



LUNDS  
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Magisteruppsats i socialt arbete, SOA 252

Vårterminen 2007

# KURATORNS POSITION I SJUKHUSHIERARKIN

- en studie av professioners kamp om revir, makt och positioner i vårdteamet

Författare: Carina Lindh  
Petra Lingheimer

Handledare: Tabitha Wright Nielsen

# Abstract

Authors: Carina Lindh and Petra Lingheimer

Supervisor: Tabitha Wright Nielsen

Assessors: Verner Denvall and Hans Swärd

Title: The position of the almoner in the hospital hierarchy - a study of professions struggle about territory, authority and positions in the care team.

Previous reaserch has indicated that the almoners position in the somatic hospital hierarchy is poor. The purpose of this study was to investigate the position of the almoner in the hospital hierarch today, together with what this position is based upon.

The questions at issue were:

- Has the almoners position in the hospital hierarchy changed, or is it still poor?
- In what way can the almoners position in the hospital hierarchy be explained?

In order to get answers to our questions at issue, we interviewed totally 13 persons from the three chosen professional categories, i e four almoners, five doctors and four nurses. Two of the doctors worked at care centres and the other doctors worked in hospitals within the Region Skåne. The interview material was analysed from the concepts of Pierre Bourdieus; field and symbolic capital and by means of ideas from the closing theory. The result of the issue shows that the almoners position in the hospital hierarchy is still poor. This can be explained in terms of the almoners difficulty to guard and increase his terrtory in the field, based upon the fact that the almoner often has to work in several different wards, and therefore only can spend a limited time in each ward. Another explanation could be the almoners lack of “right” symbolic capital in the field – medical education.

*Key words: Almoner, position, care team, field, symbolic capital.*

# Innehållsförteckning

|   |           |
|---|-----------|
| <i>Förord</i>   | 4         |
| <b>1. Inledning</b>   | <b>5</b>  |
| <hr/>   |           |
| Problemformulering  | 5         |
| Syfte och frågeställningar  | 6         |
| Avgränsningar   | 7         |
| Kuratorns arbetsuppgifter och position ur ett historiskt perspektiv | 7         |
| Fortsatt framställning  | 9         |
| <b>2. Tidigare forskning</b>  | <b>11</b> |
| <hr/>   |           |
| Kuratorn förr och nu  | 11        |
| Yrkesidentitet i sjukvård- position, person och kön                 | 13        |
| Kuratorns arbete idag- och i morgon                                 | 13        |
| Kuratorn- den sociala kompetensen inom hälso- och sjukvården        | 14        |
| Sammanfattning  | 15        |
| <b>3. Teori</b>   | <b>16</b> |
| <hr/>   |           |
| Val av teoretiska perspektiv  | 16        |
| Pierre Bourdieu; fält, symboliskt kapital, habitus och position     | 16        |
| <i>Fält</i>   | 16        |
| <i>Symboliskt kapital och habitus</i>                               | 17        |
| <i>Position</i>   | 17        |
| Raymond Murphy; monopoliserings- och stängningsteori                | 18        |
| Sammanfattning  | 19        |
| <b>4. Metod</b>   | <b>20</b> |
| <hr/>   |           |
| Val av intervjupersoner   | 20        |
| Upprättande av intervjuguide och genomförande av intervjuer         | 20        |
| Tillvägagångssätt vid bearbetning och analys av intervjumaterialet  | 21        |
| Metodreflektion   | 21        |
| Metodens förtjänster och begränsningar                              | 22        |
| Etiska överväganden   | 23        |
| Litteraturinsamling och källkritik                                  | 24        |
| Resultatens tillförlitlighet  | 24        |

## 5. Fält och symboliskt kapital 25

---

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| Fält                               | 25 |
| <i>Sjukhusorganisationen</i>       | 25 |
| <i>Vårdteam</i>                    | 26 |
| Symboliskt kapital                 | 27 |
| Professionernas symboliska kapital | 27 |
| Sammanfattning                     | 28 |

## 6. Positionering inom fältet 29

---

|   |    |
|---|----|
| <i>Teamarbete och teamledare</i>                      | 29 |
| <i>Professionernas placeringar i positionstrappan</i> | 30 |
| <i>Positionernas dynamik inom fältet</i>              | 34 |
| Analys  | 36 |
| <i>Makt kontra patientperspektiv</i>                  | 36 |
| <i>Personlighet eller symboliskt kapital?</i>         | 37 |
| <i>Kampen om positioner</i>                           | 37 |

## 7. Revir och revirstrider 39

---

|   |    |
|---|----|
| Analys  | 42 |
| <i>Arbetsuppgifter</i>                          | 42 |
| <i>Arbetsuppgifter som medel i revirstrider</i> | 43 |

## 8. Utestängning och inkräktnig 44

---

|   |    |
|---|----|
| Analys                                      | 46 |
| <i>Statiska eller dynamiska positioner?</i> | 46 |
| <i>Utestängning och inkräktnig</i>          | 48 |

## 9. Slutsatser och slutdiskussion 49

---

|                |    |
|----------------|----|
| Slutsatser     | 49 |
| Slutdiskussion | 50 |

## 10. Referenslista 51

---

|  |    |
|--|----|
| Bilaga 1- Intervjuguide                          | 53 |
| Bilaga 2- Kuratorernas positionstrappa           | 54 |
| Bilaga 3- Informationsbrev till intervjupersoner | 55 |

## *Förord*

Vi vill börja med att tacka alla de intervjupersoner som ställt upp på intervju. Utan er hade inte denna uppsats kommit till. Vi vill även tacka vår handledare Tabitha Wright Nielsen som kommit med goda råd och kommentarer under hela skrivprocessen.

Jag, Carina Lindh, vill även tacka min mamma som under våren har hjälpt till med barnpassning. Din hjälp har varit ovärderlig och med din hjälp har vi fått möjlighet att ta del av och gräva djupare i ett ämne som vi under resans gång har funnit mer och mer intressant.

Även jag, Petra Lingheimer vill passa på att tacka min familj för att ni har stått ut med att vi har arbetat med uppsatsen på obekväma tider, vilket gått ut över er. Speciellt tack till svärmor för hjälp med barnpassning och till svärfar för goda middagar som givit energin tillbaka.

Tack!

Sjöholmen, oktober 2007

*Carina & Petra*

Som jag brukar säga så är vi kuratorer bara 13 personer, men det finns cirka 2500 anställda personer på detta sjukhus. Jag kan inte den exakta siffran, och då måste man ju se att vi än så länge är en minoritet. Och det måste vi ju ha med, för ibland när kuratorerna kommer och är väldigt upprörda över saker och ting... så för att få det på ett realistiskt plan så måste vi ju se att det är så här: Att vi är en minoritet och att vi står för en speciell kunskap som inte.. eller de andra har lite av. Då brukar jag säga till cheferna här att eftersom vi är en minoritet och eftersom de är chefer eller kung i land, kan man ju kalla det, så beror det ju väldigt mycket på hur påbuden uppifrån är, när det gäller hur minoriteten behandlas. Så det är ju precis som i ett land, men det tycker de ju inte riktigt om att höra. Det har de ju inte tänkt på, men det är ju så. Men också när kuratorerna kommer och är upprörda över att vi inte har större inflytande, och att vi inte blir hörda mer, då säger jag att vi kan ju inte trötta ut oss på det, för vi måste ju se verkligheten. (Kerstin, intervjuad kurator i denna studie)

## 1. Inledning

### Problemformulering

När vi läste kursen ”Socialt arbete inom hälso- och sjukvård” i höstas, väcktes vårt intresse att undersöka professioners positioner och hierarkier inom sjukvården. Eftersom vi är socionomer och själva har arbetat som kuratorer ville vi ha kuratorn i studiens fokus. Den litteratur som vi har tagit del av, både vid föregående kurs samt inför denna studie, visar att kuratorns position i sjukhushierarkin är svag.

Bland annat beskriver Siv Olsson i sin avhandling, Kuratorn förr och nu, att sjukhuskuratorernas sociala position genom åren har försvagats. Från att i början ha varit placerad i sjukhushierarkin närmast under läkaren kom kuratorerna under 1950-talet att vara ungefär jämställda med psykologerna. Tidigare har kuratorn ingått i en grupp tillsammans med psykologer och sjuksköterskor, medan de nu ingår i en grupp tillsammans med sjuksköterskor och sjukgymnaster. Psykologerna har närmat sig läkarna. En starkt bidragande orsak till kuratorernas försvagade position är enligt Olsson, avsaknaden av legitimation. En annan orsak, är att kuratorn har många, ibland diffusa arbetsuppgifter, vilket gör att de kan ersättas av flera yrkesgrupper tillsammans (Olsson, 1999 s 187-188).

Vidare för Helena Ekdahl och Ann-Christin Gullacksen i sin rapport Kuratorn- den sociala kompetensen inom hälso- och sjukvården, en diskussion kring den diffusa kuratorsrollen vilket de menar leder till att kuratorn har svårt för att profilera sig i sjukhushierarkin (Ekdahl & Gullacksen, 1991 s 16).

Akademikerförbundet SSR har tagit fram en modell för kompetens- och karriärutveckling för socionomer inom hälso- och sjukvård. Policydokumentet har tagits fram tillsammans med yrkesrådet för socionomer/kuratorer och beskriver en modell för kompetens- och karriärutveckling för socionomer inom hälso- och sjukvården. Syftet är bland annat att stärka kuratorerna i metodarbetet och för karriärutveckling. Modellen kallas för kompetensstegen och beskriver vilken kompetens och erfarenheter som krävs för att utföra ett professionellt arbete (Akademikerförbundet SSR, 2004 s 8). Detta att man inom Akademikerförbundet SSR tagit fram en modell för kompetens- och karriärutveckling för socionomer inom hälso- och sjukvård, tolkar vi som att sjukvårdskuratorerna och deras fackförbund menar att kurators position och karriärmöjligheter inom sjukhusorganisationen behöver stärkas.

När vi själva arbetade som kuratorer inom den somatiska sjukvården, upplevde vi att det vid vårdkonferenser systematiskt förekom att kuratorn fick ordet sist när det gällde planeringen kring en patient. Detta tolkar vi som att teamledaren såg kurators position som underordnad de andra professionerna i vårdteamet.

Baserat på tidigare erfarenheter samt den litteratur som vi har tagit del av i ämnet vill vi med denna studie söka möjliga förklaringar till varför kuratorernas position i sjukhushierarkin tidigare varit svag. Dock vill vi, eftersom vi inte funnit nyskriven litteratur inom ämnet, även undersöka om kurators position i sjukhushierarkin fortfarande är svag eller om den har förändrats.

## Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att undersöka kurators position inom den somatiska sjukhushierarkin samt vad denna position grundar sig på.

Frågeställningarna som följer uppsatsen är:

- *Har kurators position i sjukhushierarkin förändrats, eller är den fortfarande svag?*
- *På vilket sätt kan kurators position i sjukhushierarkin förklaras?*

Ett sätt att förklara kuratorns position inom sjukhushierarkin är att använda sig av Pierre Bourdieus tankar kring striden om makt och positioner inom fältet. För att nå ytterligare förståelse kring professionernas maktspel och sätt att utestänga varandra från de egna reviren har vi valt att även använda oss av Raymond Murphys monopoliserings- och stängningsteori, som bygger på tanken att man bland annat via kompetens och erfarenhet kan utestänga andra från sitt professionsområde (Murphy, 1988 s 3, 4).

Med position menar vi hierarkiska relationer inom ett fält (Broady, 1990 s 275). Inom sjukhuset har varje profession en viss social position. Värdering av en position i förhållande till andra positioner i en grupp, sker utifrån denna grups regler och normer som i sin tur är påverkade av samhällets regler och normer (Olsson, 1999 s 15-16).

## Avgränsningar

Vi har valt att i vår uppsats ha fokus på vårdteamet, då vi anser att detta är en arena där professioner möts och interagerar med varandra. Ett vårdteam består av olika professioner inom den somatiska sjukhushierarkin, som arbetar tillsammans utifrån patientens behov. Vi har valt att avgränsa denna studie till att inrikta oss på läkare, sjuksköterskor och kuratorer, detta eftersom vi tror att läkare och sjuksköterskor vanligen ingår i alla vårdteam.

Vi har valt att intervjua professioner inom den somatiska vården, och kommer inte att intervjua personal inom psykiatrin. Vi har valt att göra denna avgränsning för att professionernas arbetssätt skiljer sig inom de olika verksamheterna.

I den litteratur som vi har tagit del av till denna studie har olika författare försökt att definiera begreppet profession. Genomgående är att författarna menar att det är problematiskt att definiera detta begrepp. (Selander, 1989 s 11, Hellberg, 1991 s 11). Vår ambition i denna studie är inte att definiera begreppet profession, utan när vi använder begreppet menar vi den för texten aktuella yrkeskategorin. Andra forskare har istället valt att betona professionaliseringsprocessen och de strategier som olika yrkesgrupper utvecklat för att avgränsa ett kunskaps- och yrkesområde (Selander, 1989 s 14). Det är dessa strategier som vi bland annat har valt att närmare undersöka.

## Kuratorns arbetsuppgifter och position ur ett historiskt perspektiv

Vårt syfte med denna uppsats är att undersöka hur kuratorns position ser ut idag inom sjukhushierarkin samt hur denna position kan förklaras. Genom en kort beskrivning av kuratorns arbetsuppgifter och position i ett historiskt perspektiv vill vi sätta våra



frågeställningar i ett sammanhang. Det historiska perspektivet mynnar ut i legitimations- och auktorisationsfrågan för socionomer i hälso- och sjukvården, då denna fråga har varit en del av kuratorernas professionaliseringssträvanden i mer än ett halvt sekel.

Sveriges första kurator, Gertrud Rodhe, anställdes 1914. Rodhe var utbildad slöjdlärling och fick arbetet som kurator för de sinnessjuka i Stockholm på grund av personliga meriter (Olsson, 1999 s 88). Den första kuratorn i Sverige inom kroppssjukvården, Jane Norén anställdes 1920 och var utbildad sjuksköterska (ibid. s 98, 99). Gertrud Rodhe ansåg att blivande kuratorer skulle ha social kompetens, medan kollegan och väninnan Jane Norén ansåg att kuratorn skulle vara utbildad sjuksköterska (Fredlund, 1997 s 10-13). På kort sikt kan man säga att det var Jane Norén som vann ”kompetensfrågan”, och på längre sikt vann Gertrud Rodhe (ibid. s 65).

Under 1900-talets första hälft var de flesta kuratorer inom sjukvården utbildade sjuksköterskor (Olsson, 1999 s 183). Under bland annat 1940- och 1950-talen var kuratorerna noga med att följa rekryteringarna till andra kuratorstjänster, och de var noga med att se till att det endast var behöriga kuratorer med rätt social utbildning som fick tjänsterna. Svensk kuratorsförening försökte även att skydda sin yrkestitel genom att skicka en skrivelse om legitimation, år 1948 till dåvarande generaldirektör, Höijer, på medicinalstyrelsen (ibid. s 117). Sjuksköterskor som inte hade någon social utbildning nekades medlemskap i kuratorsföreningen (ibid. s 184). Under denna period var kuratorernas anseende relativt högt. Den första kuratorn i Sverige, Gertrud Rodhe, hade en lön som kunde likställas med en underläkares, men de flesta andra kuratorer hade lite lägre lön som kunde likställas med bland annat en folkskolelärares. Under 1940-talet placerades kuratorn in i hierarkin direkt efter läkaren när det gällde lön och om hon var dubbelutbildad, det vill säga både sjuksköterskeexamen och social utbildning (ibid. s 119, 120).

1964 blev socialinstituten socialhögskolor och samma år förlängdes socionomutbildningen till tre och ett halvt år. (Fredlund, 1997 s 65; Olsson, 1999 s 137). De flesta sjukhuskuratorerna hade vid 1970-talet socionomutbildning samt någon vidareutbildning och många kuratorer hade därmed en hög formell kompetens. Kuratorernas arbete ansågs som mycket betydelsefullt i organisationen och de bedömdes ha en viktig roll inom sjukvården (Olsson, 1999 s 144, 145). Socialt arbete som universitetsdisciplin kom under 1977 vilket möjliggjorde för socionomer att bedriva forskning inom socialt arbete (ibid. s 154).

Siv Olssons avhandling, Kuratorn förr och nu visar att kuratorernas arbetsuppgifter har förändrats under 1900-talets gång. Inom den somatiska vården är kuratorernas arbete idag mer inriktat mot information, rådgivning, motivations- och utredningsarbete från att ha varit mer

inriktat mot förmedling och koordinering av resurser vid seklets början. Enligt Olsson beror de förändrade arbetsuppgifterna dels på att sjukvården under 1950- 60- och 70- talen ville rationalisera vården, dels på grund av 80- talets organisationsförändringar och dels på grund av sjukhuskuratorernas professionaliseringssträvanden (ibid. s 178-180).

