

# Vem bör göra vad i sjukvården?

Kuratorers syn på sin yrkesroll utifrån holistisk rehabilitering.

Karina Mattsson

---

Magisteruppsats  
HT -15



Handledare: Helena  
Hansson, med.dr. och  
lektor i socialt arbete

## **ABSTRACT**

The purpose of the present study is to deepen the knowledge about the work and views of medical social workers working within rehabilitation care. Specifically, their work and views with regard to holistic rehabilitation is focused. Holistic rehabilitation is in the present context defined as encompassing medical-, personal- and work-related aspects of the rehabilitation process.

A questionnaire was answered by 117 social workers (respond rate 52 %) working with rehabilitation care in three different parts of the health care system; primary health care, specialised health care in open offices and specialised hospital care. Overall the social workers express positive attitudes towards the concept of holistic rehabilitation. Their own interest as well as the demands of legalisation emerges as key factors in explaining their readiness to work with a holistic approach. Moreover, the social workers generally believe that other occupational groups have a favourable view of their work as such approach.

Lack of time appeared as the main obstacle regarding the possibility to work with a holistic approach. Thus, slightly more than half of the respondents consider lack of time to be the main obstacle to work holistically. Moreover, almost one third of the social workers state that both the organisation and the working place express a lack of interest in holistic rehabilitation. Taken together, this implies that the social workers in the study identify structural barriers regarding the possibility to work according to legislation. However, the social workers believe that holistic rehabilitation would be strengthened if they acquired an increased responsibility and a coordinating role in the rehabilitation process.

The empirical outcome of the study is discussed using concepts from Lewins field theory and Abbotts work about professionalization. Especially, it is discussed if the marginalised role of social workers in the medical sector could and should be renegotiated.

## FÖRORD

Det har krävts mod och envishet för att genomföra denna uppsats. Som socialarbetare har jag föredragit att arbeta i det fördolda utifrån devisen hjälp till självhjälp vilket kanske inte är en helt ovanlig attityd bland mina yrkeskollegor, socionomerna. Min första tanke var att genomföra en kvalitativ studie riktad mot före detta patienter och deras syn på rehabilitering. Tanken styrdes om till att istället bli en professionsfråga vilket kändes väl magstark i relation till mitt diskreta förhållningssätt i arbetet. I samband med studier på senare år har jag stött på begreppet holistisk rehabilitering i forskningen. Begreppet framställs som ett betydelsefullt perspektiv utifrån individens behov när rehabilitering är aktuell. Holistisk rehabilitering innebär en helhetssyn på patientens rehabilitering med insatserna som innefattar medicinsk, arbetslivsinriktad och personlig rehabilitering. Ja, men det gör vi väl i sjukvården tänkte jag då som verksam kurator vid en enhet inom specialiserad medicinsk rehabilitering i Region Skåne. I mitt arbete möter jag människor som drabbats av stroke, trauman i rörelse- och cirkulationsapparaten samt andra komplexa sjukdomstillstånd. Utifrån mitt arbete som kurator uppmärksammas också den personliga återhämtningen och den arbetsinriktade rehabiliteringen under den medicinska rehabiliteringen hos oss. Vi går så klart dock under benämningen medicinsk rehabilitering och de områden jag som kurator verkar inom utifrån patientens hela livssituation betraktas inte alla gånger som en självklarhet på det medicinska fältet. Dessa tankar har lett till att jag valt att titta närmare på sjukvårdskuratorers arbetsområde utifrån ett professionsperspektiv med patienten i åtanke som har rätt att betraktas som en hel individ i mötet med sjukvården. Först och främst vill jag tacka alla de patienter jag mött vars livsöden samt längtan efter autonomi och livskvalité inspirerat mig till att göra detta arbete. Jag vill tacka min handledare Helena Hansson för ovärderliga synpunkter och bakläxor för att kunna slutföra mitt arbete. Jag vill också tacka min arbetsgivare vid Skånes Universitetssjukhus för stödet jag fått till att återuppta studierna på ålderns höst. Tack också till alla mina rejäla och stolta kuratorskollegor som gjorde arbetet möjligt genom att besvara den enkät som uppsatsen bygger på. Sist men inte minst vill jag tacka min familj för det stöd och den uppmuntran som möjliggjort detta arbete.

*Karina Mattsson,*

*Malmö, augusti 2015.*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	<b>Sida</b>
<b>1. INTRODUKTION</b>	<b>5</b>
1.1. Inledning	5
1.2. Problemformulering	5
1.3. Syfte och frågeställningar	8
1.4. Avgränsningar & Förtydliganden	8
1.5. Disposition	8
<b>2. REHABILITERING I SJUKVÅRDEN</b>	<b>9</b>
2.1. Rehabilitering för alla	9
2.2. Yrkesgrupper	10
<b>3. SOCIALT ARBETE I HÄLSO- OCH SJUKVÅRD</b>	<b>11</b>
3.1. Definition	11
3.2. Historisk utveckling	12
3.3. Forskning	13
3.4. Kuratorns uppdrag	14
<b>4. TEORETISKT RAMVERK</b>	<b>16</b>
4.2. Lewin – Fältteori	16
4.3. Abbott - Yrkesgrupper och arbetsfördelning	17
<b>5. METOD</b>	<b>19</b>
5.1. Ansats	19
5.2. Metodval	19
5.3. Urvalsprocess	20
5.4. Validitet & Reabilitet	20
5.5. Förförståelse	21
5.6. Etiska överväganden	22
5.7. Insamling och analys	22
<b>6. RESULTAT &amp; ANALYS</b>	<b>23</b>
6.1. Vid rehabilitering	23
6.2. Synen på holistisk rehabilitering	26
<b>7. DISKUSSION &amp; SAMMANFATTNING</b>	<b>33</b>
7.1. Holistisk rehabilitering	34
7.2. Förutsättningar	35
7.3. Inkludering och effektivisering	36
7.4. Metodreflektioner	38
7.5. Bidrag och framtida studier	39
<b>8. REFERENSER</b>	<b>40</b>
<b>BILAGOR</b>	<b>43</b>
1. Enkät med missivbrev	43
2. Specificering av enkätsvar	49

# **1. INTRODUKTION**

I detta inledande avsnitt kommer jag först att redovisa hur kuratorns yrkesroll inom den medicinska rehabiliteringen utmanas av andra yrkesgrupper. I det följande stycket argumenterar jag utifrån tidigare forskning och egen erfarenhet för att kuratorn, trots tvivel från andra yrkesgrupper, kan spela en viktig roll inom rehabiliteringsarbetet. Inte minst genom att verka som en garant för att rehabiliteringen bedrivs utifrån ett holistiskt perspektiv där även den personliga och arbetsinriktade rehabiliteringen uppmärksammas då patienten vistas inom sjukvårdens medicinska rehabilitering. Utifrån denna bakgrund presenterar jag sedan mitt syfte och mina forskningsfrågor. Avslutningsvis klargörs avgränsningar samt rapportens disposition.

## **1.1. Inledning**

Kuratorns arbetsområde verkar successivt övertas av andra yrkeskategorier. Sjuksköterskan har en alltmer koordinerande funktion, rehabiliteringskoordinatoren är sakkunnig och länk vid sjukskrivnings- och rehabiliteringsfrågor samt psykologerna är legitimerad samtalare och utredare. Arbetsterapeuterna strävar efter att vidga sin betydelse vid arbetsrehabilitering. I organisationen där jag arbetar har kuratorstjänster successivt dragits in vilket skulle kunna vara en delvis konsekvens av osynligheten och otydligheten av funktionen. Denna utveckling är samtidigt anmärkningsvärd. Sjukvården är en arena där människor befinner sig i en väsentlig utsatthet då sjukdom och skada dominerar tillvaron med stor påverkan på livet i sin helhet. Det kan också vara så att socialt arbete saknar egentligt tillträde inom den medicinska fakulteten arena vars behov successivt måste ”uppfinnas” inom och av den medicinska fakulteten självt. Senaste exemplet på detta är rehabiliteringskoordinatoren som innefattar funktioner som kuratorn i sin kompetens redan har. Det borde vara mindre kostsamt att förtydliga den kompetens som redan finns i en tid där kostnadseffektivisering är rådande norm i organisationen.

## **1.2. Problemformulering**

Studier (McMichael 2000, Gåfvells 2013) har visat att kuratorns arbetsinnehåll är otydligt samt skattas lågt av medicinsk personal. Tillvaratas kuratorns kompetens på ett optimalt sätt ökar arbetsvärdet och värdet på professionens arbete. Sjukvårdens socialarbetare behöver marknadsföra sin profession samt undervisa och informera sjukhuspersonal om kuratorns kompetens. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande utifrån den stora satsning som gjorts gällande sjukskrivningsprocessen har inte visat någon större effekt, inte heller att samverkan förbättrats (SOU 2011:15). Akademikerförbundet SSR betonar betydelsen av den psykosociala kompetensen i arbetet med sjukskrivna (SSR 2011-05-30).

Forskaren och socionomen Siv Olsson (2013) summerar kuratorns arbetsuppgifter över tid. Inom det somatiska fältet har kuratorn gått från förmedlare och samordnare ut mot samhället till att arbeta med information och rådgivning samt utrednings-, motivations- och behandlingsarbete. Inom psykiatrin har arbetet än mer inriktats på samtalsbehandling. Forskningen inom området är knapphändig. Att yrkesprofessionen konkretiserar och synliggör sig är ett tydligt tema i den senaste forskningen som bedöms angelägen att uppmärksamma. Läkaren och socionomen Catharina Gåfvells (2013) lyfter fram vikten av marknadsföring som kan ske genom legitimation, forskning och utvärdering. Samtidigt menar socionomen Margaretha Oxenstierna (2013) att behov även föreligger av att yrkesprofessionen uppmärksammas organisatoriskt. Inte minst från ett politiskt perspektiv med tanke på pengar som öronmärks för utbildning utan hänsyn till att kuratorns kompetens redan finns där Oxenstierna artikel belyser kuratorns kompetens inom primärvården.

Norstedts (2011) avhandling lyfter fram drabbades berättelser vid stroke med uppmärksamhet på försöken att komma tillbaka till arbetet. I studien framträder centreringsen på den fysiska kroppen under rehabiliteringen medan professioner som psykologer och kuratorer saknas i rehabiliteringsprocessen vilket gör att helhetssynen över individens situation uteblir. I Gullacksens (1998) avhandling studerades personer med kroniska smärttillstånd med fokus på deras upplevelse av livssituationen i relation till arbete. Gullacksen konstaterar vikten av en holistisk rehabilitering vid en livsomställning i samband med att nedsatt hälsa blir ett faktum i en människas liv. Holistisk rehabilitering inkluderar utöver den medicinska rehabiliteringen även arbetsinriktad och personlig/mental rehabilitering. Detta förutsätter ett helhetsperspektiv.

Lalos med flera (2014) hävdar att sjukvården är en central arena för socialt arbete på grund av den utsatthetskomponent som infinner sig i individens livssituation. Författarna presenterar det sociala arbetets villkor, kliniskt arbete och utmaningar som kuratorn ställs inför. Den kliniska delen inkluderar inte socialt arbete utifrån ett rehabiliteringsperspektiv. Svensk Kuratorsförening (kurator.se) är en ideell och obunden yrkesförening och ett nationellt forum för kuratorer (socionomer) inom hälso- och sjukvård samt officiell remissinstans. Föreningens lyfter fram 10 centrala arbetsområden där området rehabilitering inte finns representerat. Då rehabilitering är en central arena inom sjukvården är det förvånande att Professor Börje Blom m.fl. (2014) och svensk kuratorsförening inte uppmärksammar detta område. Livsomställningen vid nedsatt hälsa är omfattande då den berör många områden i livet som kan vara svåra att kontrollera i situationen. Samtidigt betonar SSR (2011) kuratorns kompetens vid sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Att patientens livssituation och rehabilitering betraktas utifrån en helhetssyn är inte givet inom det medicinska fältet som trots allt utgör en central arena under en längre tid vid komplexare nedsatt hälsa som exempelvis konsekvenserna av en stroke kan utgöra. Patienten har själv oftast fokus på de fysiska nedsättningarna och kan behöva stödjas och uppmärksammas på helheten utifrån livsområdena. Skulle kuratorer kunna vara den yrkesprofession i hälso- och sjukvården som skulle kunna åta sig uppdraget att bevaka individen process och behov utifrån ett helhetsperspektiv. Detta uppdrag kan leda till att kuratorn tillika socialt arbete blir en huvudaktör på det medicinska fältet. Det vill säga minst lika betydelsefulla som läkarna utifrån ett helhetsperspektiv på individens livssituation.

Denna betydelsefullhet är dock utifrån fältteorin (Lewin 1946) inte en självklarhet. Lewin menar att alla delar i ett fält har en ömsesidig påverkan på varandra och helheten i sig. Varje profession har med sig sin historia samt unika resurser som kommunikation, ansvarstagande och tillgänglighet. Var profession beter sig olika utifrån sina historier, aktuella behov och påverkan från det aktuella fältet. Den medicinska disciplinen bildar då här en så kallad energidominans i sjukvårdsfältet och kuratorns sociala disciplin utgör en minoritet på fältet. Kuratorns subjektiva upplevelse av utanförskap kan vara förstärkt av kuratorskårens otydliga kraftfält samt av den jämförelsevis fragmenterade sociala disciplinen. Goodley (2011) belyser hur den medicinska modellen, tillsammans med den moraliska modellen dominerat under lång tid med sin individualiserande syn på människan och inom funktionshinderområdet. Detta färgar det faktiska åtgärderna i sjukvården och helhetssynen på individens situation faller bort där den sociala modellen istället hävdar att omgivningsfaktorer många gånger skapar funktionshindren. Att försöka eliminera och förebygga livssituationen vid en återgång i livet efter sjukdom förutsätter ett bredare perspektiv som skulle kunna åligga kuratorns kompetensområde.

Denna position skulle kunna vara ett sätt att tydliggöra kuratorns yrkesroll och behovet av socialt arbete i hälso- och sjukvården. Oklart är dock om det finns intresse eller möjligheter från kuratorers sida att åta sig en övergripande roll under patientens medicinska rehabilitering på det sätt som holistisk rehabilitering inbegriper. Inom ramen för en magisteruppsats har jag valt att rikta studien mot kuratorerna själva genom en kvantitativ-kvalitativ studie i enkätform till en större grupp kuratorer. Min förförståelse i kombination med påtalat forskningsbehov ger studien relevans. Inte minst då rehabiliteringsområdet ter sig att vara ett ouppmärksammat område inom socialt arbete i hälso- och sjukvården. Ett försök görs därmed att analysera socialt arbete i sjukvården utifrån ett professionsperspektiv och dess förutsättningar till legitimitet inom den medicinska zonen.

### **1.3. Syfte och frågeställningar**

Utifrån den bakgrund jag skisserat ovan synliggörs ett kunskapsbehov om hur kuratorer som arbetar med rehabilitering förhåller sig till holistisk rehabilitering. Mitt övergripande syfte är således att öka kunskapen i detta område. Syftet har jag förtydligat i följande tre frågeställningar inkluderande hänvisning till enkätfrågor:

- 1) Vilket synsätt har kuratorer på holistisk rehabilitering? (f.18, 25-28)
- 2) Vilka möjligheter anser kuratorer finns för att arbeta med holistisk rehabilitering? (f.5-7, 10-13, 15-18, 23-24)
- 3) Vilka hinder anser kuratorer finns för att arbeta med holistisk rehabilitering? (f.18-22, 24-28)

### **1.4. Avgränsningar & förtydliganden**

Då studien metodiskt avgränsar sig till att ha kuratorn i blickfånget genom en enkätstudie som insamlingsteknik kan detta betraktas som en professionsfråga. Kuratorns kompetensområde har sin grund i socionomutbildningen med dess tvärvetenskapliga bredd och helhetsperspektiv. Därtill kan tillkomma vidareutbildningar inom terapeutiskt arbete, socialförsäkringen och livsstilsområdet samt specifik kunskap utifrån diagnosområde. Arbetsområdet innefattar information och rådgivning samt utrednings-, motivations- och behandlingsarbete. Kuratorns grundutbildning är socionom. Socialarbetare, socionom, kurator och informant samt social, psykosocial och tvärvetenskaplig kompetens är synonyma begrepp i studien.

