



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Sjukhuskuratorns diffusa roll -

**En jämförande studie om sjukhuskuratorers egna beskrivningar kring
sin roll och status inom palliativ vård och övrig somatisk vård**

Alexandra Torres Asimakidis &
Nina Haskel

Kandidatuppsats SOPA63
HT-15
Handledare: Lupita Svensson

Abstract

Author: Alexandra Torres Asimakidis, Nina Haskel

Title: Counselor's ambiguous role- a comparative study about their roles and status within palliative care and other somatic care [Translated title]

Supervisor: Lupita Svensson

Assessor: Ulrika Levander

The aim of this essay was to examine two groups of hospital counselor's own descriptions of their roles and status in their hospital unit and in relation to other professions. The two hospital units that we compared were hospital counselors in palliative care and hospital counselors in other somatic care. The study was made with a qualitative approach where we interviewed eight hospital counselors. Four of them within palliative care and four of them within other somatic care. To analyze our results we used profession theory and Goffman's dramaturgical perspective. The terms that are used from profession's theory are for example interprofessional collaboration, ethics, morals and values and the professional helper. We used Goffman's terms about team, performance, actors and observers. The main outcomes of this study according to the counselors' descriptions, were that the role of the counselor in palliative care was less vague and they had a more established role within their multiprofessional team in comparison with the counselor of other somatic care. Our results also indicate that the psychosocial perspective is more common within the palliative care.

Key words: hospital counselor, palliative care, multiprofessional teamwork, role, status

Förord

Vi vill tacka alla sjukhuskuratorerna för sin medverkan. Utan er hade detta inte blivit av. Tack för allt material ni gett oss, det har varit intressant och lärorikt, och inte minst viktigt. Vi vill även tacka vår handledare Lupita Svensson för stort engagemang och goda råd. Sist men inte minst vill vi tacka varandra för ett gott samarbete och en rolig tid.

Lund, Sverige

Alexandra & Nina 2015-12-14

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	5
1.1 PROBLEMFÖRMULERING	5
1.2 SYFTE	6
1.3 FRÅGESTÄLLNINGAR	6
1.4 AVGRÄNSNINGAR.....	7
1.5 CENTRALA BEGREPP	7
2. BAKGRUND	8
2.1 Sjukhuskuratorn i Sverige.....	8
2.2 Den palliativa vården i Sverige.....	8
2.3 Det psykosociala arbetet i Sverige.....	9
2.4 Kuratorslegitimationen	10
3. KUNSKAPSLÄGET	10
3.1 Kuratorsrollen ur ett internationellt perspektiv	11
3.2 Kuratorsrollen i den palliativa vården	12
4. METOD	13
4.1 Val av metod	13
4.2 Urval.....	15
4.3 Tillvägagångssätt	15
4.4 Metodens förtjänster och begränsningar	16
4.5 Undersökningens tillförlitlighet	18
4.6 Etiska överväganden	19
4.7 Arbetsfördelning.....	20
5. TEORI	20
5.1 Professioner och professionsetik.....	21
5.1.1 Den professionella hjälparen.....	21
5.2 När teori möter praxis.....	22
5.3 Interprofessionellt samarbete och kompetens	23
5.4 Goffmans dramaturgiska perspektiv	23
5.5 Sammanfattning teori.....	24
6. RESULTAT OCH ANALYS	25
6.1 Syns du inte så finns du inte.....	25
6.2 Det psykosociala fältet	28
6.3 Arbetsuppgifter.....	31
6.3.1 Det unika samtalet.....	32
6.3.2 Teamsamarbetet.....	32
6.4 Legitimation - en fråga om mer än bara status	36
6.5 Sjukhuskuratorn en viktig resurs på sjukhuset	38
7. AVSLUTANDE DISKUSSION	39
8. REFERENSER	44
9. BILAGOR	48
9.1 Informationsbrev	48
9.2 Intervjuguide.....	49

1. Inledning

I detta kapitel introduceras uppsatsens bakgrund i form av en problemformulering där det berättas om vad som intresserade oss inom det valda problemområdet. Problemformuleringen mynnar sedan ut i syfte och frågeställningar. Slutligen följer ett avsnitt där det redogörs för vilka avgränsningar som har gjorts.

1.1 Problemformulering

Ett förekommande problem i många länder är sjukhuskuratorers diffusa roll inom sjukvården (Davis et al. 2005:289; Wong, Chan & Tam 2000:496). Davidson (1990) säger att sjukhuskuratorernas roll blir svårdefinierbar när de är den enda yrkesgruppen i det medicinska fältet som inte arbetar med medicinsk behandling. Davis et al. (2005:289,296) menar att sjukhuskuratorer ständigt måste förklara sin yrkesroll och bevisa sin expertis i ett mångprofessionellt team. Även i en artikel skriven av Gabrielová och Velemínský (2014:64) betonas det att sjukhuskuratorernas roller måste bli mer respekterade, samt att de behöver känna sig behövda i det mångprofessionella teamet. Samma fenomen uppmärksammade vi under vår praktik på termin fem vid socionomutbildningen, Socialhögskolan, Lunds universitet då vi båda var kuratorer inom Region Skåne. Den ena av oss var inom psykiatri och den andra hade praktik inom den övriga somatiska vården. Något vi uppmärksammade var hur kuratorernas arbete, status och roll kunde skilja sig åt på olika vårdenheter. En av oss kom i kontakt med den palliativa vården under praktikterminen. Upplevelsen där var att kuratorns status var märkbart högre och hade en mer etablerad roll än på andra vårdenheter. Det var första gången vi uppmärksammade att en kurator hade hög status och en tydlig roll inom vården. Det väckte nyfikenhet hos oss och därför vill vi nu studera det.

En annan tanke som väcktes under praktikterminen var frågan om kuratorslegitimationen. Just nu bedrivs frågan om legitimation för sjukhuskuratorer. De är den enda yrkesgruppen inom hälso- och sjukvården med akademisk utbildning som saknar legitimation. Enligt Socialstyrelsen (2014) skulle detta höja patientsäkerheten och förbättra yrkesrollens innehåll. Det främsta skälet är dock för att stärka patientsäkerheten, detta för att sjukhuskuratorer bedriver psykosocialt behandlingsarbete. Lundin et al. (2009:35- 36) menar att den största

tillgången hos en kurator är den psykosociala kompetensen. Det psykosociala arbetet innebär att kuratorn ska se till helhetsbilden av patienten, vilket betyder att kuratorn ska notera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella behoven som patienten har (ibid.). Trots att den psykosociala kompetensen är unik för sjukhuskuratorerna råder det som tidigare nämnts stor tvetydighet kring hur en kurator inom hälso- och sjukvården arbetar (Cowles & Lefcowitz 1992; Wong, Chan & Tam 2000).

I detta arbete har vi valt att fokusera på hur kuratorerna beskriver sin roll och status inom den palliativa vården i jämförelse med den övriga somatiska vården. Både forskning och våra egna erfarenheter av kuratorsarbete visar att kuratorns roll ofta framträder som diffus inom hälso- och sjukvården. Detta problemområde väcker vårt intresse då psykosocialt behandlingsarbete kan se olika ut beroende på vilken avdelning kuratorn arbetar på. Att vi uppmärksammade skillnader i roller och status inom den övriga somatiska vården jämfört med den palliativa vården fick oss att fundera över om det faktiskt är så, och vad det kan bero på. Vi blev nyfikna på att fånga kuratorernas egna beskrivningar och tankar kring sin yrkesroll och status. Vi tycker att socialt arbete inom hälso- och sjukvården är viktigt då kuratorn är den enda professionen inom det medicinska fältet som ser till patientens psykosociala behov tillgodoses (Lundin et al. 2009:31). För att kunna ge bästa möjliga vård till patienter behöver det psykosociala perspektivet uppmärksammas mer och kuratorer behöver känna att deras roll i teamet är lika behövd som de andra professionerna i teamet.

1.2 Syfte

Syftet är att undersöka hur sjukhuskuratorer inom palliativ och övrig somatisk vård beskriver sina respektive yrkesroller och status samt hur de upplever att andra professioner inom hälso- och sjukvården uppfattar och förhåller sig till dem?

1.3 Frågeställningar

- Hur ser sjukhuskuratorer på sin yrkesroll och status inom palliativ vård?
- Hur ser sjukhuskuratorer på sin yrkesroll och status inom övrig somatisk vård?
- Hur beskriver sjukhuskuratorerna att andra professioner uppfattar sjukhuskuratorernas yrkesroll och status?

- Vilka likheter och olikheter finns det mellan sjukhuskuratorer inom den övriga somatiska vården och den palliativa vårdens beskrivningar utifrån ett psykosocialt perspektiv?

1.4 Avgränsningar

I denna studie studeras sjukhuskuratorernas egna beskrivningar om sin yrkesroll och status. Vi har valt att inte undersöka detta ur exempelvis ett genusperspektiv eftersom det inte rör vårt syfte och det hade blivit en helt annan studie. Något som även har uteslutits från studien var att intervjua andra yrkesgrupper om sin syn på kurators yrkesroll och status. Alla dessa avgränsningar var medvetna val för att undersöka det vi har intresserat oss för. Ett genusperspektiv hade varit intressant då kuratorsyrket är kvinnodominerat, men detta perspektiv var inte i fokus i vår studie.

1.5 Centrala begrepp

Palliativ vård: Vård vid livets slutskede där tanken är att ge lindrande vård. Se mer under avsnitt 2:2, Den palliativa vården i Sverige.

