förtjänat det, men så väl behövt det.

Maria Johnsén och Jennie Spets

Helsingborg, maj 2007

*”Kanske har vår yrkeskår redan antagit framtidens utmaning:
Självständigt arbete, flexibilitet och omställning, projektledare,
diffus yrkesroll, specialist på bred bas”*

(Ekdahl & Gullacksen 1991:36)

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	7
1.1 Problemformulering	7
1.2 Begreppsdefinitioner	8
1.3 Naiv teori	9
1.4 Syfte	9
1.5 Frågeställningar	9
2. Metod	9
2.1 Metodval	9
2.2 Metoddiskussion	10
2.3 Metodologisk medvetenhet	11
2.4 Urval	11
2.4.1 Presentation av respondenterna	12
2.5 Källkritik	12
2.6 Etiska överväganden	12
2.7 Genomförande	13
2.8 Disposition	13
3. Teori	13
3.1 Andrew Abbot	13
3.2 Pierre Bourdieu	14
4. Tidigare forskning	15
5. Sjuksköterskan i ett historiskt perspektiv	18
6. Sjukhuskuratorn i ett historiskt perspektiv	19

7. Empiri och analys	21
7.1 Hierarkin i sjukvården	21
7.1.1 Positionstrappan	21
7.2 Sjuksköterskornas syn på sitt arbetsområde	25
7.2.1 De många ansvarsområdena i omvårdning	25
7.2.2 Den breda omvårdningsrollen	27
7.3 Sjuksköterskornas syn på sjukhuskuratorn	29
7.3.1 Sjukhuskuratorn – en outsider	29
7.3.2 Psykosocialt fokus i medicinens värld	30
7.3.3 Suddiga konturer	33
7.3.4 Tillgänglighetens och insynens betydelse	36
7.4 Samarbete mellan olika yrkesgrupper	38
7.4.1 Teamets kraft	38
7.5 Den olegitimerade professionen	41
7.5.1 Ödmjukhetens boja	41
7.6 Kuratorn, en nödvändighet för god vård?	45
7.6.1 Kan någon annan göra det kuratorn gör?	45
7.7 Sammanfattning	48
8. Slutdiskussion	50
9. Litteraturlista	53
Bilaga 1, Intervjumanual	55
Bilaga 2, Positionstrappa	57
Bilaga 3, Utdrag ur Hälso- och sjukvårdslagen	58

1. Bakgrund

1.1 Problemformulering

I vår tidigare studie Katt bland hermelinerna (Bernle & Spets, 2006) undersökte vi sjukhuskuratorers egen uppfattning om sin ställning i den medicinska sfären samt hur interaktionen med de övriga yrkeskategorierna fungerar. Vårt resultat visade att sjukhuskuratorerna inte känner sig alldeles självklara inom hälso- sjukvården och att de ibland tycker sig vara något av en outsider bland de övriga yrkeskategorierna, på sina respektive kliniker inom den somatiska vården. Intressant för oss var det, att i föregående studie, se det faktum att sjukhuskuratorn visade sig använda en rad strategier för att finna en plats i den medicinska organisationen. Exempel på dessa strategier var att använda en vit rock, att lära sig de medicinska termer som de övriga yrkeskategorierna använder sig av, samt att göra sig synlig på avdelningarna och arbeta uppsökande. Det som studien främst visade på var att kuratorerna själva upplever sig sakna en konkret arbetsbeskrivning som skulle kunna göra deras yrkesroll mindre diffus och ge dem en tydligare position inom den somatiska vården. Vi menar att kuratorns egen syn på sin yrkesroll, i samklang med de övriga yrkeskategoriernas uppfattning, kan bli avgörande för hur interaktionen och positioneringen avgörs.

Inför föreliggande studie anser vi det vara intressant att, genom intervjuer med legitimerade sjuksköterskor, undersöka hur denna yrkesgrupp ser på sjukhuskuratorns roll och funktion på ett sjukhus. Att närmare studera uppfattningen som finns bland sjuksköterskorna om kuratorns insatser inom den somatiska vården ser vi som synnerligen relevant för att få en djupare förståelse för sjukhuskuratorns premisser i vardagen. Vår tanke är att olika yrkesgrupper med olika kunskapsbas, skapar sig en rad dogmer som ger upphov till skilda sätt att se på sin egen och andras yrkesroll och kompetens. Vårt val av sjuksköterskor som respondentgrupp är gjort utifrån bland annat resultatet i vår tidigare studie, samt våra egna personliga erfarenheter från hälso- och sjukvården. Vi tänker oss att sjuksköterskornas mjuka, omvårdande roll i sjukvården lätt gör att hon kan ta över en del av kuratorsarbetet. Vi undrar om det kan vara så att sjuksköterskor själva menar sig kunna utföra kuratorns arbete på ett tillfredsställande sätt. Finns det kanske en åsikt bland sjuksköterskor om att god vård, så som den definieras i HSL¹, kan bedrivas utan sjukhuskuratorer?

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) se bilaga 3

Ett annat fenomen som vi finner det intressant att titta närmare på, är om och i så fall hur samarbetet mellan sjukhuskuratorerna och sjuksköterskorna påverkas av deras olika kunskapsbas. Vi undrar också om det finns ett behov av legitimation för kuratorer inom den somatiska sjukvården. Detta till följd av att sjuksköterskor och flertalet andra yrkeskategorier på sjukhuset är legitimerade. Kan detta vara en av flera faktorer som förenar de övriga yrkeskategorierna och ställer kuratorn i det utanförskap resultatet i föregående studie så tydligt visade på? Av ytterligare intresse är det för oss att ta reda på om den hierarkiska ordningen på sjukhuset är så stark som det kan te sig för den utomstående. Vi vill också försöka utröna var sjuksköterskorna placerar sjukhuskuratorn hierarkiskt sett.

1.2 Begreppsdefinitioner

Vi finner det lämpligt att förtydliga några av de begrepp vi använder i studien, eftersom vi anar att det kan finnas olika uppfattning om innebörden i desamma. Nedanstående begrepp använder vi på följande sätt i föreliggande arbete:

De övriga yrkeskategorierna – personal som är verksam vid ett sjukhus. Läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, undersköterskor.

Klinik – en sammanfattande term för mottagning och vårdavdelningar för samma vårdgebit inom sjukvården.

Psykosocialt arbete – de sociala insatser, som utifrån olika metoder verkar för att stärka patienters motståndskraft mot yttre sociala påfrestningar. Utövaren ser individer, grupper och familjer i sitt sociala sammanhang, inom sjukvården med främsta fokus på samband mellan sjukdom och sociala faktorer. Arbetet utförs bland annat av socionomer i förebyggande och behandlande syfte.

Somatisk vård – kroppssjukvård som förekommer på sjukhus. Vård som inte riktar sig mot psykisk sjukdom och/eller psykiska besvär.

1.3 Naiv teori

Detta är en fortsättningsstudie på en tidigare uppsats då vi studerade sjukhuskuratorers egen uppfattning om sin roll och sitt arbetsområde. I föreliggande studie vill vi se på sjuksköterskornas syn på det samma. Vår naiva teori är att vi kommer att se vissa överensstämmelser mellan våra båda undersökningar.

1.4 Syfte

Genom att intervjua sjuksköterskor vill vi undersöka vilken uppfattning de har om kuratorns position, roll och arbetsområde på sjukhuset.

1.5 Frågeställningar

- Var placerar sjuksköterskorna kuratorn i sjukhusets hierarkiska system?
- Hur ser sjuksköterskor på sitt eget arbetsområde och sin legitimation?
- Hur definierar sjuksköterskorna sjukhuskuratorns arbetsområde och roll?
- Vilken uppfattning har sjuksköterskorna om samarbetet med sjukhuskuratorn?

2. Metod

2.1 Metodval

Eftersom vi har en önskan om att nå en djupare förståelse för vårt undersökningsämne har vi valt att använda en kvalitativ undersökningsmetod. De intervjuer vi utfört, menar vi, har bidragit till en för oss större förståelse för respondenternas relation till sjukhuskuratorn, än vad kvantitativa enkäter skulle ha gjort. Holme och Krohn Solvang (1997) beskriver den kvalitativa metoden som att den möjliggör det för en helhetsbild att träda fram i undersökningen. Den nära relationen som uppstår mellan intervjuare och respondent, ger även en ökad förståelse för den enskilde respondentens situation. Holme och Krohn Solvang (ibid.) fortsätter vidare och beskriver den kvalitativa forskningen som att den liknar ett vardagligt samtal där forskaren så lite som möjligt styr sina respondenter. I intervjun ges möjlighet att anpassa sig efter rådande situation. De frågor som ställs kan senare resultera i den information vi som intervjuare efterfrågar för studien.

2.2 Metoddiskussion

Denna studie är av kvalitativ karaktär, då vi använt oss av intervjuer. Vi har låtit syfte och frågeställningar ligga som en hand över arbetet under hela dess fortgång. Vi har också haft en vetskap om att vi inte kunnat frigöra oss helt ifrån vår förförståelse från föregående studie (Bernle & Spets, 2006) samt att detta kan ha inverkat på denna uppsats. Vi är medvetna om att vår inblick i sjuksköterskornas arbetsvardag och förutsättningar är ringa. Genom litteratur och i intervjuerna riktade frågor om ämnet, har vi dock försökt kompensera våra kunskapsbrister. Under intervjuerna använde vi oss av en på förhand utformad intervjumanual (se bilaga 1), som dock var öppen för följdfrågor och spontana infall. I det fall vi istället använt oss av enkäter hade detta inte varit möjligt. Vi anser att vi härigenom fick extra, värdefull information men också i viss mån kan ha styrt respondenterna och ibland kom ifrån ämnet för en stund. En minidisc och stödanteckningar var till stor hjälp för oss under vår insamling av empiri. Det faktum att informanternas svar spelades in i mikrofon kan ha inverkat på deras utsago. Vid undersökningar riskerar forskaren alltid att få tillrättalagda, politiskt korrekta svar från sina informanter. Eftersom det naturligt kan finnas en lojalitet hos sjuksköterskorna, gentemot sina arbetskolligor och sin organisation, finns det även i vår studie en risk för detta.

I fråga om lojalitet måste också den sociala önskvärdheten här diskuteras. Detta eftersom vi som färdigutbildade socionomer gått ut för att undersöka uppfattningen om vår egen profession. Vi befarar därför att våra respondenter tonat ner sina uttalanden om kuratorer samt framhållit de positiva aspekterna inför oss. Det faktum att vi båda närvarade vid samtliga intervjuer, medan våra respondenter var ensamma representanter för sin profession, resulterade naturligt i ett maktförhållande som kan ha inverkat på deras svar. Våra slutsatser, tolkningar och resultat i uppsatsen har sannolikt också färgats av vår professionstillhörighet. Vi tänker att vi som socionomer omedvetet riskerar att ha sökt tolkningar och vinklingar som ligger till fördel för vår egen profession. Vi har försökt påminna oss själva och varandra om att hålla oss objektiva under arbetets gång. Trots detta kan vi omedvetet ha brustit i forskarrollen och gått in i socionomidentiteten.

Efter hand som intervjuerna genomförts, transkriberades dessa. Vi kan inte helt bortse ifrån att vi omedvetet under denna del av arbetet lagt in egna tolkningar av respondenternas svar. Denna risk fanns även under arbetet med själva uttolkningen av materialet som helhet, vilket vi ovan diskuterat. I kapitlet empiri och analys har vi använt oss av flertalet citat ur vår

empiri. Vi har valt att återge flertalet av citaten ordagrant, eftersom vi anser att andemeningen i dem annars lätt förvanskas. De mönster vi sett i empirin och som väckt vårt intresse, har vi utvecklat med hjälp av teorier och övrig litteratur. Detta gängse förfaringssätt kan ha som nackdel att vi låtit oss färgas av den vetenskap vi tagit del av och de perspektiv rådande kunskapsläge har.

2.3 Metodologisk medvetenhet

Vår strävan i arbetet har varit att hålla validiteten så hög som möjligt. Vårt val av kvalitativ metod, gör dock att nya vinklingar och information som framkommer vid intervjutillfällena försvårar en sådan strävan. Kvalitativa studier har en naturligt låg reliabilitet. Vi kan inte bortse ifrån intervjupersonernas personliga vilja att bli intervjuade då de blivit utvalda av sina arbetsledare. Även det faktum att vi som intervjuare kan ha styrt våra informanter, kan ha inverkat på studien. Ett generaliserbart resultat kan inte anses ha uppnåtts i denna studie. Det begränsade urvalet kan, enligt oss, inte ge ett generellt giltigt resultat.

2.4 Urval

Som grund i detta arbete ligger intervjuer med tio slumpvis utvalda, legitimerade sjuksköterskor. Samtliga respondenter är kvinnor, vilket vi inte kunnat påverka eftersom vi inte haft en jämn könsfördelning som kriterium. Vi frågade fyra verksamhetschefer vid fyra kliniker på universitetssjukhuset MAS i Malmö om lov att utföra tre intervjuer på vardera kliniken. Vi bad dem också att bistå oss i att komma i kontakt med passande respondenter. Vi var medvetna om att detta förfaringssätt ändå kan ha gjort att verksamhetscheferna valt ut, i deras tycke, passande respondenter. Vi fann emellertid ingen annan väg att gå för att komma i kontakt med yrkesgruppen sjuksköterskor. De kriterier vi hade för sjuksköterskor som skulle kunna intervjuas var att de skulle vara legitimerade samt ha varit verksamma inom kliniken under minst ett år. Respondenterna skulle också arbeta skilt från varandra, gärna på olika avdelningar. Detta på grund av att vi i möjligaste mån ville undvika att de samtalande och på så vis kunde inverka på varandras åsikter. Från start bad vi om att få kontakt med sammanlagt tolv informanter. På grund av administrativa, respektive organisatoriska svårigheter, blev det slutmässiga antalet respondenter tio.

2.4.1 Presentation av respondenterna

Vi tror att examensåret har betydelse för de olika sjuksköterskornas uppfattning om synen på vården i allmänhet och interaktioner mellan professioner i synnerhet. Därför anger vi nedan det decennium under vilket respektive respondent är examinerad. Vi har fingerat alla namn, examensår och kliniker. Detta helt i syfte att skydda våra respondenter.

Anna, examinerad sjuksköterska 1980-talet

Britt, examinerad sjuksköterska 1980-talet

Ebba, examinerad sjuksköterska 1980-talet

Elisabet, examinerad sjuksköterska 2000-talet

Eva, examinerad sjuksköterska 1980-talet

Marianne, examinerad sjuksköterska 2000-talet

Mona, examinerad sjuksköterska 1980-talet

Nathalie, examinerad sjuksköterska 2000-talet

Petra, examinerad sjuksköterska 2000-talet

Tina, examinerad sjuksköterska 2000-talet

2.5 Källkritik

I vårt arbete har vi till största delen inriktat oss på att använda originaltexter från författare och teoretiker. Av tidsbrist har vi emellertid, i enstaka fall, tvingats ta del av tolkningar och referenser som andra författare än originalförfattare skrivit. Detta har sannolikt medfört att deras sätt att se på originalförfattarens tankar har färgat oss.