### **1.5. Disposition**

För att ge en bakgrund till mitt empiriska arbete kommer jag i de följande avsnitten att presentera en beskrivning av hur rehabilitering är tänkt att gestaltas enligt lagtexter och andra styrdokument samt ge en beskrivning av den medicinska rehabiliteringen och de yrkesgrupper som är involverade i detta arbete (kapitel 2). Därefter fokuserar jag specifikt på det sociala arbetets roll i hälso- och sjukvården i allmänhet och i rehabiliteringsarbetet i synnerhet (kapitel 3). I samband med det redovisar jag också den tidigare forskning som är relevant i sammanhanget. Därefter redovisar jag de teoretiska begrepp som jag kommer att använda i diskussionen av mina resultat (kapitel 4). I metodkapitlet görs en genomgång av metoden som är av kvantitativ-kvalitativ karaktär (kapitel 5). I resultatdelen kommer jag att redovisa utfallet forskningsfråga för forskningsfråga genom att redovisa svaren på de enkätfrågor som hör till respektive fråga (kapitel 6). I diskussionsdelen kommer jag också att väcka frågan om vilken roll kuratorn kan och bör ha i rehabiliteringsarbetet. Jag kommer där att använda mig av teoretiska begrepp som utgår från Lewins och Abbots teorier om professionaliseringsprocesser (kapitel 7).



## **2. REHABILITERING – SJUKVÅRDEN**

I följande del görs en inventering av rehabiliteringsbegreppet utifrån lagstiftning samt historiska och politiska perspektiv. Rehabiliteringen tydliggörs också innefattande medicinska, sociala och psykologiska åtgärder. Avslutningsvis görs en avgränsning till sjukvårdens medicinska rehabilitering och dess organisering med olika yrkeskategorier.

### **2.1. Rehabilitering för alla**

Rehabilitering är insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning återvinner eller kvarhåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för självständighet och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Rehabilitering utgör tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter (Socialstyrelsen 2007) som finns reglerat på olika sätt i lagstiftningen (HSL 1982:763 § 8, SFB 2010:110 kap 30§6-10, AML 1977:1160 kap 6, SOL 2001:453, förordning om arbetsmarknadspolitiska verksamheten 2007:905). Rehabiliteringen innefattar flera delar. Medicinsk rehabilitering syftar till att återställa, förbättra eller bibehålla funktionsförmågan hos den enskilde som drabbats av sjukdom eller skada. Arbetsrehabilitering innefattar åtgärder som syftar till att underlätta återgången till arbetslivet där det finns flera betydelsefulla aktörer med olika ansvarstaganden runt den enskilde vilka exempelvis kan vara försäkringskassan, arbetsgivaren och sjukvården. (Vahlne Westerhäll m.fl. 2009). Gullacksen (1999) lyfter fram vikten av en helhetsorienterad bild av den enskildes rehabilitering. Utöver medicinsk och arbetsinriktad rehabilitering lyfter Gullacksen även fram den personliga rehabiliteringen som står för helheten i den enskildes liv utifrån den livsomställning som uppkommer i samband med sjukdom/skada.

1948 kom FN's förklaring om mänskliga rättigheter och sedan 1995 gäller mänskliga rättigheter som lag i Sverige där offentlig sektor har huvudansvar för att rättigheterna efterlevs. Utifrån FN's förklaring 1948 har konventioner vidareutvecklats för specifika områden som exempelvis som exempelvis för barns rätt och kvinnodiskriminering. Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning fastställdes 2008 med syfte att få till stånd internationella regler för rätten till delaktighet och jämlikhet. Bland annat Sverige har anslutit sig till dessa konventioner. Standardreglerna i Konventionen är vägledande för vår funktionshinderpolitik med strävan att eliminera hinder för att kunna åtnjuta våra mänskliga rättigheter frihet, rättvisa och fred. Punkt 4.9 tar upp Konventionsstaternas skyldighet att vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster däribland hälsorelaterad rehabilitering där personer med funktionsnedsättning ska ges möjlighet att uppnå och vidmakthålla största möjliga oberoende

genom ett heltäckande stöd. Enligt vår Hälso- och sjukvårdslag (1982:763; HSL) är målet för hälso- och sjukvård en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen där vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och den enskildes värdighet. Landstingen ska vidare erbjuda rehabilitering för att medborgaren återvinner bästa möjliga funktionsförmåga utifrån en helhetssyn.

Funktionshinderpolitiken utgör ett brett tvärpolitiskt arbete inom exempelvis arbetsmarknad, transport och folkhälsa samt sammanflätad med välfärdspolitiken som båda utgår från en helhetssyn vad gäller ansvarsfördelning av de insatser som behövs. Grundläggande komponenter är tillgänglighet utifrån ett helhetsperspektiv samt mångfald, delaktighet och jämlikhet oavsett funktionsnivå. Intresseorganisationer har haft stor betydelse för politikens utveckling där den miljörelativa synen på funktionshindret lyfts fram. (Lindberg & Grönvik 2011). Arbetslinjeprincipen har en lång tradition i den svenska socialpolitiken och samhället i stort. Argumenten för nuvarande arbetslinje är en förbättrad hälsa för både den enskilde och samhällsekonomin (Vahlne Westerhäll m.fl. 2009). Utifrån arbetslinjepolicyn skedde förändringar i socialförsäkringen 2008 med ökat ekonomiskt ansvar för arbetsgivaren och tidsbegränsning av sjukpenningen samt en ny arbetsmodell, rehabiliteringskedjan, för hur Försäkringskassan ska bedöma arbetsförmågan och rätten till sjukpenning samt som samordningsansvarig planera och bevaka insatser för den enskildes rehabilitering (FK 2015).

## **2.2. Yrkesgrupper**

De vanligaste karakteristiska för professioner är att det finns en förbundsorganisering som tillvaratar intressen och formulerat en etisk kod för professionen. Professionen i sig har en självständig organisering av arbetsprocessen samt är politiskt konstituerade och har en examinerande akademisk utbildning (Brante m.fl. 2015). I sjukvården finns olika yrkeskategorier för att möta behoven hos patienten där teamarbete är en vanlig arbetsform. Teamarbete definieras som ett mindre antal människor med kompletterande kunskaper som tillsammans arbetar mot ett gemensamt mål med ett ömsesidigt ansvar för att målet uppnås. Patienten kan ses som den centrale teammedlemmen med en erfarenhetsbaserad kompetens där yrkeskategorierna i sjukvården står för den professionella kompetensen utifrån rehabiliteringsområdet. Teamet huvuduppgift under rehabilitering kan vara att hjälpa patienterna att hitta strategier som ökar livskvalitén och bidra tillmöjliggöra deras återgång till arbetet och andra livsområden. Sjukvården är beroende av att medarbetarna i teamet finns tillgängliga utifrån sina respektive roller framför att ha kännedom om varandra som personer vilket underlättas av att organisationens minne bevaras genom dokumentation (Lundgren & Molander 2008).

I teamet är det läkaren som fattar de övergripande besluten och har det övergripande behandlingsansvaret. Läkaren har den bredaste medicinska kompetensen i teamet och en fördjupad kunskap inom det biomedicinska området och dess behandlingsmetoder. Arbetsterapeuten har kunskaper om aktivitetsutförande för att uppnå självständighet. Det innebär att arbetsterapeuten observerar, kartlägger och beskriver aktivitetsförmåga, resurser och begränsningar i olika aktiviteter. Kuratorn har kunskap om samspelet mellan individ och samhälle, om hur sociala problem uppstår och kan lösas samt bidrar med helheten för att komplettera sociala faktorerens betydelse till den medicinska kompetensen.

Psykologen har kunskap om patientens mentala och själsliga processer och dess påverkan i relation till omständigheterna samt genomför bedömningar inkluderande tester för att tydliggöra intellektuella, viljemässiga och emotionella resurser och begränsningar. Sjukgymnasten har kunskap om hur rörelse- och stödjeorganen fungerar och samverkar samt testar patientens funktionsnivå för att bedöma och upprätta ett träningsprogram för att höja funktionsnivån. Sjuksköterska och undersköterska har kunskap om hur patientens omvårdnad kan tillgodoses på bästa sätt samt genomför praktiska åtgärder som provtagning och samordning av behandling. Logopederna har kunskap om och arbetar med patientens kommunikations- och sväljningsförmåga. Dietister analyserar näringsintag och ger kostråd. De olika professionerna har delvis kunskaper inom samma områden och för att förtydliga de olika professionerna områden finns policydokument med arbetsbeskrivningar formulerade (Lundgren & Molander 2008).

### **3. SOCIALT ARBETE I HÄLSO- och SJUKVÅRDEN**

I följande kapitel görs en genomgång av studiens huvudpersoner inom rehabilitering, det vill säga kuratorer. Socialt arbete presenteras utifrån ett historiskt perspektiv samt utifrån forskningen som också vidrör ett internationellt perspektiv. Kapitlet avrundas med att ge en beskrivning av kuratorns arbete och uppdrag inom hälso- och sjukvården.

#### **3.1. Definition**

International Federation of Social Works' (IFSW 08-08-15) definierar socialt arbete "som att verka för social förändring, problemlösning i mänskliga relationer, för empowerment och frigörelse med syfte att främja människors välfärd. Med utgångspunkt i teorier om mänskligt beteende och sociala system verkar socialt arbete i de områden där människor samspelar med sin omgivning. Principer om mänskliga rättigheter och social rättvisa är grundläggande för socialt arbete". Professor Stefan Moréns (1990) definition av socialt arbete är "att i en organiserad verksamhet medelst synliggörande medverka till nya tolknings- och handlingsmöjligheter i socialt

utsatta livssituationer”. Psykologen Magdalene Thomassen (2007:21) menar att målet med socialt arbete kan definieras som att förebygga, avhjälpa och minska sociala problem samt förbättra individens livssituation. Socialt arbete bedrivs på olika platser i samhället varav sjukvården är en av flera arenor där den kommunala Socialtjänsten utgör den största arenan. I sjukvården benämns socialarbetaren som kurator, även socionom, och det finns cirka 4000 verksamma kuratorer i Sverige vilket utgör cirka 10 % av yrkesverksamma socionomer. Kuratorn är en ensamprofession i samverkan med andra yrkeskategorier som läkare, psykolog och sjukgymnast till skillnad från socionomkollegorna inom Socialtjänsten. Socialarbetare oavsett var de befinner sig möter människor i kris på olika sätt med exempelvis relationsproblem, knappa materiella resurser och olika typer av överkonsumtionsproblem.

Utöver dessa faktorer behöver kuratorer dessutom ta hänsyn till en komplex kombination av aspekter i människors liv som sociala, kroppsliga, psykologiska, existentiella och relationella. Specifikt för socialt arbete i sjukvården är den medicinska kontexten och det existentiella hot människor ställs inför vid sjukdom, skada och död. Specifikt är också den medicinfokuserade miljön med dess lagstiftning och organisation. Socialt arbete i sjukvården benämns ofta som psykosocialt arbete vilket kan bero på ett försök att tydliggöra arbetet i teamet och gentemot socionomer utanför sjukvården. Internationellt används benämningen socialt arbete (Lalos m.fl. 2014). Socialt arbete i sjukvården kan betraktas som att genom olika insatser stödja individen att uppnå självständighet och livskvalité.

### **3.2. Historisk utveckling**

Det sociala arbetets rötter brukar härledas till 1800-talets ideella arbete där de socialmedicinska problemen ökade under senare delen av 1800-talet. Frivilligorganisationer med stöd av läkare började då bedriva socialt arbete bland sjuka i USA, England och Tyskland (Meeuwisse m.fl. 2006). 1903 bildades Centralförbundet för socialt arbete (CSA) i Sverige som aktivt deltog i samhällsdebatten gällande sociala frågor. 1906 organiserades kuratorsavdelningar i USA för att stödja kompetensutvecklingen då sjukvården behövde ökad kunskap om sociala faktorer inverkan på patienternas hälsotillstånd. 1912 startade institutionerna för socialt arbete i USA en utbildning i ”Medical Social Work” i samarbete med sjukvården (Blumenfeld & Epstein 2001). CSA i Sverige inspirerades av arbetet i USA och kom att betyda mycket för framväxten av kuratorsverksamheten i Sverige. Även svenska läkare var engagerade och efterlyste en icke-medicinskt utbildad person med god människokunskap och mod att stå upp för den enskilda människan och värna om dess integritet. 1914 anställdes Sveriges första kurator inom psykiatri i Stockholm och 1920 den första kuratorn inom den somatiska vården (S Olsson 1999:25ff, 88-99).

Kunskap om sambandet mellan hälsa och sociala livsvillkor återfanns i Sverige inom socionomutbildningen från 1930-talet inom ämnen socialmedicin och mentalhygien. På 1970-talet togs dessa bort från institutionerna för socialt arbete och kunskapsutvecklingen lämnades till professionen själv att vidmakthålla (Fredlund 1997). Överflyttningen av området omsorg om äldre och funktionshindrade till Institutionen för socialt arbete har sambandet mellan ohälsa och sociala villkor åter ökat. Fristående kurser av relevans för socialt och psykosocialt arbete inom hälso- och sjukvård finns idag vid samhällsvetenskaplig och medicinsk fakultet (M Olsson 2008). Kuratorns utbildning har gått från sjuksköterska och/eller socionom vidare till socionom och psykoterapeut. Inom psykiatrin har arbetsuppgifterna gått från fixare och försvarsadvokat till utredare, förmedlare och samordnare kombinerat med råd och stöd vidare till utrednings-, motivations- och behandlingsarbete. Inom kroppssjukvården har arbetsuppgifterna gått från förmedling och samordning av samhällets hjälpmöjligheter till information, rådgivning och utredning samt motivations- och behandlingsarbete (S Olsson 2013)

### **3.3. Forskning**

Många kuratorer väljer att disputerat vid medicinsk fakultet då de yrkesmässigt känner sig mer knutna till det medicinska arbetsfältet och ofta bedriver forskning tillsammans med annan vårdpersonal (Roxström 1997). Ingen av landets institutioner för socialt arbete har ännu riktat sig mot det psykosociala arbetet inom hälso- och sjukvård (Bergseth 2003). Den första kuratorn disputerade 1980 i medicinsk vetenskap (Larsson 1980). Vid en jämförelse av avhandlingar i socialt arbete vid institutionerna för socialt arbete och avhandlingar i psykosocialt arbete inom hälso- och sjukvården har det mellan åren 1980 och 2006 producerats 204 avhandlingar inom fem forskarutbildningar i socialt arbete enligt en kartläggning av Brunnberg (2009). Av dessa 204 ingår 29 avhandlingar i Flink's studie. De tre professorer som finns i ämnet är samtliga vid medicinsk fakultet (Flink m.fl. 2008). Det finns inga tecken på utökad inkludering av området psykosocialt arbete i hälso- och sjukvården inom ämnet socialt arbete vilket står i kontrast till exempelvis USA (Lundgren 2003). Detta står även i kontrast till förutsättningar som råder för forskning i socialt och psykosocialt arbete i hälso- och sjukvården då mångvetenskap och transnationell forskning betonas alltmer på det medicinska fältet. Inom sjukvården är teamarbete en traditionell organisationsform och forskningsprojekt byggs mer upp omkring flera aspekter som medicinskt, social funktion och psykosocial situation. I dessa områden bedrivs forskning av andra yrkesgrupper som inte har socialt arbete som grundutbildning (Flink m.fl. 2008).

Gåfvells (2013) hävdar att kuratorer har en ovärderlig kunskap om betydelsen av det sociala sammanhanget för patientens hälsa och rehabilitering. Psykosocialt synsätt bör alla ha, psykosocialt behandlingsarbete är det kuratorn som kan. Gåfvells ser ett behov av att kuratorerna blir bättre på att konkretisera och tydliggöra professionen via utvärdering, forskning och legitimation samt marknadsföring. Forskning och utvärdering som redskap för marknadsföring av den tvärvetenskapliga kompetensen bekräftas av primärvårdsläkare (2013) som föreslagit att kuratorerna bör visa upp sig och sin kompetens genom att synas i läkartidningarna. I dagsläget finns två svenska avhandlingar utifrån kuratorns profession. Dels utifrån det historiska perspektivet (S Olsson 1999), dels en komparativ studie om socialt arbete i Tyskland kontra Sverige (Sjöström 2013). Likt den kliniskt arbetande kuratorn utgör en länk mellan sjukvård och det omgivande samhället står den forskande kuratorn med ena benet i medicinsk forskning och andra det andra benet i samhällsvetenskaplig tradition (Roxström 1997). Det finns flera internationella tidskrifter exempelvis "Health and Social Work" och sedan 1995 anordnas internationella konferenser inom socialt arbete i hälso- och sjukvård. Konferensen i Kalifornien 2013 har temat "vägar till kundfokuserad vård".