Akademikerförbundet SSR:s förbundsordförande Christin Johansson menar att kuratorn idag inom den svenska hälso- och sjukvården, betraktas som den psykosociala experten i det mångprofessionella teamet med bland annat läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, logoped och så vidare. Socialt arbete är det ämnesområde som sjukhuskuratorerna hämtar sin teoribildning och kunskap från. Deras arbete utgår från en helhetssyn där människan ses i hela sitt sociala sammanhang (Johansson, 2006 s 8).

Enligt Socialstyrelsen har legitimationen varit det mest framträdande beviset på en yrkesutövares kompetens inom hälso- och sjukvården sedan lång tid. De yrkesutövare som har en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården, är de grupper som är förbehållna rätten till legitimation (Socialstyrelsen, 2006). Legitimationsfrågan för socionomer i hälso- och sjukvården har diskuterats under många decennier, bland annat har en motion (2005/06:So8) skrivits till riksdagen där man kräver att socionomer i hälso- och sjukvård ska tilldelas legitimation och skyddad yrkestitel. Socialutskottets betänkande förslog dock att riksdagen skulle avslå detta krav (Betänkande 2005/06:SoU10). Sedan 1958 har Akademikerförbundet SSR krävt statlig legitimation för socionomer i hälso- och sjukvården. Legitimering har inte gått att uppnå för socionomer i hälso- och sjukvården och därför erbjuder Akademikerförbundet SSR istället auktorisation sedan 1998 (Svensson, 1998 s 71): "För socionomen innebär auktorisationen att kompetensen styrks och yrkesrollen blir tydligare./.../ Socionomen får en starkare ställning i förhållande till andra yrkesgrupper inom samma område." (Nämnden för Socionomauktorisering, 2007). Auktorisationen ses ibland som ett led i processen mot en legitimation. Socionomauktoriseringen regleras via Akademikerförbundet SSR medan en legitimation är statligt reglerad (Motion till riksdagen 2005/06:So8).

## Fortsatt framställning

För att sätta vårt arbete i ett sammanhang, kommer vi i nästkommande kapitel att presentera en översikt över tidigare forskning som har anknytning till uppsatsens syfte och frågeställningar. Detta kapitel har Carina Lindh haft övergripande ansvar över. Därefter följer ett kapitel kring teoretiska utgångspunkter, vilka vi även kommer att analysera vårt insamlade

material mot. Petra Lingheimer har haft det övergripande ansvaret över detta avsnitt. Efter detta följer metodkapitlet. Som en fortsättning på uppsatsen kommer vi att presentera en redogörelse av vårt insamlade material med tillhörande analyser, uppdelade i olika kapitel. Analyserna knyts sedan samman i våra slutsatser. Uppsatsen avslutas med en slutdiskussion. Dessa delar har båda uppsatsförfattarna genomfört gemensamt, vilket även gäller för uppsatsens inledningskapitel och för metodkapitlet.

## 2. Tidigare forskning

Tanken med detta moment är att ge en översikt över tidigare insamlad kunskap inom ämnesområdet. Under uppsatsarbetets gång har vi funnit en hel del litteratur som har berört sjukhuskuratorernas position. Den litteratur som har varit mest relevant för uppsatsens syfte och frågeställningar har vi valt att presentera i detta kapitel.

### Kuratorn förr och nu

Siv Olsson beskriver syftet med sin avhandling, *Kuratorn förr och nu* (1999), som att beskriva framväxten av det sociala arbetet inom hälso- och sjukvården i Sverige samt bidra till en ökad kunskap om sjukhuskuratorernas arbetssituation och arbetsuppgifter inom dagens hälso- och sjukvård. I avhandlingen beskrivs bland annat att individens behov av tillhörighet, identitet, makt och kontroll, säkerhet, status, prestige och avskildhet, tillfredsställs av att ha ett revir. Revir kan både vara fysiska och icke-fysiska. Fysiska revir är de revir som kan observeras direkt med våra sinnen, till exempel ett avgränsat område. Icke-fysiska revir är till exempel specifika arbetsuppgifter och metoder, en eller flera patientgrupper, problemområden och kompetensområden. Enligt Olsson har flera studier visat att revirstrider kan uppstå på arbetsplatser där olika yrkeskategorier arbetar i vårdteam kring en patient. Ju större revir man har inom organisationen, desto högre position har man. I sin avhandling har hon undersökt om sjukhuskuratorerna har strävat efter att utvidga, stärka sina revir eller har dragit sig tillbaka (Olsson, 1999 s 12-15).

Vidare visar avhandlingen att sjukhuskuratorerna bland annat har försökt att utestänga andra professioner från sina arbetsområden, genom att arbeta med att det ska vara rätt behörighet till kuratorstjänsterna. Att kuratorerna har rätt behörighet ligger även i linje med kuratorernas kamp för legitimation. En annan strategi har varit att kuratorerna har kämpat för att få primärvårdskuratorer, då det är viktigt att redan fånga upp patienterna i början av vårdkedjan. Men kuratorernas kämpade har inte alltid burit frukt enligt Olsson. Kuratorerna har misslyckats med att få legitimation, och anställningen av primärvårdskuratorer var inte så framgångsrik som kuratorerna själva hade önskat. Olsson menar att kuratorernas svårigheter att skapa sig ett revir kan hänga ihop med att arbetsområdet är brett och saknar en entydig teori att vila på. Kuratorernas strävan att vidareutbilda sig, till exempel inom psykoterapi, kan bland annat handla om att man som behandlare får en teoretisk bas att bygga sitt arbete på (ibid. s 186, 187).

Enligt Olsson har flera forskare däribland Rolf Torstendahl visat att det krävs en mycket omfattande vidareutbildning för att förvärva en högre position i en grupp. Det är dock oftast grundutbildningen som ligger till grund för var i hierarkin man hamnar (ibid. 22). Yrkesgruppernas olika positioner kan rangordnas i en hierarki. De yrkesgrupper som är i mitten av hierarkin har svårt för att nå en högre position och har även lätt för att förlora den de redan har. Olsson utgår i sin avhandling från att formell kompetens, arbetsuppgifternas svårighetsgrad och ekonomisk ersättning påverkar yrkesgruppernas positioner i organisationen (ibid. 16, 17).

Den som har en hög position är ofta ledare och styr de andra yrkesgrupperna. Enligt Olsson är makt detsamma som: ”att ha inflytande i sin arbetsorganisation och över sin arbetssituation. Den som har makt kan driva igenom sin vilja även om han eller hon möter motstånd” (ibid. s 17). Enligt Yeheskel Hasenfeld i Olsson kan ålder och erfarenhet öka en positionsinnehavares makt (ibid. 18, 19).

Vidare har Olsson (1999) undersökt kuratorernas position i förhållande till fem andra yrkeskategorier år 1955, år 1965 samt år 1975. Under alla mätningarna hade läkarna högst position eftersom de hade mest makt (inflytande) och högst anseende. Den yrkesgrupp som hamnade längst ner i hierarkin under de tre mättillfällena var arbetsterapeuterna. Sjukgymnasterna hamnade även i den lägre delen i hierarkin under mätningarna och konkurrerade under inga omständigheter med kuratorerna. Under det första mättillfället hade kuratorerna och psykologerna ungefär samma position i hierarkin. Men därefter förlängdes psykologernas utbildning och deras makt och anseende i sjukhusorganisationen höjdes. Deras utveckling fortsatte då de i slutet av 1970- talet fick legitimation och därmed stärkte sin position i hierarkin (ibid. s 147).

När det gäller kuratorerna och sjuksköterskorna hade de till en början ungefär lika lång grundutbildning, men därefter ökade längden på kuratorernas grundutbildning, samtidigt som behörighetskraven sänktes. Däremot höjdes behörighetskraven för sjuksköterskorna, vilket stärktes deras ställning i hierarkin. Vid sista mättillfället var läkarna först följda av psykologerna. Kuratorernas ställning var fortfarande högre än sjuksköterskorna trots att de sistnämnda hade stärkts (ibid. s 147).

## Yrkesidentitet i sjukvård- position, person och kön

Yrkesidentitet i sjukvård- position, person och kön (1998) är en slutrapport inom projektet: ”Yrkesidentitet i sjukvården” och syftar till att ge en bild av läkarens, sjuksköterskan och undersköterskans yrkesidentiteter. Undersökningen har utförts med hjälp av dagboksanteckning från de aktuella yrkeskategorierna, deltagande observationer och intervjuer (Pingel & Robertsson, 1998 s 14-16). Undersökningen visar att majoriteten av de manliga läkarna redan när de var unga, ville ha ett yrke med ”hög social status”. Sjuksköterskornas yrkesval hade i de flesta fall bestäms av att de visste att de ville arbeta inom vården (ibid. s 33-36). Över 80 procent av läkarna ansåg att möjligheter till att utvecklas professionellt på arbetsplatsen var god, och vidareutbildningar för läkare var självklar på arbetsplatsen. Sjuksköterskorna använde sig av en karriär- och kompetensstege, där vidareutbildning kan hjälpa till att komma upp ett par nivåer på stegen, vilket i sin tur påverkade lönenivån (ibid. s 42-45).

Undersökningen visar att de hierarkiska systemen inom sjukhusorganisationen vidmakthålls genom att samtliga yrkeskategorier själva anser att yrkena kan inordnas i en medicinskt definierad hierarki. Till exempel anser läkaren att denne har det överordnade ansvaret och därav ska ha högst lön. Sjuksköterskorna anser att deras kompetens även inkluderar det som undersköterskorna kan. Både läkaren och sjuksköterskan ser sig själva, och övriga yrkeskategorier, i ett hierarkiskt system där varje kompetensnivå bygger på någons kompetens samt inkluderar någon annans kompetens (ibid. s 66).

## Kuratorns arbete idag- och i morgon

Rapporten Kuratorns arbete idag- och i morgon (1997) har kommit till genom att en kompetensgrupp för kuratorsverksamheten i Landstinget i Värmland, har fått i uppdrag att kartlägga och beskriva kuratorernas arbete inom den värmländska hälso- och sjukvården. Som underlag har kompetensgruppen skickat ut två olika enkäter, en angående kuratorernas egen kompetens samt en annan om de egna arbetsuppgifterna (Landstinget i Värmland, 1997 s 3,4). Redovisningen av enkätsvaren visar att flertalet av kuratorerna inom Landstinget i Värmland har en genomsnittsålder mellan 40 och 50 år. Enkäterna visar att rörligheten inom yrkesgruppen är låg, vilket i sin tur gör att rekryteringsbehovet är litet. Däremot antas denna rörlighet öka om 15-20 år då nya kuratorer kommer att ersätta de som går i pension. Enligt enkäten har mer än en tredjedel av kuratorerna arbetat inom hälso- och sjukvården i 15 år eller mer. Enkäten visar vidare att kuratorerna inte har en naturlig karriärstege med erfarenhet och

vidareutbildning, utan man stannar i sin ursprungstjänst (ibid. s 24-26). 71 av de 91 kuratorerna som svarade på en av enkäterna, svarade att de arbetade i team med andra yrkeskategorier, men många av de övriga kuratorerna som inte ansåg att de kunde kalla sitt arbete specifikt för teamarbete, angav att de samarbetade med andra yrkeskategorier (ibid. s 36).

### Kuratorn- den sociala kompetensen inom hälso- och sjukvården

Kuratorn- den sociala kompetensen inom hälso- och sjukvården (1991) är en rapport från en forskningscirkel för kuratorer inom Malmö sjukvårdsförvaltning och uppkom i anslutning till en omfattande omorganisation av sjukvården. I denna framkom ett behov av att i ett framtidsperspektiv stärka den sociala kompetensen för sjukhuskuratorerna.

En av anledningarna till den omfattande omorganisationen var att bryta ner organisationen från att vara byråkratisk och hierarkisk till att omfatta mindre enheter för att på så sätt öka delaktigheten och möjligheten till snabba beslut. Rapporten visar dock att även om man organiserar verksamheten i mindre enheter, uppstår ändå hierarkier. Enligt Helena Ekdahl och Ann-Christin Gullacksen verkar det som att organisationen behöver denna struktur. Vidare menar författarna att det är vanligare att män organiserar sig enligt den hierarkiska strukturen, medan kvinnor däremot väljer mer horisontella organisationsmönster. Författarna resonerar utifrån att sjukhusorganisationen, trots en majoritet av kvinnor, i sina administrativa delar är mansdominerad. Detta innebär att männen till stor del styr organisationens struktur (Ekdahl & Gullacksen, 1991 s 11-13).

Som vi nämnt i uppsatsens problemformulering anser Ekdahl och Gullacksen att kuratorsrollen är diffus. En av orsakerna till detta menar författarna hänger ihop med själva yrkesrollen. Som kurator arbetar man många gånger självständigt och utan insyn från någon annan personalkategori och arbetet utförs även många gånger utanför avdelningen på ett enskilt rum. Kurators yrkesroll innehåller även många olika roller till exempel behandlare, patientombudsman med mera. Detta kan tillsammans dels skapa förvirring hos omgivningen och dels kan de olika rollerna bidra till oförenliga positioner. Därmed kan övriga yrkeskategorier ha svårt med att bilda sig en enhetlig bild av kuratorn. Författarna ställer sig frågan i rapporten: "Betraktas kuratorn ibland av vårdlaget som en "avvikare" som tassar omkring i marginalitetens gränsland?" (ibid. s 16). Vidare tar rapporten upp vikten av att kurators chef har samma yrke, för att kunna föra fram yrkeskompetensen inom organisationen. Denna chef,

chefskurator, behöver ha en tydlig och klar position inom sjukhusorganisationen (ibid. s 15-17).

## Sammanfattning

I ovanstående kapitel har framkommit att det inom sjukhushierarkin pågår en ständig kamp om positioner. De olika professionerna kämpar för att avgränsa sig och för att behålla och eventuellt utöka sina revir.

Avsnittet tidigare forskning har hjälpt oss att utkristallisera en rad begrepp som vi anser vara användbara i denna studie. De begrepp som vi funnit användbara är bland annat: position, hierarki, makt och revir. Utifrån dessa fynd menar vi att Pierre Bourdieus teoretiska perspektiv samt monopoliserings- och stängningsteorin kan hjälpa oss att analysera vårt material, eftersom dessa perspektiv kan ge förklaringar till hur positioner fördelas i grupper.



### 3. Teori

#### Val av teoretiska perspektiv

Vi har tagit uppsatsens teoretiska avstamp i Pierre Bourdieus tankegångar för att belysa varför kuratorns position ser ut som den gör i den somatiska sjukhushierarkin. Vi menar att hans förklaringar kring hur olika fält konstrueras och reproduceras kan hjälpa oss att förstå hur professioner kan nå olika positioner, samt hur makt skapas och vidmakthålls (Broady, 1983 s 381, 382).

Som komplement till Bourdieus resonemang har vi valt att använda oss av Raymond Murphys monopoliserings- och stängningsteori. Denna teori förklarar hur professioner utestänger varandra från olika kompetensområden genom att bland annat kräva rätt utbildning och erfarenhet.

#### Pierre Bourdieu; fält, symboliskt kapital, habitus och position

Enligt oss ligger styrkan i Pierre Bourdieus teori i hur han med hjälp av olika begrepp så som fält, symboliskt kapital, habitus och position, konstruerar en förklaring till varför olika fenomen ser ut på ett visst sätt samt hur de skapats och omskapas. Detta leder till att vi med hjälp av hans förklaringsmodeller menar oss kunna upptäcka hur de olika professionerna konstruerar sitt fält och positionerar sig inom detta.

#### *Fält*

Ett fält existerar när en grupp människor strider om något som är gemensamt för dem, detta kan vara antingen symboliska eller materiella tillgångar (Broady, 1990 s 270, 271). Bourdieu menar också att generella lagar finns för olika fält, dock förekommer speciella egenskaper som är typiska för varje fält. Inom de olika fälten finns stridigheter mellan nykomlingar, vilka vill undanröja hinder för inträde och de härskande som försöker försvara sitt monopol och utestänga konkurrens. Fältbegreppet är alltså ett redskap för konstruktioner av system av relationer mellan positioner. Detta begrepp tillåter undersökningar av olika områden som karaktäriseras av dominansförhållanden och som i sig är tillräckligt autonoma (ibid. s 276). Kampen står om hur fältet ska definieras. Denna kamp innefattar strider om vad som ska vara kännetecknande för fältet; det vill säga vem som ska få definiera fältet och vilket kapital som ska vara gångbart inom detsamma.

Vidare krävs det både insatser för att ett fält ska fungera, och människor som är beredda att spela spelet och vars habitus innefattar kunskap och erkännande gällande spelets lagar,

insatser med mera. De sociala relationerna på fältet kan analyseras som en kamp om positioner och dominans över de mest prestigefyllda positionerna.