2.6 Etiska överväganden

Det ämne vi valt att undersöka anser vi inte vara av känslig karaktär. Vi har därför angett det sjukhus vi haft som arena för undersökningen. Våra respondenter ser vi som representanter för sin profession och inte som enskilda individer. Vi väljer ändå att fingera deras namn och examensår samt att inte avslöja deras kliniktillhörighet, vilket de också informerades om vid intervjutillfället.

2.7 Genomförande

Denna uppsats är skriven av två författare. Samtliga avsnitt är skrivna gemensamt och ansvaret för dessa delas solidariskt mellan oss.

Arbetet inleddes med att säkerställa vårt syfte och våra frågeställningar. För att komma i kontakt med passande respondenter, sjuksköterskor, kontaktade vi fyra verksamhetschefer via e-mail. Vid denna kontakt bad vi om tillåtelse att utföra kvalitativa intervjuer med av dem utsedda respondenter. Vi tog sedan kontakt med respondenterna via telefon och e-mail och bestämde tid och plats för intervjuerna som sedan utfördes på deras respektive avdelningar. Intervjuerna gjordes utifrån en redan färdigställd intervjumanual som var uppdelad i olika teman, utifrån våra frågeställningar och syfte. Minidisc och stödanteckningar var här vårt arbetsredskap. Intervjuerna transkriberades och sammanställdes under teman, för att sedan analyseras med hjälp av teorier och övrig litteratur som vi hittat i ämnet. När detta var färdigt, formulerade vi en slutdiskussion där vi förde en dialog om resultatet i studien utifrån våra tankar och vår nya förståelse.

2.8 Disposition

Nedan följer ett teoretiskt avsnitt där vi redogör för de två teoretiker vi använt samt den tidigare forskning vi tagit del av. Därefter återfinns en kort historisk tillbakablick på sjuksköterskornas, respektive sjukhusuratorernas bakgrund. Därpå presenterar vi ett kapitel med empiri och analys. Avslutningsvis för vi en slutdiskussion där vi sammanfattar resultatet i studien. Längst bak i arbetet återfinns litteraturlista samt bilagor.

3. Teori

I det följande redovisar vi kort för de båda huvudteoretiker vi använt oss av för att förstå det komplexa samspelet mellan professionerna i den medicinska organisationen.

3.1 Andrew Abbott

Vi har använt oss av Andrew Abbotts verk *The System of Professions – an essay on the division of expert labor* (1988). Valet att arbeta utifrån Abbotts teoretiska resonemang föll sig naturligt för oss, då han omnämns i merparten av den litteratur vi tagit del av inför och under studien. Just Abbotts syn på profession som ett system bestående av olika plan som inverkar

på varandra, ansåg vi vara relevant för vår studie. Detta inte minst eftersom sjukvården är en av de organisationer i samhället där det hierarkiska systemet fortfarande lever kvar och generellt sett uppfattas och accepteras just så. Vi ser det som naturligt att aktörerna inom denna organisation påverkar varandra i de olika samspel som finns i arbetsvardagen. Abbott ser på professioner utifrån ett tämligen brett perspektiv och menar att en profession är en begränsad samling yrkesutövare som använder sig av abstrakt kunskap på särskilda arenor. Abbotts begrepp *jurisdiktion* används i arbetet och innebär det ansvarsområde som en profession knutit till sig och fått accepterat som sitt eget.

Abbott använder sig av tre skilda plattformar då han söker ge struktur åt professionsbegreppet. Den första är det samhälleliga makroperspektivet. Nästa plattform kallar Abbott för professionssystemet. Det är detta *mellanläge* som Abbott ställer i centrum för sin teori. Han ser det som att det inom denna nivå finns ett band mellan professioner som sådana och deras arbetsuppgifter. Här råder dynamik och motsättningar mellan de olika aktörerna. Den tredje nivån rör mikronivån som behandlar de enskilda professionerna och hur de fungerar internt.

Vi inriktar oss i detta arbete på Abbotts fokus - mellannivån och försöker med hjälp av hans teoretiska resonemang om professioners ömsesidiga samspel och tävlan, förstå oss på den dynamiska interaktionen mellan sjukhusets olika professioner. Framförallt är vi intresserade av förhållandet sjuksköterska kontra sjukhuskurator.

3.2 Pierre Bourdieu

Vi var förtrogna med Pierre Bourdieu sedan vår tidigare studie, då vi emellertid tog hjälp av Margaretha Järvinens tolkningar. Sannolikt är det därför också att Järvinens sätt att se på Bourdieus teorier färgat oss då vi nu läst hans originaltexter. I detta arbete har vi använt Bourdieus verk *Praktiskt förnuft – bidrag till en handlingsteori* (2004) samt *Kultur och Kritik* (1992) för att försöka förstå den interaktion som förekommer mellan de olika yrkeskategorierna på en arbetsplats, i detta fall på ett sjukhus. Vi har främst fokuserat på Bourdieus begrepp *fält* som vi förstått som den arena på vilken olika professioner och grupper agerar och påverkar varandra sinsemellan. Närhet mellan individer och/eller grupper på fältet behöver inte nödvändigtvis innebära att parterna ingår i en enhet.

Det vi ser som synnerligen intressant i Bourdieus resonemang är att vi omedvetet påverkar varandra i mötet med andra individer och grupper och att detta är en förutsättning för vår verklighet. Förhållandet mellan fältet och aktörerna kallar Bourdieu *habitus*. Detta innebär att aktörerna, utifrån den position de har, agerar utifrån det sätt som är erforderligt för dem och förenar sig i de grupper de tillhör och de regler som gäller för dem. Mycket är så självklart för medlemmarna inom fältet att det inte syns, än mindre går att påverka. Detta kallar Bourdieu för *doxa*. Han förklarar det som att det är så naturligt givet att det är ”förträngt” (1992:133). När detta tillstånd finns hos medlemmarna på fältet kallar Bourdieu det för att de är fångade av *illusio* och i och med det är med i spelet, utan att alls reflektera över att det är ett spel. Den mest framträdande gruppen på fältet, de dominerande och starka, reproducerar sig själva och vidmakthåller sin position bland annat genom sitt tolkningsföreträde och den utbildning de har. Det *kulturella kapitalet* som detta handlar om, innebär individers och gruppers kunskap, erfarenheter och värderingar. Bourdieu ser det som att den position man har på fältet också blir den plattform man utgår ifrån då man betraktar världen, sig själv och andra.

4. Tidigare forskning

I avsnittet nedan redogör vi i korthet för den litteratur vi funnit och tagit hjälp av i föreliggande arbete.

I Annika Alenius (2000) ”*Socialt arbete i medicinens värld – om kurators villkor och det psykosociala arbetets legitimitet inom kroppssjukvården.*” redovisar Alenius en kvalitativ undersökning som baserar sig på intervjuer med politiker, kuratorer och chefsläkare. Alenius vill här utröna hur dessa olika yrkesgrupper värderar det psykosociala arbetet inom kroppssjukvården. Alenius studie innefattar empiri från både primärvård och ett lasarett. Då vi ser dessa båda som två skilda fält, har vi endast använt oss av de avsnitt som behandlar det psykosociala arbetet på *lasarettet*. Resultatet i studien visar på att sjukhuskurators legitimitet är låg i relation till de övriga yrkeskategorierna. Vi använder oss av denna uppsats genom att vi jämför och drar eventuella paralleller mellan våra studier och på så vis försöker uppnå en djupare förståelse för kurators villkor.

Helena Ekdahl & Ann-Christin Gullacksen (1991) rapport: *Kuratorn – den sociala kompetensen inom hälso- och sjukvården*. Ur seminarier från en forskningscirkel för kuratorer inom Malmö sjukvårdsförvaltning, föddes denna rapport. Den behandlar, ur ett utifrånperspektiv, den omorganisation för kuratorer som skedde på Universitetssjukhuset

MAS i Malmö på 1980-talet. Det som skedde var bland annat att kuratorernas stödorganisation, genom en omstrukturering, löstes upp och ersattes av två chefskuratorer. Ekdahl & Gullacksens rapport tar upp kuratorernas reflektioner kring deras nya sätt att arbeta. Denna rapport har fått oss att tydligare se sjukhuskuratorns arbetsroll i den föränderliga sjukhusorganisationen, det är också så vi använder oss av den i föreliggande arbete.

Lena Lannerheim (1994) *System blir till – en sociologisk studie av sjuksköterskeyrkets framväxt och omformering* är den avhandling som allra bäst fått oss att förstå sjuksköterskorna och deras arbetsområde. Lannerheim avhandlar här sjuksköterskeyrkets framväxt och förändring över tid samt hur denna yrkesgrupp interagerar med de övriga yrkeskategorierna på sjukhuset. Lannerheim beskriver på ett tydligt sätt hur sjuksköterskorna ständigt måste förändra sitt ansvarsområde och finna sin plats inom hälso- och sjukvården.

Siv Olssons (1999) akademiska avhandling *Kuratorn förr och nu – Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv* beskriver hur kuratorsrollen har utvecklats över tid. Olsson diskuterar den brokiga väg som kuratorerna inom svensk hälso- och sjukvård vandrat historiskt sett. Hon ser bland annat till sjukhuskuratorns växlande yrkesroll, interaktion med de övriga yrkeskategorierna samt hennes olika placeringar i sjukhusorganisationen. Siv Olssons historiska perspektiv har bistått oss i studien genom att vi blivit bättre insatta i sjukhuskuratorns verklighet förr och nu.

I sin avhandling *Socionomyrkets Professionalisering* (2004) studerar sociologen Stina S. Wingfors hur socionomer som profession på olika sätt försökt att stärka sin position i samhället och på arbetsmarknaden samt hur de under en fyrtioårsperiod verkat för att socionomer ska få legal auktoritet. Vi har med Wingfors hjälp fått perspektiv på legitimationsfrågan och dess betydelse för socionomerna som yrkesgrupp.

För att ytterligare förstå och fördjupa oss i den komplexitet som finns mellan professioner och grupper har vi tagit hjälp av Eric Olsson (1998) *På spaning efter gruppens själ – gruppen i teori och praktik* samt Lundstöm & Sunesson (2002) kapitel ”Socialt arbete utförs i organisationer” i *Socialt arbete - en grundbok* samt Joachim Israels bok (1999) *Handling och samspel – Ett socialpsykologiskt perspektiv*.

Vi sökte inför detta arbete få inblick i sjuksköterskans vardag och bakgrund. Den litteratur som hjälpte oss i detta avseende var Broady & Heyman (1998) ”Omvårdnadsforskning – ett vetenskapligt fält i vardande” i deras egen antologi *Kulturens fält*; Britt-Louise Ericsson magisteruppsats *Kompetens i vården – vårdpersonalens uppfattning av innebörden i fenomenet kompetens i vården*; Ingela Josefsons bok (1991) *Kunskapens former – det reflekterande yrkeskunnandet* samt Iris Erlöv och Kerstin Peterssons bok *Från kall till akademi – ideologiska förändringar i sjuksköterskeutbildningen under 1900-talet*.

Ulla Byströms (1985) skrift *Kuratorsarbete inom hälso- och sjukvård* samt vår egen studie Bernle & Spets (2006) *Katt bland Hermelinerna – en undersökning om sjukhuskurators egen uppfattning om sin ställning i den medicinska organisationen* har inspirerat oss och hjälpt oss att i detta arbete förstå sjukhuskurators roll och uppgifter inom hälso- och sjukvården. Björn Blom m. fl (2006) har också med sin antologi *Kunskap i socialt arbete – om villkor, processer och användning*, bistått oss i att få inblick i det sociala arbetets komplexitet.

5. Sjuksköterskan i ett historiskt perspektiv

För att bättre förstå sjuksköterskornas situation samt leda in läsaren i arbetet, redogör vi nedan kort för sjuksköterskeutbildningens och sjuksköterskeyrkets historik. Detta gör vi med hjälp av Erlöv & Petersson (1998).

Ursprungligen härstammar sjuksköterskeyrket från kyrkans värld och med Florence Nightingale som fick sin utbildning år 1851 vid en diakonianstalt i Tyskland. En svensk förgrundsfigur var Emmy Rappe och det var även hon som införde sjuksköterskeuniformen i Sverige år 1866. Sjuksköterskeyrket var omhuldat med mycket disciplinära regler och kvinnorna handplockades av drottningen själv. Det blev en ansedd utbildning för högborgerliga kvinnor och det hette att de var ”kallade” av gud. Innan sjuksköterskeutbildningen kom till stånd fanns oskolade, fattiga kvinnor som hjälp på lasaretten. Detta gjorde att det i vården vid början av 1900-talet fanns två grupper vårdande kvinnor, från två vitt skilda klasser. De borgerliga kvinnorna tog dock långsamt över lågstatusarbetet på sjukhusen och förde in renlighet och frisk luft i salarna. De fattigare kvinnorna blev deras pigor i arbetet. Nya värderingar och normer hur vården skulle bedrivas fördes fram och yrket blev nu mer statusfyllt. Det uppstod dock konkurrens mellan de högborgerliga privata skolorna och ”lasarettsskolorna” som förde fram arbetarklassens sjuksköterskor. Det blev stridigheter om vem som var kvalificerad sjuksköterska och inte. Den tvååriga utbildningen ansågs vara kvalificerande och den praktiskt inriktade lasarettsskolan var okvalificerad. Sjuksköterskorna ville ha en 3-årig utbildning men detta satte läkarna stopp för, av rädsla för att de kunde bli överkvalificerade. 1916 kom ett betänkande från staten som låg till grund för den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning och arbetsförhållanden, den första formaliserade sjuksköterskeutbildningen föddes 1920 och innebar att: *”Det tjänande sinnelaget sattes högre än det teoretiska kunskapsinhämtandet.”* (Erlöv & Petersson, 1998:44). På 1930-talet kom fler teorkurser in på utbildningen och mer sociala, psykologiska inslag, dock prioriterades de praktiska inslagen och sjuksköterskorna ingrep var de än behövdes. På 1940-talet blev det brist på sjuksköterskor och även på läkare. Sjuksköterskorna fick ansvar för medicinska uppgifter de formellt sett inte fick göra. Sjuksköterskeutbildningen fick en större medicinsk inriktning 1948 och 1958 kom så lagen om legitimation för sjuksköterskor. Undersköterskor och sjukvårdsbiträden fick nu ta över vissa arbetsuppgifter. Att assistera läkaren var sjuksköterskornas främsta funktion. Sjuksköterskeuppgifterna på 1960-talet dominerades av medicinsk-teknisk vård, man såg till de sjuka delarna snarare än till helheten.