Övrig somatisk vård: Med det menar vi all vård som inte är palliativ, och som ges på ett sjukhus olika avdelningar.

Kurator: När vi använder ordet kurator syftar vi på både kuratorn inom den palliativa vården och/eller inom den övriga somatiska vården. Vi använder både sjukhuskurator och kurator, men syftar på samma yrke, en kurator som arbetar inom hälso- och sjukvården.

Multiprofessionella team: Består av olika yrkesprofessioner som arbetar inom hälso- och sjukvården i ett team. Det multiprofessionella teamet kan bestå av exempelvis: läkare, sjuksköterskor, kuratorer, sjukgymnaster etc.

Det psykosociala arbetet: Innebär att se människan i dess helhet. Detta är kurators viktigaste arbetsuppgift inom det medicinska fältet. Se kapitel 2.3 Det psykosociala arbetet i Sverige.

2. Bakgrund

I det här kapitlet berättas det om kuratoryrkets framväxt. Utöver det redogörs det för vad palliativ vård är samt vad det psykosociala arbetet kan innebära.

2.1 Sjukhuskuratorn i Sverige

Sjukhusuratorernas arbete i Sverige började växa fram i början av 1900-talet och har utvecklats mycket sedan dess (Olsson 1999:2- 3,11). Sjukhuskuratorn är en socialarbetare som arbetar inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen (2014) skriver att år 2011 fanns det ca 5100 kuratorer inom hälso- och sjukvårdsfältet. Arbetsuppgifterna som ingår i sjukhuskuratorns fält är exempelvis stödkontakt till patienter och anhöriga, utredning av patienters sociala situation samt handledning med vårdpersonal (Olsson 1999:2- 3,11). En kurator har en socionomexamen och de flesta sjukhusuratorerna har vidareutbildning, exempelvis magister/masterutbildning, steg-1, legitimationsgrundande psykoterapiutbildning och handledarutbildning (Svensk kuratorsförening, 2015).

2.2 Den palliativa vården i Sverige

Palliativ vård har funnits i Sverige sedan 1980- talet (Fridegren & Lyckander 2013:10). Idag definieras palliativ vård oftast som "vård i livets slutskede". Filosofin inom den palliativa vården innebär att försöka ge så mycket lindring och stöd som det går till den sjuka personen och dennes anhöriga i slutskedet i den sjuka personens liv (Fridegren & Lyckander 2013:11). Helhetsperspektivet som den palliativa vårdfilosofin använder sig av innebär att efter smärtlindring läggs det stor fokus på de inre processerna hos patienten. Med det menas exempelvis rädslan för döden, sorger, tankar med mera. Hospicefilosofin innebär att försöka vårda hela personen, inte bara det fysiska (Bengtsson & Lundström 2015:19). Till skillnad från vården som ges på andra icke palliativa vårdavdelningar är inte målet inom den palliativa vården att förlänga den sjukes liv eller att påskynda döden. Istället läggs fokus på att lindra och ge den bästa livskvalitet som går att få i personens tillstånd (ibid.). Hospicefilosofin innebär helt enkelt att personen orkar leva tills den dör (Bengtsson & Lundström 2015:25).

Det är många olika professioner som ska enas i hur det ska uppstå så lite lidande och så hög livskvalitet som möjligt för patienten. Det multiprofessionella teamet består av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, kuratorer, psykologer, dietister, arbetsterapeuter och

eventuella religiösa, eller andliga företrädare som exempelvis en präst (Bengtsson & Lundström 2015:26). För att kunna ge bästa möjliga vård till den sjuka är ett gott samarbete mellan patienten, dennes anhöriga och personal väldigt viktigt (Bengtsson & Lundström 2015:123).

2.3 Det psykosociala arbetet i Sverige

Det psykosociala arbetet har sin början inom området socialt arbete där beteende- och samhällsvetenskapen är det som står i fokus (Lundin et al. 2009:35). En av de största tillgångarna hos en kurator är deras psykosociala kompetens. Denna kompetens finns i stort sett bara hos sjukhuskuratorer då andra professioner inom hälso- och sjukvården har en mer medicinsk inriktning (Lundin et al. 2009:31, 36). Det psykosociala arbetet innebär att kuratorn ska uppmärksamma patientens sociala situation som exempelvis bostad, ekonomi och arbete (Lundin et al. 2009:36). Därtill ska en kurator se till helhetsbilden av patienten vilket innebär att kuratorn ska notera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella faktorerna som patienten har (ibid.). Det psykosociala perspektivet innebär alltså att uppmärksamma och fråga patienten om ovanstående kategorier för att försöka skapa sig en helhetsbild av patientens situation. Trots att det råder stor tvetydighet kring hur en kurator inom hälso- och sjukvården arbetar (Cowles & Lefcowitz 1992; Wong, Chan & Tam 2000) så definierar Lundin et al. (2009:35- 36) vad en kurators grundpelare inom hälso- och sjukvården är. De säger att en kurator bland annat bör "stärka individers möjligheter att hantera inre och yttre påfrestningar genom behandling individuellt och/eller i grupp" (Lundin et al. 2009:35). Samt att en kurator bör "arbeta för förändringar i den sociala miljön så att människors livssituation utvecklas gynnsamt." (ibid.). Trots den definitionen kan kuratorsarbetet skilja sig mycket åt, då en och samma kurator kan arbeta på många olika avdelningar och mottagningar samtidigt (Lundin et al. 2009:32).

Inom hälso- och sjukvården arbetas det nästan alltid i multiprofessionella team (Bengtsson & Lundström 2015:26; Gabrielová & Velemínský 2014:60; Lundin et al. 2009:32).

Mångprofessionella team kan vara bra då det kan bidra till att många intressen och behov hos patienten har större chans att bli tillgodosedda. Samverkan mellan yrkena kan ske via ronder, möten och samtal. Ibland är det samma team som arbetar som fast anställda och ibland är det tillfälliga team (Lundin et al. 2009:32- 33). Utöver samarbetet bland de multiprofessionella

teamen kan det ibland också behövas samarbete med andra myndigheter för att man ska kunna hjälpa patienten på bästa sätt (ibid.).

2.4 Kuratorslegitimationen

På Akademikerförbundet SSR står det att kuratorn är vårdens psykosociala expert. Vidare berättas det att trots att den psykiska ohälsan i samhället fortsätter att öka, och dessutom med en multiproblematik som kan röra sig om psykosociala problem, ersätts allt fler kuratorer inom hälso- och sjukvården av andra yrkesprofessioner (Akademikerförbundet SSR, 2015). Akademikerförbundet SSR skriver att de ersättande professionerna saknar kunskapen kring psykosocialt arbete, socialrättslig kompetens och en helhetssyn på patienten (ibid.).

Första gången det talades om en legitimation för kuratorer var redan 1958 (Akademikerförbundet SSR, 2015). Sedan dess har ämnet diskuterats ett antal gånger i regeringen. År 2014 mottog regeringen ett förslag om att kuratorslegitimationen kan utfärdas ifall kuratorn går en särskild kuratorsutbildning på 30 hp (ibid.). I skrivande stund är kuratorslegitimationsfrågan inberäknad i regeringens budgetproposition för 2016 (Akademikerförbundet SSR, 2015). Det innebär att de skyndsamt ska börja arbeta fram ett förslag på att införa en legitimation för kuratorer.

3. Kunskapsläget

I studien har vi använt oss av ett flertal böcker, artiklar och hemsidor för att få en djupare insikt kring kuratorsrollen, det psykosociala arbetet och dilemman som kan uppstå i en kurators yrkesutövning. För att hitta forskning har vi sökt i LUBSearch. Sökorden har varit: kurator, counseling, counselor, hospital, multiprofessional, palliative care, palliativ vård, team, interprofessional team, social work, psychosocial.

Forskning visar att kuratorer inom hälso- och sjukvården ofta blir missförstådda i sina professionella roller. Andra professioner inom hälso- och sjukvården är vanligtvis inte insatta i vad en sjukhuskurator gör. Denna otydlighet verkar vara en av de största utmaningarna som sjukhuskuratorn stöter på i sitt yrkesutövande (Cowles & Lefcowitz 1992; Wong et al 2000:496). Även Davis et al. (2005:289- 290) berättar om att samma problematik existerar i Australien. Nämligen att sjukhuskuratorer i jämförelse med andra professioner har svårt att etablera en professionell status. Forskningen tyder på att sjukhuskuratorn har en lång väg kvar att gå innan professionell status kan uppnås. Vidare skriver Davis et al. (2005:294) om hur

sjukhuskuratorer ständigt behöver förklara sina arbetsuppgifter och roll för både medicinska professioner samt för patienter.

3.1 Kuratorsrollen ur ett internationellt perspektiv

Det har forskats mycket inom detta område. Vi har valt att ta del av internationell forskning eftersom vi vill ha en så djup kunskapsbas som möjligt att utgå ifrån när det gäller sjukhuskuratorns roll. En annan viktig anledning var att vi ville förstå hur sjukhuskuratorsyrket fungerar i andra länder, samt om samma problematik som vi uppmärksammade under praktikterminen kan finnas där. Slutligen handlade det också om att det finns lite svensk forskning inom detta ämne.