Fältets struktur anses vara ett tillstånd mellan agenternas styrkeförhållanden och de institutioner inom vilka de är engagerade i. Detta är vad Bourdieu benämner som striden. Denna strid gäller fördelningen av det fältspecifika kapital som tidigare samlats och lagrats i föregående strider och som kommer att styra upplägget av framtida strategier. För att förtydliga, nämner Bourdieu att striden gäller bevarandet eller tillintetgörandet av strukturerna för fördelning av fältspecifikt kapital. (Bourdieu, 1992 s 41- 43).

### *Symboliskt kapital och habitus*

Enligt Bourdieu är kapital; värden, tillgångar eller resurser. Kapitalet måste inte vara materiellt, utan kan vara av symbolisk karaktär. Det symboliska kapitalet är det som andra i eller utanför gruppen erkänner som värdefullt, och kan till exempel utgöras av ”rätt” utbildning och ”rätt” titel. För att det symboliska kapitalet ska ha något värde så måste det finnas en marknad för det, det vill säga det måste finnas människor som uppfattar just mitt kapital som värdefullt (Broady, 1990 s 171, 172).

Olika former av kapital behövs alltså för att få tillträde till olika fält. Dessa fält interagerar med varandra, vidare menar Bourdieu att vilken position man förvärvar inom fältet bland annat är beroende av vilken sorts symboliskt kapital man har med sig in på detta fält, tillsammans med vilka normer som är rådande inom det aktuella fältet (Bourdieu, 1992 s 9, 10; Broady, 1990 s 171).

Bourdieu menar att kapitalbegreppet hänger nära samman med begreppet habitus, eftersom habitus är en av kapitalets existensformer. Enligt Bourdieu är habitus ett dispositionssystem som är resultatet av erfarenheter och kollektiva minnen, som formats under livets gång (Broady, 1990 s 228, 229). Vidare beskrivs habitus som ett system av varaktiga och överförbara förhållningssätt. Dessa förhållningssätt interagerar med individens tidigare förhållningssätt och fungerar som ett mönster för dennes sätt att uppfatta, värdera och agera (Brante & Fasth, 1982 s 40).

### *Position*

En position innehas inom ett fält och grundar sig bland annat på en persons symboliska kapital, vilket även innefattar dennes habitus. Enligt Bourdieu måste man studera positioner som system. En position ”definieras av sina relationer till andra positioner, eller rättare sagt av sin plats i hela systemet av relationer mellan positioner” (Broady, 1990 s 275). Positioner i

samhället och i arbetslivet får sin mening genom att man sätter dessa i relation till andra positioner. En förutsättning för att det finns överordnande positioner är att det finns underordnade (Broady, 1983 s 45,46). Olika kapital fördelar sig mellan positioner som intas av agenter vilka har en benägenhet för motsvarande ställningstagande och beteende (Callewaert, 1999 s 369).

I denna studie ser vi vårdteamet som ett fält där de olika professionerna kämpar om olika positioner och den makt som följer med dessa.

### Raymond Murphy; monopoliserings- och stängningsteori

Raymond Murphy har vidareutvecklat Max Webers stängningsteori - social closure (Hellberg, 1991 s 12). Enligt Weber är en organisation hierarkiskt uppbyggd och kan liknas vid en pyramid. Weber menar att den som har makt kan tvinga andra till lydnad, medan den som har auktoritet åtlöds frivilligt. Weber menar även att varje anställd i en organisation ska ha en specialiserad utbildning, och behöver vidare ha ett klart angivet kompetensområde, med tydliga befattningsbeskrivningar (Andersson, 1994 s 26, 27).

Ur Webers tankar har Murphy vidareutvecklat sin monopoliserings- och stängningsteori. Murphy tar avstamp i Webers egna ord:

Not ideas, but material and ideal interests, directly govern men's conduct. Yet very frequently the "world images" that have been created by "ideas" have, like switchmen, determined the tracks along which action has been pushed by the dynamic of interests (Murphy, 1988 s 1).

Utifrån denna Webers föreställning resonerar sedan Murphy kring vad spåren i denna liknelse är. Spåren är bestämda av världens föreställningar, längs vilka verksamhet skjuts framåt av dynamiken i olika intressen. Hans slutsats är att dessa spår inte är något annat än koder för social stängning; formella eller informella, offentliga eller hemliga regler som styr över utövandet av monopoliseringen och uteslutandet.

Vidare menar Murphy, i sin tolkning av Weber, att resultatet av dynamiken längs dessa spår, styrt av olika intressen, har resulterat i utvecklandet av monopoliseringssystem. Dessa system leds av dem som har de rätta betygsdokumenten och referenserna, vilka verkar för utestängandet av dem som inte har detta. Utestängningsregler baserade på erfarenhet och antalet tjänsteår, tillsammans med dynamiken i olika intressen har drivit på en rörelse mot monopolisering av dem som har erfarenhet och många tjänsteår, på bekostnad av de unga (Murphy, 1988 s 1- 4).

Professionernas stängningsstrategier sker inom två områden, dels monopolisering av kunskap och dels monopolisering av positioner. Den grupp som har monopol på ett

kompetensområde kan utestänga andra grupper genom att definiera dem som underordnade och icke kvalificerade. Enligt Murphy legitimeras utestängningarna genom olika ”koder”, exempelvis, lagar och bestämmelser, utbildning och kön. Genom att koden förts in i lagtexten har stängningen lyckats. Inkräkting innebär att en utestängd grupp försöker tränga in i andra gruppers arbetsområden och exempelvis komma över arbetsuppgifter som kan ge dem fördelar (Olsson, 1999 s 7, 8). Murphy menar att utestängning logiskt hänger ihop med inkräkting och benämner detta som den duala stängningsstrategin (Hellberg, 1991 s 13). Vidare menar Murphy att de professionellas stängning och monopolisering måste sättas in i ett samhälleligt sammanhang. Enligt monopoliserings- och stängningsteorin är professionaliseringsprocessen en ständig dragkamp mellan professioner och andra intressen i samhället (Olsson, 1999 s 8).

Murphy intresserar sig för vad som gör att ”spårväxlarna” byter spår. Dessa ”spårväxlare” är världens föreställningar, som bestämmer utestängningsspåren längs vilka monopolistisk verksamhet skjuts framåt av dynamiken i olika intressen. Han föreslår att -trots att han menar sig vara medveten om att många faktorer spelar in- det i huvudsak är en kreativ reaktion från de utestängda som leder till detta. Dessa reagerar i sina egna intressen mot sin utestängning. Alltså bildas nya idéer och världsbilder som slutligen ändrar koderna för utestängning. Murphy menar att nya idéer och världsbilder formas som en produkt av den här reaktionen och kampen, detta kan eventuellt leda till att man överger nuvarande spår av utestängning, samtidigt som det resulterar i att nya sådana spår läggs ut (Murphy, 1988 s 1- 4).

## Sammanfattning

Vi anser att Bourdieus och Murphys tankar stärker varandra genom att Bourdieu beskriver striden, det vill säga kampen om makt inom fälten och mellan fälten medan Murphy tar upp professionernas utestängningsmekanismer. Med hjälp av de valda perspektiven hoppas vi nå förståelse och förklaringar i vårt empiriska material.

För att förklara kampen om makt om positioner inom fältet menar vi att följande nyckelbegrepp: fält, symboliskt kapital och habitus, position, utestängning respektive inkräkting, kommer att vara vägledande i våra analyser.

## 4. Metod

Innan vi kommer att presentera vår resultatredovisning med tillhörande analyser, kommer vi i detta kapitel att redogöra för hur vår undersökning gått till samt föra en diskussion kring den metod vi valt.

### Val av intervjupersoner

För att även få andra professioners syn på kuratorns position i sjukhushierarkin valde vi att förutom kuratorer, intervjua läkare och sjuksköterskor. Vi planerade att intervjua totalt 12 personer från de tre valda professionerna. Vi skickade ut informationsbrev, se bilaga 3, till kuratorssamordnare på två stora sjukhus i Skåne. Vi var medvetna om att dessa personer genom detta tillvägagångssätt skulle komma att utgöra så kallade ”gate-keepers”, vilka till viss del skulle selektera den personal vi fick tillgång till att intervjua. Vår tanke var att vår undersökning genom detta tillvägagångssätt skulle vara förankrad och legitim i organisationen. Redan i ett tidigt stadium tackade en av kuratorssamordnarna nej till medverkan, å alla professioners vägnar, på grund av för hög arbetsbelastning. Däremot tipsade denne oss om att istället vända oss till mindre sjukhus i Skåne.

Då det visade sig vara svårt att finna tillgängliga och intresserade intervjupersoner, även på de mindre sjukhusen, har vi även sökt upp och funnit några intervjupersoner via våra personliga kontaktnät inom sjukvården. Två av läkarna som vi kom i kontakt med arbetade i dagsläget på vårdcentraler i Skåne. Trots detta valde vi att genomföra dessa intervjuer för att fylla den kvot som vi ställt upp för yrkeskategorin. Efter ett par veckors sökande efter intervjupersoner, kom vi dock i kontakt med fler läkare på sjukhus som var villiga och intresserade att ställa upp på intervju. Därför blev vårt intervjumaterial något större än vad vi inledningsvis tänkt oss. Totalt genomfördes 13 intervjuer. Det krav vi hade på intervjupersonerna var att de skulle arbeta/ha arbetat i team. De olika intervjupersonerna behövde dock inte arbeta i samma team.

### Upprättande av intervjuguide och genomförande av intervjuer

Intervjuerna genomfördes under april 2007. Dessförinnan konstruerade vi en intervjuguide, se bilaga 1. Till grund för denna låg de valda teoretiska perspektiv som vi beskrivit i föregående kapitel. Intervjuguiden delades upp i följande teman: Profession och symboliskt kapital; Revir; Position och hierarki inom fältet och slutligen Monopoliserings- och stängnings-

strategier. Varje intervjusituation inleddes med att vi presenterade oss själva och klargjorde uppsatsens syfte. Vi frågade om det gick bra att banda intervjun och förklarade att banden endast var till för utskrift och analys av intervjumaterialet, och att de därefter skulle förstöras. Varje intervju tog mellan 30-45 minuter.

### Tillvägagångssätt vid bearbetning och analys av intervjumaterialet

Samtliga 13 intervjuer har bandats och skrivits ut så ordagrant som möjligt. Fördelen med detta tillvägagångssätt är att man inte missar något av det som sagts, nackdelen kan vara att en utskrift av det talade ordet ibland kan ge en orättvisande bild av den intervjuade. Detta eftersom en utskrift av talspråk kan framstå som förvirrat och osammanhängande. Steinar Kvale menar att man kan skriva om intervjun till mer flytande skriftlig form. (Kvale, 1997 s 158). Vi har gjort en mycket varsam redigering av vissa citat, där vi endast tagit bort uttryck som: öh, hum, alltså och så vidare. Vi har valt att göra detta på grund av respekt för intervjupersonerna och för att få texten att flyta, samtidigt har vi försökt vara noga med att inte förvansa intervjupersonernas uttalanden.

För att intervjumaterialet ska bli mer lästlöst och överskådligt har vi valt att ge intervjupersonerna fingerade namn. Första bokstaven i det fingerade namnet indikerar vilken profession vederbörande tillhör. Kuratorerna har vi döpt till: Kajsa, Kerstin, Klara och Kristina. Läkarna har vi döpt till Laura, Lillemor, Leif, Lennart och Lorenz. Slutligen har vi döpt sjuksköterskorna till Sanna, Sofie, Signe och Siv. Alla intervjupersoner, förutom Leif och Lorenz som arbetar inom primärvården, arbetar inom den somatiska sjukhusorganisationen i Region Skåne.

### Metodreflektion

Till vår undersökning har vi valt en kvalitativ metod, där vi använt oss av personliga intervjuer med semistrukturerade frågor, då vi bland annat ville ge den intervjuade möjlighet att utveckla sina egna tankar och funderingar under intervjun, dock inom av oss givna ramar (Denscombe, 2000 s 135). I likhet med vårt resonemang menar Kvale: ”om man vill veta hur människor uppfattar sin värld och sitt liv, varför inte prata med dem?” (1997 s 9). Vidare får vi som intervjuare vid en personlig kontakt med våra intervjupersoner mer information än bara det sagda ordet, via kroppsspråk, mimik och så vidare (Svenning, 2000 s 113). Vi tänker oss att den kvantitativa metoden inte skulle ha givit oss det fylliga material med personliga beskrivningar, som vi anser oss behöva i vår undersökning. Målet med vår undersökning är att

söka förståelse angående kuratorns upplevelse av sin position inom sjukhushierarkin, vilket vi tror, görs bäst genom att intervjua berörda professioner var för sig.

Anledningen till att vi föredrar intervjua en person åt gången före gruppintervjuer, är att vi tror att vi får mer sanningsenliga svar från intervjupersonerna och att dessa möjligen vågar lämna ut sin egen och andra professioner i högre grad än om de hade intervjuats tillsammans. Vidare är det svårare att rent praktiskt samla alla professioner vid ett och samma intervjutillfälle. Ytterligare en svårighet med gruppintervjuer, i vårt fall, är att det i sjukhushierarkin troligen råder asymmetriska maktrelationer och intressekonflikter, vilket skulle kunna leda till att gruppintervjuer kan sätta igång processer som varken vi eller de önskar (Kjær Jensen, 1995 s 82-84).

Med anledning av uppsatsens syfte kan man tänka sig att deltagande observationer hade varit ett möjligt metodval. Som vi ser det, hade vi endast haft nytta av att studera professionernas interagerade vid teamträffarna. Men det var främst tre faktorer som ledde till att vi inte valde denna metod. För det första tror vi att det finns risk för att vi får en snedvriden bild av professionernas positioner i vårdteamen. Detta eftersom man vid teamträffarna utgår ifrån patienternas behov, vilket leder till att professionernas tyngd och deltagande varierar, och helhetsbilden därmed går förlorad (Denscombe, 2000 s 171). För det andra bedömer vi att uppsatsens tidsramar sätter upp begränsningar för att hinna med att samla in det material från observationerna som vi behöver för att tillförsäkra uppsatsen en vetenskaplig grund. Slutligen menar vi att vi med vår närvaro vid teamträffarna, kunde ha bidragit till att professionerna agerat annorlunda än om vi inte varit där. Att bli ”osynlig” på en arbetsplats tar längre tid än vad vi skulle ha haft till vårt förfogande (ibid. s 173).

Vid intervjutillfällena använde vi, förutom frågorna från vår intervjuguide, oss av ”Kuratorernas positionstrappa”, se bilaga 2. Denna modell är tagen från Siv Olssons avhandling, Kuratorn förr och nu (1999 s 167). Under intervjun ombads intervjupersonen att placera sig själv samt övriga professioner i positionstrappan, samt motivera placeringarna.

## Metodens förtjänster och begränsningar

En av anledningarna till att vi valt en kvalitativ metod är att vi tänker oss att de valda professionerna kan ha olika syn på och uppfattningar om olika företeelser i sjukhushierarkin. Med en kvalitativ metod blir det insamlade materialet rikt och detaljerat, eftersom intervjupersonerna får möjlighet att relativt fritt, dock inom av oss givna ramar, uttrycka sina

tankar och funderingar. En annan fördel med den kvalitativa intervjun är att empirin är direkt förankrad i verkligheten (Denscombe, 2000 s 259-261).

Å andra sidan kan en del begränsningar också skönjas. Ett exempel är att tolkningen av allt insamlat material, både vid en kvalitativ och vid en kvantitativ metod, är en produkt av forskarens person. Detta avfärgar sig både i insamlingsprocessen och i den färdiga produkten. Det finns även risk att intervjupersonernas förklaringar kan bli förenklade genom att forskaren i analysarbetet tonar ner delar av materialet eller är återhållsam med material som inte stödjer dennes tes. Slutligen kan det finnas en risk att det insamlade materialet vid analysarbetet, lyfts ur sitt sammanhang och kan ges en annan mening och innebörd än vad intervjupersonen menade vid intervjutillfället (ibid.).

En annan aspekt att tänka på vid en intervjusituation är att vi som socionomer/kuratorer inte är neutrala, utan kan anses som jäviga för de andra professionerna. Detta kan leda till att de andra professionerna tillrättalägger sina svar vid intervjuerna, och en del av sanningsenligheten kan därmed gå förlorad. Denna företeelse kallad social önskvärdhet, i vårt fall personlig önskvärdhet, kan innebära att läkarna och sjuksköterskorna uppvisar ett beteende och ger oss svar som de tror är önskvärda för vår profession (Björkman, 1979 s 35, 36).