I en internationell undersökning (Auslander 2001) har psykosociala arbetets effekter rankats där följande definitioner fått högst ranking: Socialt arbete har bidragit till att hälso- och sjukvården förändrats från ett biomedicinskt till ett biopsykosocialt synsätt samt att socialt arbete betraktas som en självklar profession inom hälso- och sjukvården. Sjöströms avhandling (2013) visar på skillnader mellan kuratorn i Tyskland och i Sverige. I Sverige strävar kuratorsprofessionen efter att smälta in i vårdorganisationen sjukvården där legitimationsfrågan är central samt att gruppen vänder sig bort från den egna sociala disciplinen och facklig organisation. I Tyskland däremot strävar professionen efter att särskilja sig från sjukhuskontexten, värnar om närheten till den egna disciplinen och påvisar ett positivt samarbete med facklig organisation. I Sverige finns olika professionella nätverk och föreningar, t.ex. "Svensk Kuratorsförening" (15-07-24) som ingår i "International Council on Social Welfare" (ICSW 15-08-08). Sedan mitten på 1990-talet finns ett nätverk för forskande socionomer (15-07-24) inom hälso- och sjukvården med syfte att överbrygga klyftan mellan medicinsk och samhällsvetenskaplig fakultet samt att stimulera till gränsöverskridande forskning.

### **3.4. Kuratorns uppdrag**

Svensk kuratorsförening ([www.kurator.se](http://www.kurator.se)) har utarbetat en kvalitetspolicy för professionen med syfte att befästa en gemensam värdegrund i kuratorers kvalitetsarbete. I policyn ingår betydelsen av kuratorers helhetssyn på individens behov och en strävan efter att i varje insats uppnå mål som relateras till aktuella behov samt utvecklar det psykosociala arbetet och verkar för att en

helhetssyn tillämpas i hälso- och sjukvård. Grundläggande värderingar utgörs av alla människors lika värde och grundläggande rättigheter samt respekt för människors rätt till självbestämmande och integritet där varje människa ses som unik och utvecklingsbar. Värderingarna leder till ett professionellt engagemang och ett förhållningssätt som kännetecknas av respekt, lyhördhet, empati och kritiskt tänkande samt vars värderingar också leder till att arbetet präglas av professionellt ansvar, tillgänglighet, kontinuitet och samverkan. God kvalitet i kuratorers arbete inom hälso- och sjukvård förutsätter socionomexamen som grund med fortlöpande kompetensutveckling och arbeta i enlighet med regler och värderingar i styrande dokument samt utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Kvaliteten säkras genom att kontinuerligt inventera behov, formulera mål, utvärdera resultat, utveckla metoder och delta i kvalificerad handledning. Målet för psykosocialt arbete inom hälso- och sjukvård är att stärka individers och gruppers möjligheter till att hantera inre och yttre påfrestningar samt att arbeta för förändringar i den sociala miljön så att människors livssituation utvecklas gynnsamt.

Kundgrupper är enskilda/patienter/klienter, anhöriga eller andra för den enskilde betydelsefulla personer. Helhetssyn innebär att se människan i sitt sociala sammanhang, innefattande fysiska, psykiska, sociala och existentiella faktorer. Psykosocialt arbete är benämningen på kuratorers specifika yrkesutövning i hälso- och sjukvård som bedrivs med hjälp av dokumenterade och beprövade metoder. Styrande dokument utgörs av lagar och föreskrifter, fackliga etiska regler samt direktiv och riktlinjer som utformats av respektive huvudman. Kuratorers arbete utgår från kunskap och teoribildning inom ämnesområdet socialt arbete och viss medicinsk och biologisk kunskap för att se samband mellan psykosociala faktorer och hälsa/ sjukdom.

Generellt betecknas socionomers arbete som socialt arbete vars benämning används även både för den vetenskapliga disciplinen och i socionomutbildningen. I hälso- och sjukvården dominerar även internationellt begreppet socialt arbetet framför psykosocialt arbete. Orsaken till användningen av begreppet psykosocialt arbetet kan bland annat bero på ett försök att avgränsa och förtydliga sitt arbete i relation till sammanhanget menar Blom m.fl. (2013). Avgränsningen kan begränsa den helhetssyn kuratorer företräder som innefattar även fysiska, existentiella och kulturella komponenter samt begränsa den praktiska tillämpningen av socialt arbete genom att fokusera på individuellt psykoterapeutiskt behandlingsarbete. Folkhälsominister Wikström (SSR 2015) betonar behovet av kuratorernas kompetens vad gäller omgivningsfaktorernas påverkan och det samverkansbehov som behövs för individen i samhället. 2013 aktualiserades utredning på riksdagsnivå och i juni 2015 har Socialutskottet föreslagit att regeringen under 2016 ska lämna förslag om processen för införandet av legitimation (Sveriges Riksdag 2015).

## **4. TEORETISKT RAMVERK**

Här presenteras den teoretiska referensram som används i studien. För att kunna analysera studieobjektet behöver yrkesprofessionen tydliggöras i den kontext som sjukvårdfältet utgör med olika typer yrkeskategorier. Betydelsen av kontext när yrken studeras är en ömsesidig utgångspunkt i teorier. Kuratorn ingår här, liksom sjuksköterska och sjukgymnast, som en semiprofession vilken utvecklats utifrån en tid av välfärd och utbildning medan läkare ingår i kategorin klassiska professioner vilken utgör en prototyp för vad en profession är med sitt organisatoriska ursprung i 1800-talet. I kompetensfälten inordnas kuratorn i fälten för social integration och social kontroll. I fältet hälsa ingår sjukvårdens övriga professioner (Brante m.fl. 2015). I samhällsvetenskaperna har fältbegreppet använts på olika sätt och här används Lewins fältteori i analysen. Relationstyperna som råder mellan olika professioner har inom professionsteori diskuterats utifrån termerna kamp & avgränsning, arbetsdelning och samarbete (a.a.). Andrew Abbotts (1988) som den andre teoretikern i studiens diskussionsdel menar att gränsstrider och avgränsning mellan olika professionella grupper spelar en central roll där en fördelning av de olika yrkeskategoriernas/experternas arbete formas. En förväntan finns av en hög grad av gräns mellan grupper när vardagsarbetet sker avskilt och i organisationer med flera professioner.

### **4.2. Lewin – Fältteori**

Fältteori kan ses som ett ramverk för att undersöka och klargöra händelser, upplevelser, objekt, organismer och system som meningsfulla delar av en känd mängd ömsesidigt påverkande krafter som tillsammans utformar en interaktiv pågående helhet. Lewin lägger stor vikt vid personens egna upplevelser och tolkningar av en viss situation. I fältet ingår individen och den omedelbara omgivningen. Fältet är inte statiskt utan i ständig förändring och en del kan inte existera utan ett fält och är således en produkt av fältet. Fält kan vara komplexa även mellan två individer och påverkan kan ske från icke-närvarande delar (Nilsson 1996:169–170, Gold 1999:3-5, 78ff, Winter 1997). Även om fältet betraktas utifrån medarbetaren och dess omedelbara omgivning anses här mer avlägsna delar ha inverkan på fältet som beslutsfattare och yrkeskår samt discipliner.

Lewin (1946) menar att alla delar i ett fält har en ömsesidig påverkan på varandra och helheten i sig. En förutsättning för helheten och delarna i helheten är kontexten som dessa befinner sig i. Varje gruppdeltagare har med sig sin unika historia och dess avslutade och oavslutade händelser samt unika resurser som kommunikation, ansvarstagande och tillgänglighet. Varje gruppdeltagare beter sig olika utifrån sina historier, aktuella behov och påverkan från det aktuella fältet. Den enskilde gruppdeltagarens ursprung påverkar fältet som i den här studien utgör yrkesprofession



och akademisk disciplin. Gruppdeltagarens beteende är en följd av den subjektiva tolkningen av fältet och fältet i sin tur är ett resultat av gruppdeltagarnas beteenden. Fältet är en produkt av vår personliga historia samt vart vi är på väg, det vill säga uppdraget, samtidigt som det som är av störst betydelse är det som sker här och nu i fältet. Kurt Lewin beskrev detta som "Samtidighetens princip". Dr. Hella Gephart (2003) illustrerar tillämpningen av fältteorin genom senare studier. Fältet definieras som det sociala rummet som omges av en viss miljö som också påverkar fältets delar och helheten. Förändring i fältet är relativt och kan vara faktisk, saknas och finnas motstånd för. Att förändra genom ekonomiska påslag har inte visat på ökad prestation. Däremot kan förändring konstateras då avsikten för fältet som helhet tydliggörs och en likriktad rörelse sker. Ett sätt att skapa en likriktad rörelse är att individerna i fältet tydliggör sin historia för andra, insikter och idéer. Då spänning i fältet uppstår i relation till en minoritet i fältet kan denna energi skapa blockeringar i fältet. Logiskt här kan vara att tydliggöra minoritetens roll och avsikt i fältet där en utestängning från fältet övriga deltagare kan hindra denna lösning. Där behöver tydliggörande fokuseras på fältet framför enskilda delar/individer i fältet.

Detta kan leda till att fokus flyttas från minoritet som exempelvis irriterande till allmän förvirring i fältet där förtydligande behöver skapas gemensamt. Lewins (1946) bedrev studier på minoriteter inom organisationer. Han menade att en vilja till förändring dominerar i organisationen vilken inte är desamma som att per automatik omsätta förändringen i praktiken. Denna situation kan leda till dimridå. För att komma vidare i detta finns behov av att tydliggöra aktuell situation, möjliga hot och beslut om åtgärdsaktivitet. Lewin studerade bland annat en arbetsgrupp som saknade tydlighet gällande aktiviteter och dess behov. Arbetaren kunde känna tillfredsställelse utifrån situation och bekräftelse från gruppen samtidigt som avsaknaden av mätbara normer och standardiseringar gjorde att formellt synlig bekräftelse uteblev. Avsaknad av objektiva normer för prestation ledde till att lärande och utveckling uteblir. Realistisk faktainsamling och utvärdering menade Lewin var en förutsättning för all inläring. Lewin menade att social forskning bör prioriteras för att förbättra det praktiska arbetet och dess grupprelationer. Här har forskningen (McMichael 2000, Gåfvells, Flink m.fl. 2013) betonat vikten av att sjukvårdens socialarbetare behöver förtydligas och synliggöras. De svenska forskarna hävdar att detta bör ske via legitimation samt genom forskning och utvärdering.

#### **4.3. Abbott - Yrkesgrupper och arbetsfördelning**

Abbotts (1988) idéer om arbetsfördelning av expertis mellan yrkesgrupper och deras rättsliga kontroll ses i relation till kuratorn och sjukvårdskontexten. Han betraktar fältet med yrken som en helhet som konstrueras och påverkas av samhället då och nu. Ett syfte med studien är att undersöka kuratorernas syn på att arbeta utifrån en helhetssyn på patientens rehabilitering vars

individuella fält är större än det medicinska fältet. Abbott menar att professionella kämpar för att få legitimitet där kuratorn i dagsläget saknar den formella legitimiteten. Den rättsliga kontrollen kan uppkomma genom legitimationer och genom påtryckningar från politiker och media som ger en självständighet att utföra uppgiften. Abbotts menar att olika professioner kämpar, förhandlar och sluter avtal vid liknande arbete för att få rättslig kontroll. Rättslig kontroll inkluderar också rätten att utesluta andra yrkesgrupper att verka inom det egna området med uppgifter, patienter och kunskap. I studien exemplifieras kuratorernas syn på sin yrkesroll inom rehabilitering i sjukvården vilket likväl skulle kunna handla om andra yrkeskategorier.

Abbott (1988) betraktar professioner som ömsesidigt beroende grupper med ett gemensamt arbete vilket är en fråga om kontroll. Fältets betydelse betonas där olika yrkeskategorier är involverade och tävlar mot varandra och förlorar alternativt vinner rättslig kontroll. Tävlingen handlar om vem som ska göra vad i det professionella fältet. Abbott (1988) studerar relationer mellan olika yrken och professioners utveckling över tid. Han belyser hur yrken styr områdena t.ex. arbete, kunskap, kundkrets och handlingar. Rättslig kontroll är en fråga om en ständig kamp och förhandlingar mellan olika grupper. Vissa yrken som läkare kan ha full rättslig kontroll av ett fält medan andra i fältet som exempelvis kuratorn måste underordna sig i relation till. Om yrket har rätt att definiera och lösa alla problem som uppstår inom området har yrket full behörighet. Att påstå sig ha rättslig kontroll över ett yrkesområde innebär att en yrkesgrupp vill ha rätten att utföra uppgifter som, enligt den gruppen, tillhör dem. Samma uppgifter kan uppfattas som deras av olika yrkesgrupper. I fältet måste yrkesgrupper ständigt ta i beaktande konsekvenserna av andra yrkesgruppers krav om vem som ska göra vad till vem (Abbott, 1988).

Abbott ger ett exempel på överordnad respektive underordning genom psykiatriker som serverar överklass och medelklass medan socialarbetare sätts att serva mindre materiellt lottade individer. Uppgifterna kategoriseras som önskvärda eller inte önskvärda (det så kallade smutsiga arbetet) av yrken. Däremot kan påtryckningar komma utifrån, politiker/forskare/journalister, som ger ett visst yrke rättslig kontroll över ett visst område. Detta leder också till spänningar i maktstrukturerna när yrkesprofessioner skapas genom påtryckning utifrån. Det finns sällan ett samband mellan detaljerade arbetsbeskrivningar och vad professionella faktiskt gör vilket leder till att gränserna för arbetsfördelningen suddas ut. Här kan rehabiliteringskoordinatören ses som ett exempel på en områdesprofession som skapats pga. påtryckningar utifrån i samband med höga sjukskrivningstal och den samverkan som ska ske i området för att optimera processerna för att komma tillrätta med sjukskrivningarna. Kuratorns funktion skapades pga. påtryckningar från ideella organisationer men också genom att läkarna såg de sociala problem i patientens sammanhang som kunde kopplas

till aktuell ohälsa. Här kan yrkesgrupper utifrån legitimation och ökad rättslig kontroll inom sjukvårdsfältet ta över områden som till en början ålagts kuratorn som exempelvis sjuksköterskor, psykologer och arbetsterapeuter där alla har tillträde på rehabiliteringsområdet. Kuratorernas roll i fältet blir annorlunda utan legitimation, indirekt tillhörighet i det medicinska fältet och vaga framtoning som konstaterats i litteraturen samtidigt som frågan är hur kuratorerna själva ser på sin yrkesroll i relation till begreppet holistisk rehabilitering och möjligheten att verka där.

## **5. METOD**

Här görs en genomgång av studien metodologiska upplägg. En ansats presenteras utifrån både organisationen och tidigare undersökningar i området. Metoden redovisas samt den urvalsprocess som skett. Validitet och reliabilitet dryftas samt förförståelsen och andra etiska överväganden. Avslutningsvis presenteras enkäten som studiens empiriska material samt analysen av detta material.

### **5.1. Ansats**

Studien har genomförts inom en avgränsad grupp kuratorer under vintern 2014/2015. Informanterna är främst från Region Skåne, formellt Skåne Läns Landsting, som ansvarar för hälso- och sjukvården i Skåne län. Sjukvården består av 9 sjukhus och i de 33 kommunerna finns lokala primärvårdsenheter samt ett flertal privata uppdragsgivare. Jag har tagit initiativ till studien utifrån egen yrkeserfarenhet i området rehabilitering samt utifrån forskning som uppmärksammat mig på begreppet holistisk rehabilitering. Viss forskning har som tidigare nämnts gjorts inom området socialt arbete i hälso- och sjukvården med inriktning på professionens historiska utveckling, legitimering och internationell jämförelse av yrkesrollen. Studiens ämnesområde är okänt.

### **5.2. Metodval**

Studien utgår från en kvantitativ-kvalitativ metod och genomförs med utgångspunkt i att kvalitativt utforska kuratorns arbetsområde och yrkesroll i sjukvården samt beskriva kuratorernas upplevelser utifrån en större grupp kuratorer samt analysera dess utsagor för en fördjupad kunskap i ett okänt område genom en till formen kvantitativt webbaserad enkätstudie (May 2001). Sociologen Brante påvisar (2003) att den dominerande uppfattningen bland professorer att metodisk pluralism bör råda. Såväl kvalitativa som kvantitativa metoder är betydelsefulla och användbara. Att prioritera någon specifik metod rekommenderas inte då största betydelse är vad vi vill få kunskap om och vilken typ av kunskap som eftersträvas. Sociolog Jan Trost (2012) menar att det är vanligt att hävda att enkätstudier alltid är av kvantitativ natur samtidigt som dessa kan

innehålla en uppsättning kvalitativa komponenter vad gäller insamlingsteknik, tolkning och analys. Det innebär således att en enkätstudie inte per automatik är att betrakta som en kvantitativ studie. Jennifer Greene, professor i forskningsmetodik, föreslår termen ”vink” framför ”bevis” där helheten har betydelse för val av metod, som exempelvis kultur och sammanhang (2008). Den sociala institutionen med organiserade praktiker följer ett normativt regelverk med kognitiva och kulturella riktlinjer för vad som anses vara problem, lösningar och handlingar. Samtidigt bär den sociala sfären med sig motsättningar och skilda intressen (Meeuwisse m.fl. 2008).