Precis som nämnt innan är sjukhuskuratorns diffusa roll ett uppmärksammat problem i många länder världen över. Davis et al. (2005:289,296) menar att sjukhuskuratorer ständigt måste förklara sin yrkesroll för andra professioner, dokumentera vad de gör i sitt arbete och bevisa att de behövs inom sjukhusorganisationen. Att andra medicinska professioner inte är insatta i sjukhuskuratorsarbetet och inte erkänner deras professionella arbete skapar stor frustration och ilska hos kuratorerna (ibid). Även Davidson (1990) skriver i artikeln *Role blurring and the hospital social worker's search for a clear domain* att den största utmaningen för sjukhuskuratorer är att bevisa behovet av sin expertis för en förbättrad patientvård och att de behövs inom den komplexa sjukhusorganisationen. Davidson (1990) menar att det är svårt för sjukhuskuratorerna att definiera sin roll när de är den enda yrkesgruppen inom den medicinska världen som inte arbetar med medicinsk hälsovård. Kuratorns expertis ligger istället inom andra områden exempelvis familjesystem, samordning och organisering. Som nämnt i problemformuleringen skriver Gabrielová och Velemínský (2014:64) att sjukhuskuratorns roll i ett mångprofessionellt team bestående av olika expertis är vagt och odefinierat. Något som betonas i deras artikel är att sjukhuskuratorers roller måste bli mer respekterade och att de behöver känna sig behövda i det mångprofessionella teamet. Wong et al. (2000:495) redogör för att det ibland kan uppstå ett dilemma för kuratorerna på så sätt att de vill vara lojala mot sjukhuset som är deras arbetsplats. Å andra sidan vill kuratorerna vara trogna mot det sociala arbetet. Det sociala arbetet står för deras etiska och professionella övertygelser. Det kan leda till oenigheter med andra professioner som tycker att det medicinska är viktigare än det psykosociala (Wong et al. (2000:495).

Ett genomgående problem som uppkommit i artiklarna är hur synen på sjukhuskuratorns arbetsuppgifter kan skilja sig. Sjukhuskuratorernas egna uppfattningar om sina arbetsuppgifter verkar inte delas med andra yrkesprofessioner inom vården, och synen på deras roll kan skilja sig på olika vårdenheter (McMichael 2000:177; Wong et al. 2000:502). McMichael (2000:177) menar att sjukhuskuratorer inom psykiatri och barnsjukvården verkar ha en högre status än kuratorerna inom den övriga somatiska vården. Inom dessa två vårdenheter ansågs kuratorsyrket vara på samma nivå som andra medicinska professioner. Här talade alla yrken "samma språk" jämfört med på andra avdelningar. Inom psykiatri och barnavården har det psykosociala en självklar plats och ofta har de företräde framför det fysiska. Just därför har socialt arbete ett stort utrymme på dessa enheter och erkänns av annan medicinsk personal (ibid). Wong et al. (2000:497,504- 505) beskriver i sin artikel *Medical social workers in Hong Kong hospitals. Expectation, authority structure and role ambiguity* att sjukhuskuratorer ofta definierade sin yrkesroll som en psykosocial resurs till patienterna. I studien som gjordes på sjukhusen i Hong Kong delades inte kuratorernas mening med sjuksköterskor och läkare. De ansåg inte att psykosociala interventioner var sjukhuskuratorernas främsta uppgift utan detta kunde delas av all medicinsk personal. Läkarna och sjuksköterskorna ansåg att sjukhuskuratorernas främsta uppgift var olika sociala tjänster som t.ex. kontakter med myndigheter, färdtjänst etc. Sjuksköterskorna betonade dock att detta var uppgifter som de gärna kunde ta över om de bara fick lära sig hur de skulle utföras.

Davis et al. (2005:291- 292) skriver att sjukhuskuratorerna ofta beskrev sig själva som en länk mellan olika parter. Dessa parter är ofta läkare, patienter, anhöriga, myndigheter etc. Något som betonas är ett gott samarbete mellan alla parter och speciellt inom de medicinska professionerna. Ofta fungerar kuratorerna som patienternas företrädare då patienterna ofta kan känna sig förvirrade och inte tillräckligt informerade om deras fysiska tillstånd. Att vara länken mellan de olika parterna är inte alltid enkelt menar Davis et al. (ibid.) utan det kräver samråd mellan alla parter. Att samråd mellan ovanstående parter är av vikt delas inte alltid av andra medicinska professioner.

3.2 Kuratorsrollen i den palliativa vården

Trots att socialt arbete inom hälso- och sjukvården har en stor variation, finns det en grundläggande aspekt inom den palliativa vården. Här handlar socialt arbete om att hjälpa individer och deras familjer att hantera förändringar och förluster i varje skede av sjukdomen

men även efter patientens bortgång. Internationellt verkar sjukhuskuratorn inom den palliativa vården ha en egen titel, *Palliative care social worker* eller *Hospice social worker* (Paul 2013:254). För att kunna arbeta som kurator inom den palliativa vården i USA måste du uppfylla vissa kvalifikationer. Du ska ha en vidareutbildning i form av masterexamen och gärna ha minst ett års erfarenhet inom hälsovårdsarbete. Med den fortsatta utvecklingen och spridningen av socialt arbete inom palliativ vård är det viktigt att kuratorer inom detta område är i ständig utbildning och uppdateras i förändringarna (Weisenfluh & Csikai 2013:60,63).

Sjukhuskuratorers diffusa roll finns även inom den palliativa vården. Reese (2011:286) menar att vissa professioner inom den palliativa vården inte finner kuratorerna tillräckligt kvalificerade för att hålla i stödsamtal med patienter. Detta blir problematiskt då patienter och familjer inte får tillgång till kuratorers tjänster när de är i behov av dem. I Dona J Reeses (2011:293- 294) artikel skriver hon att hospiceföreståndarna ansåg att kuratorernas främsta uppgifter var finansiell rådgivning till patienter samt att vidarebefordra patienter till andra myndigheter. Nästan alla föreståndarna ansåg att sjuksköterskor var mer kvalificerade för civila och rättsliga frågor. Hospiceföreståndarna ansåg dock att psykosociala problem var ett av kuratorernas främsta områden. Även stödsamtal om kris, döden, självmord, dödsångest och dödsfall ansåg de kunde ligga i kuratorernas arbetsområde. Något som Reese (2011:299) konstaterar är att kuratorer inom den palliativa vården inte har en tydlig roll i det medicinska teamet. Wittenberg-Lyles (2005:1378- 1379) menar att inom den palliativa vården arbetar professionerna ofta i team. Dessa team håller möten där patienters fysiska, psykiska och psykosociala tillstånd diskuteras. Dock är det svårt att införliva ett psykosocialt tillvägagångssätt då mötena nästan alltid leds av en läkare eller sjuksköterska.

4. Metod

I detta avsnitt kommer det redogöras för urval, val av metod, tillvägagångssätt och uppsatsens förtjänster och begränsningar. Det kommer att diskuteras om vad som har varit svårt och vad som hade kunnat göras bättre. I metodavsnittet kommer även studiens tillförlitlighet och etiska överväganden att presenteras och diskuteras.

4.1 Val av metod

Syftet med denna studie är att undersöka vilka beskrivningar kuratorerna inom palliativ och övrig somatisk vård gör om sina respektive yrkesroller och status i relation till patienter och

andra professioner. En kvalitativ metod applicerades på studien då denna passade bäst ihop med våra ambitioner, nämligen att fokusera på kuratorernas uppfattningar och egna beskrivningar kring sitt arbete och status. Bryman (2011:340- 341) menar att i den kvalitativa metoden är det inte kvantifiering som är av vikt, utan det är de uttalade orden och det tolkade synsättet. En kvantitativ metod var helt utesluten då fokus där ligger på mängd och har en tendens att generalisera (ibid.).

Eftersom vi ville ha utrymme till att kunna tolka och göra djupare analyser kring det insamlade materialet passade semistrukturerade intervjuer bra. Denna typ av intervju innebär enligt May (2001:150) att intervjun har ett tema, med ett par förutbestämda frågor som ställs till den som blir intervjuad. Det lämnas ett stort utrymme för fritt samtal och intervjun blir inte särskilt styrd. Detta noterade även vi under intervjuerna. Intervjuerna kändes genuina och samtalet fritt. Samtalen kunde ta olika former, men i och med att det fanns teman gick det att styra tillbaka samtalet till huvudämnet. Aspers (2007:133) menar att i grunden så handlar intervjuer om att komma i kontakt med fältet som undersöks, för att skapa ett djupt empiriskt material. Målet med intervjuerna var att komma nära in på kuratorernas fält. Under intervjun ville vi sitta mitt emot intervjupersonen på grund av att det förekommer kroppsspråk och en viss typ av närhet till den intervjuade. Detta hade blivit svårt att fånga upp över telefon. Därför blev telefonintervju eller liknande inte relevant för insamlandet av empirin.

Varför vi valde att utesluta strukturerad intervju var att den strukturerade intervjun inte går på djupet. Den strukturerade intervjuformen passar inte studien eftersom materialet inte ska kvantifieras (Aspers 2007:137). May skriver att semistrukturerade intervjuer är passande då man vill jämföra någonting (May 2001:151). I det här fallet är det kuratorns egna upplevelser kring roller och status inom den palliativa vården i jämförelse med den övriga somatiska sjukvården. Då en kvalitativ metod applicerades användes därmed också ett induktivt förhållningssätt. Det vill säga att materialet samlades in och sedan valdes en lämplig teori efter det. Detta gjordes för att få in ett mer empiriskt material, och för att därefter kunna välja en passande teoretisk utgångspunkt. Svensson (2011:192- 193) menar att när ett induktivt tillvägagångssätt används dras generella slutsatser, och teorier bildas med hjälp av data och fall. I studien har vi samlat in empirin, analyserat den, hittat mönster och därefter funnit en lämplig teori. Bryman (2011:29) säger att kopplingen mellan data och teori förknippas med det kvalitativa synsättet.