## Etiska överväganden

Som intervjuare bör man vara medveten om den maktposition som man faktiskt innehar, bland annat genom det tolkningsföreträde man har av det sagda ordet. Även i en situation där en intervjuperson inte upplever sig som utlämnad och/eller underlägsen intervjuaren, så kan detta tolkningsföreträde innebära en obehaglig känsla för den intervjuade (Starrin & Renck, 1996 s 72).

Vi försökte vara noga med att informera intervjupersonerna om uppsatsens syfte, hur vi tänkte behandla det insamlade materialet och vi försäkrade samtliga intervjupersoner anonymitet, allt för att de skulle känna sig trygga i intervjusituationen. Vi har även, vilket Denscombe (2000 s 251) anser vara en styrka i forskningen, låtit intervjupersonerna ta del av undersökningsresultaten för att kunna komma med eventuella synpunkter på de föreslagna förklaringarna.

Vi var båda närvarande vid samtliga intervjuer, vilket vi är medvetna om kan innebära en ojämlig maktsituation. Men vi tror att dels är de berörda professionerna som vi intervjuade förtrogna med liknande händelser, som till exempel undervisningssituationer, och dels tror vi



att med hjälp av att vara två intervjuare kunde komma åt ett rikligare informationsmaterial under intervjuernas gång (Trost, 1997 s 44). Så även om vi är medvetna om tillvägagångssättets nackdelar, anser vi att fördelarna uppväger dessa.

## Litteraturinsamling och källkritik

För att söka kunskap om det aktuella forskningsfältet har vi kontinuerligt under uppsatsarbetet sökt efter relevant litteratur på bibliotek, via olika databaser samt via Internet. En stor del av den litteratur som vi har tagit del av har skrivits under 1990-talet. Vi har ändå valt att ta med denna litteratur eftersom de nyare verken vi har funnit, inte har berört ämnet lika djupt som de äldre.

Vi har försökt att i möjligaste mån använda oss av originalverk, men i vissa fall har vi tagit del av andrahandskällor som har förtydligat och förklarat originaltexterna. I dessa fall har vi använt oss av, vad vi tycker, välrenommerade författare som har förekommit i många olika texter. I de fall då vi har sökt information via Internet, så har vi använt oss av sidor som är välkända och nyligen uppdaterade. Detta för att säkra uppgifternas tillförlitlighet och sanningsenlighet.

## Resultatens tillförlitlighet

Forskningen är "självmedveten". Det innebär att resultaten med nödvändighet är mer provisoriska och försiktiga, eftersom forskningen bygger på den grundläggande premisen att resultaten snarare är en produkt av forskaren än ett avslöjande av fakta. (Denscombe, 2000 s 261).

Vår uppsats är ett litet nedslag i verkligheten och vi kan inte dra några långtgående generella slutsatser, eftersom vårt intervjumaterial är relativt litet, då vi har valt en kvalitativ metod. Men detta tycker vi dock uppvägs av det faktum att vi vid intervjutillfällena fick direkt tillgång till den intervjuades syn på verkligheten.

Vi var medvetna om att våra personligheter skulle komma att färga av sig både vid intervjutillfällena och i analysarbetet (Denscombe, 2000 s 261). Vi har försökt att minimera alltför olika tolkningsmöjligheter vid intervjutillfällena och i analysarbetet, genom att båda närvara och vara aktiva vid samtliga intervjutillfällen och göra analyserna tillsammans. Om någon annan med hjälp av vår intervjuguide skulle genomföra en liknande studie med berörda professioner, så skulle vederbörande möjligen inte komma fram till exakt samma slutsatser som vi har gjort, beroende på att råmaterialet vi kommer åt, dels är situationsbaserad färskvara och dels i analysarbetet tolkat och färgat av oss som forskare (Svenning, 2000 s 63).

## 5. Fält och symboliskt kapital

Uppsatsens resultatredovisning och tillhörande analyser presenteras i nästkommande fyra kapitel. Denna del av uppsatsen inleds med en beskrivning av det fält där undersökningen har skett och en beskrivning av professionernas symboliska kapital. Varje kapitel representerar ett tema som är valt utifrån vår empiri, tidigare forskning och uppsatsens teoretiska utgångspunkter. För att kunna göra jämförelser mellan de olika professionerna och för att göra materialet överskådligt, har vi valt att presentera varje profession för sig.

### Fält

För att söka möjliga förklaringar till kuratorns position i sjukhushierarkin och förståelse för vad denna grundar sig på, vill vi här försöka skissa upp fältet där kuratorn verkar.

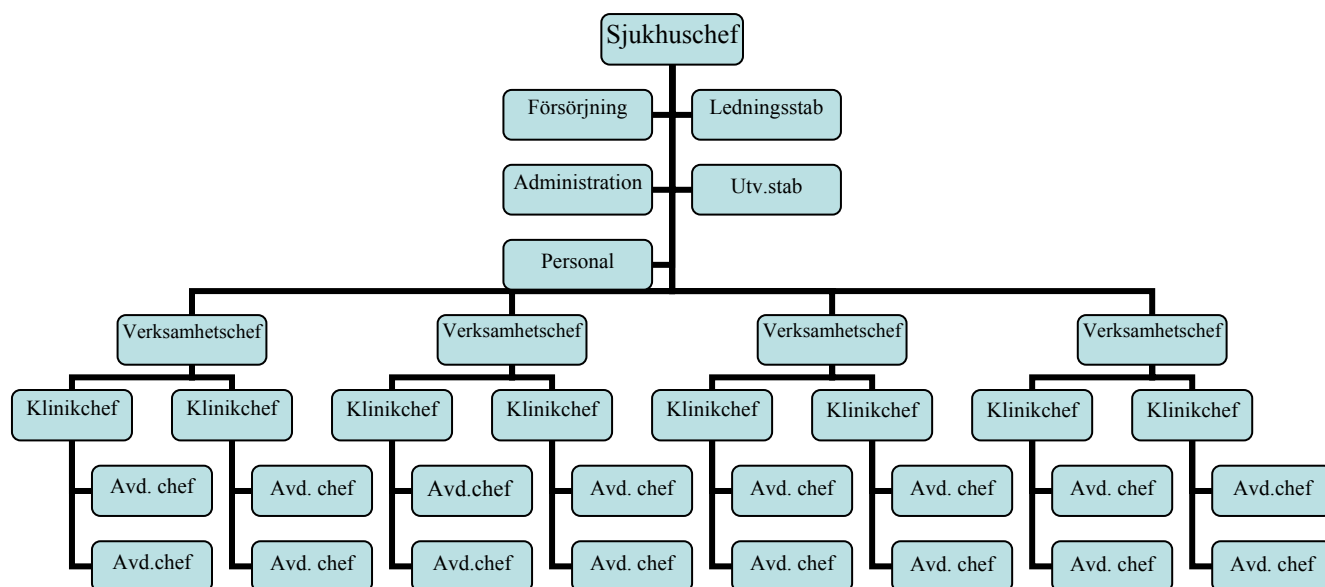
#### *Sjukhusorganisationen*

För att bringa klarhet i vad vi menar med sjukhusorganisation, vill först definiera vad organisation är:

Två eller flera individer som genom arbetsdelning försöker lösa uppgifter och nå målsättningar. Organisationer har fasta roller och positioner för alla medlemmar. Förbindelsen mellan medlemmarna utgör organisationens *struktur*, ett mönster av kommunikationslinjer. Strukturen visar den form som organisationen har. Denna form är vanligtvis hierarkisk, den ser ut som en pyramid, där toppledaren har flera underordnade som i sin tur kan ha människor under sig. (Greve, 1997 s 318).

Inom den somatiska sjukhusorganisationen ryms olika nivåer. Sjukhusorganisationen kan ses som en strikt hierarkisk pyramidorganisation som leds av sjukhuschefen. Varje verksamhetsområde leds av en verksamhetschef som kan beskrivas vara sjukhuschefens ”förlängda arm”. Under varje verksamhetsområde finns två eller flera kliniker som leds av varsin klinikchef/enhetschef. Inom varje klinik ryms en eller flera avdelningar. Avdelningsföreståndaren har det övergripande ansvaret på avdelningen, där teamarbete kan förekomma.

Sjukhuset i sig utgör ett fält. Huvudmålet för sjukhuset i stort är att behandla patienters ohälsotillstånd så att dessa ska må bättre. Det medicinska styr alltså, enligt oss, diskursen inom detta fält.



Vi har valt att presentera en generell översikt av den somatiska sjukhusorganisationen som är baserad på organisationsscheman från de tre olika sjukhus i Skåne som flertalet av intervjuerna har skett på. Anledningen till att vi valt att göra en generell översikt är för att tillförsäkra intervjupersonerna fullständig anonymitet.

### *Vårdteam*

Inom sjukhuset finns ett annat fält, vårdteamet, som består av olika professioner som ser till patientens helhetssituation.

Rolf-Petter Larsen beskriver att det som skiljer ett team från andra grupper är att det främst består av människor som utifrån skilda kompetensområden samarbetar mot gemensamma mål. Mål är ofta av yrkesmässig art och innebär bland annat lön för arbete och prestige. Ett team verkar normalt inom ett organisationsbaserat eller socialt system som har etablerat eller valt teamet. Ett team verkar alltid i en organisationsmässig och samhällsmässig kontext. Vidare utvecklar ett team förhållningssätt och normer för det interna beteendet, en intern maktstruktur, roller, formella och informella mål (Larsen, 2003 s 13, 14).

Enligt Universitetssjukhuset i Malmö (MAS) hemsida definieras vårdteam som team, som ser till patientens helhetssituation och är sammansatta av personer från en rad olika yrkeskategorier, till exempel arbetsterapeut, kurator, läkare, psykolog, sjukgymnast och sjuksköterska (Region Skåne, 2003).

Det är alltså sjukhuset som har valt och etablerat vårdteamet. Vårdteamet i sig utvecklar ett eget förhållningssätt med en intern maktstruktur. Eftersom vårdteamet är tvärprofessionellt så blir kampen om vem som får definiera detta fält, enligt oss, otydligare.

## Symboliskt kapital

För att kunna vara med om att definiera samt positionera sig inom fälten, krävs att man som agent innehar ”rätt” symboliskt kapital, eller i varje fall ett kapital som går att konvertera till ett för fältet gångbart kapital. I denna studie avser vi med symboliskt kapital professionernas utbildning, kompetens och erfarenhet tillsammans med ålder. För att förstå professionernas agerande inom fälten och varför de gör de uttalanden som de gör, är vi intresserade av att undersöka hur deras symboliska kapital ser ut.

## Professionernas symboliska kapital

### Kuratorerna

Alla fyra intervjupersoner är kvinnor mellan 39 och 61 år. De har varit yrkesverksamma som kuratorer mellan 12 och 36 år. Samtliga kuratorer har socionomexamen och Kajsa, Kerstin och Kristina har vidareutbildning. Kristinas vidareutbildning består av en tio poängs påbyggnadskurs. Kajsa har steg-ett-utbildning i psykoterapi samt pedagogik, samtalsmetodik och en handledareutbildning i socialt arbete. Kerstins vidareutbildning består av steg-ett i psykoterapi och familjeterapi, och hon har ägnat sig åt vidareutbildning inom psykosomatik under de senaste tio åren, hon har också fått diverse internutbildningar på sina arbetsplatser under senaste 36 åren. Hon har även en befattning som chefskurator och funktionsföreträdare för kuratorerna i sitt arbetsdistrikt.

### Läkarna

Av de fem intervjupersonerna är två kvinnor och åldern ligger mellan 37 och 61 år. De har varit yrkesverksamma som läkare mellan 6 och 33 år. Två av läkarna arbetar i dagsläget på vårdcentral. Samtliga läkare är legitimerade. Lennart, Laura och Lorenz är specialister, varav en av dessa; Lennart är specialist inom två olika områden. Leif och Lillemor är under specialistutbildning. Lennart och Laura har överläkartjänst, och Lorenz är verksamhetschef inom primärvården.

## Sjuksköterskorna

Alla fyra intervjupersoner är kvinnor mellan 24 och 52 år. De har varit yrkesverksamma som sjuksköterskor mellan 1 och 26 år. Samtliga sjuksköterskor har sjuksköterskeexamen. Sanna och Sofie är nyexaminerade sedan ett år tillbaka, och ingen av dem har någon vidareutbildning. De andra två sjuksköterskorna, Siv och Signe, har läst till sjuksköterska före utbildningen blev treårig. Dessa sjuksköterskor har kortare vidareutbildning inom sina vårdområden, och Signe har en befattning som koordinator för en viss patientgrupp.

## Sammanfattning

Denna genomgång har visat att kuratorer och läkare som grupp är något äldre än sjuksköterskegruppen. Vad gäller utbildning så har läkarna den längsta grundutbildningen. Något som är värt att notera är att två av sjuksköterskorna endast har den äldre tvååriga grundutbildningen. Då det gäller vidareutbildning har två kuratorer omfattande vidareutbildning, varav den ena kuratorn har mycket omfattande vidareutbildning. Samtliga läkare är, eller håller på att utbilda sig till specialister. De två sjuksköterskorna med den kortare grundutbildningen har kortare vidareutbildningar. Slutligen har kuratorerna och läkarna mer arbetslivserfarenhet inom sina yrkesområden än vad sjuksköterskorna har.

Bourdieu's begrepp fält och symboliskt kapital är alltså analytiska redskap, genom vilka vi kommer att analysera vårt insamlade material. Som komplement till dessa kommer vi även att använda oss av Murphys tankar kring hur olika professioner kan utestänga respektive inkräkta på varandras revir inom de olika fälten.

## 6. Positionering inom fältet

### *Teamarbete och teamledare*

I denna studie vill vi försöka förstå vårdteamet utifrån Bourdieus fältbegrepp. Vi tänker oss att vårdteamet är ett fält i sjukhusfältet. Enligt Bourdieu förekommer stridigheter om positioner inom varje fält. Professionernas stridigheter och strategier för detta, menar vi blir tydliga i teamarbetet. Därför är vi intresserade av professionernas erfarenheter av teamarbete samt vilken/vilka professioner som kan nå positionen som teamledare i vårdteamet.

### Kuratorerna

Samtliga kuratorer arbetar i team nu, men Kajsa vill inte benämna arbetet som riktigt teamarbete, utan mer som ”teamliknande”. Hon säger: ”jag vill inte säga att vi arbetar i vad jag kallar ett riktigt team, där måste finnas mer kontinuerlighet och närhet i den kontakten”. Kuratorerna har mellan 11 och 30 års erfarenheter av teamarbete.

På frågan hur teamkonstellationen ser ut på deras arbetsplatser, svarar Klara:

I teamen ingår alltid läkare, sjuksköterska, undersköterska ibland. Arbetsterapeut, sjukgymnast, neuropsykolog och kurator. Ibland logoped och dietist ifall det behövs för patienten.

Även Kristina beskriver teamkonstellationen utifrån liknande rangordning av de olika professionerna, med läkaren först och kuratorn sist.

När vi frågar om det finns någon teamledare i deras team och vilken profession denne i så fall tillhör svarar Kajsa, Kerstin och Klara att det är läkaren som är teamledare. Enligt Kerstin och Klara är läkaren självutnämnd teamledare på deras arbetsplatser, medan Kajsa själv agerar teamledare då läkaren inte är närvarande vid teamträffarna på hennes arbetsplats. Kajsa beskriver att det då är hon som har ansvaret att boka lokaler samt planera vilka patienter som ska tas upp vid teamträffen. Kristina benämner läkaren som medicinskt ledningsansvarig men inte som teamledare. Vem som leder detta team beror istället, enligt Kristina, på teamets olika personligheter och detta team kan ledas bland annat både av kuratorn eller sjuksköterskan.

### Läkarna

Alla tre sjukhusläkarna arbetar i team nu, medan Leif och Lorenz, som arbetar på vårdcentral inte arbetar i team i dagsläget. Däremot svarade Lorenz att han hade ingått i ett femton år långt teamarbete på vårdcentralen, vilket avslutats för ett år sedan. Sjukhusläkarna har arbetat i team mellan 2,5 år och 10 år.

Då läkarna ska beskriva vilka professioner som ingår i det team som de arbetar i, utelämnar samtliga tre sjukhusläkare sig själva i beskrivningen. Ett exempel på en sådan beskrivning är Lauras: ”././ sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och som jag brukar säga sist men inte minst kuratorn. ././”

På frågan om vem som är teamledare i det team de arbetar/arbetade i svarar fyra läkare att läkaren är teamledare. Laura beskriver detta på följande sätt:

Jag får väl tala å mitt yrkes vägnar, det är väl ändå så att det är de flesta läkarnas önskemål att de andra accepterar att det är så, det är ju ändå vi som har det största ansvaret. Det är ju ändå vi som kan råka mest illa ut om något blir fel. Och det kräver ju också att vi blir accepterade som ledare och att de andra lyssnar på oss, och i vissa fall gör som vi säger eftersom vi trots allt har det yttersta ansvaret som jag ser det. Det är både en börda och det ingår i mina arbetsuppgifter, jag har ju trots allt den högsta lönen. Jag får betalt för att ta ansvar.