Detta innebär både möjligheter för ett vidgat och flexibelt perspektiv där Trost (2012) anser att slentrian, tradition eller socialt tryck inte ska vara avgörande för val av metod. Däremot menar Trost att syftet med studien bör vara avgörande för valet av metod. Syftet med studien är således att tolka kuratorernas syn på sitt arbete utifrån ett helhetsgrepp på individens rehabilitering när denne är föremål för medicinsk behandling/rehabilitering i sjukvården. För att få en bredare uppfattning om kuratorernas tankar har jag valt att rikta studien mot en större grupp kuratorer vilket så skett genom en enkätstudie (Bryman 2011). Ursprungstanken har varit att genomföra en fallstudie då god kännedom finns i området och fokus ligger på en i professionen mindre grupp i en avgränsad organisation med tanken om en kombination av infallsvinklar för att få en så heltäckande bild som möjligt genom dokumentation och observationer i organisationen samt intervjuer av ledning och enkät till kuratorsgruppen. Inom ramen för magisteruppsatsen finns inte tidsutrymme för ett sådant upplägg utan avgränsning har gjorts till att utforska och beskriva kuratorernas upplevelser utifrån ett kvantitativt sett större perspektiv än vad intervjuer skulle utgöra (Meeuwisse m.fl. 2008, Andersson 2007).

### **5.3. Urvalsprocess**

Utifrån den delvis kvalitativa inriktningen görs målinriktade urval vilket handlar om att välja ut enheter på olika områden i sjukvården med direkt hänvisning till de forskningsfrågor som formulerats (Bryman 2011: 350-351). Inledningsvis har kontakt etablerats med de fyra chefskuratorerna i Region Skåne för att lokalisera kuratorer inom rehabilitering. Utifrån eget utgångsläge, och snäva fält, som kurator vid specialiserad rehabilitering och i dialog med chefskuratorerna ledde sökordet *kuratorer vid rehabilitering* till att kuratorerna avgränsades till specialiserad/högspecialiserad rehabilitering. Detta resulterade i att antalet kuratorer som lokaliserades i området var mindre än 15 personer och utgjorde en alltför liten svarsgrupp för att kunna analysera materialet. Vid denna tidpunkt etablerades även kontakt med företrädare i Västra Götalandregionen och Stockholmsregionen samt med den organiserade kuratorsgruppen Svensk Kuratorsförening. Utifrån dessa kanaler tillkom cirka 15 stycken kuratorer verksamma inom

uttalad medicinsk rehabilitering. Med risk för bortfall och kvarstående låg analysfrekvens vidgades begreppet *kuratorer vid rehabilitering* istället till att lokalisera de kuratorer som kunde förväntas möta patienter som ingick i begreppet holistisk rehabilitering. Det vill säga att patienterna genomgick någon form av medicinsk rehabilitering och att de var i en arbetsför ålder. Den personliga/mentala rehabiliteringen som tredje komponent i holistisk rehabilitering bedömdes tillkomma per automatik utifrån patientens livsomställning. En sökning gjordes således i Skåne läns landstings kontaktkatalog där 300 kuratorer lokaliserades vilket kom att innefatta kuratorer inom såväl psykiatri som somatik samt specialiserad öppenvård och primärvård. Utifrån sökkriterierna gallrades 210 kuratorer ut och enkäten gick ut till totalt 225 kuratorer vilket inkluderade de cirka 15 stycken kuratorerna från andra landsting. Fokus har således legat på att få in ett tillräckligt stort material att analysera i en avgränsad grupp av den större kuratorsgruppen framför att analysera en grupp i ett specifikt landsting.

#### **5.4. Reliabilitet & validitet**

Thurén (2005:9–14) definierar källa som ursprunget till vår kunskap och källkritikens uppgift är att med strikta vetenskapliga metoder bedöma trovärdigheten i källor. Hög validitet i en undersökning innebär att verkligheten ha undersökt det som avsetts undersökas (Thurén 2007:26). Under metodprocessen avser jag att kontinuerligt stämma av gentemot syfte och frågeställningar som ett sätt att höja validiteten och på så vis hålla temat i fokus. Hög reliabilitet handlar om huruvida kunskapen är framtagen på ett tillförlitligt sätt, det vill säga resultatets pålitlighet. Utifrån studiens hermeneutiska inriktning bygger studien på att söka ökad förståelse utifrån min tolkning av arbetsmaterialet så är jag medveten om att detta kommer att påverka delar av utfallet där andra forskare till viss del kommit fram till andra slutsatser (Sohlberg 2009:15–16). Trost (2012) anser att det i mindre kvalitativa studier snarare bör handla om trovärdighet framför validitets- och reabilitetsbegreppen. Jag har valt att ha alla dessa aspekter i åtanke.

#### **5.5. Förförståelse**

Förförståelse ses som en förutsättning för studien och medvetenhet finns om att tolkning påverkas av värderingar och förförståelse. Erfarenheten av arbete som sjukhuskurator kan leda till både ett omedvetet och medvetet uppmärksammande av vissa saker som också därför kanske bortser från viss information. En medvetenhet om utgångsläget underlättar att förhålla sig till detta faktum (Thurén 2007:103). Utifrån den egna yrkeserfarenhet kan jag delvis känna igen mig i den otydliga och osynliga rollen som forskningen betonat samt ser min yrkeserfarenhet utanför fältet som en berikande tillgång utifrån socionomkompetensen. Min erfarenhet utanför sjukvården kan göra att definitionen socialt arbete känns mer nära min yrkesroll framför den traditionella benämningen för kuratorn psykosocialt arbete, vars benämning problematiseras i litteraturen. Min nuvarande

förståelse och studiens möte med professionen i en större kontext som enkätstudien innebär göra att nya erfarenheter leder till en ny förståelse vilket i sin tur blir förförståelse vid analys och tolkning av materialet. Detta innebär att den hermeneutiska cirkeln blir en viktig utgångspunkt i mitt vetenskapsteoretiska perspektiv (a.a. 60-62).

### **5.6. Etiska överväganden**

Etikprövning enligt lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) anses inte aktuellt med tanke på studiens inriktning på organisationen och dess medarbetare. Jag beaktar Vetenskapsrådets (1990) fyra forskningsetiska principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet och tydliggör riktlinjerna till informanterna i missivbrevet. Informanterna ges vid intresse tillgång till studien och kan vid behov kontakta författaren. Enkät besvaras anonymt för att öka förutsättningarna för obehindrade svar och formuleringar. Det innebär att enkäten kommer in utan att avsändaren kan identifieras annat än till kön och ålder. Insamlingsmaterial förvaras så att obehöriga inte kan få tillgång till materialet (Bilaga 1).

### **5.7. Insamling och analys**

Under urvalsprocessen har 225 kuratorer lokaliserats där huvudparten av dessa kommer från det lokala landstinget Region Skåne vid enheter inom psykiatri och somatik samt i specialiserad öppen-/slutenvård och primärvård. Enkäten är webbaserad och har skapats via sökmotorn Google ® som tillhandahåller tjänsten Google Drive ®. Där ingår att skapa formulär för webbaserade enkätutskick samt bearbetning av svarmaterialet. Enkäten är skapad med utgångspunkt i studiens syfte och frågeställningar samt levereras via mail med tillhörande introduktionsbrev. Detta brev innehåller syfte med koppling till den otydlighet och osynlighet som framkommer i litteraturen samt helhetsperspektivet som ett av kuratorns fundament vilket kan inspirera till deltagande och minska bortfall (Bryman 2011). Enkätens strukturerade form med få öppna frågor möjliggör en jämförbarhet med utgångspunkt i syfte och frågeställning. Samma frågeguide används således till alla och enkätsvaren utesluter de bortfall som en intervju kan innebära och på så vis pareras även förförståelsen med omedvetna missar (a.a., Trost 2012). I enkäten finns en avslutande öppen fråga för att ge möjlighet till personliga reflektioner (Bilaga 1). Enkäten skickas ut med upprepande påminnelse.

En rimlig svarsfrekvens ligger på 50-75 % och en bortfallsanalys är primär om svarsfrekvensen understiger detta (Trost 2012). Mitt material skall besvara flera frågor vars syfte är att få en ökad kunskap om hur kuratorns kompetens kan tas tillvara på det medicinska arbetsfältet genom att utforska kuratorernas egna tankar om möjligheter och utmaningar utifrån begreppet holistisk

rehabilitering. För att kunna besvara denna fråga används en insamlingsteknik som ger en större svarsfrekvens för att sättas i relation till litteraturens osynlighet och utanförskap samt teorisk referensram som lyfter fram grupprocesser och legitimitet. Bryman (2011:510) menar att det jämfört med kvantitativ analys inte finns några entydiga regler för hur en kvalitativ analys skall genomföras. Enkäten har utformats i Google där svaren också sammanställs automatiskt i Google Drive. Resultaten analyseras med observans för nyanser och tvetydigheter i materialet (Jönson 2010:57). Delarna analyseras i relation till helheten för att urskilja likheter och skillnader. Materialet kategoriseras utifrån bakgrundsfakta samt synen på holistisk rehabilitering med en synliggörande- och utvecklingsaspekt. I analysen kategoriseras materialet utifrån både procentsatser och mönster samt med en avsikt att förstå informanternas övervägande resonemang och handlingsmönster (Trost 2012).

## 6. RESULTAT

I följande kapitel redovisas resultatet från den empiriska studien samt analys av materialet. Enkäten skickades ut till 225 kuratorer där 137 besvarade alternativt påbörjade att besvara enkäten. Efter en avgränsning gentemot kuratorer som möter patienter i arbetsför ålder i verksamhet där medicinsk rehabilitering är aktuell gallrades 20 svar bort. Det innebär att 117 informanter ingår i studien från både somatik och psykiatri. Informanterna är verksamma i specialiserad öppenvård (ÖV) och slutenvård (SV) samt i primärvården (PV). Materialet har samlats in vintern 2014/2015 och därefter bearbetats och analyserats under våren/sommaren 2015. Procentsatser har avrundats till närmsta heltal. I kolumnerna görs olika kategoriseringar som förtydligas enligt följande: kurator i primärvård (PV), öppenvård (ÖV), slutenvård (SV), män, yngre än 29 år (< 29), 30-39 år (30-39), 40-49 år (40-49), 50-59 år (50-59), äldre än 59 (60+), yrkesverksamma mindre än 10 år (<10 år), 11-20 år (11-20), 21-30 år (21-30), över 30 år (30+), arbete utöver kurator (utanför sjukvården), enbart arbete som kurator (bara Q), psykiatriutbildade (psykutb), rehabiliteringsfördjupning (rehabutb) och psykoterapeutisk utbildning (terapiutb).

### 6.1. Vid rehabilitering

Kuratorernas arbetsområde innefattar ett brett spektra av områden och uppgifter. Det finns en stor variation av kompetens och fördjupningsområden samt olika teamkonstellationer.

Deltagare	%	Ålder	%	Yrkesår	%	Arbete utanför sjukvård	%
Kvinnor	94,0	< 29 år	5,1	0-10	23,1	Ja	79,3
Män	6,0	30-39 år	14,5	11-20	31,6	Nej	20,7
		40-49 år	28,2	21-30	29,1		

		50-59 år	35,9	30 <	16,2		
		60 år <	16,2				

Fördjupning/ vidareutbildning	%	Rehab vid enheten+ arbetsför ålder		Andra professioner		Placering	
			%		%		%
Terapi	50,0			Läkare	85,5		
Habilitering	35,5			Sjuksköterska	82,9	Specialiserad öppenvård	62,4
Rehabilitering	30,8	Ja	100,0	Sekreterare	81,2	Slutenvård	35,0
Psykiatri	27,1	Nej	0,0	Sjukgymnast/ Fysioterapeut	81,2	Primärvård	23,9
Missbruk	24,3			Arbetsterapeut	70,1		
Barn	17,8			Undersköterska	68,4		
Diagnosspecifikt	17,8			Psykolog	53,8		
Akut/trauma	15,0			Logoped	24,8		
Primärvård	15,0			Rehabiliterings- koordinator	24,8		
Kvinnohälsa	7,5			Läkare	85,5		
Organisation	6,5			Sjuksköterska	82,9		
Geriatric	3,7			Sekreterare	81,2		

De kvinnliga informanterna dominerar i studien och står för 94 % av svaren. 64 % av kuratorerna är mellan 40-59 år samt endast 5 % under 30 år. 61 % har varit yrkesverksamma mellan 11-30 år och 80 % har annan yrkeserfarenhet som socionomer utöver kuratorsyrket. Kuratorerna har ett varierande utbud av arbetsområden och fördjupningsområden. De främsta fördjupningsområdena är inom psykoterapeutiskt arbete, habilitering, rehabilitering, psykiatri och missbruk. Knappt var tredje kurator har fortbildats inom rehabiliteringsområdet.

62 % av kuratorerna är verksamma i den specialiserade öppenvården samt var fjärde inom primärvården. Vanligast förekommande teamkollegor på arbetet är läkare, sjuksköterska, sekreterare och sjukgymnast. Drygt 50 % uppger att det finns psykolog i teamet. De manliga kuratorerna uppger mindre samarbete med läkare. Var fjärde kurator har en rehabkoordinator som teamkollega. Mer kuratorer i primärvård och med psykiatriutbildning uppger att det finns rehabkoordinator i teamet medan slutenvårdskuratorer uppger en mindre andel rehabkoordinatorer.

Nedan följer en överblick över kuratorernas aktiviteter inom olika arbetsområden samt den egna upplevelsen gällande efterfrågan av insatser från kollegor/patienter och vilka insatser patienten bedöms ha behov av utifrån egen behovsbedömning. Fokus läggs vid komponenterna livsomställning, arbete och sjukskrivning samt andra större skillnader.



Arbetsområden	Främsta arbetsuppgifter	Kollegors efterfrågan	Patientens efterfrågan	Kuratorns egen behovsbedömning
Livsomställning	82,1 %	70,4 %	71,8 %	79,5 %
Familj	73,5 %	52,2 %	53,0 %	49,6 %
Arbete/ sysselsättning/ utbildning	65,0 %	42,6 %	42,7 %	38,5 %
Terapi	53,0 %	33,9 %	33,3 %	35,9 %
Livsstil	53,0 %	32,2 %	28,2 %	31,6 %
Ekonomi	48,7 %	30,4 %	28,2 %	27,4 %
Sjukskrivning	41,0 %	26,1 %	23,9 %	21,4 %
Boende	26,5 %	20,9 %	17,1 %	10,3 %
Fritid	15,4 %	2,6 %	3,4 %	4,3 %
Transporter	6,0 %	0,0 %	3,4 %	1,7 %

Informanternas vanligaste arbetsområden är patientens livsomställning, närstående och arbete/sysselsättning/utbildning. Därtill bedriver drygt 50 % terapi och insatser inom livsstilområdet. Kollegors och patientens efterfrågan av kuratorsinsatser utgörs mer av insatser gällande ekonomi framför området arbete. Kuratorns egen bedömning visar på ett större insatsbehov inom patientens livsstilsområde framför arbete. Kuratorn arbetar mer med livsomställning än vad kollegor och patienter efterfrågar. 65 % uppskattar sig arbeta med arbete/utbildning/sysselsättning samt 41 % med sjukskrivning vilket är en avsevärt högre aktivitet jämfört med andras och kuratorns egen behovsbedömning.

I slutenvården arbetar en avsevärd större del med livsomställning samt att området är mer förekommande hos äldre än yngre. I primärvården arbetar en mindre andel med arbete/utbildning/sysselsättning samtidigt som äldre, yngre och rehabutbildade har en jämförelsevis högre aktivitet i området. I primärvården arbetar ett högre antal inom sjukskrivningsprocessen vilket kan vara kopplat till korttidsterapi enligt rehabiliteringsgarantin medan psykiatriutbildade uppger en jämförelsevis låg aktivitet samt männen en mycket låg aktivitet i området (Bilaga 2). I slutenvården bedöms kollegorna ha en stor efterfrågan efter stöd vid livsomställning där endast hälften av de yngsta uppger denna efterfrågan. Primärvården och männen uppger en mindre efterfrågan gällande arbete/utbildning/sysselsättning medan rehabutbildade och äldre har en högre efterfrågan. Kuratorer inom primärvård, mellan 30-39 och rehabutbildade uppger en högre efterfrågan inom sjukskrivningsområdet. De yngsta kuratorerna uppger en större efterfrågan på åtgärder inom ekonomi och boende (a.a.).