4.2 Urval

De intervjuade var fyra kuratorer som arbetar inom den palliativa vården, samt fyra kuratorer som arbetar inom den övriga somatiska sjukvården i Region Skåne. Eriksson- Zetterquist och Arhne (2011:44) menar att vid kvalitativa intervjuer ska det helst intervjuas sex till åtta personer för att få en mer tillförlitlig empiri. Just därför valde vi att intervjuar åtta kuratorer. Hade det intervjuats två till tre personer hade studien blivit mer beroende av intervjupersonernas personliga uppfattningar precis som Eriksson- Zetterquist och Arhne skriver (ibid.). Anledningen till att vi valde kuratorer inom Region Skåne var för att avgränsa arbetet gällande tid och ekonomiska förhinder.

Bryman (2011:350) talar om målstyrda urval. Dessa urval handlar om att exempelvis individer eller organisationer selektivt väljs ut för att representera en urvalsgrupp. Detta är någonting som också gjordes, då vissa avdelningar selektivt valdes ut och andra uteslöts. Exempelvis valdes inte kuratorer som arbetar på barnsjukhus då deras arbete skiljer sig från det vi efterfrågar. En blandning av målstyrt urval och snöbollsurval är det som har använts i studien (Eriksson- Zetterquist & Ahrne 2011:42- 43). Ett snöbollsurval innebär att vi fick kontaktuppgifter till andra kuratorer via den kuratorn vi selektivt valde (ibid.)

4.3 Tillvägagångssätt

Kuratorerna kontaktades genom telefon eller via email. Kontaktuppgifterna till kuratorerna gavs från en före detta handledare till en av oss. Det var inte alla kuratorerna som kunde eller ville vara med i studien, så vi fick också ringa till växeln på sjukhuset och be om nummer till andra kuratorer på andra avdelningar. I samband med att de tackade ja skickades det ut ett informationsbrev (se bilaga 1) där vi presenterade oss själva och syftet med studien. Där lyftes även etiska principer kring studien.

Nästa steg var att göra en intervjuguide (se bilaga 2). Detta gjordes genom att vi skrev ner frågor som var av vikt för att kunna få fram det vi var intresserade av att undersöka och jämföra. Intervjuguiden delades upp i olika teman, där ett tema exempelvis kunde handla om hur kuratorerna själva tror att andra professioner ser på deras yrkesroll. När intervjuerna gjordes spelades de in med bådars mobiltelefoner. Detta för att säkerställa att det inte skulle uppstå några tekniska komplikationer, samt för att senare kunna hålla en hög kvalitet på våra kodningar. Under första intervjun tog en av oss anteckningar på datorn,

detta kändes överflödigt och det fortsattes inte med under några andra intervjuer. Intervjuerna spelades in för att sedan kunna transkriberas. När insamlandet av empirin samt transkriberingen var färdig, var nästa steg att koda materialet. Eftersom vi var två personer som genomförde studien var risken för olika perspektiv och åsikter kring empirin hög. Detta löstes genom att osökt skriva ner teman som gjort starkt intryck på oss under intervjuerna. Efter tematiseringen började materialet att kodas. Det gjordes genom olika färgkodade scheman där alla intervjuerna blev markerade med olika teman och som därefter sammanställdes till analys och resultat. På så sätt fångades viktiga aspekter upp i samtalen med kuratorerna. Tanken med kodning är att hitta mönster och strukturera upp materialet (Jönson 2010:56). Aspers (2007:157) skriver att kodning innebär att materialet bryts ner i mindre delar, för att sedan kunna göra en analys på det. Jönson (2010:56) berättar att vid intervjuer är det frågorna och svaren som används för att koda materialet. Genom kodning har relevanta begrepp och samband identifierats, som varit viktiga för vår resultat- och analysdel.

Därefter renskrevs resultatet och kopplades till tidigare forskning för att kunna göra en djupare analys av empirin. Våra teoretiska utgångspunkter användes också som ett redskap för att göra analysen djupare. Alltså gjordes analysen i växelverkan med empiri, tidigare forskning och teori. Som tidigare nämnt har induktion använts, det vill säga att teorin växer fram i samverkan med resultatet (Svensson 2011:192- 193). De teoretiska utgångspunkterna som valdes var professionsteori och Goffmans dramaturgiska perspektiv. Begreppen som fokuserades på var bland annat framträdande, team och interprofessionell samverkan.

4.4 Metodens förtjänster och begränsningar

Bryman (2011:368) menar att en vanlig kritik mot kvalitativa studier är att forskarna blir allt för subjektiva i insamlandet av resultat. Ofta bygger resultatet på forskarens egna tolkningar kring vad som är viktigt. Kritiken hävdar vidare att detta kan appliceras på respondenterna. Vi är väl medvetna om att detta troligtvis kan ha färgat studien genom att vi också har haft subjektiva meningar kring vår empiri och tolkat saker på ett visst sätt. Dessa tolkningar kan leda till att materialet har tolkats på ett fördelaktigt sätt för vår studie. Hade studien gjorts om på nytt är det inte säkert att samma resultat hade uttolkats då det hade varit andra forskare som analyserat materialet. En fördel i att vara två har varit att det funnits två olika perspektiv vid kodningen av empirin. Tillsammans har vi enats kring betydelsen av vissa utsagor. När något har varit otydligt har vi kunna rådfråga varandra. En styrka i att använda kvalitativa

intervjuer var möjligheten att kunna fråga om och omformulera en fråga, få ett fördjupat och mer nyanserat svar. Likaså fanns inget bortfall på så sätt att frågor kunde hoppas över eller misstolkas. Detta betonar även Eriksson- Zetterquist och Ahrne (2011:47) i boken *Handbok i kvalitativa metoder*. En viktig aspekt inom den semistrukturerade intervjun är att fördjupade svar kan uppnås och det kan skapas en dialog med respondenten (May 2001:150). Detta var av stor vikt för oss då vi gärna ville komma nära kuratorernas fält och skapa en diskussion. Något som ständigt fanns i åtanke under intervjuerna var att det inte fick bli likt ett förhör. Eriksson- Zetterquist och Ahrne (2011:48) pratar om maktfördelning på så sätt att den intervjuade ibland kan bli ett "intervjuoffer" genom att den som intervjuar pressar den intervjuade, eller i vissa fall "utfrågar" personen likt ett förhör. En nackdel vi var medvetna om var att i samband med inspelningen av intervjun kan respondenten känna sig begränsad i hur öppen hen kan vara (Alvehus 2013:85). Vidare berättar Alvehus (ibid.) att det kan vara en trygghet att intervjun spelas in då deras svar inte kan förvrängas.

Något vi fann svårt var att styra intervjuerna åt rätt håll. Vi märkte att våra första intervjuer inte gav oss lika mycket djupt empiriskt material som intervjuerna i slutet gjorde. I början av studien kunde vi ställa utsvävande följdfrågor som vi fann intressanta, men som inte besvarade frågeställningarna eller var viktiga för studien. Ju fler intervjuer som gjordes desto bättre blev vi på att behärska olika intervjusituationer. Desto mer vi lärde känna vår intervjuguide desto bättre blev vi på att ställa "rätt frågor". Med det menas att vi lärde oss vilka frågor och följdfrågor som var relevanta för vår studie. Detta var både en förtjänst och en begränsning då de intervjufrågor som ställdes skulle kunna gynna vårt resultat. Samtidigt blev det en begränsning för att andra viktiga aspekter av kuratorernas fält kanske missades. Alvehus (2013:84) menar att det finns mycket att beakta vid en semistrukturerad intervju. Konsten i att intervjua handlar om att vara aktiv i frågor och svar, samt kunna följa upp intressanta spår. Det är viktigt att kunna be om fördjupade svar, ställa rätt följdfrågor och se till att respondenten fortsätter att prata. Dessa viktiga aspekter har alla funnits med i våra intervjuer. Ibland har det varit svårt att styra samtalet då vissa respondenter gärna ville berätta om saker som var väldigt intressanta, men tyvärr inte relevanta för studien.

Vår tidigare erfarenhet av kuratorsarbete har både varit en fördel och en nackdel. Fördelen var att vi var insatta i hur de arbetar och hur en sjukhusorganisation fungerar. Att vi var införstådda i deras arbete gjorde det också lättare för oss att ställa djupare frågor. Nackdelen var dock att vi ställde vinklade frågor då det fanns en del förutfattade meningar kring

kuratorsarbetet inom sjukvården. Bryman (2011:390) talar om begreppet going native. Det innebär att forskaren kan dras in i världen som studeras och se världen utifrån deras ögon, istället för att vara objektiv vid insamlingen av materialet. Trots detta upprätthölls det en objektivitet och vi kunde stå vid sidan om och titta på kuratorernas beskrivningar i förhållande till teori och tidigare forskning.