1964 kom ett nytt utbildningsförslag som innehöll mer arbetsledning och administration med patienten i centrum. 1977 inordnades sjuksköterskeutbildningen inom högskolan. Man skulle nu knyta ihop yrkeskunnande med akademiskt innehåll. Ur *Vård 77* kom den nya vårdutbildningen 1978. Den nya Hälso - och sjukvårdslagen kom 1982 med hälsotänkande och helhetssyn på människan som grund. 1982 startade också sjuksköterskeutbildningen med karaktärsämnet omvårdnad. Ytterligare en utbildningsreform skedde så 1993 med starkt fokus på akademisk kunskap. Det uppstod härmed en klyfta mellan förespråkare för yrkesmässiga kunskaper och dem som betonar akademiska kunskaper.

6. Sjukhuskuratorn i ett historiskt perspektiv

I syfte att bättre förstå kuratorsrollens ursprung och utveckling, samt föra in läsaren i ämnet, redogör vi nedan kortfattat för hur kuratorsyrket inom sjukvården över tid sett ut. Detta gör vi utifrån Siv Olssons (1999) avhandling.

1903 startades *Centralförbundet för socialt arbete*, i syfte att påverka opinionen i olika sociala frågor. I vårdteamen fanns det ett behov av en medarbetare med kunskaper i de sociala frågorna. Denna anställning ansvarade läkaren för och ville att denna person skulle bistå patienten efter sjukhusvistelsen. Redan här fick kuratorerna en egen självständighet i att själva utforma sin yrkesroll. De ville också tydligt avskilja sina åtaganden gentemot sjuksköterskorna. 1914 började Sveriges första kurator, Gertrud Rodhe, arbeta hos de sinnessjuka i Stockholm. Kuratorernas arbete var brett och deras nätverkskontakter var viktiga för att arbetet skulle kunna utföras väl. Exempel på arbetsuppgifter var att vara patientens företrädare, göra utredningar, förmyndarskap och att vara en stödjande hand för patienterna. För att klara dessa arbetsuppgifter innehade kuratorerna en specialutbildning och detta medförde att de blev aktade av övriga yrkeskategorier på sjukhuset. Hierarkiskt sett placerades kuratorn som nummer två efter den högste, läkaren. Kuratorn var nu en etablerad yrkeskategori med egen organisation. 1935 startade en kombinerad sjuksköterske- och socionomutbildning för kuratorerna och 1944 bildades *Svensk kuratorsförening*. Denna förening antog en instruktion för kuratorsarbetet samt gjorde upp riktlinjer för deras utbildning där det bland annat togs upp att viss praktisk sjukvårdkunskap var önskvärd för sjukhuskuratorer. Denna förening ville också tydliggöra gränsen mellan sjuksköterskor och kuratorer, då de upplevde sjuksköterskorna som en konkurrerande faktor på sitt arbetsområde.

Sjukvården expanderade under 1950- och 60-talen och de psykosociala insatserna blev mer eftertraktade. Fler kuratorer anställdes och socionomutbildningen reviderades och utvecklades. 1964 var utbildningen tre och ett halvt år. På 1970-talet var det fler examinerade socionomer anställda på sjukhusen än någonsin tidigare. De hade en kuratorsorganisation bakom sig med en chefskurator som administrativ chef. Kuratorerna hade allt mindre medicinsk kunskap, men deras funktion var mer av praktisk art än präglad av arbetsuppgifter som stödjande samtal och liknande. Däremot gav de information och rådgivning till övriga medlemmar i vårdteamet och medverkade också i utbildning av bland annat läkare och sjuksköterskor. Kuratorernas anseende var dock vid denna tid motsägelsefullt. De var i allra högsta grad aktuella på sjukhusen och innehade flera statusfyllda administrativa uppgifter. Samtidigt påpekades emellertid deras svaga ställning i Hälso- och sjukvården på grund av deras ringa medicinska kunskap samt kuratorns diffusa framtoning samt bryderi om sin yrkesroll.

Under 1980-talet genomgick sociallagstiftningen omställningar och kuratorns praktiska inriktning förändrades till att bli mer terapeutiskt inriktad. Kuratorns mindre attraktiva uppgifter delades nu ut på bland annat sjuksköterskor. Sin professionella ställning och sin professions värde lyckades kuratorn dock inte befästa. Snarare tryggade istället de övriga yrkeskategorierna på sjukhuset nu sina positioner. Kuratorns egna organisationer vid de olika sjukhusen bortrationaliseras också under 1980-talet, vilket ytterligare underminerade kuratorns ställning. Det psykosociala tankesättet, finner man nu inom flera utbildningar, däribland sjuksköterskornas. Kuratorerna försöker nu få till stånd ett rättsligt behörighetskrav för sin profession för att kunna likställas med de övriga yrkeskategorierna. På grund av det breda arbetsområdet har de emellertid misslyckas med detta.

7. Empiri & Analys

Nedan följer ett kapitel där vi gör ett försök att besvara våra frågeställningar och uppfylla studiens syfte. Vi redovisar här för vår empiri och analyserar den med hjälp av teori och litteratur, som vi tidigare redovisat under teorikapitlet.

7.1 Hierarkin i sjukvården

Vår förförståelse var att hierarkin har ett starkt fäste just inom sjukvården. Vi tänker att det finns en naturlig förklaring till att sjukvården måste vara hierarkisk, då det handlar om att människor lägger sina liv i dess händer. Bourdieus (1992) tankar om hierarkin är att den är konservativ och fastställd. Han menar att ett fält behöver sina aktörer som satsar på det samt accepterar och har kännedom om de regler som finns inom det. Detta fenomen kallar han för *habitus*. Utan *habitus* kan fältet inte fortleva och fungera. Inom fältet finns en skala inom vilken dess agenter är ordnade, det är detta styrkeförhållande som utgör fältets struktur. Positioneringen är i ständig dynamik, men är ett resultat av hur kamperna utfallit historiskt sett. Bourdieu (ibid.) talar om att agenterna samlat på sig kapital som utgör deras position, men platsen de har är ständigt osäker. Ska fältets struktur bevaras eller omdanas? Det avgörs i kampen mellan de konservativa (de som har och vill behålla makten) och de nydanande (de som vill erövra makten) (Bourdieu, 1992). Vår tanke är dock att en hierarkisk värld inte nödvändigtvis behöver innebära att respekten aktörerna och deras yrkesroller sinsemellan, för den sakens skull måste utebli. Hierarkin bör kunna kompletteras med en horisontell syn på de olika yrkesgrupperna, som visserligen har sin över- och underordning när det verkligen gäller, men som ändå är lika mycket värda.

7.1.1 Positionstrappan

Vid var och en av intervjuerna lämnade vi inledningsvis över ett formulär med sex olika yrkeskategorier nedskrivna (se bilaga 2). Vi bad våra respondenter att rangordna yrkeskategorierna i hierarkisk ordning efter sin egen uppfattning. Det förvånade oss att, i samband med detta, se den motvilja och tveksamhet som fanns hos sjuksköterskorna att rangordna dessa yrkeskategorier hierarkiskt: *"Jag tänkte säga, existerar det idag? Men det gör det ju klart"* (Anna). Tydligast syntes denna motvilja hos en av respondenterna, som de facto vägrade att fylla i formuläret och istället betonade alla yrkeskategoriers lika värde i det team som man arbetar i på den aktuella avdelningen. Vi ställer oss emellertid tveksamma till att organisationen är så platt som denna respondent antyder och lutar oss mot Bourdieus

teoretiska utgångspunkt (2004). Han menar, att det att dementera klassers existens är det samma som att förneka att det alls finns skillnader. Bourdieu ser visserligen på indelningarna i klasser som att de endast existerar i vår föreställningsvärld. De *måste* konstrueras av oss, annars förrirrar vi oss och förlorar föreställningen om vår position och identitet. I vår empiri kunde vi också se att läkarkåren har en stark ställning. Detta visade sig genom att de placerades på första plats, vilket var väntat enligt vår förförståelse. Det var emellertid inte lika självklart för sjuksköterskorna. Trots att samtliga våra respondenter satte läkarna som nummer ett i hierarkin så fanns det en tvekan:

”En doktor är inte chef över mig. Det är bara en arbetskamrat ju, en som behövs lika mycket som jag [...] Det är jag, till syvene och sist, som måste ta besluten när jag är här. Men vi får väl ta det traditionella då.” (Eva)

”Jag menar, doktorn är väl den som hamnar högst i alla väder. Och sjukgymnasten, de är stora. Sen skulle jag nog vilja ha min egen yrkesgrupp och sen arbetsterapeuter, kurator...” (Britt)

För vissa av respondenterna var läkarnas ledarskap och höga hierarkiska position egentligen oomtvistad, kanske helt enkelt på grund av deras tolkningsföreträde och övergripande ansvar. ” [...] läkarna lyssnar ju på vad vi säger alltid. Men det är ju de som beslutar ändå” (Mona). Nathalie ser också läkarna som ”en självklar etta” i den hierarkiska ordningen. I sin empiri fann Alenius (2000) att läkare ansåg att socialstyrelsen styr sjukvårdshierarkin genom att fastställa legitimiteten i lag.

Bourdieu talar om den dominanta uppfattningen på ett fält som att den, även om den i viss mån kan förändras, vidmakthålls och att den, just genom att den är dominant, reproducerar sig och växer sig allt starkare. ”Kapitalet söker sig till kapitalet” (Bourdieu, 2004:31). Vår förförståelse var att den traditionella, väl inarbetade sjukhushierarkin är på väg att förändras, inte minst eftersom sjuksköterskornas utbildning numera också, liksom läkarnas, är akademisk. Sjuksköterskorna har även fått fler ansvarsområden än vad som tidigare varit brukligt. Josefson (1991) menar, angående akademiseringen av sjuksköterskeutbildningen, att de vedertagna traditionerna och perspektiven inom sjukvården inte längre är optimala. Hon anser att utövarna skulle behöva föra en kontinuerlig och kritisk diskussion för att uppnå förändring på området. Några av våra respondenter menade också att de yngre läkarna visar

tendenser till att gå ifrån det hierarkiska tankesättet något. Tina uttrycker saken på följande sätt: *”Man märker det nog mest från läkarna, tror jag. Hierarkin alltså. [...] Det är de äldre doktorerna, de yngre doktorerna har ett lite annat arbetssätt.”* Väntat var det också för oss, att se hur sjuksköterskorna trots allt placerade sig själva på andra plats, genomsnittligt sett. Nathalie beskriver hur hon är direkt underlydande läkarna:

”En svaghet är väl just att vi är som springbud för läkarna. Man vet inte alltid varför de ordinerar vissa saker och man kan inte alltid försvara det som ska göras. Utan då är det ’nej men det är läkaren som ordinerat det’ och ibland tycker man ju inte alltid likadant som de. Men i och med att vi är underordnade läkaren, så måste vi ordna de sakerna ändå.” (Nathalie)

Abbott (1988) behandlar den delegering som förekommer från högre professioner till lägre rangordnade yrkesgrupper. Han menar att de högre stående professionerna inte själva vill befatta sig med direkt patientarbete som sådant. Abbott (1988) fortsätter med att det finns en tyst överenskommelse i en hierarki, där den dominanta professionen behöver underordnade yrkesgrupper för att kunna bli kvar på toppen. Genom att delegera till underlydande assistenter, görs en expansion av deras arbetsområde tänkbar. Detta sker utan att assistenterna för den skull delges de dominerandes privilegier. Vi kan förstå Abbotts resonemang då vi ser på konstellationen läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Vi ser emellertid också att den högre stående professionen i detta sammanhang, alltså läkarna, inte helt kan frångå patientarbetet, men håller en distans i mötet med patienterna. Närheten får istället stå för sjuksköterskorna och undersköterskorna. Eva bekräftar detta genom att säga: *”Och det är ju ofta undersköterskor och sjuksköterskor som står närmast patienten. Doktorn kommer in på rondan och går en runda, sen kanske han inte ser patienten fler gånger den dagen.”* Lannerheim (1994) är kritisk till den delegering som är så inarbetad inom sjukhuset och menar att det här krävs klara gränser mellan de olika yrkeskategoriernas uppgifter. Hon ser det som direkt opassande, eftersom skiljelinjerna lätt blir suddiga och bäddar för nya kamper professionerna emellan.

På tredje plats placerades sjukgymnasterna. Nathalie förklarar sjukgymnasternas position som att de är mer självklara inom vården än vad kuratorerna, med sin socionomutbildning är. På fjärde plats hittade vi så kuratorn. Ekdahl och Gullacksen (1991) uttrycker i sin skrift att

kuratorns roll inom sjukhuset tenderar att växla från att vara en läkares lilla springschas till att vara en på kliniken högt uppsatt samordnare. Inom detta vida spann kan hon sedan tilldelas en mängd olika roller med olika status. På femte plats återfanns arbetsterapeuterna. Flera av sjuksköterskerespondenterna sade sig uppfatta det som extra problematiskt att hierarkiskt rangordna de tre yrkeskategorierna sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator. De menade att en delad tredjeplats torde passa bättre in på dessa yrkesgrupper. *”Det är lite svårt att rangordna mellan sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator, för de ingår liksom inte i själva arbetsteamet på en avdelning... jo det gör de ju, men de är ändå...”* (Nathalie) Siv Olsson (1999) behandlar just den komplexa hierarkistrukturen inom sjukvården. Hon menar att det finns två maktstrukturer på detta område; dels den medicinska hierarkin, dels den administrativa hierarkin. I dessa båda får sjukhuskuratorerna olika rang, detta i likhet med övriga så kallade särorganisationer så som sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Olsson pekar på att detta har sin grund i att särorganisationerna är organiserade med egna chefer, direkt underlydande sjukhusledningen. I slutet av 1980-talet började emellertid denna syn på olika hierarkiska strukturer inom sjukvården att blekna. Vi ser det som en möjlig förklaring till att våra sjuksköterskerespondenter inte ger någon direkt naturlig anledning till det svåra i att inplacera och särskilja de tre grupperna i positionstrappan.

Sist placerade sjuksköterskorna undersköterskorna. Nathalie beskriver sin arbetsrelation med läkarna och undersköterskorna genom att säga att sjuksköterskor är springbud till läkarna, medan undersköterskor i sin tur är springbud till sjuksköterskor. Detta tycker vi visar på ett tydligt hierarkiskt samspel mellan de olika yrkeskategorierna på sjukhuset, som trots allt lever kvar i organisationen. Nathalie fortsätter: *”Det är just det att man har det övergripande ansvaret för att saker och ting utförs. Jag har ju ansvaret för att undersköterskorna gör sitt arbete också.”* (Nathalie)

Vad gäller att se på sjukhushierarkin som mer än enbart *en* maktstruktur, som Olssons resonemang om en medicinsk och en administrativ hierarki ovan, menar Lannerheim (1994) att det finns en tredje skala, nämligen omvårdnadshierarkin. Hon ser att aktörerna inom en sådan rangordning fordrar ett socialpsykologiskt perspektiv i vården och ser förfaringssättet som en typiskt *kvinnlig* och omvårdnadsmässig inriktning. Ekdahl och Gullacksen (1991) menar att det är svårt att prata om en sjukvårdsorganisation utan att snubbla in på just manligt och kvinnligt tänkande. De ser detta även i kuratorsgruppen. Det är ett manligt tillvägagångssätt att organisera sig i hierarkiska strukturer. Kvinnor agerar på ett mer

horisontellt plan: *”Männen administrerar, medan kvinnorna effektuerar”* (Ekdahl & Gullacksen, 1991:12). Vi kan bara instämma och ser förändringarna i samhället där de platta organisationerna ligger i tiden, till synes till förmån för jämställdheten.