Männen uppger en större efterfrågan på stöd vid livsomställning medan de yngsta uppger en låg efterfrågan. Kuratorer med yrkeserfarenhet mellan 11-20 år uppger en låg efterfrågan på aktivitet inom arbete och männen ingen aktivitet medan en jämförelsevis mycket högre efterfrågan görs av

de äldsta, enbart verksamma som kuratorer och rehabutbildade. 42 % av rehabutbildade uppger en större efterfrågan av stöd vid sjukskrivning än medelvärdet på 28 % (a.a.). Äldre och slutenvårdskuratorer skattar en högre behovsbedömning vid livsomställning medan endast 33 % av de yngsta gör denna bedömning där medelvärdet ligger på drygt 79 %. Männerna skattar ett lågt insatsbehov vid arbete medan de yngsta gör en högre skattning av detta behov och vid sjukskrivning. De yngres behovsbedömning skiljer sig från deras faktiska arbetsområden och andras efterfrågan. Mindre än hälften av de rehabutbildade bedömer att insatser i området är behövliga vilket kan handla om vart de arbetar och vilken prioritering som görs utifrån dem själva alternativt omgivningen. Skillnader i kuratorernas svar går att utläsa utifrån kategorierna typ av verksamhetsområde, kön och utbildning samt antal år i yrket (a.a.).

## 6.2. Synen på holistisk rehabilitering

Majoriteten arbetar i de områden som innefattas av studiens begrepp holistisk rehabilitering samt är positiva till att arbeta utifrån detta arbetssätt och upplever att omgivningen också är det. Avvikelser framkommer utifrån ålder, kön och fördjupningsområden. Helhetssynen på individen samt lagstiftning och andra riktlinjer är den dominerande uppfattningen som möjliggör arbetssättet tätt följt av det egna intresset. Den generella avvikelserna gällande vad som möjliggör arbetssättet är att det finns ett intresse från såväl medicinsk som social disciplin. Män och yngre skiljer sig avsevärt och ger lagstiftning större betydelse än övriga samt de yngre som extra mycket betonar social disciplin och politikernas intresse. Rehabutbildade kuratorer och männen betonar betydelsen av den medicinska disciplinens intresse. Majoriteten tror att arbetssättet skulle förtydliga yrkesrollen.

### ”HOLISTISK REHAB, DVS REHAB UTÖVER MEDICINSK REHAB”

Holistisk rehab	Alla	PV	ÖV	SV	Kvinnor	Män	<29	30-39
<b>I verksamhet</b>								
Sjukskrivningsprocess/ planering för arbetsåtergång	<b>81,8 %</b>	96,3	79,2	78,9	82,7	66,7	83,3	57,1
Livsomställning/ personlig rehabilitering	<b>91,8 %</b>	88,9	91,7	89,5	91,3	100,0	83,3	100,0
<b>I eget arbete</b>								
Sjukskrivningsprocess/ planering för arbetsåtergång	<b>74,5 %</b>	89,3	71,8	71,8	74,8	71,4	66,7	75,0
Livsomställning/ personlig rehabilitering	<b>94,5 %</b>	89,3	95,8	97,4	94,2	100,0	83,3	100,0

Holistisk rehab	Alla	40-49	50-59	60+	<10 år	11-20	21-30
<b>I verksamhet</b>							
Sjukskrivningsprocess/ planering för arbetsåtergång	<b>81,8 %</b>	81,3	87,2	89,5	61,5	82,4	90,6
Livsomställning/ personlig rehabilitering	<b>91,8 %</b>	93,8	92,3	84,2	96,2	88,2	93,8
<b>I eget arbete</b>							
Sjukskrivningsprocess/ planering för arbetsåtergång	<b>74,5 %</b>	68,8	78,4	78,9	66,7	76,5	74,2
Livsomställning/ personlig rehabilitering	<b>94,5 %</b>	96,9	97,3	84,2	96,3	94,1	96,8

Holistisk rehab	Alla	30+	Utanför sjukv.	Bara Q	Psyk-utb.	Rehab-utb.	Terapi-utb.
<b>I verksamhet</b>							
Sjukskrivningsprocess/ planering för arbetsåtergång	<b>81,8 %</b>	94,4	81,4	82,6	85,7	93,8	84,7
Livsomställning/ personlig rehabilitering	<b>91,8 %</b>	88,9	91,9	91,3	96,4	96,9	94,9
<b>I eget arbete</b>							
Sjukskrivningsprocess/ planering för arbetsåtergång	<b>74,5 %</b>	83,3	74,4	73,9	77,8	87,5	77,2
Livsomställning/ personlig rehabilitering	<b>94,5 %</b>	88,9	95,3	91,3	96,3	96,9	94,7

#### ARBETE UTIFRÅN EN HELHETSSYN PÅ REHABILITERINGEN?

Ja	<b>97,4%</b>
Nej	<b>1,7%</b>
Gör det redan	<b>14,8%</b>

Informanterna i studien har alla uppgett att verksamheten bedriver rehabilitering och möter patienter i arbetsför ålder. 82 % av informanterna uppger att verksamheten arbetar med sjukskrivningsprocess- och plan för arbetsåtergång där 3 av 4 kuratorer uppger att de själva arbetar i området vilket visar att majoriteten redan arbetar i området. 92 % uppger att verksamheten uppmärksammar patientens livsomställning och att 94 % arbetar med denna. Samtidigt uppger nästan alla att de arbetar utifrån en helhetssyn på rehabiliteringen där 15 % uppger att de redan arbetar utifrån detta förhållningssätt.

”HOLISTISK REHAB FRÄMJAR REHABILITERING”

		Alla	PV	ÖV	SV	Kvinnor	Män	<29	30-39
Inte alls	1	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	3	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	4	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	5	1,7 %	0,0	1,3	2,4	1,8	0,0	0,0	0,0
	6	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	7	1,7 %	0,0	2,7	2,4	1,8	0,0	0,0	0,0
	8	15,5 %	14,3	12,0	14,6	15,6	14,3	0,0	23,5
	9	16,4 %	10,7	18,7	22,0	16,5	14,3	0,0	17,6
Verkligen	10	64,7 %	75,0	65,3	58,5	64,2	71,4	100,0	58,8

		Alla	40-49	50-59	60+	<10 år	11-20	21-30
Inte alls	1	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	3	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	4	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	5	1,7 %	3,0	2,4	0,0	0,0	5,6	0,0
	6	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	7	1,7 %	3,0	2,4	0,0	3,7	2,8	0,0
	8	15,5 %	12,1	9,8	31,6	11,1	13,9	14,7
	9	16,4 %	15,2	14,6	26,3	11,1	8,3	32,4
Verkligen	10	64,7 %	66,7	70,7	42,1	74,1	69,4	52,9

		Alla	30+	Utanför sjukv.	Bara Q	Psyk-utb.	Rehab-utb.	Terapi-utb.
Inte alls	1	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	3	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	4	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	5	1,7 %	0,0	2,2	0,0	6,9	0,0	3,3
	6	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	7	1,7 %	0,0	1,1	4,3	3,4	0,0	0,0
	8	15,5 %	26,3	15,2	13,0	13,8	18,2	18,3
	9	16,4 %	10,5	16,3	17,4	10,3	18,2	16,7
Verkligen	10	64,7 %	63,2	65,2	65,2	65,5	63,6	61,7

97 % skattar 8-10 om att arbete utifrån holistisk rehabilitering främjar patienten rehabilitering i sjukvården. Alla kuratorer under 30 år skattar 10 medan endast 42 % av de över 60 år delar den uppfattningen. Psykiatriutbildade har den största negativa avvikelser, d.v.s. > 10 % skattar lägre än 8.

”LÄKARE & SSK´s INSTÄLLNING TILL KURATORN SOM HOLISTISK REHABILITERARE”

	Alla	PV	ÖV	SV	Kvinnor	Män	<29	30-39
<b>LÄKARE</b>								
Mycket God	50,0 %	28,6%	55,4	61,0	50,5	42,9	50,0	43,8
God	38,6 %	67,9%	28,4	34,1	39,3	28,6	50,0	37,5
Mindre god	4,4 %	3,6 %	5,4	4,9	4,7	0,0	0,0	6,3
Ingen synpunkt	6,1 %	0,0 %	9,5	0,0	5,6	14,3	0,0	6,3
Eget arbetsområde	0,9 %	0,0	1,4	0,0	0,0	14,3	0,0	6,3
<b>SKÖTERSKA</b>								
Mycket God	59,8 %	53,6	60,3	65,9	58,1	85,7	66,7	50,0
God	28,6 %	39,3	24,7	29,3	30,5	0,0	33,3	25,0
Mindre god	0,9 %	0,0	1,4	2,4	1,0	0,0	0,0	6,3
Ingen synpunkt	9,8 %	7,1	12,3	2,4	10,5	0,0	0,0	12,5
Eget arbetsområde	0,9 %	0,0	1,4	0,0	0,0	14,3	0,0	6,3

	Alla	40-49	50-59	60+	<10 år	11-20	21-30
<b>LÄKARE</b>							
Mycket God	50,0 %	28,1	61,0	68,4	46,2	36,1	63,6
God	38,6 %	62,5	24,4	26,3	38,5	52,8	27,3
Mindre god	4,4 %	0,0	7,3	5,3	7,7	0,0	6,1
Ingen synpunkt	6,1 %	9,4	7,3	0,0	3,8	11,1	3,0
Eget arbetsområde	0,9 %	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0
<b>SKÖTERSKA</b>							
Mycket God	59,8 %	60,6	69,2	44,4	56,0	58,3	69,7
God	28,6 %	33,3	20,5	38,9	28,0	30,6	21,2
Mindre god	0,9 %	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0
Ingen synpunkt	9,8 %	6,1	10,3	16,7	8,0	11,1	9,1
Eget arbetsområde	0,9 %	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0

	Alla	30+	Utanför sjukv.	Bara Q	Psyk-utb.	Rehab-utb.	Terapi-utb.
<b>LÄKARE</b>							
Mycket God	50,0 %	57,9	44,0	77,3	46,4	63,6	50,8
God	38,6 %	31,6	41,8	22,7	39,3	24,2	37,3
Mindre god	4,4 %	5,3	5,5	0,0	7,1	6,1	5,1
Ingen synpunkt	6,1 %	5,3	7,7	0,0	7,1	3,0	5,1
Eget arbetsområde	0,9 %	0,0	1,1	0,0	0,0	3,0	1,7
<b>SKÖTERSKA</b>							
Mycket God	59,8 %	50,0	57,8	71,4	64,3	54,8	65,5
God	28,6 %	38,9	30,0	19,0	28,6	29,0	25,9
Mindre god	0,9 %	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Ingen synpunkt	9,8 %	11,1	10,0	9,5	7,1	12,9	6,9
Eget arbetsområde	0,9 %	0,0	1,1	0,0	0,0	3,2	1,7

89 % av kuratorerna uppger att läkares inställning till kuratorn som holistisk rehabiliterare är positiv. Alla under 30 år har en positiv upplevelse av läkarnas attityd. Sjuksköterskans positiva inställning är något högre upplever kuratorerna och alla under 30 år har en positiv inställning.

14 % av männen uppger att detta är sjuksköterskans och läkares arbetsområde.

”VAD SOM MÖJLIGGÖR ARBETE SOM HOLISTISK REHABILITERARE”

	Alla	PV	ÖV	SV	Kvinnor	Män	<29	30-39
Att patienten bemöts som en hel individ	<b>81,9 %</b>	89,3	81,3	70,7	81,7	85,7	100,0	76,5
Lagstiftning och riktlinjer	<b>57,8 %</b>	60,7	57,3	48,8	56,9	71,4	83,3	47,1
Eget intresse	<b>49,1 %</b>	57,1	48,0	39,0	48,6	57,1	33,3	41,2
Intresse från disciplinen socialt arbete	<b>44,8 %</b>	42,9	42,7	46,3	45,0	42,9	66,7	47,1
Intresse i det medicinska fältet	<b>44,0 %</b>	53,6	44,0	41,5	42,2	71,4	16,7	35,3
Finns behov av samordnare	<b>27,6 %</b>	42,9	24,0	24,4	25,7	57,1	16,7	41,2
Intresse från politiker	<b>26,7 %</b>	46,4	21,3	19,5	25,7	42,9	50,0	23,5

	Alla	40-49	50-59	60+	<10 år	11-20	21-30
Patienten bemöts som en hel individ	<b>81,9 %</b>	81,8	75,6	94,7	81,5	80,6	82,4
Lagstiftning och riktlinjer	<b>57,8 %</b>	57,6	63,4	47,4	63,0	55,6	55,9
Eget intresse	<b>49,1 %</b>	42,4	51,2	68,4	55,6	44,4	38,2
Intresse från disciplinen socialt arbete	<b>44,8 %</b>	45,5	36,6	52,6	51,9	36,1	47,1
Intresse i det medicinska fältet	<b>44,0 %</b>	48,5	48,8	42,1	33,3	50,0	44,1
Finns behov av samordnare	<b>27,6 %</b>	24,2	31,7	15,8	25,9	33,3	32,4
Intresse från politiker	<b>26,7 %</b>	27,3	26,8	21,1	22,2	33,3	17,6

	Alla	30+	Utanför sjukv.	Bara Q	Psyktb.	Rehab-utb.	Terapi-utb.
Patienten bemöts som en hel individ	<b>81,9 %</b>	84,2	82,6	82,6	75,9	75,8	81,7
Lagstiftning och riktlinjer	<b>57,8 %</b>	57,9	58,7	52,2	75,9	66,7	58,3
Eget intresse	<b>49,1 %</b>	68,4	48,9	52,2	44,8	51,5	50,0
Intresse från disciplinen socialt arbete	<b>44,8 %</b>	47,4	45,7	43,5	48,3	42,4	38,3
Intresse i det medicinska fältet	<b>44,0 %</b>	47,4	43,5	47,8	48,3	54,5	46,7
Finns behov av samordnare	<b>27,6 %</b>	10,5	29,3	17,4	37,9	30,3	31,7
Intresse från politiker	<b>26,7 %</b>	36,8	27,2	26,1	41,4	36,4	31,7

De viktigaste faktorerna till holistisk rehabilitering är argumenten helhetssyn på patienten, regelverk och ett eget intresse. Därtill uppger 45 % att intresse från disciplinen socialt arbetet har betydelse samt 44 % lyfter fram vikten av intresse i det medicinska fältet. Alla under 30 år uppger att helhetssynen på patienten är det starkaste argumentet medan endast 70 % av informanterna i slutenvården anser detta. Männerna och kuratorerna under 30 år betonar regelverket som en betydande faktor. Männerna betonar också betydelsen av ett intresse i det medicinska fältet. Endast 17 % av informanterna under 30 år lyfter fram intresse i det medicinska fältet, däremot betonar gruppen betydelsen av intresse från den egna disciplinen socialt arbete. Drygt hälften av kuratorerna med fördjupning inom rehabilitering anser att intresse i det medicinska fältet är av betydelse.

### ”VAD SOM HINDRAR ARBETE SOM HOLISTISK REHABILITERARE”

	Alla	PV	ÖV	SV	Kvinnor	Män	<29	30-39
Tidsbrist	51,8 %	64,3	50,7	46,3	50,5	71,4	66,7	47,1
Inget alls	35,1 %	32,1	32,9	36,6	35,5	28,6	16,7	17,6
Inget intresse från verksamheten	28,9 %	28,6	34,2	26,8	29,0	28,6	33,3	35,3
Inget intresse i organisationen	28,9 %	25,0	35,6	26,8	28,0	42,9	50,0	41,2
Konkurrens andra personalkategorier	20,2 %	25,0	20,5	17,1	18,7	42,9	0,0	23,5
Inget eget intresse	15,8 %	14,3	19,2	19,5	16,8	0,0	16,7	11,8

	Alla	40-49	50-59	60+	<10 år	11-20	21-30
Tidsbrist	51,8 %	66,7	35,0	61,1	11,1	55,6	35,3
Inget alls	35,1 %	24,2	47,5	50,0	81,5	25,0	55,9
Inget intresse från verksamheten	28,9 %	30,3	22,5	33,3	25,9	27,8	26,5
Inget intresse i organisationen	28,9 %	36,4	20,0	16,7	11,1	30,6	23,5
Konkurrens andra personalkategorier	20,2 %	21,2	22,5	16,7	40,7	22,2	23,5
Inget eget intresse	15,8 %	21,2	12,5	16,7	29,6	16,7	17,6

	Alla	30+	Utanför sjukv.	Bara Q	Psyk-utb.	Rehab-utb.	Terapi-utb.
Tidsbrist	51,8 %	70,6	55,6	34,8	55,2	62,5	51,7
Inget alls	35,1 %	29,4	27,8	65,2	27,6	31,3	36,2
Inget intresse från verksamheten	28,9 %	35,3	33,3	13,0	24,1	37,5	25,9
Inget intresse i organisationen	28,9 %	17,6	32,2	17,4	24,1	46,9	29,3
Konkurrens andra personalkategorier	20,2 %	23,5	23,3	8,7	20,7	31,3	22,4
Inget eget intresse	15,8 %	17,6	17,8	8,7	17,2	21,9	15,5

Drygt hälften (52 %) av kuratorerna anger tidsbrist som största hindret att arbeta holistiskt vid rehabiliteringen. Denna faktor skattas högst av männen, de yngsta och de med längst yrkeserfarenhet. Tidsbristfaktorn skattas markant lägre (11 %) av de med kortast yrkeserfarenhet. Därtill uppges de främsta utmaningarna vara egentligen inget alls (35 %) med högst avvikande skattning (82 %) av de med minst yrkeserfarenhet vilket utgör knappt 25 % av informanterna totalt sett i studien. Däremot betonar denna grupp konkurrens som ett betydande hinder. Majoriteten uppger inget intresse i verksamhet/organisation med en högre svarsfrekvens bland de yngsta, männen och rehabutbildade. Kuratorer som enbart arbetat i sjukvården har tillsammans med de yngsta mest avvikande svarsfrekvens där bland annat enbart kuratorer i sjukvården inte betonar ointresset i organisationen/verksamhet (13 % resp. 17 %) som majoriteten gör (30 %). Inget eget intresse (19 %) uppges vara av avsevärd mindre betydelse än ointresset från verksamheten/organisationen totalt sett i studien.