Urvalet har påverkat våra resultat genom att det bara har intervjuats kuratorer inom Region Skåne. Region Skåne omfattar en organisation som har bestämda riktlinjer för hur kuratorsarbetet ska bedrivas. Hade studien gjorts på en annan ort exempelvis Stockholms läns landsting hade kanske andra resultat framkommit. Detta på grund av att landstingens resurser kan skilja sig och kuratorernas arbetsriktlinjer kan vara annorlunda.

Något som har stärkt våra resultat var att kuratorerna gav likartade svar på intervjufrågorna. Detta fenomen, det vill säga att forskaren känner igen återupprepningar i respondenternas svar kallas för mättnad (Eriksson- Zetterquist & Ahrne 2011:44). Hade svaren varit alltför varierande hade det varit svårare att dra slutsatser och mättnad hade inte uppnåtts. Att kuratorerna hade så pass homogena svar förstärkte studiens tillförlitlighet och vi behövde inte leta efter en röd tråd i intervjuerna, utan den röda tråden var tydlig.

4.5 Undersökningens tillförlitlighet

Begreppen validitet och reliabilitet är mer förekommande inom kvantitativa metoder men kan också appliceras i kvalitativa studier. I vanliga fall betyder validitet inom den kvantitativa forskningen att mäta det som avses att mätas (Bryman 2011:49- 50). Med reliabilitet menas att resultaten från forskningen kommer att uppnå samma resultat om forskningen upprepas (ibid.). Eftersom studien har gjorts med hjälp av kvalitativ forskning är det inte mätningar och generaliserbarhet vi är intresserade av (Bryman 2011:340- 341, 352). Dessa begrepp blev därför inte särskilt applicerbara i vår studie. I den kvalitativa metoden handlar det istället om att forskaren ska kunna beskriva exempelvis insamling av materialet, tillvägagångssätt och vilka upptäckter som gjorts (Socialhögskolan 2015). För att göra detta krävs det att materialet tolkas. Aspers (2007:21- 23) skriver att tolkning är en stor del av den kvalitativa forskningen. När vårt material började tolkas uppmärksammade vi gemensamma teman som kuratorerna uttalat sig om i intervjuerna. Dessa gemensamma teman lade grunden för vår tolkning av

materialet. Poängen med tolkning är inte att forskaren själv ska förstå, utan att forskaren ska göra det begripligt för någon annan, en mer generell förståelse av ett fenomen.

Något som ökade vår studies trovärdighet var att vi har försökt redogöra så noggrant som möjligt kring varje moment vi gjort. Detta för att skapa klarhet och tydlighet för läsaren, det vill säga transparens (Ahrne & Svensson 2011:218). Meningen med detta var att studien ska kunna återupprepas av andra forskare.

4.6 Etiska överväganden

I detta avsnitt lyfts etiska överväganden fram som har tagits i akt och använts i studien.

Bryman talar om fyra etiska principer (Vetenskapsrådet 2002; Bryman 2011:131).

1. Informationskravet. Det handlar om att forskaren ska ge information till deltagaren. Informationen innebär att forskaren berättar om att det är frivilligt att delta i studien, samt att intervjun och empirin från samtalet kan avbrytas eller inte tas med. Här informerar forskaren också om vilka moment som ingår i undersökningen exempelvis vad vi kommer göra med intervjun och empirin. Detta gjordes via ett informationsbrev (se bilaga 1).
2. Samtyckeskravet. Studiedeltagarna bestämmer själva över sin medverkan. Som forskare får du alltså inte göra intervjun utan att den intervjuade samtycker. Det är bara myndiga personer med i vår studie och vi behöver alltså inte tänka på samtyckeskrav från vårdnadshavare. Kuratorerna har haft möjlighet att när som helst avbryta sitt medverkande i studien.
3. Konfidentialitetskravet. Deltagarna och empirin i studien har behandlats med hög konfidentialitet. Kuratorerna har aidentifierats och getts fiktiva namn. Deras arbetsplats har inte heller avslöjats, det nämns bara att de arbetar inom Region Skåne.
4. Nyttjandekravet. Empirin får endast användas för forskningen. Alltså för det som är sagt att den ska användas till. Detta har påvisats genom att endast behålla materialet för oss själva.

Ett ämne som från början intresserade oss var att intervjua patienter och anhöriga inom den palliativa vården. Det var någonting som valdes bort snabbt eftersom det kunde bli etiskt problematiskt med ett sådant känsligt ämne. Att möta anhöriga och patienter i ett skört

tillstånd hade både varit svårt för oss och för dem. Detta för att vi inte känner oss tillräckligt säkra i hur sådana sköra situationer ska bemötas och för att vi inte har färdigutvecklat de samtalsverktyg som behövs. En annan aspekt av det var att vi inte vet hur frågorna hade påverkat respondenterna. Det hade kanske väckt mycket känslor och tankar som vi inte hade kunnat hantera på ett professionellt sätt. En annan etisk problematik kan vara att respondenterna inte vågar ge en ärlig bild över hur deras arbetssituation ser ut då de flesta av kuratorerna är bekanta med varandra. Finns det en kurator som inte delar samma åsikter som majoriteten av kuratorerna vill den kanske inte ta risken att sticka ut från mängden i studien. Det finns en risk att kuratorskollegorna kan förstå vem som sagt det.

4.7 Arbetsfördelning

Ansvar har varit jämnt fördelat under uppsatsens gång. Båda två kontaktade kuratorerna via telefon och/eller email. Vi ansvarade för varannan intervju och transkriberade sedan varandras intervjuer. Kodningen av materialet har gjorts tillsammans då vi kände att det var den viktigaste delen för resultat- och analysdelen. På detta sätt kunde materialet gemensamt tolkas och teman väljas ut. Analys- och resultatdelen har skrivits tillsammans genom att läsa litteratur och gemensamt formulera meningar. Det är ingen som har haft huvudansvaret för något kapitel utan allt har gjorts tillsammans. Arbetet har skrivits i Google docs, på detta sätt har båda kunnat skriva på samma del samtidigt och kunnat ta del av det den andre skriver. Metoddelen har delats upp emellan oss. Dock lästes arbetet igenom hela tiden och vi ställde frågor till varandra om exempelvis hur en mening kunde formuleras eller om den skulle stå någon annanstans. Arbetet har troligen tagit längre tid för att så mycket har gjorts tillsammans. Trots det har detta sätt passat oss och arbetet har känts bra och jämlikt fördelat.

5. Teori

I det här avsnittet presenteras de teoretiska utgångspunkterna som sedan kommer att appliceras i resultat- och analysdelen. De valda teoretiska utgångspunkterna är professionsteori och Goffmans dramaturgiska perspektiv. Inom professionsteorin har vi valt att fokusera på professionsetik samt andra professionsteoretiska begrepp som kommer att användas genomgående i analysen.

5.1 Professioner och professionsetik

En stor del av professionsteorin är professionsetiken. Christoffersen (2007:19) talar om att professionsetiken handlar om etik, moral och värderingar som olika professioner stöter på i sitt vardagliga arbete. Dessa professioner kan vara allt från präster, sjuksköterskor, läkare, jurister till lärare och socionomer. Det verkar finnas ett ökat intresse för professionsetik i samhället idag och detta är inte konstigt då samhället är i ständig förändring. Det är många som arbetar med svåra etiska dilemman och på så sätt blir det en utmaning för berörda professioner (Christoffersen 2007:21). Professionsetiken används i uppsatsens analys för att hjälpa oss att förstå de etiska dilemman som sjukhuskuratorerna stöter på i sitt dagliga arbete.

Nordström (2007:7-8) menar att begreppet profession ofta står för ett yrke som kräver en akademisk utbildning och som har ett avgränsat kompetensområde. Att tillhöra en profession innebär ett visst yrkesansvar och att ha en legitimation innebär auktoritet och att det finns ett samhällsuppdrag. Även Levin (2013:33) hävdar att en profession har ensamrätt på sina arbetsuppgifter i sitt expertområde. Ett begrepp som Levin tar upp är jurisdiktion som innebär att en profession är politiskt utformad av staten och har ensamrätt till sitt yrkesområde (Levin 2013:33) Utifrån begreppet jurisdiktion kan vi få en större förståelse för kuratorns psykosociala arbete och varför en legitimation kan ses som behövlig.

5.1.1 Den professionella hjälparen

Inom professionsetiken har det på senare år blivit ytterst viktigt att betona patienters och klienters autonomi och deras rättigheter. Christoffersen (2007:87) menar att frivillighet av exempelvis vård är viktigt i mötet med patienter och klienter. Dock kan frivilligheten vara begränsad då patienten ibland söker hjälp för att hen är tvungen (ibid). Skau (2007:31) talar om att klienter och patienter ska kunna förlita sig på att den professionella är insatt i lagar och bestämmelser som gäller inom deras yrkesområde. En professionell hjälpare har kompetens inom många olika områden några centrala är: fysiska, psykiska, sociala och psykosociala problem. Dessa områden kan både kopplas samman och avgränsas från varandra. När det kommer till professioner som arbetar med patienter och klienter så finns det ofta en specialisering inom varje område. Det som kan vara svårt menar Skau (2007:31) är att avgränsa de olika kompetensområden och yrkesprofessionerna. De olika yrkesprofessionerna förutsätter varandra, överlappar varandra, kompletterar varandra och konkurrerar med varandra. Ett klassiskt exempel är professionerna inom sjukvården. Där kan exempelvis

läkare och sjuksköterskor konkurrera med varandra och överlappa varandras arbetsuppgifter. Det är viktigt att vara kompetent i sin yrkesroll och försöka förhålla sig till mångtydigheten och de potentiella konflikterna som kan uppstå på ett konstruktivt sätt. Dessa utmaningar är en del av professionaliteten inom dessa yrkesgrupper, det vill säga de som arbetar med patienter och klienter (Skau 2007:31). Som professionell hjälpare är en av huvuduppgifterna att tillgodose att klienter eller patienter får tillgång till fysiska, psykiska, mentala och sociala resurser.