7.2 Sjuksköterskornas syn på sitt arbetsområde

”Ja, vad en sjuksköterska gör. Man tar blodprov och tar hand om patienterna både psykiskt, fysiskt och socialt. Sätter dropp, injektioner, dokumenterar, telefonsamtal, vårdplanerar, you name it!” (Petra)

För att bättre förstå sjuksköterskornas egen uppfattning om sitt arbetsområde, sin roll och sin position i hälso- och sjukvården, bad vi dem definiera dessa. Begrepp som återkom under detta tema var ansvar, omvårdnad, arbetsledare och samordnare. *”Jag skulle väl kunna säga att man känns som att man är spindeln i nätet lite”* (Tina).

”[...] jag ser mig som en samordnare, verkligen. Arbetsledare, man organiserar arbetet på avdelningen, jobbar utåt tillsammans med andra instanser och kommunen. Omvårdnadsarbete och medicinskt ansvar för det praktiska utförandet här på avdelningen.” (Elisabet)

7.2.1 De många ansvarsområdena i omvälvning

Vår empiri visar på att sjuksköterskornas (såväl som kuratorernas) ansvarsområde har förändrats över tid. Exempelvis Evas utsago visar på hur hennes arbetsuppgifter gått från praktiska uppgifter till ansvar under hennes yrkesverksamma år sedan examen på 1980-talet: *”Så att det här traditionella med att tvätta och bädda och så, det har man kanske inte så mycket av. Utan det är mer, lite mer medicinskt.”* (Eva). Den tekniska kunskapen har fått en allt större betydelse för sjuksköterskorna enligt Josefson (1991). Hon finner en möjlig förklaring i att samhällets kunskapssyn och efterfrågan på tillförlitlig, mätbar vetenskap resulterat i detta nya fokus. Lannerheim (1994) menar, å andra sidan, att vikten av biomedicinsk vetenskap idag är ifrågasatt, då denna vetenskap har sin grund i att det bara finns mätbara, konkreta fakta som förklaring till åkommor. Det är numera fastställt att orsakssambanden för sjukdom är betydigt mer komplicerade än så. Lannerheim anser att dagens teknologi i sjukvården gör att patienterna blir sedda som objekt i vården, snarare än de levande subjekt sjuka människor faktiskt är. En sjukdom kan ha flera bakomliggande orsaker

som riskerar att förbises om vårdpersonalen fokuserar enbart på den sjuka delen av den totala människan. Josefsson (1991) tänker också, utifrån sin empiri, att den hårdare, tekniska orienteringen riskerar att skada den i övrigt mjuka sjukvårdsinriktningen som kännetecknar sjuksköterskeutbildningen. Hon ser även att sjuksköterskestudenterna hyser en starkare önskan att utveckla sitt sinne för bemötande och förståelse (ibid. 1991). I vårt material ser vi paralleller till detta resonemang hos de färdigutbildade, numera yrkesverksamma sjuksköterskorna: ”*Sen är det ju allt det praktiska och tekniska som ju är viktigt, men inte lika viktigt som att visa ödmjukhet rent generellt.*” (Marianne) ”*Jag har både en teknisk bit som jag tycker är rolig och samtidigt då har jag en patientomvårdnad som jag tycker är roligt.*” (Anna)

Abbott (1988) talar om att det pågår en kamp mellan professioner på olika verksamhetsområden. Denna kamp fortgår fram till dess professionen riskerar att skada sin ställning på sina övriga ansvarsområden. Resultatet - hur stor landvinningen inom området blir för professionerna, varierar i olika grad (Abbott, 1988). Bourdieu, å andra sidan (1992) menar att man inom ett fält *alltid* finner en kamp. Det fält inom vilket en kamp inte utkämpas finns inte. Typen av kamp varierar emellertid. Den kan handla om en dominant grupps kamp om att bibehålla sin ställning, eller om kampen som utkämpas av en nykomling som vill accepteras. Kampen rör dock alltid fältets speciella intressen. Vi tänker att sjuksköterskorna för en kamp för att hitta ett område som gör dem nödvändiga för god vård. När en yrkeskategori söker erövra nya arbetsuppgifter, gör de ofta det för att detta kan höja deras status. Ett exempel på detta är hur omvårdnaden växlat i status och hur sjuksköterskorna dels lämnat den, des återupptagit den som sin. Sjuksköterskorna har nu tagit omvårdnad som sin arbetsuppgift och akademiserat sin utbildning (Lannerheim, 1994). Britt, som tog sin examen på 1980-talet ser hur den akademiserade sjuksköterskeutbildningen förändrat arbetsrollen:

”Sjuksköterskeutbildningen är idag inte vinklad på samma sätt som tidigare. Jag menar att det är ju mycket mer omvårdnadsplaner och man ska analysera saker och sånt. Mycket mer än det varit tidigare” (Britt)

Lannerheim (1994) ser ytterligare en förklaring till fokuseringen på omvårdnad och menar att sjuksköterskeyrkets existens hotades då högskolereformen började diskuteras. Sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer, kuratorer med flera, blev nu yrkesgrupper med specialiserad kunskap om delar i vården som tidigare tillhört sjuksköterskornas arbetsområde. Att då vara

den bäst lämpade yrkeskategorin för omvårdnad, kan ha räddat sjuksköterskeyrkets identitet i vårdarbetet. Lannerheim talar om detta fenomen som att det rör sig om ett tyst samförstånd mellan professionerna och om dess värde (1994). Ericsson (2001) är också medveten om vikten av ett eget kompetensområde för yrkesverksamma: *”Upplevelsen av egen kompetens har starkt samband med självförtroende och självrespekt samt upplevelsen av betydelse i den roll man har”* (Ericsson, 2001:14).

Broady och Heyman (1998), har en annan förklaringsmodell och menar att omvårdnadsforskning tagit en allt större plats på den akademiska arenan till följd av att sjuksköterskorna under de senaste tjugo åren banat sig en väg genom forskarvärlden och fått sin utbildning akademiskt förankrad. Sjuksköterskorna har, menar Broady och Heyman, gett sig in i striden med läkarna om ensamrätten dessa tidigare haft inom vårdområdet. Abbott (1988) ser på sjuksköterskorna som en egen profession och pekar på att de är förankrade och erkända i samhället och i den organisation de verkar i. Lannerheim (1994) ser likheter mellan socialarbetarnas och sjuksköterskornas yrke, inte minst eftersom de på liknande sätt gör anspråk på abstrakt kunskap som sitt område. Den stora skillnaden är emellertid att sjuksköterskorna är en underordnad grupp, vilket kuratorerna som vi tidigare behandlat under hierarkikapitlet, inte är. Sjuksköterskorna kan därmed inte ses som en profession, menar Lannerheim (1994). Wingfors (2000) talar om professioner som att de befäster och upprätthåller sin position på arbetsfältet genom att de agerar i relation till andra aktörer. I samband med att förändringar sker inom fältet, förändras också de olika professionernas verksamhetsområden och därmed relationen emellan dem. Den strategi som sjuksköterskorna har för att skapa sig en hög position på ett eget område, bredvid det biomedicinska, menar Lannerheim (1994) är att dra en tydlig gräns mellan det biomedicinska området och en övergripande helhetssyn. På detta sätt försöker också sjuksköterskorna att hålla ett öppet system inom organisationen.

7.2.2 Den breda omvårdnadsrollen

Josefson (1991) definierar omvårdnadsbegreppet som att man som sjuksköterska skall se till de komplikationer som sjukdomen resulterar i för patienten som människa och dennes omvärld. Omvårdnad som ämne skall ses som liktydigt med medicin- och beteendevetenskap i samklang. Det vi kunde se hos våra respondenter var att det fanns en stress i att hinna med just det psykosociala inslaget i vården:

”Smärtstillande och det medicinska är ju viktigt, det hänger ihop med omvårdnaden. Det viktigaste är att man visar att man bryr sig och finns tillhands [...] Men det är ju tiden som inte räcker. Tiden och resurser. Jag skulle vilja vara med hos patienterna, finnas på rummen.” (Marianne)

Alenius (2000) menar att det finns en motsägelse i att sjuksköterskornas arbetsuppgifter, som innefattar begreppet omvårdnad, går så vitt isär och står för endera lojaliteten mot patientens psykosociala behov, endera lojaliteten mot den medicinska organisationens mål. Väljer sjuksköterskan till exempel att tillgodose patientens önskan om psykosociala insatser, ter hon sig illojal mot sjukhusverksamhetens uttalade normer. *”Ibland känner man att en del kanske vill prata lite extra, men det har man sällan tid med utan då blir det det här att man får göra vad man ska och sedan skynda vidare”* (Mona). Ericsson (2001) menar att omvårdnad inte uteslutande handlar om känslor och förhållningssätt, utan om praktiska erfarenheter och avancerade relationer. Olsson (1999) beskriver i sin avhandling hur omvårdnadsvetenskapens snabba tillväxt bidragit till att gränserna mellan sjuksköterskorna och sjukhuskuratorerna aktualiserats. Sjukhuskuratorerna har reagerat mot beskrivningen av sjuksköterskornas omvårdnadsansvar i socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1990²) som de menar bidragit till att sjuksköterskornas arbetsområde blivit alltför omfattande. Vår respondent Britt ser det emellertid inte som något problem, snarare som att de båda professionerna har två olika perspektiv inom samma gebit:

”Alltså det beror väl på hur mycket man drar gränserna om 'var tar min uppgift slut och var börjar din' så kallat. [...] Man har behov av var och en på olika sätt. Jag tror att det kan vara positivt också att det kommer nån som inte är så fruktansvärt fackidiot [...] Som ser till människan som helhet ur ett helt annat perspektiv än vad kanske vi [sjuksköterskor] gör.” (Britt)

Även Byström (1985) ser kurators och sjuksköterskans olika roller inom omvårdnadsfunktionen på sjukhuset. Hon menar att sjuksköterskans bit i detta är att se till patienten enbart som individ, medan kuratorn har att se till patientens individuella och miljömässiga förutsättningar. Byström talar om att kuratorn genom sin utbildning har de förutsättningar som krävs för att generera ett *terapeutiskt klimat* på avdelningen.

² SOSFS 1990. Socialstyrelsens författningssamling, allmänna råd

7.3 Sjuksköterskornas syn på kuratorn

Under våra intervjuer bad vi våra respondenter delge oss sin syn på kuratorernas arbetsområde och roll. Elisabet säger: *”Kurators roll? Grundtanken är väldigt positiv.”* (Elisabet) Vi upplevde det som att sjuksköterskerespondenterna hade svårt att definiera och sätta ord på vad sjukhuskurators arbete egentligen går ut på. Deras svar kan egentligen sammanfattas med ett enda ord, kombinerat med en stor suck: *”Stort”* (Marianne).

7.3.1 Sjukhuskuratorn – en outsider

Bourdieu (2004) uttrycker det som att en person som är med i spelet på ett angivet fält är fångad av *illusio*. Med detta menas att man inte ifrågasätter utan upplever innehållet i spelet som självklart. Man kan inte frigöra sig bara genom att försöka tänka annorlunda, på gott och ont. Det är skönt att befinna sig i en så självklar värld, även om det betyder att man saknar förmåga till alternativa infallsvinklar. Då medlemmarna på fältet – *agenterna*, agerar, skapar de sig ett språk och rutiner som är självklara för dem själva (Bourdieu, 2004). Vi menar utifrån detta att sjuksköterskorna arbetar i en medicinsk värld som är självklar för dem. Att insatserna på sjukhuset skall bidra till något vårdmässigt är uttalat och självklart. En kurators existens och sätt att arbeta är emellertid inte lika självklar i denna värld och de måste förmodligen därför, i större utsträckning än sjuksköterskorna och de övriga yrkeskategorierna, kunna förklara sig själva och sitt uppdrag samt anstränga sig för att få det att passa in i fältet. Britt säger: *”Man är udda. Man är ju inte vårdutbildad på samma sätt.”*

Alenius (2000) beskriver exempelvis det som ett problem för kuratorn att kunna utföra sina uppgifter utifrån sin kompetens och utbildning, eftersom sjukhusverksamheten utgår från att vårdrelationerna ska avbrytas så snart som möjligt efter att patienten är medicinskt färdigbehandlad. Ett sätt för kuratorn att hantera detta, blir att hon går utanför sjukhusets linje och bibehåller patientkontakten även efter utskrivningen. Marianne bekräftar detta: *”Vissa delar av kurators arbete är vi omedvetna om eftersom vi inte ser det här på avdelningen. Det är sånt som sker efter patienters hemgång. Då fortsätter hon kontakten, om patienten själv så önskar.”* Även Petra berättar hur kuratorn arbetar för att kontinuiteten ska fungera och säger att kuratorn på hennes klinik söker patienten där den kan nås, antingen det är på avdelningen, i öppenvården, eller i hemmet.