#### ”HOLISTISK REHAB’S BETYDELSE JÄMFÖRT MED MEDICINSK REHAB”

	Alla	PV	ÖV	SV	Kvinnor	Män	<29	30-39
Mer betydelsefullt	<b>28,3 %</b>	32,1	27,4	30,0	25,5	71,4	33,3	31,3
Lika betydelsefullt	<b>64,6 %</b>	64,3	64,4	55,0	67,0	28,6	50,0	68,8
Mindre betydelsefullt	<b>7,1 %</b>	3,6	8,2	15,0	7,5	0,0	16,7	0,0

	Alla	40-49	50-59	60+	<10 år	11-20	21-30
Mer betydelsefullt	<b>28,3 %</b>	27,3	35,9	10,5	25,9	28,6	36,4
Lika betydelsefullt	<b>64,6 %</b>	54,5	64,1	84,2	66,7	60,0	57,6
Mindre betydelsefullt	<b>7,1 %</b>	18,2	0,0	5,3	7,4	11,4	6,1

	Alla	30+	Utanför sjukv.	Bara Q	Psyk-utb.	Rehab-utb.	Terapi-utb.
Mer betydelsefullt	<b>28,3 %</b>	16,7	30,0	22,7	35,7	28,1	35,0
Lika betydelsefullt	<b>64,6 %</b>	83,3	63,3	68,2	60,7	68,8	56,7
Mindre betydelse	<b>7,1 %</b>	0,0	6,7	9,1	3,6	3,1	8,3

65 % av kuratorerna anser att holistisk rehabiliteringen i sjukvården har samma värde som den medicinska rehabiliteringen, 28 % anser att den har mer betydelse och 7 % anser att den har mindre betydelse än medicinsk rehabilitering. 71 % av männen anser att den har mer betydelse medan de äldre kuratorerna skattar lägst. 17 % av de yngsta kuratorerna och de i åldern 40-49 år skattar den ha mindre betydelse än medicinsk rehabilitering.



”KURATORN/HOLISTISK REHAB SKULLE FÖRTYDLIGA YRKESROLLEN”

	Alla	PV	ÖV	SV	Kvinnor	Män	<29	30-39
Inte alls	1	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	3	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	4	0,9 %	0,0	1,4	2,5	0,9	0,0	0,0
	5	4,4 %	3,7	4,1	5,0	4,7	0,0	16,7
	6	4,4 %	3,7	5,4	2,5	3,7	14,3	0,0
	7	7,9 %	7,4	9,5	5,0	8,4	0,0	5,9
	8	29,8 %	22,2	31,1	25,0	29,9	28,6	16,7
	9	16,7 %	29,6	13,5	15,0	16,8	14,3	16,7
Verkligen	10	36,0 %	33,3	35,1	45,0	35,5	42,9	50,0

	Alla	40-49	50-59	60+	<10 år	11-20	21-30
Inte alls	1	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	3	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	4	0,9 %	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0
	5	4,4 %	9,4	2,5	0,0	3,7	11,4
	6	4,4 %	3,1	5,0	5,3	7,4	2,9
	7	7,9 %	12,5	7,5	5,3	11,1	2,9
	8	29,8 %	28,1	20,0	47,4	25,9	31,4
	9	16,7 %	18,8	15,0	10,5	11,1	22,9
Verkligen	10	36,0 %	28,1	50,0	26,3	40,7	28,6

	Alla	30+	Utanför sjukv.	Bara Q	Psyk-utb.	Rehab-utb.	Terapi-utb.
Inte alls	1	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	3	0,0 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	4	0,9 %	5,3	1,1	0,0	0,0	3,0
	5	4,4 %	0,0	4,4	4,3	10,3	3,0
	6	4,4 %	0,0	4,4	4,3	6,9	6,1
	7	7,9 %	5,3	6,7	8,7	10,3	12,1
	8	29,8 %	36,8	28,9	34,8	24,1	33,3
	9	16,7 %	15,8	16,7	17,4	10,3	3,0
Verkligen	10	36,0 %	36,8	37,8	30,4	37,9	39,4

4 av 5 kuratorer skattar 8-10 om att arbetsrollen skulle förtydliga den egna yrkesrollen där 36 % skattar att detta verkligen (10) skulle göra skillnad. Hälften under 30 år och mellan 50-59 år skattar 10 och endast var fjärde i åldrarna 30-39 anser desamma.

## 7. DISKUSSION & SAMMANFATTNING

I detta avslutande kapitel avser jag resonera kring studiens resultat med fokus på kuratorns syn, intresse och möjligheter att bedriva holistisk rehabilitering i sjukvården där Lewin lägger stor vikt vid kuratorns upplevelser även om förändringen behöver ske utifrån att tydliggöra teamet/fältet som en helhet. Jag avser också att resonera kring möjligheten till, eller snarare utmaningen om att

ge kuratorn som minoritet på fältet legitimitet att åta sig denna roll i ett fält där Abbott menar att ständiga maktkamper pågår och inofficiella avtal som riskerar försvaga kuratorns utrymme som minoritet och en inkludering av kompetensen uteblir. Därefter följer några metodreflektioner samt avslutande reflexioner över hur studien skulle kunna utvecklas vidare.

### **7.1. Holistisk rehabilitering**

Kuratorerna har en bred kompetens med en helhetssyn på olika nivåer som är grundläggande i socionomutbildningen. Det framkommer att majoriteten redan arbetar med en helhetssyn vilket kan handla om att aktiviteten i områdena är på olika sätt samtidigt som ett mindre antal uttalar att de redan arbetar utifrån rollen som holistisk rehabiliterare. Hur stor del av kuratorerna som uttalat vill arbeta utifrån denna övergripande funktion står inte helt klart, dock är dessa övervägande positiva till att arbeta med en helhetssyn på patientens rehabilitering under dennes kontakt med den medicinska rehabiliteringen i sjukvården. Informanterna menar att en helhetssyn på rehabiliteringen kan främja den medicinska rehabiliteringen. Vidare uppger majoriteten av kuratorerna att legitimitet till positionen skulle kunna bidra till att förtydliga yrkesrollen som kurator. Funktionen för den holistiska rehabilitering betraktas som minst lika betydelsefullt i sjukvården som koordinatör för den medicinska rehabiliteringen, det vill säga läkarens position. Utifrån kuratorernas breda kompetens och positiva bild av funktionen som holistisk rehabiliterare som framträder dras slutsatsen om att ett intresse finns. Hur kommer det sig då att de flesta arbetar i området utan att det legitimeras som en automatisk funktion vid rehabiliteringen i sjukvården?

Lewin och Abbott betonar fältets betydelse där Abbott menar att en blockering kan uppstå i fältet till följd av att en minoritet vistas där och istället för att tydliggöra minoriteten kan en utestängning av minoriteten bli ett faktum. Kuratorn kan ses som en udda fågel i organisationen med ett brett arbetsområde sprungen ur en ung och spretig disciplin jämfört med den äldre och dominerande medicinska kulturen som innehar vetorätten i sjukvården. Abbott menar att en maktkamp pågår på fältet där olika professioner kämpar om att få den rättsliga kontrollen över olika arbetsuppgifter och grundläggande för denna legitimitet är forskning, utvärderingsinstrument och evidensbaserade behandlingsmetoder. Här ligger det medicinska fältet i fronten medan socialt arbete kritiserats för knapphändig forskning och utvärdering. Kuratorn är den enda som inte har legitimation i fältet vilket utgör en ytterligare faktor till minoritet, utestängning och avsaknad av legitimitet. Kuratorn kan mycket väl betraktas som den som innehar den rätta kompetensen för uppdraget som koordinatör över den holistiska rehabiliteringen vilket informanterna uppger ett positivt stöd för på det medicinska fältet. Men hur är det möjligt för det medicinska fältet att överlåta den rättsliga kontrollen till en minoritet med så ett så jämförelsevis

vagt normsystem vars område dessutom är större än det egna fältet? Det ter det sig som om kuratorn generellt arbetar övergripande i rehabiliteringsområdet, dock utan automatisk legitimitet. Denna syn, eller icke-syn, på kuratorn skapar brister i sjukvårdens utbud vad gäller helhetssyn på hälsan och krav om samverkan vilket kan leda till sjukvårdens fortbildning av andra yrkeskategorier och skapandet av nya funktioner som rehabiliteringskoordinator för att täppa igen luckorna. Dessa lösningar är en kostsam process.

## **7.2. Förutsättningar**

Lewin lägger stor vikt vid den personliga upplevelsen i fältet som bärare av både en historia och aktuell situation samtidigt som det bara är den aktuella situationen som existerar. Han menar vidare att det finns betydande faktorer som utövar påverkan på fältet men som befinner sig utanför fältet. Det framkommer olika faktorer i studien som påverkar förutsättningarna. Dels att i stort sett alla redan arbetar med en helhetssyn på rehabiliteringen, dels uppger informanterna att de medicinska professionerna skulle vara positiva till att de arbetar utifrån en övergripande funktion. Helhetssynen på individen ses som främsta möjliggörare till arbetssättet vilket numera betonas i sjukvården, men också utomliggande faktorer lyfts fram som lagstiftning och andra föreskrifter samt vikten av intresse från disciplinerna socialt arbete och medicin. Om intresse från disciplinerna finns är osagt utifrån studien men forskningen i området anses ringa och yrkesrollen framställs som otydlig. Den inriktning som förtydligat kuratorsrollen är den psykoterapeutiska nischningen som i förlängningen kan försvåra ett förtydligande av yrkesrollen i en vidare mening utifrån aspekterna socialt arbete och helhetssyn. Det betyder inte att psykoterapeutiskt behandlingsarbete är fel, dock bedöms ett vidare begrepp göra kurators faktiska kompetens mer synlig för omgivningen..

De största hindren uppges existera i det fältet som arbetsgruppen utgör. Tidsbristen bedöms vara det största hindret av drygt hälften, följt av ett upplevt ointresse i den egna verksamheten och i organisationen i stort. Samtidigt uppger drygt var tredje kurator att det inte finns några egentliga hinder. Var femte kurator uppger konkurrens som ett hinder där redan konstaterats att professionen som minoritet löper risk att drabbas av utestängning. Abbott menar vidare att det bildas en över- och underklass på fältet där kuratorn utifrån detta perspektiv tilldelas de mindre attraktiva patientgrupperna. Kuratorn, och socialarbetaren överlag, som har en historia av att arbeta med utsatthet vad gäller missbruk, ekonomi och boende kan då verka inrätta sig i fältets underordning av traditionell vana. Utifrån Lewin kan sägas att kuratorn präglats personligt både utifrån det akademiska ursprunget som formandet av kuratorsrollen med stöd från intresseorganisationer vilket kan innebära att den egna professionen i sig utgör ett visst hinder att

lyfta fram det akademiserade sociala arbetet utifrån ett bredare perspektiv, även i den egna organisationen.

Vikten av intresse från den egna disciplinen som möjliggörande faktor klagor inte om informanterna anser att det idag finns ett intresse från den sociala disciplinen. Socionomutbildningen har sedan flera år tillbaka ett utbildningsblock gällande socialt arbete inom hälso- och sjukvård samt samverkan sker utifrån i huvudsak kandidatpraktik. I senaste litteraturen om socialt arbete i hälso- och sjukvården presenteras dock inte kurators arbete inom rehabilitering, ej heller finns området som ett uttalat arbetsområde i den egna intresseorganisationen. Detta är anmärkningsvärt med tanke på hur stort området rehabilitering är som arbetsområde inom hälso- och sjukvård samtidigt som fackförbund och forskare påtalat kurators kompetens i området. Aktuell forskning angående yrkesprofessioner i sjukvården placerar kuratorn i annan kategori än hälsa som resten av yrkeskategorierna och befäster på så vis minoriteten och exkluderingen i fältet. De yngre informanterna påtalar vikten av politikerns intresse och på hög politisk nivå drivs processen om legitimation. Enligt Abbott påtar sig det dominerande fältet vetorätten över bedömningar och åtgärder där politiker på lokal nivå per automatik för dialog med den medicinska professionen där kuratorn röst och faktiska kompetens inte synliggörs. Ett exempel på detta är sjukskrivningsprojektet som initialt drevs av en läkare med ursprung i kirurgi där kuratorn vanligen betraktas som en samtalare som konsulteras sporadiskt vid krissituationer. Detta kan innebära en förlust och motsättning till de politiska frågor som drivs gällande helhetssynen på människan där kuratorn har en kompetens som sträcker sig utanför sjukvården men inom begreppet hälsa.

### **7.3. Inkludering och effektivisering**

Kuratorernas information ger som tidigare sagts en positiv bild av att kunna åta sig uppdraget som koordinator för en holistisk rehabilitering i sjukvården samtidigt som komplexa omgivningsfaktorer kan betraktas som oövervinneliga hinder till denna rättsliga kontroll. Faktum är att det var läkare, tillsammans med ideella krafter, som drev igenom att kuratorsfunktionen i sjukvården då det behövdes någon som stod upp för patienten samt att läkarna såg att livsstilsvanor och sociala förhållanden bidrog till ohälsan. På ett sätt kan det handla om att höja det akademiska sociala arbetet en nivå när det gäller risken för mångfacetterad utsatthet vid en längre tids sjukdom till att omfatta den generella mänskliga faktorn framför vissa utsatta, och enligt forskningen mindre attraktiva, patientgrupper jämfört med hur det såg ut när kuratorn tillträdde för 100 år sedan. I studien framkommer varierande påverkansfaktorer både i empiri och bakgrundsfakta: historien, intresseorganisationer, discipliner, organisationen och politiker samt

det aktuella fältet i arbetsgruppen. Intresseorganisationer påtalar kuratorns kompetens samt forskare som har påtalat behovet av förtydligande av yrkesrollen genom utvärdering, forskning och legitimation vilket både Abbott och Lewin menar är avgörande faktorer för att få till en förändring i fältet och ge legitimitet för att utöva vissa arbetsuppgifter. Detta betyder att faktorer utanför fältet har en stor betydelse för en rörelse i fältet. Lewin menar att ekonomiska medel påslag sällan leder till en förbättring, däremot sker förändringen å syftet med fältet tydliggörs och utifrån detta synliggöra yrkeskompetenserna däri. Kuratorns upplevelse i fältet är viktig men för att få till en förändring behöver fältet betraktas som en helhet. På fältet handlar detta om uppdragsbeskrivningen vid rehabiliteringen i sjukvården. Detta grundläggande uppdrag är ansvaret för den medicinska rehabiliteringen vilket dock inte utesluter den helhetssyn och samverkan fältet också är ålagt att leva upp till. Här behöver de inbördes delarna i fältet utifrån helheten i fältet förtydliga sin kompetens och åläggas rättslig kontroll över relevanta områden. Lewin menar att en till ordet uttalad förändringsbenägenhet i organisationen och dess omgivning inte betyder att en konkret förändring faktiskt sker. Detta går att skönja utifrån motsägelsefulla fakta som framträder i materialet.

Jag anser att kuratorerna bör få legitimitet att vara koordinator för det holistiska perspektivet vid sjukvårdens rehabilitering. Detta kan utöver insatser inom den medicinska rehabiliteringen exempelvis handla om att vara sjukvårdens språkrör och patientens stöd vid planeringen gällande sjukskrivningsprocess och planering vid arbetsåtergång samt att bevaka patientens behov av en samtalskontakt på hemorten för den personliga återhämtningen. Denna inkludering av kuratorns kompetens bör ske på flera områden i samverkan för att kunna tydliggöras i fältet utifrån uppdraget i fältet med stöd i lagstiftning och föreskrifter. Väsentliga områden kan vara genom påtryckning från politiker i organisationen och ytterligare engagemang i de akademiska disciplinerna. Den sociala disciplinen behöver träda in ytterligare på sjukvårdsfältet och stå upp för vikten av socialt arbete i sjukvården samt via forskning driva på inkluderingen av professionen.