Begreppet professionell hjälpare hjälper oss att analytiskt urskilja dilemman som kuratorerna stöter på, till exempel angående patienters autonomi och frivillighet kring vård och andra praktiska psykosociala frågor. Vidare får vi en större förståelse för hur unik kuratorns psykosociala kompetens är genom att den innefattar ett helhetstänk bestående av både fysiska, psykiska, sociala och psykosociala aspekter (Lundin et al. 2009:36). Skaus (2007) begrepp hjälper oss i sin tur att urskilja konflikter som kan uppstå i en sjukhusorganisation där delade intressen ska enas. Det skapas förståelse för hur viktigt det är med ett fungerande samarbete mellan olika yrkesprofessioner inom det medicinska fältet.

5.2 När teori möter praxis

När teori ska möta praktik på en arbetsplats sker det inte alltid på ett omedelbart sätt menar Christoffersen (2007:98- 99). Det finns regler och rutiner som varje arbetsplats följer och dessa ska förena teori med praktik. Rutinerna, det vill säga praxis visar hur arbetsplatsen arbetar och att detta ska läras ut till nya medarbetare. Christoffersen (2007:98- 99) menar att det är rutinerna som förklarar för oss vad som är rätt eller fel för patienten. Dock är rutiner och regler inte lika vanliga i etiska sammanhang. I etiska sammanhang brukar situationen vara mer komplex och där är den enskilde professionelles omdömesförmåga också viktig att lyssna på. När det kommer till etiska sammanhang handlar det inte bara om att vara självständig och göra egna bedömningar, utan för att komma fram till ett rätt och riktigt sätt så säger Christoffersen att man bör hjälpas åt. Exempelvis är regler och rutiner ett resultat av olika kollektiva processer vilket i sin tur möjliggör och underlättar chansen till en bra praxis. Dessa regler och rutiner gör att våra handlingar kan bli förutsägbara. Det är först när det blivit till praxis som vi kan skapa egna erfarenheter (Christoffersen 2007:99- 100). Rutiner och erfarenhet går hand i hand, de är en förutsättning för varandra.

Utifrån begreppen teori och praxis kan vi förstå hur etiska dilemman inom hälso- och sjukvården hanteras. Detta hjälper oss att urskilja olika arbetssätt och strukturer på kuratorernas arbetsplatser.

5.3 Interprofessionellt samarbete och kompetens

Pelling (2015:81- 82) talar om begreppet interprofessionellt samarbete och menar att det är en viktig komponent inom hälso- och sjukvården för att kunna möta patienters behov.

Det handlar om samarbete mellan olika yrkesprofessioner och detta för att öka kompetensen. Genom samarbete lär sig de olika professionerna om varandras yrken och detta ökar vårdkvaliteten, arbetsglädjen och ger en högre kompetens. Inom dagens hälso- och sjukvård menar Pelling att samverkan över professionerna måste finnas på en avancerad nivå. Pelling (2015:85) beskriver att ett team består av en gemensam identitet, en tydlig rollfördelning och har ett gemensamt ansvar och mål.

Den interprofessionella kompetensen är en viktig del av professionaliteten. En yrkesprofessionell måste kunna se sin yrkesrolls avgränsningar och möjligheter. I professionaliteten ligger även att kunna respektera andra professioners skicklighet och ansvar (Pelling 2015:87). Vidare menar Pelling att det är viktigt att kunna arbeta över professionsgränserna för att kunna ge patienter bästa möjliga vård. Den interprofessionella kompetensen består av olika delar: kunskap om sin egen yrkesroll, yrkesrollens ansvar och begränsningar, samarbete i team, kunna acceptera olikheter och att kunna lära sig av andra professioner (ibid.).

Pellings begrepp om interprofessionellt samarbete blir applicerbara i vår resultat- och analysdel genom att de påvisar behovet av ett bra samarbete för en god patientbehandling. Det blir lättare att förstå vikten av en interprofessionell kompetens och hur pass viktigt det är att alla professioner är insatta i varandras arbetsfält.

5.4 Goffmans dramaturgiska perspektiv

Goffman (2004:9) granskar samhället ur ett dramaturgiskt perspektiv, där både aktörer och omgivningen ingår i en slags teater. De sociala handlingarna i samhället kan ses som en teaterföreställning. Där finns det både publik, scen och aktör.

Goffman (2004:23) talar om begreppet framträdande och förklarar det som en gemensam aktivitet där en deltagare och aktör har ett framträdande för en publik/observatör. Meningen med framträdandet är att det ska påverka observatörerna eller de som är medagerande. Vidare skriver Goffman (2004:25) att när en individ intar en roll i ett framträdande är det viktigt att observatörerna tar det framträdandet på allvar. Det finns en uppfattning om att när individen intar sin roll, gör hen det till förmån för andra människor. En av Goffmans aspekter kring hans tro på rollen är att aktören själv tror på sin roll och det som ska förmedlas (ibid.).

Ett annat begrepp som Goffman (2004:73) talar om är team. Han definierar begreppet team som en grupp människor med gemensamma intressen. För att kunna ge ett bra framträdande är det viktigt att teamet samarbetar och att varje medlem i teamet håller kvar vid sin roll. Det är viktigt att teammedlemmarna känner tillit och visar ett ömsesidigt beroende till varandra (Goffman 2004:77). Ofta händer det att medlemmarna i teamet har olika status och rang inom den sociala institutionen. Om teamet inte är sammansvetsat finns det risk att det uppstår stora sociala klyftor inom den sociala institutionen. Det kan innebära att teamet och gemenskapen kan splittras.

Goffman (2004:80) talar också om begreppet enmansteam som innebär att aktören arbetar utan teamkamrater. Detta innebär att aktören inte behöver informera om beslut och handlingar till andra yrkesprofessioner. Aktörens åsikter anpassas till egna intressen och åsikter (ibid.). När enmansteamet (aktören) sedan ansluter sig till ett större team förändras verkligheten. Det får konsekvenser på så sätt att den verkligheten som nu skapas i det större teamet blir olika tilltalande för olika teammedlemmar. I och med detta hävdar Goffman att det blir extra viktigt för aktören att fortsätta representera sin ståndpunkt (ibid.).

Det dramaturgiska perspektivet underlättar förståelsen kring hur teamsamarbete fungerar och hur beroende olika professioner är av varandra för att ge en god vård. Goffmans teori hjälper oss att urskilja olika gruppdyamiker och handlingar som kan uppstå inom de olika avdelningarna som kuratorerna arbetar på.

5.5 Sammanfattning teori

I ovanstående kapitel har det presenterats begrepp som kommer hjälpa oss att tolka resultaten. Begreppen som tas med inför analysen är *professionsetik* som innefattar *etik, moral* och

värderingar, den professionella utövaren, interprofessionellt samarbete, jurisdiktion, praxis och rutiner. Även Goffmans dramaturgiska begrepp om framträdande, aktörer, observatörer, enmansteam och team kommer att appliceras i resultaten.

6. Resultat och analys

Nedan redogörs vår empiri och de resultat som uttolkats. I analysen kommer även professionsteori och Goffmans dramaturgiska perspektiv att appliceras. Även kopplingar till tidigare forskning kommer att göras. Resultatet baseras på fyra respondenter inom den palliativa vården och fyra respondenter inom den övriga somatiska vården. Alla kuratorerna har getts fiktiva namn, för att säkerställa deras anonymitet. De fyra som arbetar inom palliativ vård benämns med följande namn: Rut, Karin, Isabelle och Maria. Kuratorerna inom den övriga somatiska vården benämns som: Olga, Selma, Stina och Sanna. Alla ovan har en socionomexamen i botten, men har olika lång arbetslivserfarenhet inom yrket. Av de åtta respondenterna har fyra av dem steg-1 utbildning i psykoterapi.

6.1 Syns du inte så finns du inte

Respondenterna berättade att arbeta som kurator inom det medicinska fältet kan vara en utmaning då det psykosociala fältet inte ges lika stort utrymme som det medicinska. Både kuratorerna inom den palliativa vården och kuratorerna inom den övriga somatiska vården berättade om nuvarande, eller tidigare erfarenheter av att ständigt behöva förklara vad deras arbete innebär och att ständigt behöva synliggöra sig på sina respektive avdelningar. Kuratorernas utsagor stämde väl överens med tidigare forskning. Enligt Davis et al. (2005:289, 296) behöver sjukhuskuratorer ständigt förklara sin yrkesroll för andra professioner och bevisa att de behövs inom sjukhusorganisationen. Även Davidson (1990) talar om samma fenomen där kuratorer ständigt behöver förklara sin expertis och varför de behövs i den medicinska världen. I våra resultat fanns det dock en märkbar skillnad när det kom till kuratorernas roll på de olika klinikerna. Kuratorerna inom den palliativa vården uppgav att de aldrig kände sig uteslutna och att de får ta den plats de behöver på avdelningen. De sade också att kuratorsrollen är väldigt inarbetad och att de var en självklar del i teamet. Respondenterna påpekade att det inte fanns något behov av att ”jaga ärenden” utan andra professioner visste exakt när de skulle kopplas in ett ärende. Vidare uppgav alla kuratorerna

inom den palliativa vården att deras roll var tydlig på grund av att det psykosociala fältet är en av fyra grundpelare inom hospicefilosofin.