Däremot svarar Lorenz att det var arbetsterapeuten som var teamledare i det team han tidigare arbetade i: ”././ det var arbetsterapeuten, som höll i detta, hon skötte kallelser till patienten och förde statistik på hela uppföljningen, så att man kunde utvärdera det hela ././”

### Sjuksköterskorna

På frågan huruvida sjuksköterskorna arbetar i team svarar Sanna, Signe och Siv att de arbetar i team, medan Sofie säger: ”vi är ju indelade gruppvis, men vi jobbar ju inte i team, egentligen”. Dock arbetar Sofie på samma avdelning som Sanna, som anser sig arbeta i team. De tre sjuksköterskor som anser sig arbeta i team har arbetat på detta sätt mellan 1 år och 6 år. På frågan hur teamkonstellationen ser ut på sjuksköterskornas arbetsplatser svarar Siv:

Det är ju alla som är runt omkring patienten för att det ska bli en så individuell vård som möjligt. Sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare, sjuksköterska, undersköterska, neuropsykolog, logoped. Har jag glömt någon... ja kuratorn.

När vi frågar de tre sjuksköterskor som anser sig arbeta i team, om det finns någon teamledare i det teamet så svarar samtliga att det är läkaren när denne är närvarande men samtidigt poängterar Signe: ” ././ att det är sjuksköterskan som har den positionen när inte läkaren är med.” Vidare berättar Signe: ”Jag tycker inte att det är viktigt vem det är som är teamledare. Jag tycker det viktiga är att alla ska känna att man är lika delaktig.”

### *Professionernas placeringar i positionstrappan*

Intervjupersonerna har fått placera sig själva och övriga professioner i vårdteamet i en positionstrappa, se bilaga 2. Vi har även frågat intervjupersonerna om positionen är statisk eller om den går att förändra.

## Kuratorerna

Utifrån positionstrappan placerar Kajsa läkaren på steg fem och övriga fem professioner på steg fyra. Kajsa berättar hur hon resonerar:

Jag kan tänka mig sexan, då ser alla upp till att det är det som gäller i första hand. Jag vill nog sätta, det är ju ett sjukhus, det medicinska vi utgår ifrån, läkaren det är det som ligger högst./../Sen tycker jag att det har ändrat sig. Jag sätter inte läkaren högst upp, jag vet inte vem som ska vara högst upp, eller om där överhuvudtaget ska vara någon högst upp./../ Men nu är det något annat synsätt, där det inte är så uppdelat. Detta har märkts genom attityder, sättet man pratar med varandra, hur man ger och tar. Jag tror också att, vi eller de som har känt att de har legat under läkaren många gånger själv har satt sig i positionen att ligga under läkaren.

I likhet med Kajsa, placerar Klara läkaren ett steg över de övriga fem professionerna. Klara tänker högt när hon placerar ut de olika professionerna:

Då är sex det högsta, då är man the big boss?! Då kan vi sätta först läkaren. Jag är ingen alls hierarkimänniska, jag tycker att alla är lika mycket värda./../ men jag hade velat sätta läkaren på samma, men det är inte så./../ För patientens skull, tycker jag inte om det här. Och jag är här för patienten. Så alla andra kommer här (steg fem, egen anm.). /../ inget kommer ut från avdelningen om inte, känns det som, om inte läkaren har godkänt det.

Även Kerstin placerar läkaren allra högst upp i trappan: ”Alltså, läkarna har ju här i somatiken högst position...och psykolog har vi ingen.” Direkt under läkaren placerar Kerstin sjuksköterskan, följt av kuratorn på nästa steg. På nästa steg, steg tre, kommer sjukgymnasten följt av arbetsterapeuten på steg två: ”Arbetsterapeut har vi i stort sett inte förresten...”

Som de övriga kuratorerna placerar Kristina läkaren över de andra professionerna. Kristina sätter läkaren på steg sex, följt av psykolog och kurator på steg fem, sjuksköterska på steg fyra och slutligen arbetsterapeut på steg tre.

## Läkarna

När Leif ska placera in de olika professionerna i positionstrappan, resonerar han kring hur han önskar att det skulle se ut på vårdcentralen. Leif vill ha läkaren på steg sex och övriga professioner på steg fem:

Läkarna har ju den avgörande rollen, eftersom det är de som bestämmer det medicinska, så då ska de ju vara längst upp. Sen tycker jag att alla andra ska egentligen sitta på ett steg sen, men så är det ju inte.

Leif resonerar vidare:

Nu är vi i en gemenskap allihop, vi känner till att alla finns, annars glömmer man lätt bort att det finns kurator. Det har hänt på flera ställen att vårdcentralen har glömt bort dem, för att de har hamnat i en källare, eller något sånt där. Så börjar de remittera till andra kuratorer runt om på stan, istället för den som sitter hos dem.



Leif placerar ut de olika professionerna i trappan, utifrån hur det ser ut på vårdcentralen han arbetar på. Han placerar läkaren på steg sex, följt av sjuksköterskan på steg fem, psykologen och kuratorn tillsammans på steget under. Därefter sätter Leif sjukgymnasten på steg tre, följt av arbetsterapeuten på steg två. Lorenz som även han arbetar på vårdcentral, resonerar utifrån det teamarbete de hade tillsammans med Försäkringskassan. I det fallet vill Lorenz placera representanten från Försäkringskassan över de andra professionerna:

Så henne vill jag ha här (över de andra yrkeskategorierna, egen anm.) och sen var det ju de som hade hand om...alltså det var olika i olika patientärenden. Om en patient hade gått mycket till sjukgymnasten, så var kanske sjukgymnasten och läkaren viktigast. En annan hade kanske gått till kuratorn och då var kuratorn viktigare, så det varierar lite upp och ner. Läkaren är ju kanske också en spindel i nätet här. Så då är de väl relativt högt och på de andra varierar det lite upp och ner.

De tre sjukhusläkarnas placeringar av de olika professionerna skiljer sig markant. Å ena sidan anser Lennart att alla professioner ska vara placerade på samma steg i trappan:

../ var och en har ju sitt intresseområde, eller ansvarsområde, kunskaps- och erfarenhetsområde som är specifika. Och då i hierarki, det kan man egentligen inte göra då. Det blir väldigt svårt. ../ Alltså det här är ju ett så tydligt lagarbete, menar jag, att var och en bidrar med sin bit. Och sen möts man i mitten kring patienten. ../ även om jag som läkare har ett huvudansvar. ../ Annars kan man se i remissvaret att det hierarkiska kan lysa igenom. Eller kan man säga att det är ansvarsbiten som lyser igenom istället. Att det är doktors ansvar, men det behöver inte betyda att man är högst i rankingen.

Å andra sidan anser Lillemor att det går att skilja de olika professionerna åt i trappan. Lillemor placerar läkaren högst upp på steg sex och sjuksköterskan på steg fem, men berättar samtidigt att dessa två positioner ibland skiftar plats:

Det beror på vem det är som person, som människa. En sjuksköterska som varit där i 15 år har högre position än en läkare som varit där i ett år. Det är helt tydligt och man måste acceptera det, tyvärr. Jag gillar inte detta, men så är det. ../ Till exempel om en sjuksköterska är föreståndare också, så har hon makten, jämfört med en underläkare eller en ST-läkare. Det är sanningen.

Vidare resonerar Lillemor att de övriga professionernas position beror på patientens behov av dessa och placerar därefter sjukgymnasten på steg fyra och kuratorn på steg tre: "Vi har inte så mycket med psykolog att göra, ärligt...Så jag sätter arbetsterapeut på steg två och sen psykolog på steg ett."

När Laura ska placera de olika professionerna i positionstrappan, inleder hon med att säga:

Det här är väldigt laddat. Som ni kanske förstår, ibland så vill man kanske inte riktigt göra så heller. ../ Så jag får väl då erkänna, så pass mycket självkänsla har jag, att jag hade satt mitt eget yrke överst. Även i ett bra teamarbete så förväntar jag mig att övriga i teamet respekterar mig om jag säger till om vissa saker.

Därefter placerar Laura läkaren på steg sex i positionstrappan och de övriga fem professionerna placerar hon på steget under. Vidare berättar Laura att det är situationsbundet vilket position en profession får:

Men det är inte så att jag per automatik tycker att det är någon annans uttalande som väger mycket tyngre än någon annans. /../ om någon uttalar sig om hur en person går, hur ett ben fungerar, så är det mest sannolikt att det är sjukgymnasten som är bäst på att beskriva det. Men så där i övrigt hierarkiskt så har jag inget behov av att sätta någon över någon annan.

### Sjuksköterskorna

Då Sanna ska placera in de olika professionerna i positionstrappan, placerar hon läkaren överst på steg sex och säger:

Ja... jag har aldrig tänkt så faktiskt... Mer än att man känner ju ganska tydligt att det är läkaren som är högst. Sen har jag aldrig tänkt att någon står över någon annan, av de här andra, det har jag aldrig gjort.

Ändå placerar Sanna psykologen på steg fem, följt av de övriga professionerna på steg fyra. Även Sofie placerar läkaren på det översta trappsteget och därefter placerar hon övriga fem professionerna på steg fem i trappan. Vidare menar Sofie att var en profession hamnar i trappan är beroende av patientens behov. Dock undantaget läkaren som alltid, enligt Sofie, är den som står överst eftersom: ”det är ändå dit man går om det har hänt någonting, eller om nån har sagt nånting, så framför man det och så får han ta ställning till vad som ska göras.”

Siv uttrycker följande när hon ska placera in de valda professionerna i positionstrappan:

Om jag ska säga själv, så tycker jag att det är hemskt att rangordna så, /../ Det är svårt det där...jag tror nog att folk kanske känner att de mer är i underläge efter vad man hört efter senaste internatet. Att de kanske vill ha mer. Så målet är att alla ska stå på topp ett. Överst.

På frågan vem som känner så, svarar Siv att det är undersköterskorna. Således skriver Siv in undersköterskorna, (vilka inte är med på listan över professioner att placera in i trappan, egen anm.) i positionstrappan mellan steg tre och fyra, medan resten placeras på steg fem:

Jag sätter resten här, på femman. Sexan är målet dit man vill att alla ska vara /../ man vill ha med undersköterskorna också upp till femman kanske, och sedan tillsammans upp på sexan. Det är målet vi vill nå. Vi är bäst ihopa. Vi jobbar i ett team.

Även Signe uttrycker en ovilja att placera ut de olika professionerna i positionstrappan:

Jag kan inte det. För jag tycker att för de flesta patienterna behövs vi allihop och vi har olika arbeten som går in i vartannat, och för många är det så inflätat i vartannat så det går inte att skilja. Nej, jag känner inte att jag kan sätta dem i någon särskild rangordning. /../ Men de som är involverade är ju alla lika viktiga för att det ska bli bra för patienten.

Därefter placerar Signe alla professioner på steg fyra i positionstrappan.

## *Positionernas dynamik inom fältet*

### Kuratorerna

Samtliga kuratorer nämner personligheten som en faktor som spelar in vid en vandring på positionstrappan. En sådan vandring kan ske både uppåt och neråt på trappan, vilket Kristina beskriver:

Hur man tar sig an...jag menar vägrar jag att befatta mig med vissa saker, så rasar man ju i hierarkin. Är jag driftig och löser saker och tar på mig saker och jag driver frågor så stiger jag. /../ Ja, och det handlar ju också om personlighet. /../ det handlar om hur pass efterfrågad och hur pass respekterad jag är som person /../ Jag tror att kuratorn har svårt att klättra upp till läkarnivå, inom organisationen, men att du kan som kurator hamna absolut längst ner, det är inga som helst bekymmer. Det har jag sett mer än en gång.

På frågan om varför kuratorn inte kan nå upp till läkarnivå på positionstrappan, svarar Kristina:

Det är det medicinska ledningsansvaret, tror jag. /../ Jag har ingen som helst maktbefogenhet, jag kan protestera hejvilt, men det bli läkarens ord som måste väga tyngst i det läget.

Även Kerstin resonerar om att bland annat personligheten spelar in i vandringen på positionstrappan:

Alltså, problemet med kuratorsrollen är att vi är så illa fä inom somatiken, att det blir väldigt personbundet /../ Men man kan säga att på klinik XX står vi också på samma steg som sjuksköterskorna, att det bara är läkarna som är över oss, så att säga. Och i vissa sammanhang på XX, ganska många, så är vi likvärdiga med läkare, att i väldigt många sammanhang så är nog sjuksköterskorna lite avundsjuka på oss för att vi är på samma nivå och behandlas mer ihop med läkarna.

Vidare menar Kerstin att tiden man tillbringar på avdelningen ”spelar stor roll”, för vilken position man kan vandra till på positionstrappan. Utöver personlighet, menar Kajsa att: ”vilka förväntningar, vilken historia jag har”, spelar in för om man kan vandra på positionstrappan. Slutligen resonerar Klara utifrån hur hon önskar att en vandring på positionstrappan skulle kunna bli möjlig:

/../ inte bara utifrån personlighet, utan efter vad man har för intresse. Och det skulle jag vilja att man hade tagit tillvara mer. Våra intresseområden och personligheter, vilket man överhuvudtaget inte gör idag.

## Läkarna

Då de båda vårdcentralsläkarna ska beskriva hur en vandring kan ske, återkommer båda till de svar som de tidigare givit angående professionernas position i vårdteamet. Leif anser att en professions fysiska placering spelar in i hur denne kan vandra på positionstrappan:

././ men hon (arbetsterapeuten egen anm.) är ju så pass långt borta, så att det bli ju vissa möten hon är med på, och sjukgymnasterna är aldrig med, det är någon som bara finns där.

Lorenz anser, vilket han tidigare nämnt, att: ”det har att göra med, precis som jag säger, att det har nog med att göra vilket patientfall det rörde sig om.” Både Lennart och Lillemor anser att en vandring på positionstrappan inte kan ske. Lennart säger: ”Det blir ingen vandring. Man är tillsammans.” Men svarar samtidigt på samma fråga:

Om man har den synen som jag har, så har man vandrat en del. ././ Jag tror att det vanliga är att man betraktar läkaren en bit upp, alltså att det ändå är läkaren. Jag känner ju ändå att jag har ett teamansvar. Och känner att de förväntar sig det också. Sen känner jag i arbetssituationerna att vi är jämbördiga eftersom alla har olika bitar att bidra med, som är viktiga allihopa.

När Lillemor svarar att en vandring inte kan ske, så påtalar hon samtidigt: ”Men jag har bara varit på kliniken i nio månader, men när jag har varit där längre så kanske jag ser att det kan skifta.” När Laura ska beskriva ifall en vandring kan ske på positionstrappan, säger hon:

Ja, det får man väl erkänna att det är lite personliga egenskaper. Kanske är inom yrket, och personlighet i övrigt. Lite mer mjukvara.

## Sjuksköterskorna

På frågan om de olika professionerna kan vandra på trappan, väljer Signe, Siv och Sofie att svara utifrån ett patientperspektiv, istället för utifrån ett hierarkiskt perspektiv, som vi tänkt oss då vi ställde frågan. De svarar att det är patientens behov som styr detta. Signe förklarar: ”det är patientens behov som styr, mer än hur vi arbetar med patienten”. Men hon tillägger samtidigt:

Sen kan man aldrig komma ifrån det här med personkemi och mycket annat i olika situationer. Det kan vi aldrig komma ifrån att det är det tyvärr, som styr vad det blir av det.

Förutom att vandringen på positionstrappan är beroende av patientens behov, så anser Siv även att en vandring inte är individuell, utan måste omfatta hela vårdteamet.

Sannas svar på om professionerna kan vandra, skiljer sig något från de övrigas. Hon menar: ”Ja, men läkaren kan ju komma ner till oss andra, genom just det här att man använder varandra, och tar information av varandra.” På följdfrågan om de övriga professionerna kan göra något för att vandra på trappan, svarar hon att deras position verkar vara statisk.

## Analys

### *Makt kontra patientperspektiv*

Då intervjupersonerna i vår undersökning ombads att räkna upp vilka professioner som ingick i det team de arbetade i, upptäckte vi att intervjupersoner från alla professioner nämnde kuratorn sist i denna uppräkningslista. Detta bekräftar den tidigare forskning som vi har tagit del av, samt våra egna erfarenheter om att kuratorns position är svag. En av anledningarna till att man som kurator har en svag position i vårdteamet, kan vara att kuratorn arbetar i ett fält som definieras av medicinskt tänkande och därmed, med sin psykosociala kompetens, har ”fel” symboliskt kapital.