Stödet utanför fältet är en förutsättning för att förtydliga yrkesrollen och framför allt för att främja patientens väg tillbaka självständighet och hälsa. Abbott hävdar här betydelsen av yttre påtryckningar för att ge legitimitet och utöver de faktorer kuratorerna lyfter fram pekar också Abbott på betydelsen av medial påtryckning där även kuratorerna själva kan träda fram genom att skriva om sitt arbete i exempelvis läkartidningar. Att tillskriva en redan existerande profession legitimitet att koordinera rehabiliteringen utifrån ett helhetsperspektiv kan effektivisera arbetet

kring frågor som inte direkt har med den medicinska rehabiliteringen att göra utan snarare utifrån ett helhetsperspektiv utifrån individuella och strukturella perspektiv samt hälsoaspekter.

Enbart en förändring i fältet skulle falla platt med tanke på de ofrånkomliga och många gånger osynliga maktkamper som enligt Abbott utspelas i fältet vilket gör att inkluderingsarbetet behöver inledas på en strukturell nivå där även forskningen bör omvärdera undantagsplaceringen av kuratorns yrkeskategori i kompetensfältet till att likt övriga professioner ingå i kategoriseringen hälsa. Detta då den sociala sfären är en grundpelare i begreppet hälsa samtidigt som kuratorn har ett helhetsperspektiv som inkluderar övriga hälsosfaktorer. Om påverkan utanför fältet uteblir finns risken att socialt arbete utarmas i sjukvården vilket inte gagnar individen.

#### **7.4. Metodreflektioner**

Valet och utförandet av denna enkätstudie kan ifrågasättas men också försvaras. Under mina år som yrkesverksam har jag upplevt att kuratorn kompetens och röst inte alltid finns tillgänglig då frågor och projekt diskuteras på övergripande nivåer som exempelvis vid arbetet kring sjukskrivningsprocessen och skapandet av funktionen rehabiliteringskoordinator. Detta kan ha med betraktarens syn på kuratorn som i detta fall var en läkare med ursprung inom kirurgi där kuratorn snarare ses som en stödjande funktion utifrån akuta åtgärder med uppmärksamhet på familj och kris vilket gör att kuratorns breda kompetens faller bort från betraktarens öga. Kompetensen kan också döljas av kuratorernas egen nischning som "samtalare". Jag beslöt mig därför för att starta med att undersöka kuratorernas syn på området utifrån en större grupp informanter för att se eventuella tendenser och skillnader. Grundläggande var att kuratorernas intresse och inställning var avgörande för en eventuell fortsättning.

Majoriteten av informanterna sorterades ut från det lokala landstingets webbtelefonkatalog vilket ledde till att enkäten gick ut till cirka 200 kuratorer i det egna landstinget och cirka hälften av dessa besvarade enkäten vilket kan betraktas som ett stort bortfall. Om vi ser detta i relation till detta lilla antal kuratorer som arbetade inom begreppet medicinsk rehabilitering och identifierades med hjälp av chefskuratorer så var denna grupp alldeles för liten för att kunna generera material till enkätstudien. Att leta kuratorer via webbtelefonkatalogen innebar istället att kuratorerna fick avgränsa sig själva till att tillhöra området rehabilitering. Att på detta sätt vidga begreppet rehabilitering gjorde att psykiatri och primärvård även tillkom i studien vilket var lärorikt även för mitt eget sätt att definiera rehabilitering.

Enkäten skapades i Google vilket gjorde att svaren kom in utan att kunna härleda vem som besvarat enkäten. Detta säkrade anonymiteten samtidigt som automatiskt enkäten gick ut till alla vid upprepade utskick vilket ledde till förvirring och irritation bland flera av dem som redan besvarat enkäten. Här får anonymitetssäkringen ses som den mest betydande faktorn. En uppenbar brist i enkätens utformning är missen att inte klargöra om kuratorerna varit verksamma inom somatik eller psykiatri utan definitionen var specialiserad sjukvård alternativt primärvård. Detta har gjort att det inte gått att göra jämförelser utifrån psykiatrins och somatikens kuratorer i relation till varandra och till primärvården. För att balansera upp detta har materialet dels analyserats utifrån angivna vidareutbildningar och fördjupningsområden vilket dock inte är samma sak. Det tog tid innan jag hittade ett sätt att kategorisera och analysera materialet då det inte var möjligt att genomföra detta inom ramen för Google. Jag fick hjälp utifrån och kunde så småningom hantera materialet i Excel vilket hade kunnat göras ännu mer detaljerat om kunskapsnivån hade varit högre vad gäller tekniken.

### **7.5. Bidrag och framtida studier**

Utifrån tidigare forskning som uppmärksammat behovet av holistisk rehabilitering har denna studie uppmärksammat den jämförelsevis ouppmärksammade kuratorsgruppen verksamma inom rehabilitering i ett jämförelsevis omfattande område i sjukvården som rehabiliteringsområdet utgör. Disciplinen socialt arbete har en bredd av olika arbetsområden och målgrupper där kuratorns nischning kan variera stort från exempelvis psykoterapeutiskt arbete till stöd vid sysselsättning och ekonomi. Samtidigt utgör den akademiska grundutbildningen med dess helhetssyn på olika nivåer en gemensam bas för professionen. Att som kurator vara koordinator och delvis utförare för den holistiska rehabiliteringen kan vara ett sätt att förtydliga ett arbetsområde och tillika yrkesrollen som socialarbetare i sjukvården. Detta ligger också i linje med den ökade helhetssyn som även präglar dagens sjukvård som arena samtidigt som det är mindre lätt att rubba rådande kulturer vilket kan betyda att såväl akademiska discipliner och politiker bör driva processen framåt med fokus på kuratorernas rådande kompetens framför att sjukvården som organisation skapar kompetensbehovet inom annan yrkeskategori och/eller skapa nya yrkeskategorier. En utveckling utifrån denna studie med fokus på intervjuer med politiker och andra beslutsfattare i organisationen samt kuratorer som i studien uppgett sig arbeta utifrån funktionen skulle kunna utgöra en plattform för att konkret definiera kuratorns roll i organisationen inom rehabiliteringsområdet. Ett tydliggörande av yrkesrollen kan utgöra en plattform till ett tydliggörande av yrkesrollen inom andra verksamhetsområden än den studien avgränsats till.

## 8. REFERENSER

- Abbott A. (1988) *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago.
- Andersson O. (2007) *Chicagoskolans urbansociologi: forskare och idéer 1892-1965*. Malmö: Égalité.
- AML (1977:1160) *Arbetsmiljölagsstiftningen*.
- Auslander G. (2001) *Social work in health care: What have we achieved?* Journal of social work vol. 1 no 2.
- Bergseth B. (2003) *Forskningens inriktning och arbetssätt – utvärdering och metodinriktning. I Socialt arbete: En nationell genomlysning av ämne*. Högskoleverkets rapportserie 2003:16.
- Blom B, Lalos A, Morén S, Olsson M (2014) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård* Natur & Kultur
- Blumenfeld & Epstein. (2001) I Olsson M (2008) *Psykosocialt arbete inom hälso- och sjukvård – professionellt verksamhetsfält och akademiskt ämne*. Socionomen 6, Forskningssupplement 24.
- Brante T. (2003) *Konsolideringen av nya vetenskapliga fält – exemplet forskning i socialt arbete. I Socialt arbete: En nationell genomlysning av ämnet*. Högskoleverkets rapportserie 2003:16.
- Brante T, Jonsson E, Olofsson G, Svensson L. (2015). *Professionerna I Kunskapssamhället - En Jämförande Studie Av Svenska Professioner*, Liber Förlag.
- Brunnberg E. (2009) *Samtliga avhandlingar i Socialt arbete*. Rapport Örebro: Örebro Universitet
- Bryman A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber AB.
- CSA, Centralförbundet för socialt arbete. (2015-07-24) <http://csa.a.se/>
- Flink M, Öjehagen A & Olsson M. (2008) *Psykosocialt arbete i hälso- och sjukvård – en översikt över avhandlingar inom området*. Socionomen 6 Forskningssupplement 24
- FN (1948) *Mänskliga rättigheter* <http://www.manskligarattigheter.se/sv/de-manskliga-rattigheterna/historia> 2015-07-24
- FN (2008) *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning* <http://www.manskligarattigheter.se/sv/de-manskliga-rattigheterna/vilka-rattigheter-finns-det/rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning> 2015-07-24
- Fredlund U. (1997) *Kuratorsverksamhet inom svensk sjukvård under 70 år. Glimtar och trender*. Stockholm: Svensk Kuratorsförening 1997.
- Förordning (SFS 2007:905) *om arbetsmarknadspolitiska verksamheten*
- FK (2015) *Faktablad rehabilitering* [https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/privatpers/broschyror\\_och\\_faktablad/faktablad](https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/privatpers/broschyror_och_faktablad/faktablad) 2015-07-24
- Gephart H. (2003) *Erschienen*. In *Gestalttherapie* 2003. Heft 1 Däumling-Institut Deutschland.
- Gåfvells C. (2013) *Kuratorer: tag plats på scenen*. Socionomen 2.
- Greene J. (2008) *Evidence as “proof” and evidence as “inkling”*. I Donaldson, Stewart &



- Christie, Christina & Marks, Mel (eds) (2009) *What Counts as Credible Evidence in Applied Research and Evaluation Practice?* NY: Sage.
- Gold M. (1999) *The complete social scientist*. American Psychological Association (APA) Washington DC.
- Goodley D. (2011) *Disability studies. An Interdisciplinary Introduction*. London: Sage.
- Gullacksen, A-C. (1998) *När smärtan blir en del av livet. Livsomställning vid kronisk sjukdom och funktionshinder*. Socialhögskolan: Lunds Universitet.
- HSL (1982:763) *Hälso- och sjukvårdslagen*.
- ICSW International Council on Social Welfare (2015-08-08) <http://www.icsw.org/>
- IFSW International Federation of Social Work (2015-08-08) [www.ifsw.org](http://www.ifsw.org)
- Jönson H. (2010) *Sociala problem som perspektiv en ansats för forskning & socialt arbete*. Malmö: Liber AB.
- Larsson G. (1980) *The amphetamine addict mother and her child*. Avhandling Karolinska institutet
- Lewin K. (1946) *Psycho-sociological Problems of a minority group*. I Journal of Social Issues Nov1946 Vol.2
- Lindberg L. och Grönvik L. (2011) *Funktionshinderpolitik – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lundgren L. (2003) I Flink, Öjehagen & Olsson (2008) *Psykosocialt arbete i hälso- och sjukvård – en översikt över avhandlingar inom området*. Socionomen 6 Forskningssupplement 24.
- Lundgren C. & Molander C. (2008) *Teamarbete i medicinsk rehabilitering*. Liber Förlag.
- Primärvårdsläkare (2013) *Läkarintervju 2013-04-18*, SOAN31 Distansutbildning 15 p Socialhögskolan Lunds universitet.
- May T. (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur AB
- McMichael A. (2000) *Professional identity and continuing education: a study of social workers in hospital settings*. I Flink, Öjehagen & Olsson (2008) *Psykosocialt arbete i hälso- och sjukvård – en översikt över avhandlingar inom området*. Socionomen 6 Forskningssupplement 24.
- Meeuwisse A, Swärd H, Eliasson-Lappalainen R & Jacobsson K. (2008) *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Morén S. (1990) I Dellgran & Höjer (1996) *"Bland stora teorier och centrala perspektiv"*. Tidningen Socionomen 2006/5 Forskningsupplaga Nr 7.
- Nilsson B. (1996) *Socialpsykologi*. Lund: Studentlitteratur, 1996.
- Norstedt M. (2011) *Berättelser om stroke och arbetsliv*. Avhandling Lunds universitet.
- Nätverk forskande socionomer (2015-07-24)  
<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=18224&a=47665&l=sv>

- Olsson M. (2008) *Psykosocialt arbete inom hälso- och sjukvård – professionellt verksamhetsfält och akademiskt ämne*. Socionomen 6 Forskningssupplement 24.
- Olsson S. (1999) *Kuratorn förr och nu, Kuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*. Avhandling Göteborgs Universitet.
- Olsson S. (2013) *Kuratorer under ett sekel*. Socionomen 2.
- Oxenstierna M. (2013) *Ta tillvara kuratorns expertkunskap*. Socionomen 2.
- Patel R & Davidson B. (2011) *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Roxström C. (1997) *Nyfikenhet driver en forskande kurator*. Socionomen 5.
- SFB (2010:110) *Socialföräkringsbalk*
- Sjöström M. (2013) *To blend in or stand out? Hospital social workers' jurisdictional work in Sweden and Germany* Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Sohlberg P & B-M. (2009) *Kunskapens former: vetenskapsteori och forskningsmetod*. Liber AB.
- Sveriges Riksdag (2015) Socialutskottets betänkande 2014/15:SoU17 *Legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården*. Tryck: Elanders, Vällingby 2015.
- SOL (2001:453) *Socialtjänstlagen*
- SOU 2011:15 *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*.
- SSR (2011-05-30) *Remissvar på SOU 2011:15* <http://www.akademssr.se/remissvar>
- SSR (2015) *Information legitimationsfrågan* kuratorsdagarna Malmö 2015-04-20
- Svensk Kuratorsförening (2015-07-24) [www.kurator.se/](http://www.kurator.se/)
- Thomassen M. (2007) *Vetenskap, praxis och kunskap*. Glerups Utbildning AB.
- Thurén, T. (2007) *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber.
- Thurén T. (2005) *Källkritik*. 2 uppl. Stockholm: Liber AB.
- Trost J. (2012) *Enkätboken* Studentlitteratur AB, Lund.
- Vetenskapsrådet (1990) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Tryck: Elanders Gotab.
- Vahlne Westerhäll, L, Bergroth, A. & Ekholm, J. (2009) *Rehabiliteringsvetenskap. Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, 2a uppl.
- Winter R. (1997) *Kurt Lewin Field Theory*. I Journal of Social Issues Vol. 53.

## BILAGA 1. ENKÄT

Hej,

Jag heter Karina Mattsson och arbetar som kurator inom rehabilitering i Region Skåne. Jag skriver just nu min magisteruppsats vid Socialhögskolan i Lund.

Ämnet för uppsatsen är professionstema riktat mot kuratorers syn på holistisk rehabilitering. Materialinsamling till uppsatsen sker genom en enkätstudie.

Med holistisk rehabilitering avses en helhetssyn på patientens livssituation som tar hänsyn till medicinska, arbetsinriktade och personliga faktorer under en rehabilitering i sjukvården. Detta är ett viktigt och jämförelsevis outforskat område. Jag uppskattar därför om du vill hjälpa till att öka kunskapen i området genom att besvara medföljande enkät.

Enkäten tar ca 15 minuter att fylla i. Dina svar är anonyma och så fort jag fått in materialet kommer det att avidentifieras. Om du har några frågor vänligen hör av dig till mig på telefon eller via mail. Om du vill ha ett exemplar av den färdiga uppsatsen så meddela mig per mail.

Tack för ditt stöd!

Karina Mattsson  
Student  
Socialhögskolan Lund  
&  
Kurator, Rehabmedicin  
Skånes universitetssjukvård

Klicka på länken för att komma till enkäten:

[https://docs.google.com/forms/d/1c28xAGEXQIt-CMb1\\_rSgSFt6D\\_U9wVXNFmy3auNdue4/viewform?c=0&w=1&usp=mail\\_form\\_link](https://docs.google.com/forms/d/1c28xAGEXQIt-CMb1_rSgSFt6D_U9wVXNFmy3auNdue4/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form_link)

Med vänlig hälsning

Karina Mattsson

Socialhögskolan, Lunds Universitet - Enkät examensarbete 14/15 (K.Mattsson)

1) Är du

- Kvinna?
- Man?

2) Ålder?

- < 29 år
- 30-39 år

- 40-49 år
- 50-59 år
- 60 år <

3) Antal år i yrket som socionom/socialarbetare/kurator?

- 0-10
- 11-20
- 21-30
- 30 <

4) Har du också arbetat som socionom utanför sjukvården?

- Nej
- Ja

5) Markera eventuella fördjupningsområden/vidareutbildningar.

- Akut/trauma
- Barn
- Diagnosspecifikt
- Geriatrik
- Habilitering
- Kvinnohälsa
- Missbruk
- Organisation
- Primärvård
- Psykiatri
- Rehabilitering
- Terapi
- Övrigt:

6) Ingår rehabilitering i arbetsplatsens verksamhet?

Rehabilitering handlar om att hitta ett optimalt sätt för en person att kunna återvända till dagligt liv och återfå en rimlig hälsa i samband med funktionsnedsättning i någon form.

- Ja
- Nej

7) Möter du patienter i arbetsför ålder?

- Ja
- Nej

8) Om du svarat nej på både fråga 6 och 7 kan du avsluta enkäten här.