Man behöver inte alls jaga arbetsuppgifter här, utan man är en väldigt naturlig del i teamet och ehm... ja, vi är verkligen räknade med. (Rut, kurator inom palliativ vård)

Citatet ovan förklarar hur viktig del kuratorerna är i det medicinska teamet inom den palliativa vården. De är verkligen en behövd resurs. Att "jaga ärenden" verkar inte behövas och deras roll är inarbetad. McMichael (2000:177) skriver i sin forskning att kuratorerna inom psykiatri och barnsjukvården har en högre status än den övriga vården. Hon hävdar att det grundar sig i att alla professioner talade "samma språk" där, vilket de inte gjorde på andra vårdavdelningar. Hon berättar att det psykosociala har en självklar plats där. I och med erkännandet av det psykosociala, accepterades också det av annan medicinsk personal (ibid). Erkännandet av det psykosociala framkom även vara av central betydelse för kuratorernas ställning i våra intervjuer med kuratorerna inom den palliativa vården. Alla kuratorerna berättade att det psykosociala var en självklar del av vården som ges på en palliativ vårdavdelning. Reese (2011:299) menar dock att kuratorer inom den palliativa vården inte har en självklar plats i det medicinska teamet. I våra resultat har det framkommit att kuratorerna inom den palliativa vården har en mer etablerad roll. Detta skiljer sig från Reeses forskning men kan i sin tur motsvara McMichaels forskningsresultat om att statusen är hög inom psykiatri och barnavården.

Många av kuratorerna inom den övriga somatiska vården uppgav att de ständigt behövde visa upp sig på avdelningarna och att det var ett evighetsarbete. Kuratorerna inom den övriga somatiska vården berättade bland annat att det är väldigt viktigt att vara synlig och att de ständigt behövde tala om vad de gör som kurator. En gemensam nämnare i kuratorernas svar var att oavsett om de arbetade inom den palliativa vården eller den övriga somatiska vården var de tvungna att ständigt berätta om sin yrkesroll och sina arbetsuppgifter för ny personal. På de avdelningarna där kuratorerna arbetat länge uppgav alla att deras roll var mer framträdande och tydlig. Utifrån vår empiri framträder alltså en skillnad mellan arbete som är mer fokuserat på övrig somatisk vård jämfört med det palliativa. En av kuratorerna inom den palliativa vården uttryckte sig såhär om sin tidigare arbetsplats:

Men på sjukhuset så blev man lite av en dammsugarförsäljare ibland. Att man gick runt med sitt kort och sådär. Försökte ragga kontakter. Och det tror jag inte någon kurator. Det finns det förresten de som tycker att det här uppsökandet kan vara bra. Men jag tycker inte det. (Karin, kurator inom palliativ vård.)

Ovanstående citat understryker vilken otydlig roll kuratorn inom den övriga somatiska vården kan ha. Här verkar det finnas ett större behov av att "jaga ärenden" och kuratorns roll förefaller inte vara lika etablerad som i den palliativa vården. Davis et al. (2005:289- 290, 294) skriver om samma problematik i Australien. De berättar där att kuratorn konstant behöver förklara sina arbetsuppgifter, för både andra medicinska professioner och för sina patienter. Forskningen visar att mycket av problematiken ligger i att kuratorerna har svårt att etablera en professionell status. Goffman (2004:23- 25) talar om begreppet *framträdande*. Det sker i samverkan med *observatör* eller medagerande. Det är viktigt att observatörerna (andra professioner) tar *aktörens* (kuratorernas) *framträdande* på allvar. Goffman (ibid.) hävdar att om *aktörerna* (kuratorerna) själva tror på sin roll blir *observatörerna* (andra professioner) också övertygade om rollen. Det är viktigt att kuratorerna blir tagna på allvar av andra medicinska professioner, *observatörerna*. Det handlar inte nödvändigtvis om att kuratorerna inte är övertygande i sin egen roll och sitt *framträdande*, utan det kan snarare vara samverkan med de andra *observatörerna* som gör att det är svårt för kuratorerna att få sitt *framträdande* taget på allvar. En läkares fokus på det medicinska är ett annat fokus än sjukhuskuratorns psykosociala. Båda yrkena tycker att deras *framträdande* är övertygande och viktigt, men det egna intresset förhindrar att de blir övertygande om varandras roller. Det är också svårt att vara övertygande i ett fält där det naturvetenskapliga och medicinska står i fokus. Begreppet *enmansteam* (Goffman 2004:80) går vidare att applicera på hur kuratorn arbetar: att vara den psykosociala experten är kuratorns uppgift och intresse. När kuratorn sedan ansluter sig till sitt multiprofessionella team förändras premisserna. Att bli sedd och erkänd som en teammedlem med en specifik och viktig yrkeskompetens i teamet blir här avgörande för hur kuratorns status formas. Enligt de intervjuutsagor som finns i vår empiri förefaller ett sådant erkännande genomgående vara starkare inom den palliativa än i den övriga somatiska vården.

6.2 Det psykosociala fältet

Det många kuratorer sade var att deras roll inom det medicinska fältet var att vara den psykosociala experten i teamet. En återkommande uppfattning bland de intervjuade var att de ofta behövde begränsa sitt arbete och att det psykosociala perspektivet hade kunnat få ta mer plats om fler resurser hade funnits. En gemensam önskan alla kuratorerna hade var att de skulle behöva vara fler kuratorer inom hälso- och sjukvården. Alla kuratorerna sade att kuratorsbehovet är stort både inom den palliativa vården och den övriga somatiska vården. Ytterligare en dimension som fångades i våra intervjuer var att kuratorerna ständigt behövde göra prioriteringar i sitt arbete, då de upplevde att de är för få kuratorer i vården. Många av kuratorerna uttryckte att arbetet kan bli ensamt och frustrerande då kuratorerna är de enda representanterna för socialt arbete inom vården, precis som Gabrielová och Velemínský (2014:64) skriver.

Sen kan det vara frustrerande att man är enda representanten för... det här... psykosociala liksom. Jag kan ibland drömma mig bort (skratt) till ett socialkontor där man tänker att man sitter mängder med biståndshandläggare, chefen är socionom, och ja men alla är socionomer i huset liksom. (Maria, kurator inom palliativ vård).

Här stämmer vår empiri väl överens med det rådande kunskapsläget. I enlighet med kuratorernas berättelser skriver Wong et al. (2000:497, 504-505) att sjukhuskuratorerna ofta definierar sig själva som den enda psykosociala resursen inom sjukvården. Även Akademikerförbundet SSR (2015) uppger att kuratorn är vårdens psykosociala expert. De är den enda expertisen som besitter kunskap kring psykosocialt arbete, socialrättslig kompetens och har en helhetssyn på patienten. Gabrielová och Velemínský (2014:64) skriver att frustration är vanligt hos kuratorerna då de är de enda representanterna för hälso- och sjukvårdens psykosociala del.

Kuratorerna inom den palliativa vården uttryckte däremot att det finns ett stort utrymme för det psykosociala fältet på deras arbetsplatser. Där ses det psykosociala perspektivet som en självklarhet. De berättade även om att andra yrkesprofessioner som exempelvis läkare och sjuksköterskor är duktiga på att uppmärksamma det psykosociala behovet hos patienten. Att

det psykosociala fältet får ta lika stort utrymme som det medicinska i den palliativa vården tror sig många av kuratorerna handlar om att det psykosociala perspektivet är en av fyra grundstenar inom den palliativa vårdfilosofin. Kuratorerna inom den palliativa vården berättade att andra yrkesprofessioner är måna om att patientens alla behov ska tillgodoses, inte bara de medicinska. Enligt Skau (2007:31) ska en professionell som arbetar inom människobehandlande organisationer ha kompetens inom många olika områden exempelvis fysiska, psykiska, sociala och psykosociala. Detta påvisar hur viktigt det är att alla professioner inom hälso- och sjukvården bär med sig alla ovannämnda delar. Även Pelling (2015:81- 82) talar om att interprofessionellt samarbete är viktigt för att möta patienters behov. Genom ett gott samarbete lär sig de olika professionerna om varandras arbete, och på så sätt blir det lättare att tillgodose patientens alla behov det vill säga som Skau (2007:31) nämner: de fysiska, psykiska, sociala och psykosociala.

När kuratorerna blev tillfrågade om varför de behövdes inom det medicinska fältet så svarade en av dem såhär:

För att jag tänker... att människan är mycket mer än en diagnos. Mycket mer än en kropp där det är en sjukdom i. Hela livet ställs ju på ändan när man drabbas av vilken sjukdom som helst egentligen. Absolut. När man dessutom ska dö i sin sjukdom (...) så påverkar det alla delar av livet. Det sociala, det ja... existentiella, den psykiska, det påverkar familjen, det påverkar ekonomin... det påverkar alla delar. Jag tänker att för patienterna så tror jag det är tydligt att alla delar är lika viktiga. Och jag vill inte på något sätt underskatta den medicinska insatsen, den är självklar och nödvändig. Och superviktig. Men.. Jag tycker faktiskt att det andra är samma... det är lika viktigt. Ibland är det medicinen som är det viktigaste, och ibland är de det andra. Vi kan inte ge en bra vård om inte vi ser att alla delarna bli stöttade i. (Rut, kurator inom palliativ vård).