7.3.2 Psykosocialt fokus i medicinens värld

Vårt material visar att sjukhuskuratorn ses som utanförstående och ensam på både gott och ont. Nathalie uttrycker det: *"Svagheten är väl att de är ensamma."* Hon ser emellertid även att sjukhuskuratorns styrka är just att hon agerar självständigt och har *"full koll"* på en annan del av patienten än de övriga yrkeskategorierna. Alenius fann i sin studie att även kuratorn själv ser sig som utanför: *"en balkong bredvid, en utanförkänsla"* (2000:36). Denna känsla hos kuratorerna syns också i vår tidigare studie (Bernle & Spets, 2006) där respondenterna emellertid menar att utanförskapet till stor del beror på det faktum att kuratorerna på sjukhuset inte är *"de som räddar liv"* (Bernle & Spets, 2006:29). Detta beroende på att sjukhuskuratorn har en annan kunskapsbas än den medicinska, som de övriga yrkeskategorierna har. Sjukhuskuratorns fokus ligger, menar Alenius (2000:33), på att *"det är en människa och inte en sjukdom som kommer till sjukhuset"*. Vi menar utifrån detta resonemang att det naturligt faller sig så att en sjukhuskurators helhetssyn gör att patientens fulla kontext inte kan bortses ifrån, det medicinska hamnar då i skuggan och kuratorn blir annorlunda än de övriga yrkeskategorierna. En skillnad blir en giltig, särskiljande egenskap när den uppfattas av någon som kan göra skillnad. Detta kan man när man är medlem i det aktuella sammanhanget. Skillnaden blir ett tecken på åtskillnad och avgörs utifrån att gruppens medlemmar ser på den utifrån ett naturligt vedertaget sätt att vilja hitta särskilnader. Den grupp som dominerar i det aktuella sammanhanget har tolkningsföreträde (Bourdieu, 2004). Detta bekräftas också i våra intervjusvar:

"Socionomerna har ju sin vetenskap som de förlitar sig på. Men det är ju inte samma vetenskap som vi bygger vårt arbete på. Så att det, egentligen kanske det innefattar samma sak, bara det att vi har olika basredskap. Alltså olika vetenskaper då." (Nathalie)

Vi förstår att det till följd av kuratorns annorlunda kunskapsbas och fokus kan uppstå problem i kommunikationen och i ärendehandläggningen. Det faktum att sjukhuskuratorn utgör en minoritet och inte tillhör den dominerande gruppen av medicinskt utbildad personal på sjukhuset, gör att hon, utifrån Bourdieus teori om åtskillnader och vem som har rätt att göra åtskillnad, blir sedd som annorlunda och utanför. På vissa av sjukhusets områden har emellertid sjukhuskuratorn en annan utgångspunkt. Alenius (2000) refererar till Westrin och Westrin som i sitt verk beskriver att kuratorerna, trots att de arbetar i skuggan av den medicinska professionen, har erhållit ett allt mer etablerat verksamhetsområde i olika delar av

sjukvården. Kuratorernas utveckling och förankring på sjukhuset varierar emellertid mellan de olika specialiteterna i vården. Vid de kliniker där det funnits en särskilt stark förståelse för behovet av att kombinera sociala och medicinska insatser finns flest kuratorer. Exempel på sådana kliniker är barnmedicin och psykiatri. Alltså områden där hela personalstyrkan redan har en självklar insikt om de sociala faktorernas betydelse för såväl behandlingen som sjukdomen. Där kuratorer kanske skulle behövas bäst och denna insikt saknas bland de övriga yrkeskategorierna, främst inom den somatiska vården, utgör de emellertid fortfarande en liten del av vården. Här ses, enligt Alenius (2000) den psykosociala problematiken som ett tidsödande arbete som man varken har tid, kompetens eller resurser att bemöta. Även Byström (1985) är av åsikten att den tekniskt inriktade delen av vården ser det psykosociala arbetet som sekundärt och överflödigt.

Vår tidigare studie (Bernle & Spets, 2006) visade på sjukhuskuratorernas önskan om att verka i ett klarare definierat arbetsområde med tydligt fokus på det psykosociala området som spetskompetens, snarare än en fixarroll. Förr, menar Alenius (2000), var det vanligt att sjukhuskuratorns arbetsdag fylldes med praktiska göromål och planering för eftervård. När ÄDEL-reformen³ skrevs 1992 kunde dock sjukhuskuratorn ägna sig åt det hon ansåg sig vara avsedd för, så som det psykosociala behandlingsarbetet, eftersom sjuksköterskorna då tog över kontakten med kommunen och därmed eftervårdsplaneringen. Siv Olsson (1999) anger också att kuratorerna inom den somatiska vården strävar efter att inringa sitt område som ett psykosocialt behandlingsarbete. Vi kan i vårt material se slitningarna mellan de båda kuratorsrollerna, med endera fokus på det psykosociala eller som fixare, både för kuratorn själv och för sjuksköterskan:

”Förr, i början på 80-talet, så var det ju mer att kuratorn var den som fixade så att patienter skulle komma på såna här konvalescenthem och korttidsboende och sånt. Då associerade jag det inte så mycket till samtalsbiten som jag gör idag va. [...] Ja, så jag tror att kuratorn har ett, vad ska jag säga, [viskar] roligare jobb idag än vad man hade då.” (Britt)

³ ÄDEL-reformen är den lagstiftning från 1992 som innebär att sjukvårdsansvaret för äldre vården samt rehabilitering efter sjukhusvistelse ligger inom kommunernas ansvar och resurser. Tidigare hörde detta till landstingens ansvarsområde. (Socialpolitik.com)

Olsson (1999) menar att kuratorer i hälso- och sjukvården önskar utbildning inom det medicinska området. Studien vi tidigare gjort (Bernle & Spets, 2006) visade dock inte på att en sådan önskan finns bland sjukhuskuratorerna som vi intervjuade. Det obefintliga behovet av medicinsk utbildning för kuratorerna bekräftar också av våra sjuksköterskerespondenter. Nathalie säger: *"Det tycker jag väl är helt OK [att de inte har]. För det finns så många andra på sjukhuset som har det [skrattar]"*. Ebba ser, å andra sidan, att det kanske inte hade varit så dumt: *"Det kanske skulle behövas, eftersom de också läser igenom journalerna. De måste veta exakt vad det handlar om för något"*. (Ebba)

Vår tidigare studie (Bernle & Spets, 2006) visade på att det, ur kuratorns perspektiv, fanns en språklig barriär mellan de övriga yrkeskategorierna och kuratorn. Israel (1999) tar hjälp av Habermas i sina tankar om att det gemensamma språket logiskt sett innebär att kunskaper delas av en grupp som, genom detta, svetsas samman. Vår förförståelse var därför att våra respondenter skulle uttrycka att det förekommer vissa svårigheter att kommunicera med den medicinskt utbildade kuratorn. Detta visade sig emellertid inte stämma. Elisabet säger: *"Nej, vi pratar inte i medicinska termer inför en patient [heller]. Man förklarar ju det alltid, så det är inget hinder."* Nathalie uttrycker saken klockrent: *"Alltså om jag rapporterar över en patient till kuratorn så pratar jag ju som jag pratar till patienten"*. Enligt hur vi ser på saken och kopplat till Israels (1999) tankar, måste detta att tala till en kollega på samma sätt som man talar till patienterna, bli ett aber i samarbetet och framför allt i hur man ser på varandra. Israel (1999) menar att ett sätt tala med varandra medverkar till att synkronisera medlemmarna i gruppens aktiviteter och resulterar i *"en social ordning"* (Israel, 1999:42), alltså positionering enligt oss.

7.3.3 Suddiga konturer

Josefson (1991) ser i sin empiri sjuksköterskornas betoning av att klart kunna definiera sitt arbetsområde i syfte att hävda sin professionalitet. Vi menar att om detta är en vedertagen uppfattning bland sjuksköterskor, kan det lätt uppstå tvekan hos dem vad gäller sjukhuskuratorn och hennes grad av professionalitet i vården. Ekdahl och Gullacksen (1991) tror att en orsak till att de övriga yrkeskategorierna anser det svårt att fastställa sjukhuskuratorns arbetsområde är att de endast ser fragment av kuratorsuppgifter och inte kan skapa sig en helhetsbild. Våra respondenter finner svårigheter i att definiera kuratorns område: *"Jag är inte helt insatt i vad hon gör. Det kan jag inte säga att jag är till hundra procent, men jag vet mycket vad hon gör"* (Petra). Blom m. fl. (2006) menar att det att kunna

avgränsa sitt arbetsområde har en viktig funktion för socialarbetare som helt eller delvis är verksamma sida vid sida med andra professioner och konkurrerar om utrymme i organisationerna. Bourdieu (2004) beskriver fältet, med alla sina grupperingar, som kollektivt och individuellt skapat och konstruerat. Detta har skett genom samarbete och konflikt mellan dess aktörer. Positionen på fältet styr föreställningarna om det och de ställningstaganden som uppstår i kampen om att antingen bevara, eller omvandla det. Fältet är en ståndpunkt, det utgör grunden till uppfattningen som bildats utifrån den position man har i det. Vi menar, utifrån Bourdieus tankar, att det sätt på vilket sjuksköterskorna ser på sjukhuskuratorn har sin grund i deras egen position på sjukhusfältet. Deras uppfattning om, och positionering av sjukhuskuratorn utgör, i sin tur, grunden för hur hon agerar i sitt yrkesutövande inom organisationen.

Ett centralt fenomen för professioner är att de är kopplade till sitt arbetsområde. För att kunna se närmare på professioners utveckling måste vi därför se till hur denna koppling skapats och förankrats, såväl i formella som informella sociala strukturer, samt hur det professionella samspelet fastslår respektive professions egen historia (Abbott 1988). Utifrån detta tänker vi att uppfattningen om sjuksköterskors och läkares roll och kunskapsbas, såväl i samhället i stort som på sjukhuset internt, är väl förankrad och obestridd. De skiljer sig därmed starkt från det sätt en sjukhuskurator uppfattas på samt den grad av kunskap som finns om hennes område. *"Ska jag vara ärlig så vet jag nog inte riktigt vad de gör med patienten. Men lotsa dem och guida."* (Mona). Petra uttrycker sin tvekan om socionomutbildningens innehåll: *"Jag har ju inte gått och läst till kurator, så jag vet ju inte alls vad den utbildningen innehåller, eller vad man läser"*. Nathalie säger sig tro att kunskapen om socionomprofessionen i samhället generellt sett är svag:

"[Kunskapen bland] folk i allmänhet, tror jag är ganska vag. Jag tror att man vet att vissa [socionomer] är socialarbetare och vissa ger bistånd, eller att det har med migrationspolitik, eller att man jobbar med frivilligorganisationer och sådär. Men en kurator på sjukhuset tror jag få vet" (Nathalie)

Alenius (2000) påpekar även hon att kunskaperna om kuratorns arbetsområde är grundläggande för de förväntningar som finns på henne bland de övriga yrkeskategorierna. Därför anser vi det av synnerlig vikt att kuratorns arbetsområde klart definieras och tydliggörs för de övriga yrkeskategorierna. Mona är inne på samma spår: *"Det hade säkert*

varit jätteintressant om hon fick berätta vad hon egentligen gör. [...] man vet lite sådär, men det är ju säkert en massa andra grejor som man inte har en aning om.” I samband med att kuratorerna på Universitetssjukhuset MAS i Malmö genomgick en omorganisation år 1988 och blev klinikanslutna fick de också direktivet att medverka aktivt i att förmedla sin nya roll och finna en plats i organisationen (Ekdahl & Gullacksen, 1991). Vi menar, liksom Ekdahl och Gullacksen (ibid.), att sjukhuskuratorn själv bör utbilda de övriga yrkeskategorierna i vad hennes arbetsområde inbegriper, samt i princip marknadsföra sig på sin klinik. Därur kan förväntningarna på vad hon kan och bör åstadkomma sammanstråla och utmynna i ett ömsesidigt samförstånd mellan de övriga yrkeskategorierna och sjukhuskuratorn. Den ovisshet som vi menar finns om en sjukhuskurators arbetsområde, kompetens och utbildning visar sig också i vårt empiriska material. Mona säger: ”Ja, det är lite så flummigt. [viskar] Alltså för oss om inte är insatta precis. Britt upplever även hon svårigheter i att klart definiera kuratorns avgränsningsområde:

” [...] sen tror jag att den här luddigheten, att man inte riktigt vet vad kuratorn, vad ska kuratorn göra? Vad står kuratorn för? Vad har de för utbildning? Det gör att man aldrig tar in dem så nära i gruppen.” (Britt)

Kuratorernas arbetsområde är, som vi tidigare nämnt, under ständig förändring. Bland annat satsningen på psykoteraapeutiskt behandlingsarbete leder också till att kuratorernas intresse för sociala reformer och strukturellt arbete minskar. Resultatet av detta blir, i sin tur, att det sker en begränsning av det sociala arbetet inom vården (Olsson, 1999). Vi instämmer i Jirdéns (1999) tankegång om att den otydliga bilden som finns om en sjukhuskurators arbetsområde till del har sin grund i att arbetet skiftat över tid, samt att en stor del av arbetet präglas av att finnas tillhands där man behövs. Eva talar om hur kuratorns arbetsuppgifter förändrats:

”Alltså det [praktiska] har ju blivit allt mindre måste jag säga. Förr kunde man koppla in kuratorn på ett helt annat sätt än vad man kan nu, tycker jag. För då var det att om man kände att en patient hade en dålig hemsituation så var det kuratorn som tog tag i det. Men det är det inte idag, utan det är ju vår kontakt med kommunen som man får ta då. Och kontakten med anhöriga det har vi ju hela tiden också. Så det är nog den där sociala biten då.” (Eva)

Även Britt talar om kuratorns olika roller som endera fixare, endera stödfunktion:

”Om de [patienterna] verkar må lagom psykiskt dåligt. Alltså är de alldeles för risiga så, men många gånger så kopplas ju kuratorn in då också, om det ska skrivas intyg eller de ska till akut-psyk eller någonting sånt, då går ju de oftast tillsammans med kuratorn. [...] Sen är det ju såna där pappersgrejer då, som man säger att de ska kontakta kuratorn om intyg och såna grejer ibland. Men mest är det som samtals[partner]” (Britt)

Jirdén (1999) såg i sin studie att sjuksköterskor saknar klara riktlinjer för vilka ärenden som kan lämnas över till sjukhuskuratorn. Det blir istället upp till var och en av sjuksköterskorna att avgöra. Vi ser också tydligt i vår empiri att det finns en osäkerhet angående vilken roll hos kuratorn man som sjuksköterska kan och ska använda sig av. Nathalie anger att kuratorn meddelar dem om ärendet inte faller under hennes område: *”Ibland kanske man ber om hjälp med konstiga saker och då tycker väl de att ’det där har inte vi med att göra’ ”(Nathalie).* Våra respondenter ser olika anledningar till att vissa ärenden inte godtas: *”Att man verkligen kan uppfatta att det bitvis är rätt selektivt, vilka ärenden man tar sig an från kuratorns sida” (Elisabet).* Eva anger en annan förklaring kuratorn har att inte ta sig an ett ärende: *”[...] det hade varit skönt att kunna ringa och säga att ’det här känns inte riktigt bra, kan du kolla upp det’. Men då säger de att de inte har tid med det.” (Eva)*

Jirdén (1999) tolkar sin empiri som att sjuksköterskorna förväntar sig att sjukhuskuratorn ska ha tid för patienterna när de själva inte har det. Vidare visar Jirdéns studie på att en sjukhuskurator skall lösa problemen och ärendena som hon får tilldelat sig. Hon förväntas även rapportera resultatet vidare till sjuksköterskorna, så att dessa kan avsluta ärendet. Dessa förväntningar på kuratorn syns även i vår empiri:

”Sen [gör hon] mycket annat som vi inte riktigt är insatta i. Så hon avlöser oss från de problematiska fallen. [...] Jag har kanske inte den tiden som jag skulle behöva för att sitta där hos patienten. Då kommer kuratorn och pratar med både anhöriga och patienten.” (Ebba)

I vårt material tycker vi oss kunna utläsa att det ibland kan finnas en övertro på kuratorns möjligheter och resurser att bemöta patienters behov, kanske framför allt vad gäller

eftervården. I vår tidigare studie (Bernle & Spets, 2006) uppgav kuratorerna att sjuksköterskorna tycks tro att de kan trolla. En av våra sjuksköterskerespondenter ställer sig exempelvis kritisk till att kuratorn accepterar de boendialternativ kommunen erbjuder medicinskt färdigbehandlade patienter som är hemlösa och ska skrivas ut från vården, samt att flertalet missbrukare som fått klara sig utan droger under behandlingen, går tillbaka i missbruk efter utskrivningen från avdelningen. Vi menar emellertid att det inte är möjligt för en sjukhuskurator att påverka eftervården som sådan, vilket sjuksköterskan i detta fall tycks tro.