9) Var i sjukvården är du verksam?

Kryssa flera alternativ vid behov

- Diagnostikspecifik slutenvård
- Diagnostikspecifik öppenvård
- Primärvård
- Övrigt:

10) Vilka 5 områden är mest centrala i omfattning i ditt arbete?

- Livsomställning
- Familj
- Boende
- Ekonomi
- Arbete/sysselsättning/utbildning
- Sjukskrivning
- Livsstil
- Fritid
- Transporter
- Terapi
- Övrigt:

11) I vilka 3 områden efterfrågar dina kollegor främst din kunskap?

- Livsomställning
- Familj
- Boende
- Ekonomi
- Arbete
- Sjukskrivning
- Livsstil
- Fritid
- Transporter
- Övrigt:

12) I vilka 3 områden efterfrågar patienten främst din kunskap?

- Livsomställning
- Familj
- Boende
- Ekonomi

- Arbete
- Sjukskrivning
- Livsstil
- Fritid
- Transporter
- Övrigt:

13) I vilka 3 områden bedömer du att patienten främst är i behov av din kunskap?

- Livsomställning
- Familj
- Boende
- Ekonomi
- Arbete
- Sjukskrivning
- Livsstil
- Fritid
- Transporter
- Övrigt:

14) Vilka andra professioner ingår i arbetsgruppen på din arbetsplats?

- Arbetsterapeut
- Logoped
- Läkare
- Psykolog
- Rehabiliteringskoordinator
- Sekreterare
- Sjukgymnast/Fysioterapeut
- Sjuksköterska
- Undersköterska
- Övrigt:

15) Har arbetsgruppen utöver medicinsk kontaktorsak även åtgärder inom:

- Sjukskrivningsprocess och/eller planering för arbetsåtergång
- Livsomställning/personlig rehabilitering

16) Har du utöver medicinsk kontaktorsak åtgärder inom:

- Sjukskrivningsprocess och/eller planering för arbetsåtergång
- Livsomställning/personlig rehabilitering

17) Om du svarat nej vid fråga 16, vänligen specificera.

- Ingår ej i arbetsfunktionen
- Annans arbetsområde
- Ingår ej i verksamhetens arbete
- Övrigt:

18) Arbetar du utifrån en helhetssyn på patientens rehabilitering?

Här åsyftas medicinsk, arbetsinriktad och personlig rehabilitering.

- Ja
- Nej
- Gör det redan

19) Skatta yrkesprofessionen läkares inställning till att du arbetar/skulle arbeta utifrån en helhetssyn på patientens rehabilitering.

20) Skatta yrkesprofessionen psykologers inställning till att du arbetar/skulle arbeta utifrån en helhetssyn på patientens rehabilitering.

21) Skatta yrkesprofessionen sjuksköterskas inställning till att du arbetar/skulle arbeta utifrån en helhetssyn på patientens rehabilitering.

22) Skatta yrkesprofessionen arbetsterapeuters inställning till att du arbetar/skulle arbeta utifrån en helhetssyn på patientens rehabilitering.

23) Vad kan möjliggöra att du ansvarar för/arbetar holistisk inom rehabilitering?

Markera ett eller flera alternativ.

- Lagstiftning och riktlinjer
- Att patienten bemöts som en hel individ
- Intresse i det medicinska fältet
- Finns behov av samordnare
- Intresse från politiker
- Eget intresse
- Intresse från disciplinen socialt arbete
- Övrigt:

24) Vad skulle hindra/hindrar att du arbetar holistiskt inom rehabilitering?

Markera ett eller flera alternativ.

- Inget alls
- Inget intresse från verksamheten

- Inget eget intresse
- Inget intresse i organisationen
- Konkurrens från andra personalkategorier
- Tidsbrist
- Övrigt:

25) Skatta hur du tror att ett holistiskt arbetssätt skulle främja/främjar patientens rehabilitering.

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Inte alls	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Mycket
-----------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------

26) Skatta hur du tror att ett holistiskt arbetssätt vid den medicinska rehabiliteringen skulle uppskattas i verksamheten.

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Inte alls	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Mycket
-----------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------

27) Skatta hur du tror att en holistiskt arbetssätt skulle kunna tydliggöra din yrkesroll i sjukvården?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Inte alls	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Mycket
-----------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------

28) Hur skulle du värdera ett holistiskt arbetssätt som kurator vid rehabilitering i relation till den medicinska rehabiliteringen som läkaren har högsta ansvaret för?

- Mer betydelsefullt
- Lika betydelsefullt
- Mindre betydelsefullt

29) Skriv ner här om du har andra synpunkter du vill tillföra studien:

## BILAGA 2 - SPECIFICERING AV ARBETSOMRÅDEN

Arbetsområden	Alla	PV	ÖV	SV	Kvinnor	Män	<29	30-39
Livsomställning	<b>82,1%</b>	85,7	80,3	92,7	81,8	85,7	66,7	76,5
Familj	<b>73,5%</b>	57,1	80,3	78,0	73,6	71,4	66,7	70,6
Arbete/ sysselsättning/ utbildning	<b>65,0%</b>	50,0	73,7	56,1	64,5	71,4	66,7	76,5
Terapi	<b>53,0%</b>	92,9	43,4	39,0	52,7	57,1	33,3	41,2
Livsstil	<b>53,0%</b>	75,0	46,1	48,8	53,6	42,9	66,7	70,6
Ekonomi	<b>48,7%</b>	0,0	64,5	61,0	46,4	85,7	83,3	52,9



Sjukskrivning	41,0%	53,6	38,2	41,5	42,7	14,3	33,3	35,3
Boende	26,5%	3,6	34,2	31,7	25,5	42,9	66,7	35,3
Fritid	15,4%	10,7	14,5	14,6	16,4	0,0	0,0	23,5
Transporter	6,0%	0,0	7,9	9,8	6,4	0,0	0,0	0,0
<b>Arbetsområden</b>	<b>Alla</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>	<b>60+</b>	<b>&lt;10 år</b>	<b>11-20</b>	<b>21-30</b>	
Livsomställning	82,1%	81,8	83,3	89,5	81,5	78,4	79,4	
Familj	73,5%	69,7	71,4	89,5	63,0	75,7	70,6	
Arbete/ sysselsättning/ utbildning	65,0%	69,7	52,4	73,7	74,1	56,8	64,7	
Terapi	53,0%	60,6	57,1	47,4	44,4	59,5	52,9	
Livsstil	53,0%	45,5	47,6	57,9	51,9	54,1	47,1	
Ekonomi	48,7%	48,5	47,6	36,8	55,6	51,4	44,1	
Sjukskrivning	41,0%	39,4	40,5	52,6	29,6	43,2	50,0	
Boende	26,5%	18,2	23,8	26,3	37,0	21,6	23,5	
Fritid	15,4%	15,2	14,3	15,8	18,5	13,5	14,7	
Transporter	6,0%	9,1	7,1	5,3	3,7	5,4	5,9	
<b>Arbetsområden</b>	<b>Alla</b>	<b>30+</b>	<b>Utanför sjukv</b>	<b>Bara Q</b>	<b>Psyk- utb</b>	<b>Rehab- utb</b>	<b>Terapi- utb</b>	
Livsomställning	82,1%	94,7	80,4	87,5	79,3	87,9	80,0	
Familj	73,5%	89,5	72,8	79,2	72,4	72,7	65,0	
Arbete/ sysselsättning/ utbildning	65,0%	68,4	62,0	75,0	62,1	78,8	65,0	
Terapi	53,0%	52,6	54,3	45,8	72,4	42,4	78,3	
Livsstil	53,0%	63,2	53,3	50,0	58,6	48,5	55,0	
Ekonomi	48,7%	42,1	47,8	54,2	41,4	57,6	30,0	
Sjukskrivning	41,0%	36,8	41,3	41,7	31,0	48,5	43,3	
Boende	26,5%	26,3	25,0	33,3	27,6	33,3	15,0	
Fritid	15,4%	15,8	14,1	16,7	24,1	21,2	10,0	
Transporter	6,0%	10,5	6,5	4,2	3,4	12,1	3,3	

Kollegors efterfrågan	Alla	PV	ÖV	SV	Kvinnor	Män	<29	30-39
Livsomställning	70,4%	78,6	65,3	87,5	70,4	71,4	50,0	58,8
Familj	52,2%	42,9	54,7	52,5	51,9	57,1	33,3	35,3
Ekonomi	42,6%	7,1	52,0	45,0	43,5	28,6	83,3	41,2
Arbete	33,9%	21,4	38,7	32,5	35,2	14,3	33,3	35,3
Övriga/Terapi	32,2%	42,9	25,3	27,5	31,5	42,9	0,0	29,4
Sjukskrivning	30,4%	46,4	29,3	35,0	30,6	28,6	33,3	41,2
Livsstil	26,1%	50,0	21,3	22,5	25,9	28,6	33,3	35,3
Boende	20,9%	0,0	25,3	22,5	20,4	28,6	50,0	23,5
Transporter	2,6%	0,0	4,0	7,5	2,8	0,0	0,0	0,0
Fritid	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Kollegors efterfrågan	Alla	40-49	50-59	60+	<10 år	11-20	21-30
Livsomställning	70,4%	75,8	75,0	68,4	66,7	73,0	75,0
Familj	52,2%	54,5	50,0	73,7	33,3	51,4	56,3
Ekonomi	42,6%	36,4	40,0	47,4	55,6	37,8	40,6
Arbete	33,9%	30,3	30,0	47,4	40,7	13,5	43,8
Övriga/Terapi	32,2%	30,3	40,0	31,6	14,8	37,8	34,4
Sjukskrivning	30,4%	27,3	32,5	21,1	37,0	21,6	34,4
Livsstil	26,1%	27,3	25,0	15,8	22,2	40,5	18,8
Boende	20,9%	9,1	27,5	15,8	29,6	18,9	18,8
Transporter	2,6%	0,0	2,5	10,5	0,0	0,0	6,3
Fritid	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Kollegors efterfrågan	Alla	30+	Utanför sjukv	Bara Q	Psyk-utb	Rehab-utb	Terapi-utb
Livsomställning	70,4%	63,2	70,0	75,0	67,9	63,6	72,9
Familj	52,2%	73,7	51,1	58,3	57,1	48,5	45,8
Ekonomi	42,6%	36,8	41,1	50,0	35,7	51,5	32,2
Arbete	33,9%	47,4	32,2	37,5	28,6	63,6	30,5
Övriga/Terapi	32,2%	42,1	35,6	20,8	39,3	21,2	40,7
Sjukskrivning	30,4%	31,6	27,8	37,5	25,0	45,5	39,0
Livsstil	26,1%	15,8	25,6	25,0	28,6	12,1	28,8
Boende	20,9%	15,8	18,9	29,2	32,1	21,2	16,9
Transporter	2,6%	5,3	2,2	4,2	0,0	6,1	0,0
Fritid	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Patientens efterfrågan	Alla	PV	ÖV	SV	Kvinnor	Män	<29	30-39
Livsomställning	71,8%	71,4	73,7	80,5	70,9	85,7	33,3	64,7
Familj	53,0%	50,0	55,3	51,2	54,5	28,6	33,3	47,1
Ekonomi	42,7%	10,7	52,6	61,0	41,8	57,1	50,0	47,1
Övriga/Terapi	33,3%	50,0	23,7	24,4	31,8	57,1	16,7	41,2
Arbete	28,2%	10,7	32,9	29,3	30,0	0,0	33,3	29,4
Sjukskrivning	28,2%	32,1	25,0	36,6	28,2	28,6	33,3	41,2
Livsstil	23,9%	46,4	17,1	17,1	22,7	42,9	16,7	17,6
Boende	17,1%	7,1	19,7	17,1	17,3	14,3	66,7	11,8
Fritid	3,4%	3,6	3,9	2,4	3,6	0,0	0,0	0,0
Transporter	3,4%	0,0	3,9	9,8	3,6	0,0	0,0	0,0

Patientens efterfrågan	Alla	40-49	50-59	60+	<10 år	11-20	21-30
Livsomställning	71,8%	78,8	71,4	78,9	70,4	70,3	73,5
Familj	53,0%	63,6	50,0	52,6	51,9	51,4	47,1
Ekonomi	42,7%	39,4	42,9	42,1	48,1	51,4	35,3
Övriga/Terapi	33,3%	27,3	40,5	26,3	29,6	35,1	35,3
Arbete	28,2%	18,2	26,2	47,4	22,2	16,2	35,3
Sjukskrivning	28,2%	27,3	21,4	31,6	22,2	27,0	35,3
Livsstil	23,9%	27,3	21,4	31,6	18,5	27,0	23,5
Boende	17,1%	12,1	21,4	5,3	25,9	18,9	14,7
Fritid	3,4%	3,0	7,1	0,0	3,7	0,0	5,9
Transporter	3,4%	0,0	4,8	10,5	0,0	0,0	8,8

Patientens efterfrågan	Alla	30+	Utanför sjukv	Bara Q	Psyk-utb	Rehab-utb	Terapi-utb
Livsomställning	71,8%	73,7	70,7	75,0	72,4	75,8	75,0
Familj	53,0%	68,4	55,4	45,8	55,2	42,4	50,0
Ekonomi	42,7%	31,6	41,3	50,0	31,0	48,5	25,0
Övriga/Terapi	33,3%	31,6	34,8	25,0	37,9	24,2	40,0
Arbete	28,2%	47,4	23,9	45,8	20,7	51,5	26,7
Sjukskrivning	28,2%	26,3	28,3	29,2	20,7	42,4	28,3
Livsstil	23,9%	26,3	26,1	12,5	37,9	21,2	38,3
Boende	17,1%	5,3	15,2	25,0	20,7	12,1	11,7
Fritid	3,4%	5,3	3,3	4,2	6,9	3,0	3,3
Transporter	3,4%	5,3	3,3	4,2	0,0	9,1	1,7

Kurators bedömning	Alla	PV	ÖV	SV	Kvinnor	Män	<29	30-39
Livsomställning	79,5%	75,0	82,9	92,7	79,1	85,7	33,3	70,6
Familj	49,6%	50,0	50,0	46,3	50,9	28,6	33,3	29,4
Livsstil	38,5%	60,7	34,2	29,3	38,2	42,9	16,7	41,2
Övriga/Terapi	35,9%	50,0	26,3	31,7	34,5	57,1	16,7	41,2
Ekonomi	31,6%	0,0	42,1	41,5	31,8	28,6	66,7	35,3
Arbete	27,4%	21,4	27,6	26,8	28,2	14,3	50,0	29,4
Sjukskrivning	21,4%	17,9	22,4	29,3	20,9	28,6	33,3	29,4
Boende	10,3%	0,0	11,8	9,8	10,9	0,0	16,7	5,9
Fritid	4,3%	7,1	3,9	0,0	3,6	14,3	0,0	11,8
Transporter	1,7%	0,0	2,6	4,9	1,8	0,0	0,0	0,0

Kurators bedömning	Alla	40-49	50-59	60+	<10 år	11-20	21-30
Livsomställning	79,5%	78,8	81,0	100,0	70,4	78,4	82,4
Familj	49,6%	60,6	52,4	47,4	48,1	45,9	50,0
Livsstil	38,5%	45,5	33,3	42,1	37,0	48,6	29,4
Övriga/Terapi	35,9%	30,3	42,9	31,6	29,6	37,8	35,3
Ekonomi	31,6%	27,3	31,0	26,3	44,4	32,4	29,4
Arbete	27,4%	18,2	26,2	36,8	22,2	18,9	29,4
Sjukskrivning	21,4%	18,2	19,0	21,1	18,5	18,9	26,5
Boende	10,3%	6,1	19,0	0,0	11,1	10,8	11,8
Fritid	4,3%	3,0	4,8	0,0	11,1	5,4	0,0
Transporter	1,7%	0,0	2,4	5,3	0,0	0,0	5,9

Kurators bedömning	Alla	30+	Utanför sjukv	Bara Q	Psyk-utb	Rehab-utb	Terapi-utb
Livsomställning	79,5%	89,5	79,3	83,3	75,9	84,8	80,0
Familj	49,6%	57,9	50,0	50,0	48,3	42,4	46,7
Livsstil	38,5%	36,8	35,9	45,8	51,7	30,3	53,3
Övriga/Terapi	35,9%	42,1	40,2	20,8	37,9	27,3	38,3
Ekonomi	31,6%	15,8	32,6	29,2	31,0	36,4	21,7
Arbete	27,4%	47,4	23,9	37,5	20,7	42,4	25,0
Sjukskrivning	21,4%	21,1	19,6	29,2	10,3	42,4	20,0
Boende	10,3%	5,3	12,0	4,2	17,2	9,1	10,0
Fritid	4,3%	0,0	3,3	4,2	3,4	6,1	3,3
Transporter	1,7%	0,0	2,2	0,0	0,0	3,0	0,0