Något som vi även fann intressant i vår undersökning var att samtliga sjukhusläkare utelämnade sig själva i sina beskrivningar av teamkonstellationen samtidigt som de beskrev att de var ledare i teamet. Läkarnas symboliska kapital och därmed höga position ger dem makt att definiera den hierarkiska positionering, med sig själva i pyramidens topp.

Majoriteten av intervjupersonerna placerar läkaren över de övriga professionerna på positionstrappan. Ett exempel på detta är Kajsa som motiverar detta med att det är det medicinska man utgår ifrån på ett somatiskt sjukhus. Lennart, Signe och Siv vill inte alls rangordna de valda professionerna i positionstrappan. Lennart, som själv är läkare, menar att eftersom alla professioner har sitt specifika kunskaps- och ansvarsområde kan man inte rangordna dessa i en hierarki. Samtidigt säger han att han som läkare har ett huvudansvar, men menar att detta inte behöver betyda att man som läkare är högst i rankingen.

Vi uppfattar att de tre intervjupersoner som inte placerat läkaren högst på trappan, ser teamarbetet ur ett patientperspektiv. Det faktum att våra intervjupersoner arbetar i team kan göra det svårare för dem att skissa upp det hierarkiska systemet, eftersom teamarbetet faktiskt ska tjäna till att bryta ner hierarkin och sätta patienten i fokus. Ett annat sätt att tolka dessa tre intervjupersoners ovilja att rangordna de olika professionerna, är att se detta utifrån ett maktperspektiv. Läkare har symboliskt kapital i form av unika medicinska kunskaper som de övriga professionerna saknar. Läkarna har vidare det medicinska ansvaret för patienterna och därmed ett tolkningsföreträde gentemot andra professioner inom fältet. Detta menar vi, ger läkarna makt i vårdteamet vare sig de olika teammedlemmarna vill se det eller inte. Ett exempel från intervjumaterialet är Kristinas uttalande: ”Jag har ingen som helst maktbefogenhet, jag kan protestera hejvilt, men det blir ändå läkarens ord som måste väga tyngst i det läget.” Samtidigt vill vi påpeka, att vi är medvetna om, att alla professioner har sina egna unika kunskaper som ger

dem makt i förhållande till varandra inom fältet, en makt som hela tiden fördelas och omfördelas mellan de olika professionerna.

### *Personlighet eller symboliskt kapital?*

Ytterligare en intervjuperson, Lillemor anser att patientens behov är avgörande för vilken position en profession får i teamet, dock säger hon att läkaren nästan alltid är högst upp i hierarkin. Vidare berättar hon att läkaren och sjuksköterskan ibland kan skifta plats högst upp i hierarkin. Det som är avgörande för vilken position man får enligt Lillemor är det symboliska kapitalet i form av antal år i yrket och personlighet. Här menar alltså intervjupersonen att antalet arbetade år inom yrket är viktigare än grundutbildningen för vilken position man kan erhålla i sjukhushierarkin. Enligt monopoliserings- och stängningsteorin har sjuksköterskorna lyckats göra intrång i hierarkins topp och lyckats ändra koderna för utestängning genom att bli accepterade av de andra professionerna som ledare. Dock ska tilläggas att studien visar att läkarna försöker hålla tillbaka sjuksköterskorna från att nå allra högst upp i hierarkin.

Även Kristina anser att personligheten spelar in i vilken position man tillskansar sig inom fältet. Hon anser att man som kurator har svårt att komma högst upp i hierarkin medan man lätt som kurator kan hamna längst ner. I motsats till detta står Kerstins resonemang om att man som kurator många gånger kan inneha samma position som en läkare. Vi menar att det är intressant att så många av våra intervjupersoner valt att nämna personlighet och personkemi som en faktor som spelar in när det gäller positioneringen i hierarkin. Personligheten är ju en del av en persons habitus, vilket i sin tur utgör en del av dennes symboliska kapital. Omskrivningen personlighet gör att mönster individualiseras, istället för att synliggöras. Det vill säga att istället för att söka orsakssamband till varför en person har en viss personlighet, så konstateras bara utan vidare reflektion att personen är sådan som individ.

### *Kampen om positioner*

För att förhindra att en profession får en lägre position i vårdteamet, uppstår revirkamper. En professions behov av bland annat makt och status tillfredsställs av att professioner har olika revir. Ju större revir man har desto högre position har man inom fältet (Olsson, 1999 s 13, 14). Detta stämmer överens med Bourdieus tankar om att det inom olika fält finns stridigheter mellan nykomlingar och de redan etablerade. Ett sätt att bevaka sitt revir inom fältet är att vara på plats. Kerstin beskriver att tiden man är på avdelningen ”spelar stor roll” för vilken position man kan vandra till på positionstrappan. Vårt material visar även att en persons

symboliska kapital i form av habitus är en viktig faktor, då det gäller att bevaka och eventuellt utöka sitt revir i vårdteamet. Detta beskriver Kristina då hon menar att om man är driftig och löser saker så stiger man i hierarkin. Vidare tillägger hon att detta spelar in när det gäller hur pass efterfrågad man är och hur respekterad man är som person.

Vilken position har då kuratorn enligt vår studie? För att få perspektiv på hur intervjupersonerna fyllt i positionstrappan, bör nämnas att en läkare och två sjuksköterskor inte alls velat rangordna de olika professionerna. Något som visat sig vara vanligt vid intervjutillfällena är att placera läkaren högre i positionstrappan och samtliga övriga professioner på steget under. När intervjupersonerna fyller i positionstrappan på detta sätt, kan kuratorns position i vårdteamet inte särskiljas. Dock menar vi att denna del av vår studie visar att de olika professionerna har en samstämmig syn på att läkaren har en högre position i jämförelse med de övriga professionerna. Två läkare och två kuratorer har rangordnat de olika professionerna i positionstrappan. Utifrån detta material kan vi utläsa att enligt kuratorerna själva kommer kuratorn på en femte plats, de har bara läkare över sig.

De två läkare som rangordnat de olika professionerna placerar kuratorn på en tredje respektive fjärde plats i positionstrappan. De placerar sig själva överst, följt av sjuksköterskan på nästa steg. Den ena läkaren anser att kuratorn tillsammans med psykologen kommer på en fjärde plats, medan den andra läkaren placerar sjukgymnasten före kuratorn.

Sammanfattningsvis menar vi att vårt material visar att kuratorerna placerar sig själva något högre än vad läkarna och sjuksköterskorna placerar kuratorerna på positionstrappan. Detta tolkar vi som att kuratorns position inom fältet inte är helt självklar. Kuratorerna anser sig ha en lägre position än läkarna, medan de på grund av sin längre utbildning menar sig ha större kapitalmängd än sjuksköterskorna, och därför en högre position än dessa. Läkarna och sjuksköterskorna verkar dock inte vara av samma åsikt, utan rangordnar kuratorn under sjuksköterskan. Detta kan bero på att kuratorns symboliska kapital inte innefattar medicinsk kunskap och att dennes kapitalart i de flesta fall inte verkar gå att konvertera, för att nå de högre positionerna inom fältet.

Siv Olsson har tidigare gjort undersökningar inom samma område, som då visade att kuratorernas position var högre än sjuksköterskornas. Dock kan vi inte med denna studie se att kuratorernas position är högre än sjuksköterskornas. I likhet med Olssons avhandling har vi dock sett att läkarens position är allra högst i vårdteamet (Olsson, 1999 s 147).

## 7. Revir och revirstrider

Inför denna studie hade vi en förförståelse om att professionernas arbetsuppgifter till viss del kunde vara av betydelse för vilken position de kunde erhålla i sjukhushierarkin. Vår tanke var vidare att ju mer man vet om en profession desto lättare kan denna positionera sig i sjukhushierarkin. I maktkampen om positioner blir arbetsuppgifterna ett redskap i striden. Dels menar vi att det finns arbetsuppgifter som ingen i vårdteamet vill ha och dels finns det åtråvärda arbetsuppgifter. Genom att fråga intervjupersonerna om sina egna arbetsuppgifter men även genom att undersöka om man har kunskap om vad de andra professionerna gör, vill vi utröna om det klart går att utkristallisera gränserna mellan reviren eller om man genom arbetsuppgifterna inkräktar på någon annans revir.

### Kuratorerna

Samtliga kuratorer beskriver ”samtalsbiten” som den huvudsakliga arbetsuppgiften. I samtalsbiten innefattas krissamtal, bearbetande samtal och stödjande samtal. Samtidigt berättar alla fyra kuratorerna under intervjutillfällena att det även ingår en del praktiska göromål i tjänsterna, så som att hjälpa patienter med fondansökningar, intygsskrivande och ”kunna den juridiska delen”. Trots att Kristina säger att läkaren kommer att definiera kuratorns arbetsuppgifter på samma sätt som hon själv gör, säger hon ändå:

De (läkaren egen anm.) har fortfarande synen att jag ska ha alla blanketter, och ska ha fullständig koll på hela den biten, alltså än idag så har man den tron, att jag håller på med den biten. Jag har aldrig gjort det...så jag skickar dem kategoriskt till sekreteraren. Så hon (läkaren egen anm.) kan se rent gammeldags –en kuratorsfixarroll, fortfarande, medans det tror jag inte...eller det gör inte våra sjuksköterskor.

På frågan hur kuratorerna skulle beskriva sjuksköterskornas arbetsuppgifter svarar alla fyra samstämmigt att en stor del av sjuksköterskornas arbetsuppgifter består av dokumentation, så som journalföring. Kerstin och Kajsa betonar även att sjuksköterskornas arbete till stor del består av ”omvårdnad”. Kajsa beskriver också sjuksköterskorna som att de är ”spindeln i nätet” på avdelningen. Kristinas beskrivning av sjuksköterskans arbetsuppgifter skiljer sig dock från de övriga, då hon beskriver att sjuksköterskorna på den avdelningen som hon arbetar på även har:

.../eget patientansvar. Det ska man ju också ha med, att det är inte många sjuksköterskor som har det. Utan där är vi ju mer jämställda, om man säger så....

Vidare berättar Kristina att sjuksköterskorna även har stödsamtal med patienterna och deras anhöriga:



../ men så fort det behövs...Alltså det handlar dels om kompetens och dels om tidsutrymme och tjänsten. Min tjänst är skapad för att jag ska finnas till som stöd. Tar jag på mig en stödkontakt så varar den en sju till tio gånger... Medan en sjuksköterska kan ha ett par tre samtal, och sen är det bra. Där finns inte den tiden.

När kuratorerna ska beskriva läkarnas arbetsuppgifter nämner alla fyra att läkaren har den medicinska delen kring patienten. Kristina nämner läkarens medicinska ledningsansvar som en viktig arbetsuppgift. Klara och Kristina uppger även remissförfarandet som en del i läkarnas arbete:

../det är hon (läkaren, egen anm.) som skriver alla remisser, hon har yttersta ansvaret för att besluta om vilka undersökningar, som patienten ska göra (Kristina).

### Läkarna

Samtliga läkare beskriver sina egna arbetsuppgifter som patientarbete med administrativa uppgifter. Laura beskriver ”det medicinska ansvaret” som sin huvudsakliga arbetsuppgift. Lillemor beskriver remissförfarandet som en del av sina arbetsuppgifter: ”Jag skickar remiss till alla. ../ Då kände jag, att jag måste koppla in någon../Ja då blir det lite teamarbete, det behövs ibland.” Vidare beskriver Lillemor teamarbete:

Jag upplever det inte så här i sjukvården i Sverige, att det är läkaren som har sista ordet. Utan man har respekt och visar hänsyn till vad andra tycker. Alltid kan något nytt förslag komma till nytta för patienten. Om jag tycker att någon föreslår något positivt eller rätt, eller kanske så har jag inte tänkt på det, så varför inte...

Alla intervjuade läkare menar att både sjuksköterskor och kuratorer har god inblick i läkarnas arbetsuppgifter. Då vi frågar läkarna hur dessa skulle beskriva kuratorernas arbetsuppgifter, beskriver samtliga läkare förutom Lillemor, att samtal med patienter är kuratorernas huvudsakliga arbetsuppgift, de nämner olika typer av samtal med patienter såsom rådgivande samtal, kris- och stödsamtal. Lillemor säger följande:

En kurator blir inkopplad, blir intresserad av en patient när någon frågar henne, om du kan göra detta? Kan du kontakta patienten? Jag känner att kuratorn blir väldigt intresserad och vill göra sitt bästa, skriver anteckning och vill gärna och komma till läkaren och berätta vad som kommit fram.

Vidare anser Lillemor att en stor del av kuratorernas arbetsuppgifter består av praktiska sysslor så som intygsskrivande och hjälp med godmanskap. Laura betonar också den praktiska delen av kuratorernas arbetsuppgifter:

Så brukar jag betrakta kuratorn som den som bäst kan ta reda på hur patienten har det gentemot samhället i stort, och den som är bäst på att känna de olika vägarna till kontakterna utanför sjukhuset.

När läkarna ska beskriva sjuksköterskornas arbetsuppgifter så beskriver sjukhusläkarna att sjuksköterskornas arbetsuppgifter till stor del består av kontakt med och omvårdnad av patienter. Laura beskriver detta på följande sätt:

././ så ser jag dem som en slags övervakare, observatorer, de får mycket data från patienten under omvårdnadssituationen, något som de gärna pratar om, omvårdnadssituationen. Det är mycket inne med det ordet, omvårdnad. De får in data som de i vissa fall själva tar ställning till, och med rätta gör, de får lov att göra detta utifrån sin utbildning. Sen finns det vissa saker som de, där de har lärt sig att man ska fråga läkaren, hur gör vi nu?

Däremot beskriver vårdcentralsläkarna att sjuksköterskornas arbetsuppgifter till stor del består av administrativt arbete och telefonsamtal med patienter. Leif berättar att över hälften av sjuksköterskornas telefonsamtal egentligen är arbetsuppgifter för en sekreterare:

Men det vägrar sekreteraren göra, så det...det har blivit så kontigt att sköterskorna... eftersom det finns för lite sekreterare och för lite undersköterskor så får sköterskorna göra allting. Bland annat sånt här också...

### Sjuksköterskorna

Samtliga sjuksköterskor, utom Signe som arbetar som patientkoordinator, arbetar på vårdavdelning. Dessa beskriver sina huvudsakliga arbetsuppgifter som sedvanliga sjuksköterskeuppgifter. Siv sammanfattar dessa på följande sätt:

Sedan är det de vanliga sjuksköterskeuppgifterna, dela mediciner, ge injektioner, sitta med datorarbete alltså fylla i patientjournaler och sen har vi då även teammöten och vårdkonferenser och vårdplaneringar och så vidare.

Vidare beskriver Siv att: ”././ ibland får man vara lite mamma för dem (läkarna egen anm.) ././”, vilket även Signe bekräftar när hon säger: ”Sen säger säkert läkaren också att vi är pass-upp till läkarna, vi känner i alla fall så.”

På frågan om hur sjuksköterskorna skulle beskriva kuratorernas arbetsuppgifter svarar samtliga, förutom Sofie, att kuratorernas huvudsakliga arbetsuppgift består av patientsamtal. Sofie säger: ”Mycket med det sociala, hur det ser ut socialt...” Sanna och Signe tar upp att kuratorn är viktig för patienten vid krisbearbetning. I samband med detta säger Signe:

Idag känner jag att det är mycket stöd, hjälp och samtal, vägledning. ././ Kriser och de här bearbetningarna. Det är det man känner som sjuksköterska man ibland kanske skulle vilja sysselsätta sig med, när man har lärt känna patienten och anhöriga. Än har man inte ro, men kuratorn är duktig på det och jag känner att kuratorerna har den kompetensen bättre idag än när jag började för 30 år sedan. Det känns så, att det är på ett helt annat sätt, och jag känner att det är den biten som är viktig, för är man svårt sjuk så är det en viktig pusselbit.

Vidare nämner Sanna anhörigkontakten som en del av kuratorernas arbetsuppgifter:

Ja...hon (kuratorn egen anm.) blir ju inkopplad när vi ser att det behövs../Men även då anhöriga om man märker att det har tagit hårt, att det är svårt för dem, och så...

Även Siv berättar om anhörigkontakten under intervjutillfället och beskriver vidare kuratorns arbete som:

Kuratorn är spindeln i nätet, hon sitter med mycket på vårdkonferenser, vårdplaneringar. Mycket kontakt med kommunen, pratar med anhöriga och patienterna. Så de är jätteduktiga. Sen är det säkert också mycket ansökningar typ ekonomi och pappersarbete för dem också. Prata i telefon...ja.

Då vi frågade sjuksköterskorna om hur de skulle beskriva läkarnas arbetsuppgifter, inleder Signe, Sanna och Sofie sina svar med att nämna att läkarna ordinerar läkemedel. Signe nämner i samband med vår fråga att hur sjuksköterskornas samarbete med läkarna fungerar, kan vara beroende av vilken läkare som är i tjänst:

Men sen beror det väldigt på vilken doktor det är. Vissa man ringer till när man behöver hjälp fort, så tar det inte många minuter förrän de står här, medan andra kommer överhuvudtaget inte. Så det är individberoende, hur det blir av i olika situationer.