7.3.4 Tillgänglighetens och insynens betydelse

”Alltså de har ju sina egna rum, det har ju inte vi andra direkt [...]. Sen så kommer de ner på avdelningen när de vill... antingen när de har blivit nerringda eller när de vet själva att de borde komma” (Nathalie)

Tillgängligheten har visat sig vara ett dilemma för sjukhuskuratorn. I Alenius (2000) studie berättas om en sjukhuskurator som på försök haft sitt arbetsrum på avdelningen, men då överöstes med ovidkommande uppgifter och stördes av de övriga yrkeskategorierna i sitt arbete. Bland annat blev hon avbruten under samtal med patienter och upplevde en bristande respekt. Hon valde därför att flytta till ett nytt arbetsrum, skilt från avdelningen, för att få bättre arbetsro. Nathalie funderar:

”[...] jag kan tänka mig i och för sig att man kanske hade kunnat ta upp mer saker om hon hade kommit varje dag... Kanske hade tagit upp mer småsaker så. Men samtidigt, är det någonting så ringer vi henne.” (Nathalie)

Vår empiri visar emellertid på det faktum att om sjukhuskuratorn ska kunna förstås och uppskattas av de övriga yrkeskategorierna, behöver hon regelbundet synas och visa sig tillgänglig på avdelningarna:

”Jag tycker att det känns viktigt att kuratorn ändå finns tillgänglig, så att hon befinner sig ute på avdelningarna spontant liksom och inte bara när man vänder sig till henne” (Elisabet).

Ebba har å andra sidan en mer positiv syn på sin kurator som en kollega som hon har god och nära kontakt med, just eftersom hon är dagligt tillgänglig:

”Alltså vi använder hennes kunskaper dagligen kan man säga. Även om vi inte har just något aktuellt fall för henne. Men eftersom hon kommer upp hit så har vi samtal ändå med henne, kanske rent allmänt. Då kan hon ge sina erfarenheter till oss, eller vi kan utbyta erfarenheter med varandra. Hon syns och är här varje dag. Vi äter frukost tillsammans.” (Ebba)

Det tycks vara personligheten hos sjukhuskuratorn som avgör om hon ses som disponibel eller inte. Varje sjukhuskurator måste självständigt stärka sin yrkesidentitet och profilera sig på sin klinik (Ekdahl & Gullacksen, 1991). Detta förstås inte minst genom Britts uttalande: *”För jag menar att det är ju olika från ställe till ställe vem personen som kurator är ju”*. I vår tidigare studie (Bernle & Spets, 2006), såg vi också att sjukhuskuratorerna kan ha sitt arbetsrum på avdelningen och ändå ses som en otillgänglig resurs på kliniken och vice versa. En av anledningarna till detta är att ett eget rum gör att kuratorn kan gå in där och stänga dörren om sig för att inte bli störd. Insynen för de övriga yrkeskategorierna minskas härmed och de kan uppleva det som att kuratorn gömmer sig.

Även insynen visar sig vara av vikt, för att samarbetet ska ses som välfungerande, enligt vad vi utläser i intervjuerna. Ekdahl och Gullacksen (1991) beskriver hur kuratorns premisser är annorlunda än de övriga yrkeskategorierna på sjukhuset, eftersom det inte finns någon som har en helhetsinsyn i vad hon gör. Detta beror på att kuratorns arbete ofta uträttas utanför avdelningen, på annan plats än där patienter vanligtvis behandlas. Eva tycks förvånad över att vi ens frågar om hur insynen på kuratorns arbete ser ut: *”Insynen?! Den har jag inte nån check på alls måste jag säga. Just för att man vet inte riktigt vad de sysslar med när de inte hjälper oss.”* Senare i intervjun säger Eva att: *”[...] jag undrar lite grann vad de egentligen sysslar med va. [...] Men, hon måste ju göra nånting förhoppningsvis.”* Eva uppger visserligen ändå att samarbetet fungerar mellan henne och kuratorn på kliniken, detta eftersom hon känner henne väl och att de arbetat där så länge tillsammans. Nathalie är inne på att det tycks vara upp till kuratorn att själv bestämma hur mycket hon ska informera:

”[Insynen är] väldigt liten. Ibland så återkopplar man efter att de har varit och pratat med en patient, om hon tycker att det är viktigt att detta bör vi veta och så. Men annars så är det faktisk väldigt lite jag vet om hur samtalen går och om vad de gör egentligen.” (Nathalie)

Tina är något tvetydig i sina uttalanden. Hon börjar med att säga: *”Hon pratar med patienterna och så pratar hon med oss. Sen skriver hon lite i våra papper när hon har pratat med patienten. Jag tycker det funkar bra.”* Tina fortsätter emellertid:

”Kuratoren berättar lite, inte alls vad de har gått igenom så, men om det är något speciellt vi behöver veta. [...] Egentligen är det väl så att alla som är involverade i vården med en patient får man lov att utbyta information emellan, men jag vet ändå inte.” (Tina)

Marianne tänker tvärtom att hon har stor insyn i det som angår henne som sjuksköterska och det som rör vården. Hon anser sig inte ha att göra med det som sker utanför sjukhuset och som inte påverkar vården av patienten.

7.4 Samarbete mellan olika yrkesgrupper

Den samhällsfunktion som hälso- och sjukvården utgör innehåller en rad uppgifter som kräver olika kompetenser. Detta innebär att insatser krävs från flertalet olika yrkesgrupper (Byström, 1985).

7.4.1 Teamets kraft

I sin avhandling beskriver Olsson (1999) att sjukhuskuratorn som yrke utvecklades som ett socialt komplement till den somatiska vården. I Alenius empiri (2000) syns sjukhuskuratorns medvetenhet om att vara ett socialt komplement och nödvändigheten för en sådan speciell kompetens. En av våra respondenter tycker sig kunna se detta:

”Jag kan tänka mig att kuratorerna är inympade i sjukvården. Alltså de har inte funnits där från början, utan då var det sjuksköterskor och läkare och sen efter hand så har sjukvården utvecklats och det har blivit så mycket mer än vad det var från början. Och då har man sett att ’oh, det finns ett behov här från den sociala sidan’ och då har man tagit in dem.” (Nathalie)

I vårt material såg vi hur respondenterna tryckte på de olika yrkeskategoriernas betydelse för patientens välmående. Anna säger: *”Vi har arbetat mycket med en patient och de gör sin bit och jag gör min bit. Men vi arbetar ju mot samma mål och det är ju att patienten ska bli bättre och få det bättre.”* I Alenius studie (2000) beskriver sjukhuskuratorn just sin kompetens som en del av en tårta. Patienten är hjälpt av olika tårtbitar vid olika tillfällen i en behandling. Siv Olsson (1999) refererar till sina tidigare studier och menar att sjukhus vanligtvis ses som sociala system där olika yrkeskategorier samverkar mot samma mål. Yrkesgrupperna är beroende av varandra för att målen skall kunna uppnås och för att systemet skall kunna fungera. Inom sjukhuset har varje yrkesgrupp en viss social position. Eric Olsson (1998) menar att det är just detta som är det generella målet med gruppbildningar; att idéer, resurser och kompetens hos medlemmarna i teamet tas till vara. Detta möjliggör kollektiva insatser och främjar den problemlösning som en av yrkeskategorierna inte ensam skulle kunna åstadkomma. Marianne tycker att det är viktigt att hålla sig inom gränserna i samarbetet:

”Att man litar på varandra och känner respekt. Att vi tycker om varandra. Respekt för varandras ansvarsområden och inte tassar in på varandras mark. Det betyder inte att man inte ska vara följsam när någon behöver ens hjälp. Då ska man inte säga att ’det där är inte mitt bord’.” (Marianne)

Vi kan emellertid tänka oss att det kan uppstå svårigheter i att visa respekt för varandras arbetsområden och hålla sig inom ramarna när det, som vi tidigare visat, upplevs så svårt att klart definiera dessa. Våra aningar bekräftas genom att Anna säger: *”För att kan man inte förstå den andre, respekterar jag [heller] inte det hon gör”* .

En annan aspekt på hur samarbetet faller ut mellan sjukhuskuratorn och de övriga yrkeskategorierna behandlas av Alenius (2000). Hon beskriver hur sjukhuskuratorerna ser goda personliga relationer som en fördel i samarbetet och hur de i många fall är avgörande för hur samarbetet blir. Petra säger:

”Ja, sen är det ju också vem man jobbar bäst med. Det är ju rent mänskligt, kemin, hur det fungerar, hur länge man har känt varandra hur länge man har arbetat tillsammans och så vidare” (Petra).

Vi är medvetna om att det generellt är så att personliga relationer spelar stor roll för alla typer av samarbete. Detta kan dock ses som relevant för de sjukhuskuratorer som verkar vid kliniker där de inte ingår i ett team och därmed heller inte har en naturlig plats i arbetsgruppen. Vi menar att de olika professionerna lättare tycks komma till uttryck när man arbetar i team och har sin specialkompetens att luta sig mot. Alla medlemmar känner till delarna av teamet och genom detta klargörs de olika arbetsområdena och alla blir självklara, behövliga delar i det gemensamma arbetet. Britt säger:

” [...] där jobbade man väldigt teaminriktat. Dels så satt kuratorn på samma ställe som vi andra och jobbade mycket med patientinformation, [utbildning] och så. Då var man ju väldigt mycket team. Så då visste man mer om kuratorn än vad man gör idag tycker jag. [...] men generellt sett är svårt som sjukhuskurator, att komma in i teamet.” (Britt)

Bourdieu (2004) uttrycker dock att en närhet mellan aktörerna på fältet, inte nödvändigtvis per automatik ger upphov till en enhet. Som Marianne säger: *”Det är läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster. Vi arbetar alla tillsammans. Ja och kuratorn också förstås.”* Denna närhet innebär snarare en möjlighet till enhet eller ett anspråk på att vilja och kunna existera som grupp (Bourdieu, 2004). Eric Olsson (1998) menar, i likhet med Bourdieu, att det i många sammanhang kan vara svårt att använda sig av olikheterna i en grupp för att uppnå konstruktiva resultat. Han ser detta som ett vanligt problem när man inom hälso- och sjukvården skapar team med olika yrkesgrupper, i syfte att finna nya lösningar på hälso- och vårdproblem. Ebba uttrycker förståelse för att det krävs organisationsarbete för att teamarbetet ska falla väl ut och de olika kompetenserna tas till vara:

”Jag försöker organisera och aktivera. Samla alla mina kollegors kunskaper så att man får fram vad som är bäst för patientens del. Jag kan påverka här många gånger. Man måste vara lyhörd och tänka på patienten. Och [man] måste föra fram det på rätt sätt för att allas kunskaper ska komma in på rätt tillfälle, annars ger det kanske inte samma resultat.” (Ebba)

Eric Olsson (1998) menar att en yrkeskategori, genom att ses som självklar i ett team, också utvecklas i sin profession och blir självklar gentemot sina klienter. I kölvattnet av ett positivt arbetsklimat i teamet, kommer positiva patientrelationer. Denna tanke om att teamet förstärker och framhäver de olika arbetsrollerna hos dess medlemmar, och att det även i förlängningen ger en ömsesidig säkerhet i relation till patienterna, tror vi kan ses som positiv ur sjukhuskuratorns perspektiv.

7.5 Den olegitimerade professionen

Kuratorn har vid upprepade tillfällen försökt att få legitimation och misslyckats (Olsson, 1999). Vi ville försöka förstå vad det innebär att vara legitimerad, och hur sjuksköterskor tänker om hur det är att inneha legitimation. Vidare ville vi försöka utröna hur sjuksköterskorna tror att kuratorn upplever det att inte vara legitimerad i en organisation där flertalet av kollegorna är det. Vi undrade också varför sjukhuskuratorer idag inte kan erhålla legitimation. Marianne pekar på faktorer som legitimationen innebär för henne:

”Det betyder att jag har ansvar. Alltså man måste vara noggrann för man kan ju faktiskt bli fråntagen sin legitimation ganska så lätt. Det avgränsar mitt ansvarsområde och det är viktigt att jag håller mig inom det. Det ger också en yrkesstolthet [sträcker på sig].” (Marianne)

7.5.1 Ödmjukhetens boja

Många av de olika yrkeskategorierna på sjukhuset har, på grund av behörighetskrav och olika specialiseringar, stärkt sina sociala positioner. Kuratorns roll genom tiderna, som en lyhörd och anpassningsbar yrkeskategori, har emellertid hindrat att de drivit sitt yrke starkare framåt (Olsson, 1999). Professor i socialt arbete Sune Sunesson uttalar i Ekdahl och Gullacksens rapport (1991:21) att det finns en *”inlärtd tandlöshet”* hos sjukhuskuratorer. Han pekar på det faktum att det är sjukhusorganisationen och dess patienter som fastställer hur den sociala

kompetensen - alltså kuratorn, i slutänden, ska nyttjas. Sunesson menar vidare att sjukhuskuratorer är anspråkslösa och självreflekterande snarare än effektiva problemlösare. En intressant aspekt på detta som Ekdahl och Gullacksen (1991) diskuterar, är att profilering av sig själv generellt sett anses vara lättare för män än för kvinnor. Detta är intressant då kuratorstjänsterna främst utgörs av kvinnor. Vi menar att ovanstående resonemang klart visar på olika anledningar till sjukhuskuratorns svaga ställning i sjukhusorganisationen.

Siv Olsson (1999) ser följder av kuratorns svaga ställning och menar allt arbete som kuratorerna utför måste försvaras genom att de i praktiken visar på vad de gör och kan. Svårigheten med att professionalisera det sociala arbetet är förmodligen en bidragande orsak till att kuratorerna misslyckats med att få legitimation. Blom m.fl. (2006) är av åsikten att det sociala arbetet är svårt att definiera och ringa in som ett kunskapsområde. Flera är de socialarbetare och forskare som genom tiderna försökt göra det och härigenom har nya begrepp och metoder sprungit fram, dock ännu ingen gemensam förklaring (ibid.). En positiv aspekt av kuratorns breda arbetsområde, menar Olsson, är att en erfaren kurator ännu har ett betydande handlingsutrymme i sitt arbete. Detta handlingsutrymme är större än vad hennes ställning i organisationen anger (Olsson, 1999).

Kuratorernas styrka har minskats också då deras egen organisation i många fall upphört och de rent administrativt blivit knutna till en eller flera kliniker (Olsson, 1999). Det saknas också en formell kompetens för kuratorsarbetet.

”Deras breda utbildning innebär en unik möjlighet för kuratorerna att anpassa sitt arbete efter de växlande behoven inom hälso- och sjukvården. Detta är till stor fördel för hälso – och sjukvården, men stärker inte sjukhuskuratorernas sociala position” (Olsson, 1999:189).