## Analys

### *Arbetsuppgifter*

Enligt vårt sätt att tolka intervjumaterialet visar detta att kuratorerna verkar ha tämligen god insyn i vad de andra professionerna gör. Vidare menar vi att intervjumaterialet visar att kuratorernas arbetsuppgifter är tämligen klara och tydliga för dem själva, och att kuratorernas arbetsuppgifter i de flesta fall också var klara och tydliga för de andra två professionerna. Efter att ha granskat vårt intervju-material, tänker vi att kuratorns arbetsuppgifter är så klara och tydliga för de intervjuade läkarna och sjuksköterskorna, bland annat eftersom dessa intervju-personer genom vårt urval har erfarenhet av teamarbete, där man samarbetar med en kurator. Dock var kuratorns arbetsuppgifter oklara för till exempel Sanna och Lillemor. En möjlig förklaring till detta kan vara att kuratorn blir "inkopplad", vilket de beskriver under intervjutillfällena. Vi tolkar detta som att kuratorn inte per automatik ingår i teamen dessa arbetar i, utan istället arbetar mer på "konsultbasis". Därför har inte de andra professionerna samma inblick i vad kuratorn gör, vilket de kanske skulle ha haft om de hade arbetat tillsammans mer frekvent. Vidare tänker vi att då kuratorn i sitt arbete, i linje med tidigare forskning, växlar mellan många olika roller och funktioner till exempel samtalsterapeut eller patientombudsman, kan detta ytterligare försvåra definitionen av kuratorns arbete för övriga i de vårdteam där kuratorn arbetar på "konsultbasis" (Ekdahl & Gullacksen, 1991 s 16).

### *Arbetsuppgifter som medel i revirstrider*

Vår studie visar att det klart går att utkristallisera gränserna mellan professionernas revir. Vidare visar vårt material att det förekommer revirstrider inom fältet. En av fältets attraktiva arbetsuppgifter är patientsamtalen. Studien visar att kuratorerna är medvetna om att sjuksköterskorna inkräktar på deras revir, och att kuratorerna tillåter detta under förutsättning att det är fråga om kortare samtalskontakter. Det som verkar vara avgörande för att kuratorerna fortfarande har kvar de längre samtalskontakterna, är inte bara en fråga om det symboliska kapitalet, utan det handlar även om tjänstens tidsutrymme. Sjuksköterskorna har inte fått tidsutrymme för längre patientkontakter av sjukhusledningen. Här kan vi se att sjuksköterskorna har utökat sitt revir på bekostnad av kuratorernas.

Som tidigare nämnts visar vår studie att läkarna ser sig själva över de andra professionerna i sjukhushierarkin. Här visar detta sig dels genom Lillemors uttalande om att det är hon som har tolkningsföreträde när en annan profession har förslag kring en patient, och dels då Laura degraderar sjuksköterskorna till observatorer. Samtidigt har vi sett att vissa sjuksköterskor accepterar att de är under läkaren i hierarkin, medan andra inte göra detta. Signe beskriver sig som pass-upp till läkarna medan hennes kollega Siv anser att hon är mamma åt läkarna. Vi menar att det som lyser igenom i Sivs uttalande är att hon vägrar se sin profession under läkarens, tvärtom vill hon se sin profession över läkarens. Omskrivningen tyder på att Siv menar sig ha mer makt inom fältet än vad hon som sjuksköterska, i själva verket har. Studien visar även att sjuksköterskor på vissa arbetsplatser har fått sin makt minskad inom fältet, genom att bli tilldelade mindre attraktiva arbetsuppgifter som till exempel sekreteraruppgifter.

Slutligen menar vi att vår studie visar att ju mer man vet om en profession desto lättare kan denna positionera sig inom fältet. Detta exemplifieras av Kristinas uttalande om att en viss läkare ser kuratorn som en fixare som har hand om alla blanketter. Kristinas uttalande visar att denna läkare inte har tillräcklig insyn i kuratorns arbete och därmed positionerar henne annorlunda än vad Kristina själv positionerar sig inom fältet.

## 8. Utestängning och inkräkting

Genom att undersöka intervjupersonernas uppfattningar om egna och andra professioners karriärmöjligheter inom sjukhushierarkin, kan man visa hur de utestänger varandra och faktiskt sig själva, från olika chefsposter. Man kan även se i vårt material hur de olika professionerna inkräktar på varandras revir och hur dessa intrång ändrar koderna för utestängning.

### Kuratorerna

Både Klara och Kajsa menar att karriär är att utveckla sig själv i sitt jobb. Däremot anser Kristina och Kerstin att karriär är att få mer ansvar. Kerstin säger: ”att få mer ansvar och kunna påverka och utveckla”.

På frågan hur de egna karriärmöjligheterna ser ut inom sjukhushierarkin, svarar Klara att hon hade velat bli avdelningsföreståndare: ”Men då måste man vara sjuksköterska.” Både Klara och Kajsa anser att karriärmöjligheterna stannar vid att bli chefskurator. Klara säger: ”Men jag tror inte att man är kurator på ett sjukhus och klättrar där.”

Däremot anser Kristina att man som kurator kan: ”göra en chefskarriär”. Hon förklarar vidare att hon tror kuratorer kan bli teamledare och klinikchefer, men möjligen inte sjukhuschef: ”Ja, om du kan komma längst upp vet jag inte. Alltså jag tror inte där är så många socionomer som faktiskt vill...”

Kerstin, som är chefskurator, anser däremot att hon skulle kunna bli sjukhuschef. På frågan om det är en möjlig väg för en kurator, svarar hon: ”Ja absolut. Min förra chef var socionom, hon klarade det galant.”

Både Kajsa och Kerstin uttrycker att läkarna har olika steg eller en trappa att gå på inom sjukhushierarkin, där de till exempel kan bli överläkare. Vidare nämner båda att det är vanligt att sjuksköterskor blir ”avdelningschefer”. Kajsa säger:

Sjuksköterskor, ser jag att många som gör karriär kommer mer och mer från patienten, mer administrativt, övergripande utvecklingsarbete.

När det gäller Klaras och Kristinas syn på de övriga två professionernas möjligheter till karriär säger båda att de tror att det endast är läkarna som kan bli sjukhuschef. Däremot tror de att sjuksköterskorna kan bli avdelningsföreståndare och enhetschefer, men där är det stopp. Kristina förklarar detta: ”det kan ha med läkaryrket att göra, att man stoppar innan sjukhuschef.”

### Läkarna

Gemensamt för de båda vårdcentralsläkarna är att de uttrycker att de inte är karriärister. Vidare säger båda att det inte finns några stora möjligheter till karriär för läkare på

vårdcentral. Den karriär som finns för en läkare på vårdcentral är att bli verksamhetschef. Leif uttrycker detta på följande sätt: ”Vill man stiga i grader här så ska man helst arbeta på ett universitetssjukhus.”

Enligt Lennart är karriär: ”att få en högre position, större möjligheter att bestämma och påverka. Den vanligaste definitionen är ju också att det innebär makt och pengar.” Vidare menar samtliga sjukhusläkare att deras karriärmöjligheter inom sjukhushierarkin är goda. Laura beskriver detta på följande sätt:

Officiellt så är de väl ganska goda fortfarande, även om det pratas mycket om att man har en ökande tendens att man har chefer med ett annat yrke. Jag misstänker att det oftast är ekonomiska skäl att dessa yrkeskategorier inom sjukhuset, på grund av sin grundutbildningslängd, inte har kunnat kräva så hög lön.

Både Leif och Lorenz, menar att det är vanligt att sjuksköterskor är chefer inom primärvården. Lorenz berättar att det idag är cirka 50 procent av cheferna inom primärvården som är sjuksköterskor:

Och jag säger att det är okej, men det är inte bra om det bara blir det, för man ser på saker och ting på olika sätt, och om den ena kategorin försvinner så blir det ju ensidigare.

Vidare menar Lorenz att hur mycket lön man får som chef på vårdcentral, beror på vederbörandes grundutbildning, eftersom chefstillägget är ungefär detsamma för alla. Lorenz och Leif känner inte till någon kurator som har varit chef på vårdcentral. Leif tror att en bidragande orsak till detta är kuratorerna inte är intresserade av att bli chefer:

Jag tror inte att de är intresserade bara, jag tror alltså att en kurator är mer intresserad av att hålla på med människor.

Både Laura och Lennart menar att det de senaste årtiondena har öppnats upp för sjuksköterskor att bli chefer inom sjukhusorganisationen. Lillemor som arbetar på ett universitetssjukhus, tror inte att sjuksköterskor kan bli sjukhuschefer eller klinikchefer på ”de stora sjukhusen”. Hon säger: ”Läkarna där har vassa armbågar, de låter inte någon ta det.” Vidare säger hon:

Jag tror inte att det finns någon klinik som har en sjuksköterska som chef, men på avdelningen har vi en föreståndare, och hon är sjuksköterska. Hon bestämmer mycket över läkarna.

Samtliga sjukhusläkare anser att det skulle bli svårt att ha en kurator som chef på alla nivåer inom den somatiska vården. Lillemor beskriver detta: ”rent medicinskt, hur ska jag kunna diskutera det medicinska med en kurator, biverkningar, pris, vilket företag.” Laura resonerar på liknande sätt: ”Det är en sak om man först är läkare och sen bestämmer sig för att bli kurator också.”

## Sjuksköterskorna

De fyra sjuksköterskorna representerar två olika synsätt gällande innebörden av begreppet karriär. Både Sanna och Signe menar att de har gjort karriär när de har ett arbete som de trivs med och tycker är roligt. Sanna beskriver detta på följande sätt: ”För mig personligen är det, att jag arbetar med någonting som jag trivs med ././ då har jag gjort min karriär.” De andra två sjuksköterskorna, Sofie och Siv, anser däremot att karriär för dem är att stärka sin yrkesroll med hjälp av olika vidareutbildningar.

På frågan hur sjuksköterskornas karriärmöjligheter ser ut inom sjukhushierarkin svarar Signe:

Det är svårt att säga eftersom jag redan har varit och vänt bland allihopa. Jag har både varit avdelningschef och jag har jobbat, när det fanns, klinikföreståndare. Och jag har varit vårdutvecklare och nu gick jag tillbaka och jobbade som sjuksköterska igen med mottagningen. ././ det är mycket vilja. Vill man något så lyckas man.

De tre övriga sjuksköterskorna anser att man som sjuksköterska kan bli avdelningschef, men inte sjukhuschef.

Enligt Sanna ser kuratorernas karriärmöjligheter ”väl bra ut” inom sjukhusorganisationen. Medan Signe och Sofie tror att kuratorerna stannar i sin ursprungstjänst. Sofie säger: ”Alltså jag vet inte, jag trodde liksom kurator, och sen var det nog inte mer...”. Även Siv menar att det är svårt för en kurator att göra karriär, vilket hon menar beror på att: ”hon jobbar ju ensam”.

Samtliga sjuksköterskor menar att man som läkare har goda karriärmöjligheter inom sjukhushierarkin. De nämner bland annat att man som läkare kan forska, kan bli överläkare och kan bli sjukhuschef.

En tanke som Signe har i sammanhanget är att en anledning till att det är svårare för kuratorer och läkare att bli avdelningschefer, är att dessa professioner oftast inte bara arbetar på en vårdavdelning utan flera:

Men för läkarna, de är inte avdelningschefer, utan läkarna är överallt. ././ Och det är samma, idag tror jag att kuratorerna har ofta många avdelningar, så man hinner inte komma in i en grupp.

## Analys

### *Statiska eller dynamiska positioner?*

Vi menar att intervjupersonernas syn på begreppet karriär har varit skiftande, alltifrån att trivas på arbetet till att få en högre position och därmed kunna bestämma och påverka. Vi anser att intervjupersonernas beskrivning av vad karriär är för dem, har avspelat sig i hur långt de själva anser sig kunna nå i sjukhushierarkin. Det vi kan utläsa ur vårt material, är att det

finns en ambivalens i kuratorsgruppen gällande kuratorns karriärmöjligheter. Både Kajsa och Klara menar att man som kurator har en enda karriärmöjlighet, det vill säga att bli chefskurator. Kristina däremot menar att man som kurator kan bli chef inom sjukhuset, på mellannivåer, men möjligen inte bli sjukhuschef. Hon tror inte att det finns så många kuratorer som vill det. Kerstin, som redan är chefskurator, anser att man som kurator kan nå högsta position inom sjukhushierarkin, nämligen att bli sjukhuschef.

Utifrån Murphys monopoliserings- och stängningsteori tolkar vi kuratorernas svar som att samtliga, förutom Kerstin, utestänger sin egen profession från att nå högsta position inom sjukhushierarkin. Kerstin har redan nått en chefsposition, vilket vi tror påverkar hennes inställning till kuratorernas karriärmöjligheter. Hon har även tidigare erfarenheter av att ha en sjukhuschef som är socionom. Det vi även kan se, är att när kuratorerna har beskrivit vad karriär är för dem, så har de redan här lagt sig på ”olika nivåer”, det vill säga från att utveckla sig själv till att bedriva eget utvecklingsarbete.

Samtliga kuratorer anser att sjuksköterskor kan nå mellanchefernsnivå. Klara och Kristina anser att det bara är läkarna som kan bli sjukhuschef. Även majoriteten av sjuksköterskorna anser att det bara är läkare som kan bli sjukhuschef. Sjuksköterskorna tror att man som kurator stannar i sin tjänst som kurator. Samtliga sjuksköterskor anser att man som sjuksköterska kan nå mellanchefernsnivå. Signe menar vidare att det är viljan som är avgörande för vilka chefsposter man kan nå inom sjukhushierarkin. Vi tolkar detta som att Signe anser att man som sjuksköterska kan nå sjukhuschefsnivå.

Ingen av vårdcentralsläkarna känner till att någon kurator har varit chef på vårdcentral. Leif utestänger kuratorn från chefsposterna i det att han uttalar att han inte tror att kuratorn är intresserad av att bli chef, utan menar att kuratorns intresseområde endast innefattar direkt människobehandlande verksamhet. Samtliga sjukhusläkare anser att det skulle bli svårt att ha en kurator som chef på alla nivåer. Laura anser att en kurator skulle kunna vara chef inom sjukhushierarkin om denne även är utbildad till läkare. Dock anser samtliga läkare att det öppnats upp, och att det är möjligt för sjuksköterskor att bli chefer på sjukhus och på vårdcentral. Lillemor anser att man som sjuksköterska på ett stort sjukhus, endast kan nå avdelningschefsnivå.

Sammantaget tolkar vi detta material som att det, trots olika former av teamarbeten, finns en tydlig hierarki inom sjukhuset. Denna hierarki verkar vara både tydlig och underförstådd av de tre valda professionerna. Utifrån detta material, tolkar vi att professionerna är överens om den hierarkiska rangordningen i sjukhushierarkin (dock ej i vårdteamet), med läkaren



överst, sjuksköterskan på mellanchefnivå och kuratorn sist med sämst, ibland inga, möjligheter att bli chef inom sjukhuset eller på vårdcentral.

### *Utestängning och inkräkning*

Vi anser att professionernas inställning till sin egen professions och andras möjligheter att avancera inom sjukhushierarkin har utvecklat ett monopoliseringssystem, där bara de med rätt grundutbildning får tillgång till de högre chefsnivåerna. Några av intervjupersonerna har beskrivit sjuksköterskornas frammarsch i organisationen. När man ser detta utifrån monopoliserings- och stängningsteorin, kan man tolka sjuksköterskornas frammarsch som en reaktion på att de tidigare varit utestängda från olika chefsposter. Sjuksköterskorna har bidragit med nya idéer som har ändrat koderna för utestängning (Murphy, 1988 s 4). Numera är det alltså öppet för sjuksköterskor att bli chefer inom sjukhushierarkin och på vårdcentral. Dock ska tilläggas att sjuksköterskor fortfarande verkar har svårt att nå ens mellanchefsnivå på större sjukhus.

Kuratorernas sämre möjligheter till vidare avancemang inom sjukhushierarkin, kan förklaras genom att kuratorerna, förutom i undantagsfall, verkar utestängas från chefsposterna inom sjukhuset eftersom de saknar de rätta betygsdokumenten, det vill säga en medicinsk utbildning (ibid. s 2). Ett exempel på ett undantagsfall är Kerstin, som har många och omfattande vidareutbildningar. Hon anser själv att hon skulle kunna söka tjänst som sjukhuschef. Detta styrks även av tidigare forskning, som menar att det i regel är grundutbildningen som styr vilken position i hierarkin man får, men att en mycket omfattande vidareutbildning kan höja denna position (Olsson, 1999 s 22). Vidare frågar vi oss, hur stora möjligheter det finns för en kurator att nå sjukhuschefsnivå i realiteten, och om denna då även blir respekterad och erkänd av de andra professionerna? Här funderar vi utifrån Bourdieus begrepp om symboliskt kapital (Broady, 1990 s 171). Inom sjukhushierarkin verkar inte kuratorns symboliska kapital gå att konvertera. Vårt material visar att det inom detta fält verkar krävas en medicinsk grundutbildning för att kunna avancera i de olika chefsnivåerna, endast i undantagsfall är en socionomutbildning med många och långa vidareutbildningar gångbar.

## 9. Slutsatser och slutdiskussion

### Slutsatser

Vilka slutsatser kan vi nu dra utifrån denna studie? Vi har redan resonerat oss fram till några slutsatser i våra analyser. Vi ska här försöka knyta ihop dessa och ge svar på uppsatsens frågeställningar. *Det vi kan utläsa i denna studie är att kuratorns position i sjukhushierarkin fortfarande är svag.* Denna slutsats baseras först på att kuratorn, annat än i undantagsfall, verkar utestängas från chefsposter inom sjukhushierarkin, för det andra att kuratorn nämns sist när professionerna beskriver teamkonstellationen och för det tredje att de övriga professionerna rangordnar kuratorn lägre på positionstrappan än vad kuratorn själv gör.

*På vilket sätt kan då kuratorns position i sjukhushierarkin förklaras?* Dels kan man förklara kuratorns position genom att undersöka det fält där kuratorn är verksam. Fokus i uppsatsen har legat på vårdteamet och studien har visat att kuratorn har svårt att bevaka sitt revir inom detta fält. En av anledningarna kan vara att kuratorn upplevs som otydlig av de andra professionerna eftersom denna många gånger blir ”inkopplad vid behov” i teamarbetet. Kuratorerna som är en minoritet på sjukhuset har ofta ansvar för flera vårdavdelningar, vilket innebär att de får begränsat tidsutrymme på varje avdelning. Tiden en profession tillbringar på fältet är en av faktorerna som vi märkt verkar vara av betydelse när det gäller att bevaka och/eller utöka sitt revir.

En annan faktor som verkar vara av betydelse i detta sammanhang är en av det symboliska kapitalets existensformer, nämligen habitus. Många av intervjupersonerna har diskuterat detta fenomen under omskrivningen personlighet. Studien visar att ”personligheten” ibland kan vara viktigare än grundutbildningen i kampen om positioner inom fältet.

Ytterligare en annan förklaring till kuratorns svaga position kan vara dennes avsaknad av ”rätt” symboliskt kapital inom fältet (Broady, 1990 s 171). Som vi tidigare har diskuterat, styrs sjukhusfältet av den medicinska diskursen, men kampen om vilken diskurs som styr inom vårdteamet är inte lika tydlig. De olika professionerna i vårdteamet har med sig olika sorters och olika mängd symboliskt kapital. De har olika grundutbildningar, olika kompetens, ålder och erfarenheter. Kuratorerna i denna studie har längre grundutbildning, mer vidareutbildning, varit yrkesverksamma längre och är äldre än de sjuksköterskor som deltog i denna studie. Trots detta verkar avsaknaden av det ”rätta” symboliska kapitalet, det vill säga medicinsk utbildning, göra att kuratorn inte blir accepterad högt upp i hierarkin av de andra professionerna.

## Slutdiskussion

Som vi skrivit i uppsatsens inledning har vi varit intresserade av att undersöka kuratorns position i sjukhushierarkin. Eftersom både tidigare forskning och vår studie visar att kuratorns position är svag, undrar vi hur denna position skulle kunna stärkas. Vi funderar kring att man kan angripa detta fenomen utifrån olika infallsvinklar. Till att börja med tror vi att kuratorns position skulle ha stärkts om fler kuratorer hade anställts inom sjukhuset. Vi tänker att en profession får lättare att bevaka och faktiskt utöka sitt revir inom fältet ju fler man är, detta eftersom kuratorn då får möjlighet att spendera mer tid på varje enskild vårdavdelning. Kanske är inte denna tanke helt realistisk eftersom vi upplever att den psykosociala kompetensen efterfrågas i högre grad idag än bara för ett par år sedan. Detta bekräftas bland annat av en utredning från Högkoleverket, gjord i mars 2007, som visar att efterfrågan på socionomer beräknas öka både inom offentlig förvaltning och inom vård och omsorg. Vi tror även kuratorns position i sjukhushierarkin skulle ha stärkts, om denne även hade haft någon form av medicinsk utbildning. Socialhögskolan erbjuder redan en vidareutbildning i socialt arbete inom hälso- och sjukvård. Detta menar vi är ett steg i rätt riktning, kanske kan man tänka sig en påbyggnadsutbildning på denna, för att ytterligare stärka kuratorns kompetens inom det medicinska området.

Vår studie har inte i direkt mening berört kuratorernas avsaknad av legitimation. I uppsatsens inledningskapitel har vi berört legitimationsfrågan eftersom detta har varit en del av kuratorernas professionaliseringssträvanden i mer än ett halvt sekel. Vi har medvetet inte ställt några frågor till intervjupersonerna kring legitimation, men däremot har intervjuerna varit av den art att intervjupersonerna har haft möjlighet att själva ta upp vad som påverkar deras position i sjukhushierarkin. Då har istället andra faktorer kommit på tal, men inte frågan om legitimation. Trots detta tänker vi att kuratorns position skulle kunna stärkas av en legitimation. Vi menar att då övriga professioner i vårdteamet har en legitimation, särskiljs kuratorn från dessa, eftersom denne saknar motsvarande bevis på sin kunskap. Som vi tidigare diskuterat erbjuds kuratorer en auktorisation, men vi tror att det är viktigt att professioner inom samma fält har samma sorts bevis på sitt yrkeskunnande och kompetens.

## 10. Referenslista

- Akademikerförbundet SSR (2004) *Socionomer i hälso- och sjukvård. Modell för kompetens- och karriärutveckling*. Stockholm: Akademikerförbundet SSR, Kommunikationsenheten.
- Andersson, Curt (1994) *Organisationsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Björkman, Nils-Magnus (1979) *Social önskvärdhet som felkälla i frågeundersökningar. En jämförelse mellan två datainsamlingsmetoder*. Stockholm: Gotab.
- Bourdieu, Pierre (1992) *Texter om de intellektuella*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposium.
- Brante, Thomas & Fasth, Eva (1982) *Termer i sociologi*. Stockholm: Liber.
- Broadly, Donald (1983) *Dispositioner och positioner. Ett ledmotiv i Pierre Bourdieus sociologi*. Stockholm: Universitets- och Högskoleämbetet. FoU-enheten. Arbetsrapport 1983:2.
- Broadly, Donald (1990) *Sociologi och epistemologi- Om Pierre Bourdieus författarskap och den historiska epistemologin*. Stockholm: HLS Förlag.
- Callewaert, Staf (1999) "Pierre Bourdieu". I Heine Andersen & Lars Bo Kaspersen (red.): *Klassisk och modern samhällsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Denscombe, Martyn (2000) *Forskningshandboken- för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekdahl, Helena & Gullacksen, Ann-Christin (1991) *KURATORN- den sociala kompetensen inom hälso- och sjukvården. Rapport från en forskningscirkel för kuratorer inom Malmö sjukvårdsförvaltning*. Kontaktgruppen för arbetslivsfrågor: Lunds universitet.
- Fredlund, Ulla (1997) *Kuratorsverksamhet inom svensk sjukvård under 70 år. Glimtar och utvecklingstrender*. Stockholm: Svensk kuratorsförening.
- Greve, Arent (1997) *Organisationsteori – nya perspektiv*. Stockholm: Universitetsförlaget.
- Hellberg, Inga (1991) *Professionalisering och modernisering*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Johansson, Christin (2006) "Från social fixare till psykosocial expert". I Berit Esbjörnsson & Annelie Johansson, (red.): *Från social fixare till psykosocial expert. Kuratorer berättar*. Stockholm: TAM-arkiv.
- Kjær Jensen, Mogens (1995) *Kvalitativa metoder för samhälls- och beteendevetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, Steinar (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Landstinget i Värmland, Kompetensgruppen för kuratorsverksamheten (1997) *Kuratorns arbete idag- och i morgon. Kuratorsverksamheten i Värmland och förslag till utveckling*. Karlstad: Landstinget i Värmland.

Larsen, Rolf-Petter (2003) *Teamutveckling*. Lund: Studentlitteratur.

Motion till riksdagen (2005/06:So8) ”Legitimation och skyddad yrkestitel” (elektronisk), *Sveriges Riksdags hemsida* <<http://samhallsguiden.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=410&typ=mot&rm=2005/06&bet=So8>> (2007-04-26).

Murphy; Raymond (1988) *Social closure. The theory of monopolization and exclusion*. Oxford: Oxford University Press.

Nämnden för Socionomauktorisering (2007) ”Socionomauktorisering” (elektronisk), *Akademikerförbundet SSR:s hemsida* <[http://www.akademssr.se/portal/page?\\_pageid=93,47803&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://www.akademssr.se/portal/page?_pageid=93,47803&_dad=portal&_schema=PORTAL)> (2007-04-26).

Olsson, Siv (1999) *Kuratorn förr och nu. Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete. Skriftserien 1999:1.

Pingel, Birgit & Robertsson Hans (1998) *Yrkesidentitet i sjukvård- position, person och kön*. Solna: Arbetslivsinstitutet. Arbete och hälsa. Vetenskaplig skriftserie 1998:13.

Region Skåne (2003) ”Vårdteam” (elektronisk), *Universitetssjukhuset MAS hemsida* <<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=52639>> (2007-04-24).

Selander, Staffan (1989) ”Inledning”. I Staffan Selander (red.): *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2006) ”Ny lagstiftning om hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesbehörighet” (elektronisk). *Socialstyrelsens hemsida*. <[http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/utbildning\\_o\\_kompetens/legitimationer/Yrkesbehoriget.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/utbildning_o_kompetens/legitimationer/Yrkesbehoriget.htm)> (2007-04-26).

Socialutskottets betänkande (2005/06:SoU10) ”Legitimation och skyddad yrkestitel” (elektronisk), *Sveriges Riksdags hemsida*. <[http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3322&dok\\_id=GT01SoU10&rm=2005/06&bet=SoU10](http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3322&dok_id=GT01SoU10&rm=2005/06&bet=SoU10)> (2007-04-26).

Svenning, Conny (2000) *Metodboken*. Eslöv: Lorenz förlag.

Svensson, Lennart G (1998) *Professionalism och politisk decentralisering. En sociologisk studie av skolan och av socialtjänsten i en kommunalsreform*. Forskningsrapport nr 122, Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet. Göteborg: Kompendiet.

Starrin, Bengt & Renck, Barbro (1996) ”Den kvalitativa intervjun”. I Svensson, Per-Gunnar & Starrin, Bengt (red.): *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Trost, Jan (1997) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur. Andra upplagan.

## **INTERVJUGUIDE** **- för intervjuer med kuratorer, läkare och sjuksköterskor**

Efter en kort presentation av oss själva samt en mer ingående presentation av uppsatsens syfte kommer följande frågor:

### **Profession och symboliskt kapital**

- Ålder
- Vilken är din yrkestitel och befattning?
- Har du någon vidareutbildning, förutom din grundutbildning?
- Hur länge har du arbetat inom nuvarande yrke?
- Arbetar du i team nu? I så fall, hur länge har du arbetat i detta team?
- Har du tidigare erfarenheter av teamarbete? I så fall hur länge arbetade du i detta team?
- Om du arbetar och/eller har arbetat i team, vilken yrkestitel har/hade teamledaren i det team du arbetar/arbetade i?

### **Revir**

- Vilka är dina huvudsakliga arbetsuppgifter?
- Hur beskriver du de två andra professionernas arbetsuppgifter?

### **Position och hierarki inom fältet**

- Var i positionstrappan (bilaga 2) placerar du dig själv? Motivera valet.
- Var i positionstrappan placerar du de andra professionerna? Motivera valet.
- Kan de olika professionerna ”vandras” på positionstrappan? Om ja, i så fall hur? Om nej, varför inte?

### **Monopoliserings- och stängningsstrategier**

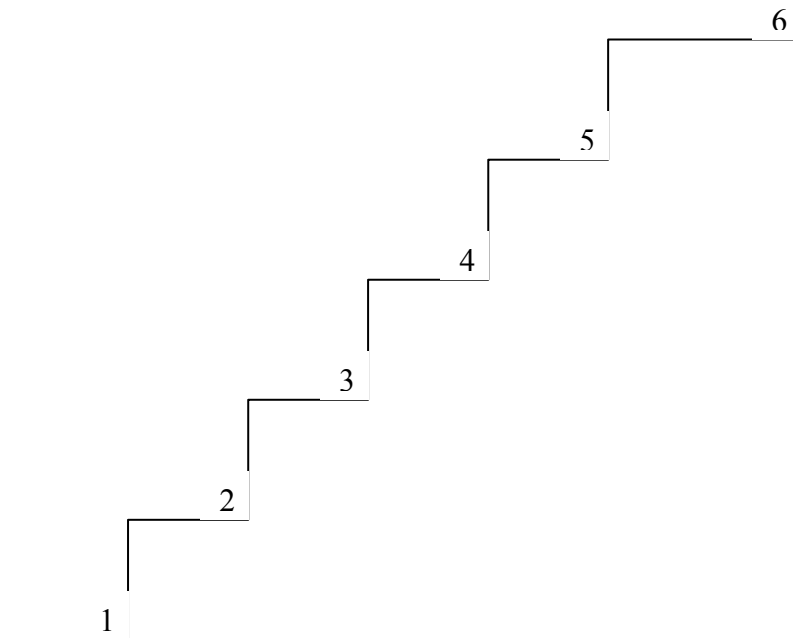
- Vad innebär karriär för dig?
- Hur ser dina egna karriärmöjligheter ut inom sjukhusorganisationen?
- Hur ser du på de andra professionernas möjligheter till karriär inom sjukhusorganisationen?

### **Övrigt**

- Något du vill tillägga?

## Kuratorernas positionstrappa

(Siv Olsson, Kuratorn förr och nu, 1999 s 167)



Med hjälp av positionstrappan (ovanstående figur) kan man utläsa vilken position de olika professionerna har i vårdteamet/fältet. Positionstrappan har sex steg och utgår från de sex vanligaste professionerna i ett vårdteam, det vill säga:

- arbetsterapeut
- kurator
- läkare
- psykolog
- sjukgymnast
- sjuksköterska





LUNDS  
UNIVERSITET

Socialhögskolan  
Magisteruppsats i socialt arbete, SOA 252  
Vårterminen 2007

Bilaga 3

9 mars 2007

Hej.....

Vi är två socionomer som under vårterminen 2007 skriver vår **magisteruppsats i socialt arbete inom hälso- och sjukvård.**

Det var bland annat då vi läste vårt teoriavsnitt på magisternivå i höstas, som vårt intresse väcktes att studera hierarkier inom sjukhusorganisationer lite närmare.

Syftet med vår uppsats är **att undersöka kuratorns position i sjukhushierarkin samt vad denna position grundar sig på.** Vi vill även fördjupa oss i de olika professionernas **karriärmöjligheter** inom sjukhushierarkin.

För att besvara uppsatsens frågeställningar behöver vi intervjua totalt **12 personer**, dvs. fyra **läkare**, fyra **sjuksköterskor** och fyra **kuratorer**.

Vi behöver nu hjälp med att hitta personer inom dessa tre professioner som är villiga att avvara cirka en halvtimme av sin arbetstid och ställa upp på en intervju. Om det vore möjligt skulle vi gärna vilja intervjua ett par personer samma dag.

**Vi skulle gärna vilja fråga Dig om Du hade kunnat hjälpa oss att få kontakt med någon/några lämpliga intervjupersoner, antingen på..... eller på något annat sjukhus?**

Intervjuerna beräknas ta cirka **30-45 minuter** och vår tanke är att intervjuerna ska ske i april månad. Fullständig anonymitet kommer att erbjudas varje intervjuperson och materialet kommer att bearbetas på så sätt att det inte ska gå att utläsa vem som sagt vad i den färdiga uppsatsen. Intervjuerna kommer att bandas för att vi som intervjupersoner ska kunna koncentrera oss på själva intervjun. Dessa band kommer att förstöras så snart intervjumaterialet har transkriberats.

Vi tar tacksamt emot svar om hur vi kan kontakta lämpliga intervjupersoner, antingen via mail eller per telefon.

Tack för din hjälp!

Varma hälsningar;  
**Carina Lindh**

tfn: .....  
mail:.....

**Petra Lingheimer**

tfn: .....  
mail:.....