I vår tidigare studie (Bernle & Spets, 2006) kan vi se likheter med Olssons (1999) tankegång om kuratorns svårdefinierade roll. Vi menar emellertid att resonemanget är tämligen patologiskt. Vår studie visade i själva verket på att den otydliga och föränderliga kuratorsrollen också kan uppfattas som positiv bland dess utövare. Inte minst i det att det underlättar för kuratorn att finna en naturlig plats i samarbetet med de övriga yrkeskategorierna. I att bidra till socionomers och kuratorers möjligheter till legitimering har detta emellertid hjälpt föga. Här skulle det istället, enligt Wingfors (2004), behövas en

organisation som skyddar kuratorernas självständighet i yrkesutövningen och stärker deras förtroende samt kunskapen om dem ute i samhället.

Abbott (1988) talar om jurisdiktioner och menar härmed det område som professioner har erövat som monopol för sin kompetens. I fråga om att erövra en sådan jurisdiktion menar Abbott att professionen först måste övertyga samhället att erkänna dess kompetensområde och dess rättigheter att verka inom det. Om en profession kan tillskrivas status från den organisation den verkar i och från det omgivande samhället, kan en statligt utfärdad legitimation fungera som den yttersta utmärkelsen och vara en symbol för ett avgränsat kompetensområde (Wingfors, 2004). Mona tror att en legitimation klart skulle kännas bra för kuratorns egen del:

”Framför allt sett ur kuratorns synvinkel så måste det ju vara ett lyft och liksom en självbekräftelse så. Och kanske även för att bli sedd på ett annat sätt utav övriga yrkeskategorier. Det är väl inte fel.” (Mona)

Wingfors (ibid.) fortsätter och beskriver legitimationen som förbehållen professionella yrkesutövare med en autonom yrkesfunktion och kvalificerade åligganden, samt särskilt ansvar för patientsäkerhet inom vården. Legitimationen är ett bevis på att yrkesutövaren har den utbildning och, i vissa fall, den erfarenhet som krävs för att utföra arbetsuppgifterna. Wingfors pekar på att gällande svensk lagstiftning tydligt visar att statlig legitimation enbart kan fås av de professioner som innehåller ovan nämnda kriterier. Legitimationen skall enligt lag också vara möjlig att återkalla (Wingfors, 2004). Det Wingfors (2004) ser som ett problem är att socionomer har ett dubbelt uppdrag gentemot patienter å ena sidan och staten å den andra. Detta ligger till men för socionomernas trovärdighet, menar hon. Vi frågar oss emellertid om detta dubbla uppdrag egentligen är gällande även för sjukhuskuratorer. Vi menar att kuratorns roll på sjukhuset skiljer sig från många andra roller som socionomer fyller i samhället och att kontrollfunktionen här ställts åt sidan. Vad som emellertid framkom vid tillfället då legitimationsbestämmelserna inom hälso- och sjukvården omprövades i början av 1980-talet, var att kuratorerna inom detta område inte har en så stor betydelse för patientsäkerheten. Detta innebär att det inte föreligger någon anledning för staten att reglera deras arbete genom legitimation (Wingfors, 2004). Att detta fastslogs ledde i förlängningen till att Akademikerförbundet SSR (Sveriges socionomers riksförbund) lade ner legitimationsfrågan för socionomer och istället inriktade sig på att kunna auktorisera sina

medlemmar. Detta är möjligt idag, men socionomauktoriseringen har fått föga genomslag på arbetsmarknaden och synen på professionen i samhället är fortsatt diffus (Wingfors, 2004).

Josefson (1991) ser i sin empiri utbildningens betydelse för den framtida yrkesutövningen. Här framgår att man under sin utbildning grundlägger en mall som man sedan för med sig ut i sitt yrkesliv. Bourdieu (2004) uttrycker just att utbildningssystemet starkt medverkar till att reproducera det som han kallar för det *kulturella kapitalet*. Detta begrepp innefattar individens kunskaper, erfarenheter och värderingar. Bourdieu (2004) menar alltså att förhållningssättet som yrkesgruppen har, bibehålls och stärks via dess utbildning. Vi tänker oss att den nuvarande socionomutbildningen, genom att den är så vid och abstrakt, formar studenterna till allt annat än experter på ett bestämt område inom socialt arbete. Nathalies ord bekräftar vår tanke: *”Men som jag har förstått det så är svårigheten med socionomutbildningen att den är så väldigt bred, så att man vet inte riktigt vad det handlar om egentligen”*. (Nathalie)

Ericsson (2001) fastslår, i sin studie om kompetens i vården, att det är viktigt att man har den utbildning och erfarenhet som krävs *”för att klara av att göra bedömningar av vad som behöver åtgärdas och med säkerhet utföra de uppgifter som krävs på rätt sätt”* (Ericsson, 2001:13). Byström (1985) ställer sig kritisk till att socionomutbildningen inte uppmärksammar hälso- och sjukvården och dess innehåll. Hon menar att en stor del av socionomerna idag verkar inom denna organisation och att det därför finns ett behov av att beskriva kuratorsarbetet och dess förutsättningar på denna arena.

Kraven på legitimation förefaller vara kraftigast bland de socionomer som arbetar inom organisationer där andra inarbetade yrkesgrupper, så som legitimerade läkare och psykologer, också är verksamma och har påverkansmöjligheter (Lundström & Sunesson, 2002). Mona ser på sin legitimation som ett kvitto: *”Sen är det ju, vad ska man säga, ett litet bevis eller bemärkelse på att man har utbildat sig och att man är någonting.”* Många av respondenterna betonar dock främst ansvaret man har som legitimerad: *”Att jag har ett stort ansvar är väl det man mest. Att man... ja att man har med andra människors liv att göra”* (Tina).

Vi tänker att legitimationsfrågan också kan ses ur ett genusperspektiv och menar att en legitimation kan vara ett sätt att få erkännande och stärka sitt arbetsområde. Behovet av detta ser vi särskilt i de traditionellt kvinnodominerade vårdyrkena. Vår tanke bekräftas av

Lannerheim (1994) som menar att det finns behov just av att stärka de kvinnodominerade professionerna i vårt, trots allt, så patriarkala samhälle. Den generella synen på de människovårdande yrkena som *ett kall* tänker vi också därmed kan suddas ut och ersättas av en yrkesstolthet bland utövarna som i sin tur genererar respekt i samhället. Vi ser emellertid att vi kanske är alltför förhoppningsfulla i vår tanke, eftersom Mona, som är legitimerad sjuksköterska ofta får höra: ” ’Sjuksköterska är väl ett kall’ och ’ni gör väl inte så mycket, det är ju doktorerna som gör jobbet’ ” (Mona)

7.6 Kuratorn, en nödvändighet för god vård?

Siv Olsson (1999) refererar i sin avhandling till Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Där anges att det medicinska ledningsansvaret skall omfattas av en helhetssyn på patienten, inte bara biologiskt utan även psykologiskt och socialt. I samband med detta trycker Olsson (ibid.) på teamets alla kompetenser som nödvändiga för att kunna erbjuda patienten en fullgod vård. Alenius (2000) menar att kuratorns funktion och villkor inom den somatiska specialvården visserligen präglas av ett utanförskap och svag legitimitet. Ändå uttrycker verksamheten behov av kuratorns kompetens. Byström (1985) går längre i sitt resonemang och menar att det breddade samspelet mellan sjukhuset och övriga samhällseliga instanser *kräver* en medverkande kurator.

7.6.1 Kan någon annan göra det kuratorn gör?

Lannerheim (1994) ser på de olika skillnader som finns mellan yrkesgrupper och studerar hur aktuella gränser erkänns samt de följder som kommer ur dessa gränslinjer. Hon menar att olika professioner har olika sätt att behålla eller förändra vedertagna gränsdragningar. Föreställningarna som funnits på sjukhuset vad gäller vad en sjukhuskurator ska arbeta med, har genom åren varierat mycket (Alenius, 2000). I vår empiri syntes detta också tydligt, inte minst då begreppet ”*patientens advokat*” dök upp under intervjuerna. Intressant var att vår respondent Tina visade sig använda just det begreppet för att beskriva sin roll som sjuksköterska. Ekdahl och Gullacksen (1991) beskriver kuratorns uppgifter ur ett historiskt perspektiv, i sin rapport. De anger här att de första kuratorerna var just att ses som *patienternas advokat*, då oberoende av sjukhusorganisationen. De fortsätter (ibid.) med att redogöra för att sjuksköterskor, arbetsterapeuter och psykologer successivt försöker göra anspråk på de uppgifter kuratorns arbetsområde innebär. Olsson (1999) ser också att

arbetsuppgifter, över tid, vandrat mellan sjuksköterska och kurator och menar att detta till stor del är grunden till det tydliga arbetsområdet för kuratorer.

I samband med att vissa kuratorstjänster togs bort i syfte att spara, blev det också tydligt att kuratorn de facto till stor del kunde ersättas av sjuksköterskor (Alenius, 2000). Vi menar att det är tydligt att sjuksköterskorna utgör en självklar och viktig del av vården. Bourdieu (1992) har utvecklat begreppet *doxa* för att ge namn åt mindre synliga egenskaper på fältet. Detta rör sig om gemensamma, grundläggande intressen som ingen behöver kämpa om. Det är ett tillstånd som är *”förträngt till det självklara”* (Bourdieu, 1992:133) - en doxa. Det är en tro så stark bland fältets aktörer att den inte ifrågasätts eller syns. Den skapar fältet. Det är en sanning gemensam för alla fältets aktörer och de rättar sig blint in i ledet den hänvisar dem till. Bourdieus resonemang (1992) kring doxan får oss att inse hur olika yrkesgrupper bortrationaliseras, medan sjuksköterskor är så otvivelaktigt självklara i vårdapparaten att de aldrig kan tas bort därifrån. Vad som händer i besparingstider är att delar av de bortrationaliserade yrkeskategoriernas uppgifter, helt sonika läggs över på sjuksköterskorna. Detta bekräftas genom Nathalie: *”Arbetsterapeuter har vi inte på avdelningen längre, så då får vi ha den funktionen lite grann också”*. Vi undrar om god vård och vad som skall innefattas i det, så som att se hela patienten, uppfylls genom sådana besparingar. Eva, som arbetat länge som sjuksköterska, låter uppgiven när hon säger:

”För det är ju tyvärr så att inom sjuksköterskeyrket får vi lov att göra mycket. Hela tiden kommer det nya arbetsuppgifter och det känns inte som om andra får det. Utan det är vi som får allt lagt på oss. Ja, allting läggs oss” (Eva)

Genom att fråga sjuksköterskorna om de helt eller delvis ansåg sig kunna utföra kuratorns uppgifter, ville vi utröna huruvida sjuksköterskorna ansåg sjukhuskuratorn nödvändig för att god vård skall kunna uppnås. Det visade sig att respondenterna menade sig kunna utföra vissa av sjukhuskuratorns uppgifter, dock inte fullt ut. Ebba säger: *”Utan vi gör ganska många av hennes delar redan... Men vi kopplar in henne bara om det är något som vi inte kan sköta längre.”* Marianne ser sina begränsningar: *”Hon har en annan utbildning, vi har inte heller tid till det”* (Marianne).

Olsson (1999) redogör i sin avhandling för att det finns olika anledningar till att kuratorns sociala ställning på sjukhuset försämrats över tid. Dels anger hon att sjukhuskuratorns enda

vapen för att försvara sin position är kunskap och kompetens, ändå har dessa faktorer inte utvecklats. Dels att kuratorns stora och många gånger ganska oklara arbetsområde gör att de kan ersättas, inte helt och fullt av en yrkesgrupp, utan av flera yrkesgrupper tillsammans (Olsson, 1999). Anna menar sig också till viss del kunna utföra kuratorns uppgifter:

”Jag vill ju inte förringa något av det de gör, men lite grann gör man ju faktiskt det när man jobbar på en avdelning. Då agerar man också kurator. Sådana där småsaker som den sociala biten och den psykiska biten, om man nu kan kalla det kuratorsuppgift, för det är väl även en sjuksköterskeuppgift.” (Anna)

Vi menar emellertid, liksom Jirdén (1999), ovanstående respondenters uttalanden till trots, att sjuksköterskornas resurser och utbildning inte alltid är tillräckliga för att uppnå en önskvärd nivå på patientvården. Sjuksköterskornas omvårdnadsarbete behöver i många fall, som vi tidigare nämnt, kompletteras med kuratorns psykosociala spetskompetens, inte minst där patientens sjukdomstillstånd och den aktuella vården sammantaget blir mer komplex och måste ses ur ett helhetsperspektiv. Det måste emellertid nämnas att detta inte gäller för alla patienter. Marianne har liknande tankar: *”Hon [kuratorn] är ju liksom en förlängning av oss. Vi håller också i samtal och så, men hennes är djupare.”* (Marianne). Ebba beskriver hur hon ibland måste ta hjälp kuratorns kompletterande resurser: *”Ja, när vi har något svårare socialt fall, som vi inte kan lösa, då kopplar vi in henne. [...] Hon har mer kontroll, hon kan reglerna bättre och juridiken. Så hon avlöser oss från de problematiska fallen.”* (Ebba)

Alenius menar i sin studie att kuratorn, till följd av att det inte finns några behörighetskrav för henne, rent krasst kan ersättas av vilken annan yrkesgrupp som helst. Alenius ser detta särskilt tydligt inom den somatiska specialvården, där arbetsvillkoren för kuratorn är särskilt svåra. Kuratorerna som deltog i hennes studie menar emellertid inte att de övriga yrkeskategorierna kan ersätta dem, bland annat eftersom de saknar samhällsperspektivet (Alenius, 2000).

7.7 Sammanfattning

Under rubriken *Hierarkin i sjukvården* behandlade vi hur sjuksköterskor placerar de olika yrkeskategorierna på sjukhuset i en positionstrappa. Förvånansvärt var det att flera av respondenterna gjorde detta tveksamt och motvilligt. Det som tydligast märktes var relationen mellan sjuksköterska och läkare samt det faktum att de ville se sig som en lika värdefull yrkeskategori vid sidan om läkarna, snarare än som en uttalat underordnad kår. Likväl placerade sjuksköterskorna sig själva som nummer två uppifrån, i hierarkin på sjukhuset. Undersköterskorna placerades på sjätte och sista plats i positionstrappan.

Yrkeskategorierna kurator, arbetsterapeuter och sjukgymnaster var svårast för sjuksköterskorna att placera in i positionstrappan. Detta beroende på att dessa yrkeskategorier har en egen, administrativ hierarki.

Under nästa rubrik, *sjuksköterskornas syn på sitt arbetsområde*, analyserade vi det faktum att sjuksköterskans ansvarsområde skiftat mycket över tid. Genom den akademiserade sjuksköterskeutbildningen är sjuksköterskornas ansvarsområden idag, kanske mer än någonsin, i omvälvning. Sjuksköterskorna slits mellan lojalitet gentemot sjukhusets medicinska inriktning och sin utbildnings fokus på omvårdnad som även inbegriper ett helhetsperspektiv på patienten. Detta nya perspektiv - omvårdnad, skapar i sin tur obalans i relation till andra yrkesgrupper inom organisationen, eftersom gränserna mellan ansvarsområdena kommer i gungning.

Nästföljande rubrik, *sjuksköterskornas syn på kuratorn*, behandlade sjukhuskuratorns komplexa och för sjuksköterskorna, svårdefinierade arbetsområde. Vi såg på de följer detta får för kuratorns sätt att arbeta och hennes position på sjukhuset. En sjukhuskurator har en annorlunda kunskapsbas, mer inriktad på psykosociala insatser, än de övriga yrkeskategorierna, som har ett medicinskt fokus. Detta gör, tycker vi oss se, att kuratorn blir något av en outsider inom hälso- och sjukvården.

Under rubriken *Samarbete mellan olika yrkesgrupper* visade det sig att teamarbete kan ha en slående effekt vad gäller att tydliggöra gränser mellan professioner. För kuratorns roll på sjukhuset kan detta arbetssätt vara positivt.

Den olegitimerade professionen är den rubrik under vilken vi undersökte om sjukhuskuratorns arbetsområde och sociala position skulle stärkas av en statlig legitimation. De kriterier som behövs för att en yrkesgrupp ska kunna erhålla legitimation, uppfylls emellertid inte i detta fall, men skulle förmodligen höja kuratorns status och självkänsla på sjukhuset.

Den sista rubriken i analysen *Kuratorn, en nödvändighet för god vård?* innehåller en analys av huruvida sjukhuskuratorn kan ersättas av de övriga yrkeskategorierna på sjukhuset. Vi tänker att de till viss mån kan det, på bekostnad av att vårdkvaliteten för patienten minskar.

8. Slutdiskussion

Vårt syfte, att undersöka sjuksköterskors uppfattning om sjukhuskuratorns position, arbetsområde och roll, har legat som en osynlig hand genom hela arbetsprocessen. De frågeställningar som varit vägledande för oss under studien är: *Var placerar sjuksköterskorna kuratorn i sjukhusets hierarkiska system?; Hur ser sjuksköterskor på sitt eget arbetsområde och sin legitimation?; Hur definierar sjuksköterskorna sjukhuskuratorns arbetsområde och roll? samt Vilken uppfattning har sjuksköterskorna om samarbetet med sjukhuskuratorn?* Vi anser oss ha kunnat besvara de frågeställningar vi i initialskedet ställde oss. Syftet med uppsatsen anser vi därmed också vara uppnått.

Vårt resultat visar att den medicinska hierarkin lever kvar med läkare i toppen, sjuksköterskor i mitten och undersköterskor nederst. Yrkesgrupperna kurator, arbetsterapeuter och sjukgymnaster placeras strax under sjuksköterskor, dock utan att vara varken en överordnad eller underordnad grupp. Vi ser dessa yrkesgrupper snarare som att de befinner sig i en egen, bredvidliggande hierarki med egna organisationer, dit sjuksköterskorna strävar men aldrig fullt ut kan komma. Detta på grund av att de, av tradition på ett eller annat sätt alltid har varit och måste vara underställda läkarna. Däremot, menar vi, kan de sträva efter att erhålla en akademisk respekt, som ses mer likvärdig läkarnas, genom sin numera akademiserade utbildning. Vårt resultat visar också, angående den hierarkiska strukturen i vården, hur påfallande det faktiskt är att såväl sjukhuskuratorers som sjuksköterskors yrkesområde är kvinnodominerade och så alltid har varit. Vi menar att detta är en del av vad som visar sig i den struktur och organisation som vården har, än idag.

Den ofta framträdande bilden av sjukhuskuratorer som *tandlösa* och anpassningsbara kan vi instämna i. Vi menar å andra sidan också att dagens teaminriktade arbetssätt kan rädda kuratorns anseende och roll genom att de blir en i teamet självklar del. Samtliga medlemmar i teamet har med sig resurser och kompetenser som måste användas för att teamarbetet ska falla väl ut. För att detta ska fungera behövs tydliga gränser för varje yrkeskategori samt kunskap om teamets alla delar. Vi tänker att om kuratorn aktivt undervisar såväl patienter som de övriga yrkeskategorierna om sin kompetens och nytta kan gränserna för yrkesrollen tydliggöras. Vidare ser vi vikten av kuratorns tillgänglighet samt att hon måste synas och passa in personligen i personalgruppen, för att ses som en attraktiv och önskad medarbetare. Kompetens är inte bara utbildning utan så mycket mer, inte minst personligt förhållningssätt.

Vi tänker att det kanske vore en idé med en särskild påbyggnadsutbildning för socionomer verksamma inom hälso- och sjukvården. Detta kunde eventuellt öka förtroendet för sjukhuskuratorn och hennes anseende bland de övriga yrkeskategorierna. Kanske krävs det en legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården, för att detta skall komma till stånd? Hos sjuksköterskorna kunde vi utläsa legitimationens betydelse för yrkesstoltheten, särskilt i jämförelse med de olegitimerade undersköterskorna. Vi kan dock se att detta inte borde vara avgörande för en professions framtoning.

De nya ansvarsområden som sjuksköterskorna fått, bland annat genom akademiseringen av sin utbildning, kan vi se skapat en mindre förvirring angående var gränserna för patientbehandlingen ska gå på sjukhuset. Vi menar att sjuksköterskornas nya kunskapsbas, med fokus på helhetsperspektivet, krockar med bland annat kuratorns kompetensområde. Sjuksköterskorna tar allt oftare över de psykosociala delarna i vårdarbetet. Vi kunde i vårt arbete emellertid se att sjukhuskuratorerna, just genom sitt utanförskap och annorlunda kunskapsbas, inte kan, eller bör uteslutas ur den medicinska sfären. För trots allt är det som Marianne påpekar i vår analys: *”Hon har en annan utbildning, vi har inte heller tid till det”*. Inte desto mindre behöver sjukhuskuratorn ringa in sina arbetsuppgifter och sitt arbetsområde, för att inte förlora det psykosociala arbetet till sjuksköterskorna.

Vi tänker att just sjuksköterskornas nya kunskaper om mänskliga behov, borde få dem att än mer ta till sig och uppskatta kuratorns insatser. Detta i stället för att själva tillskansa sig vissa av hennes uppgifter. Vi tycker oss kunna utläsa en ovisshet bland sjuksköterskorna om kuratorns arbetsområde och hennes särkunskaper, samt en oförståelse inför hennes sätt att arbeta. Till exempel kunde vi se tendenser till avundsjuka hos sjuksköterskorna vad gäller kuratorns olika arbetsredskap - så som tidsmässiga resurser och privata arbetsrum, som ju är ett måste för att hon ska kunna utföra sitt arbete till fullo.

Studien visar vidare att sjuksköterskor definierar sitt arbetsområde som vitt och brett. Ändå anses de inte luddiga. Kuratorerna har också ett vitt och brett område, men uppfattas som otydliga. I det fall omvårdnadsrollen, som sjuksköterskorna har, innehåller mer psykosocialt arbete, kommer då sjuksköterskearbetet att uppfattas som luddigare även det, eller bara resultera i att kuratorn försvinner?

Vi menar att kuratorns egen syn på sin yrkesroll, i samklang med de övriga yrkeskategoriernas uppfattning, blir avgörande för hur interaktionen och positioneringen

avgörs. Utifrån detta menar vi det vara av vikt att professionerna har en likartad syn på varandras arbetsområden och gränser, samt att det finns en respekt för var och ens insatser. Det vi ser i detta arbete är att kuratorer och sjuksköterskor har en tämligen annorlunda syn på kuratorsrollen. Sjuksköterskorna tycks anse sig klara vården utan kuratorn, men på grund av tidsmässiga resursbrister uppskattar de henne som en hjälpare hand. Sjuksköterskans yrkesroll är under omdaning och hon försöker finna sig en ny plats med mer omvårdande sysslor. Detta ser vi påverkar sjukhuskuratorns ansvarsområde. Klart är att sjukhuskuratorer är som outsiders inom hälso- och sjukvården.

Vi efterfrågar vidare forskning i detta ämne. Kanske kunde man göra en studie utifrån ett makroperspektiv på sjukhuskuratorn, eller varför inte en parallellstudie mellan sjuksköterskor och sjukhuskuratorer? Intressant vore också att se en studie av socionomutbildningen och dess betydelse för de yrkesverksamma socionomernas premisser på sina arbetsplatser.

9. Litteraturlista

- Abbott, Andrew (1988) *The system of professions – an essay on the division of expert labor*. Chicago: The university of Chicago Press
- Alenius, Annika (2000) *Socialt arbete I medicinens värld - om kuratorns villkor och det psykosociala arbetets legitimitet inom kroppssjukvården*. Magisteruppsats vid Institutet för socialt arbete, Umeå universitet
- Bernle, Maria & Spets Jennie (2006) *Katt bland Hermelinerna – en undersökning om sjukhuskuratorns egen uppfattning om sin ställning i den medicinska organisationen*. C-uppsats vid Socialhögskolan, Lunds Universitet
- Blom, Björn; Morén, Stefan & Nygren, Lennart (2006) ”Kunskap i socialt arbete” i Blom, Morén & Nygren *Kunskap i socialt arbete – om villkor processer och användning*. Stockholm: Natur och Kultur
- Bourdieu, Pierre (1992) *Kultur och kritik*. Göteborg: Daidalos
- Bourdieu, Pierre (2004) *Praktiskt förnuft – bidrag till en handlingsteori*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB, 2:a tryckningen
- Broady, Donald & Heyman Ingrid (1998) ”Omvårdnadsforskning – ett vetenskapligt fält i vardande?” i Broady, Donald (red.) *Kulturens fält – en antologi*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB
- Byström, Ulla (1985) *Kuratorsarbete inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Sveriges socionomers, personal och förvaltningstjänstemäns riksförbund (SSR)
- Ekdahl Helena & Gullacksen Ann-Christin (1991) *Kuratorn – den sociala kompetensen inom hälso- och sjukvården; Rapport från en forskningscirkel för kuratorer inom Malmö sjukvårdsförvaltning*. Lunds Universitet: kontaktgruppen för arbetslivsfrågor
- Ericsson, Britt-Louise (2001) *Kompetens i vården – vårdpersonalens uppfattning av innebörden i fenomenet kompetens i vården*. Magisteruppsats vid Institutionen för omvårdnad, Lunds universitet
- Erlöv, Iris & Petersson, Kerstin (1998) *Från kall till akademi – ideologiska förändringar i sjuksköterskeutbildningen under 1900-talet*. Lund: Studentlitteratur
- Holme, Idar Magne & Krohn Solvang, Bernt (1997) *Forskningsmetodik Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Lund Studentlitteratur 2:a upplagan
- Israel, Joachim (1999) *Handling och samspel – Ett socialpsykologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur

- Jirdén, Karin (2001) *Sjuksköterskors uppfattning om patienters behov av kuratorskontakt: intervjuundersökning bland sjuksköterskor på ett länssjukhus*. Magisteruppsats vid Socialhögskolan, Lunds Universitet
- Josefson, Ingela (1991) *Kunskapens former – det reflekterande yrkeskunnandet*. Stockholm: Carlssons bokförlag
- Olsson, Eric (1998) *På spaning efter gruppens själ – gruppen i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur
- Olsson, Siv (1999) *Kuratorn förr och nu – sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*. Skriftserien 1999:1, Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet Göteborg: Kompendiet AB
- Lannerheim, Lena (1994) *Syster blir till – en sociologisk studie av sjuksköterskeyrkets framväxt och omformering*. Sociologiska institutionen vid Göteborgs universitet
- Lundström & Sunesson (2002) ”Socialt arbete utförs i organisationer” i Meeuwisse; Sunesson & Swärd *Socialt arbete - En grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur
- Wingfors, Stina S. (2004) *Socionomyrkets professionalisering*. Akademisk avhandling i sociologi vid Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet

Internetkällor:

Socialpolitik.com, www.socialpolitik.com/gamlanummer/arkiv2000/00124.html.

070508 kl. 15.00

Notisum.se, www.notisum.se/Rnp/SLS/LAG/19820763.HTM 070521 kl. 9.00

Bilaga 1

Intervjumanual

Inledande frågor

- Hur länge har Du varit verksam inom den här kliniken?
- När tog Du Din sjuksköterskeexamen?
- Vilken mottagning/avdelning arbetar Du på?
- Arbetar Du heltid/deltid/skift?

Sjuksköterskan

- 1) Skulle Du kunna definiera Ditt arbetsområde som sjuksköterska?
- 2) Hur ser du på sjuksköterskans roll på sjukhuset? Styrkor, svagheter? Positivt, negativt?
- 3) Vilken av de uppgifter Du utför som sjuksköterska anser Du vara viktigast? (*alla kategorier*)
- 4) Finns det något område Du känner att Du skulle vilja jobba mer med?
- 5) Vad betyder god vård för Dig?
- 6) Vilken yrkeskategori på sjukhuset skulle Du säga att Du samarbetar bäst med?
- 7) Vilka faktorer anser Du kännetecknar ett gott samarbete?

Definitionen och värdet

- 8) Hur skulle Du definiera en sjukhuskurators arbetsområde?
- 9) Tycker Du att kuratorn arbetar efter den definitionen?
- 10) Hur ser Du på kurators roll? Styrkor, svagheter? Positivt, negativt?
- 11) I vilka sammanhang föreslår Du patienter kuratorskontakt?
- 12) När vänder Du dig själv till kuratorn?
- 13) Hur ser Du på samarbetet med kuratorn, styrkor och svagheter?
- 14) (*Finns det några begränsningar i samarbetet?*)

Kompetens och begränsningar

- 15) Hur ser Du på insynen i kuratorns arbete?
- 16) Vad anser Du om att en sjukhuskurator inte har någon kompletterande medicinsk utbildning?
- 17) A. Anser Du att Du måste anstränga Dig i samtal med kuratorn för att hon ska förstå eventuella medicinska termer?
B. Upplever Du å andra sidan, svårigheter att förstå kuratorn? (språkligt)
- 18) Vad betyder det för Dig att Du är legitimerad?
- 19) Vad tror Du det skulle innebära om kuratorn var legitimerad?
- 20) Hur ser Du på uppföljningen av kuratorns arbete?

Kuratorn, en nödvändighet för god vård?

- 21) Anser Du att det skulle vara möjligt för en sjuksköterska att utföra någon eller några av kuratorns uppgifter? I så fall vilka?
- 22) I Lagen om Yrkesverksamhet på Hälso- och Sjukvårdens område (1998:531) 2kap § 1, står det att hälso- och sjukvårdspersonal skall arbeta i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Anser Du att kuratorns arbete passar in under dessa kriterier? (Utveckla)

Bilaga 2

Positionstrappan

Ordna i hierarkisk ordning, så som Du upplever det
1 är högst upp, 6 är lägst

ARBETSTERAPEUT

LÄKARE

KURATOR

SJUKSKÖTERSKA

SJUKGYMNAST

UNDERSKÖTERSKA

Bilaga 3

Utdrag ur HSL (Hälso – och sjukvårdslagen (1982:763)

Ur Krav på hälso- och sjukvården, angående god vård. (notisum.se)

2 a § Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Lag (2006:493).