Ovanstående åsikt kring varför kuratorerna behövs inom det medicinska fältet delades av alla intervjuade. Många angav att kuratorn bidrog till en helhetssyn av patienten, i och utanför vården. Något annat återkommande i intervjuerna var att patienten var mycket mer än sin

sjukdom. Alla kuratorerna ansåg att helhetssynen på patienten var det som var viktigast och de var noga med att själva förstå att det var den delen de själva representerade. En av kuratorerna inom den övriga somatiska vården sade: "Och det vet jag att en av våra överläkare sa: när du är med så blir patienten en människa. Det är inte 3:2an." (Sanna, kurator övrig somatisk vård). Även de andra kuratorerna inom den övriga somatiska vården uppgav att andra yrkesprofessioner var duktiga på att uppmärksamma det psykosociala perspektivet hos patienten. Vidare berättade de att det psykosociala tänket kan variera mellan olika team men överlag uppmärksammades det. I Wong et als. (2000:495) artikel berättas det om hur kuratorer ibland upplevde att de hamnade i kläm mellan den medicinska delen på sjukhuset och det sociala arbetet som går ut på att se människan som helhet. Detta fenomen kunde inte ses i den insamlade empirin, utan vi uppmärksammade att kuratorerna hade förståelse för den medicinska behandling som läkarna stod för och den psykosociala delen som kuratorerna själva stod för.

Kuratorerna inom den palliativa vården berättade att de hade psykosociala ronder med sina team. En kurator sade att en psykosocial rond innebar bland annat att man diskuterade etiska frågor och dilemman eller lyfte viktiga diskussioner kring patientbehandling. Vidare berättade en kurator att det är en rond där psykosociala frågor lyfts. Vissa av kuratorerna berättade därtill att det inte fick förekomma något medicinskt språk på de ronderna. På vissa palliativa vårdavdelningar leddes de psykosociala ronderna av kuratorerna medan det på andra avdelningar leddes av läkarna, berättade några av kuratorerna. Även på några av de övriga somatiska avdelningarna förekom det psykosociala ronder enligt kuratorerna, dock förekom inte de psykosociala ronderna på alla avdelningarna vi gjorde intervjuer på. Christoffersen (2007:19- 21) menar att professionsetiken handlar om etik, moral och värderingar som många professioner stöter på i sitt vardagliga arbete, här ingår också sjukvårdspersonal. Christoffersen (2007:98- 100) talar om praxis och regler och menar att dessa två delar visar oss hur en arbetsplats fungerar både gällande patienter samt rutiner som finns på arbetsplatsen. Det är viktigt att den enskilde yrkesprofessionella inte gör egna bedömningar utan det måste diskuteras med hjälp av olika yrkesprofessionellas infallsvinklar. Även Wittenberg-Lyles (2005:1378- 1379) berättar om möten som hålls inom den palliativa vården där patienters fysiska, psykiska och psykosociala tillstånd diskuteras. Dock kan det vara svårt att lägga fokus på det psykosociala perspektivet då dessa möten oftast leds av läkare eller sjuksköterskor. Något som kan utläsas utifrån våra resultat är att det psykosociala utrymmet i

den palliativa vården får ta väldigt stor plats och detta är unikt om vi jämför med internationell forskning.

6.3 Arbetsuppgifter

Kuratorsarbetet inom den palliativa vården och den övriga somatiska vården innebar enligt kuratorerna olika typer av stödsamtal, kontakt med myndigheter samt teammöten. De intervjuade kuratorerna uppgav att de kan ha många olika typer av samtal. Det kan vara stödsamtal, krissamtal, jag- stärkande samtal, familjesamtal, bearbetande samtal, existentiella med mera. Reese berättar att även i USA arbetar kuratorer inom den palliativa vården med stödsamtal som kan handla om kriser, döden och dödsångest (Reese 2011:293- 294). Davis et al. (2005:291- 292) berättar i sin forskning om hur sjukhuskuratorerna beskrev sig själva som en slags länk mellan läkare och patienter eller anhöriga och myndigheter. Detta var någonting som många av kuratorerna uttryckte även i våra intervjuer. Enligt kuratorerna var de duktiga på att se patienten i sin helhet och de sade att det var kuratorns viktigaste uppgift.

I vår intervjuguide fanns frågan: "Vad är det bästa med ditt arbete?". Alla kuratorerna svarade unisont, att det bästa med arbetet var att det kändes så meningsfullt och att det gav en känsla av att göra skillnad. En del av kuratorerna påpekade också att deras arbete gav dem nya perspektiv på livet. En annan gemensam nämnare som uppkom i våra intervjuer i de två kuratorsgrupperna var att de viktigaste ansvarsområdena var barn och barnfamiljer. De berättade att alla barnfamiljer erbjuds en kuratorskontakt både inom den palliativa vården och inom den övriga somatiska.

Kuratorerna inom den palliativa vården berättade att de arbetsuppgifter som tydligast skiljer övrig somatisk från palliativ var att kuratorerna inom den palliativa vården arbetar med ASIH (Akut sjukvård i hemmet). Det innebär att kuratorn kan åka hem till patienterna och ha samtal. En viktig arbetsuppgift som några av kuratorerna inom den övriga somatiska vården berättade om var att de ingick i en beredskapsgrupp på sjukhuset. Denna grupp bestod av ett antal kuratorer som hade jour på lördagar och söndagar. När de blev inkallade handlade det ofta om väldigt tragiska och allvarliga olyckor. Jour är något som de palliativa kuratorerna inte arbetar med. En annan gemensam nämnare för de två kuratorsgrupperna var att alla upplevde att de hade ett stort handlingsutrymme i sitt arbete. Många talade om den stora friheten att kunna lägga upp sitt arbete som de själva ville.

Därför att vi alltså, vi bygger ju våra tjänster på något sätt. Det finns ju ett uppdrag, men hur vi sen gör det, det är upp till oss kan man säga. (Selma, kurator övrig somatisk vård)

6.3.1 Det unika samtalet

Något som var återkommande i intervjuerna i bägge kuratorsgrupperna var att sin största tillgång var att de kunde befinna sig på olika nivåer i samtal med patienter och anhöriga.

En av kuratorerna uttryckte sig såhär:

Vi kan mycket om mycket så att säga. Eller lite om mycket eller vad man ska säga. Vi vet vart vi ska vända oss om vi inte kan mer. Där är vi unika i vår kompetens att vi kan befinna oss på många nivåer i samma samtal. Krisstöd, information, strukturera i kaoset. Sen kan vi ha krisbearbetningssamtal, myndighetskontakter, jag tycker vi behövs liksom. Våldigt tydligt. Våldigt självklart faktiskt. (Sanna, kurator inom övrig somatisk vård).

Citatet belyser hur tydligt det är att kuratorn både kan befinna sig i det praktiska och det känslomässiga i ett och samma samtal och hur de skickligt pendlar mellan de två komponenterna. Det kan både talas om känslor, tankar, ångest och samtidigt kan det diskuteras kring sjukpenning eller närståendepenning.

6.3.2 Teamsamarbetet

Pelling (2015:85) beskriver att ett *team* består av en gemensam identitet, en tydlig rollfördelning och att ha ett gemensamt ansvar och mål. Även Goffman (2004:73,77) menar att *team* är en grupp människor med gemensamma intressen. Om detta intresse inte vidhålls kan det innebära att teamet och gemenskapen kan splittras (ibid.). Han betonar också samarbete i teamet, tillit till varandra och ett ömsesidigt beroende. Teamsamarbete inom vården var enligt kuratorerna viktigt för att kunna ge patienten bästa möjliga vård. Det var något de betonade genomgående i intervjuerna. De sade att samarbetet mellan olika professioner fungerade bra både inom den övriga somatiska vården och inom den palliativa.

Det svåra berättade kuratorerna var om inte alla i teamet var insatta i vad en kurator gör eller vad det psykosociala perspektivet innebär i praktiken.

Pelling (2015:81- 82) menar att den viktigaste komponenten inom hälso- och sjukvården är *interprofessionellt samarbete*. Ett interprofessionellt samarbete är som vi nämnt innan, ett team bestående av olika yrkeskategorier så som läkare, kuratorer, sjukgymnaster med mera. Detta för att kunna möta patienters behov på bästa sätt. Även Goffmans (2004) dramaturgiska perspektiv ger ljus på hur viktigt ett välfungerande teamsamarbete är. Vikten av olika professioner och ett gott samarbete i ett team är grundstenarna för att ge en god patientvård och möta de behov som de har, och det är ju det gemensamma målet för alla professionerna i ett team (Goffman 2004:75). När det finns ett gott samarbete och gemensamt intresse lär sig de olika professionerna om varandras yrken och arbetsuppgifter. Detta leder till en ökad vårdkvalitet, mer arbetsglädje och det ger en högre kompetens.

En del kuratorer ifrån båda kuratorsgrupperna berättade att ibland kan andra professioner gå in och överlappa en viktig del av kuratorsrollen. Fördelen var dock att de olika professionerna kunde komplettera varandra på ett väldigt bra sätt för att ge patienten den bästa behandlingen berättade många av kuratorerna. Vidare menade de att detta var bra för att patientens behov skulle kunna tillgodoses på så många plan som möjligt. Ibland kunde det bli fel och patienter fick inte rätt kompetens inom rätt område. När vi frågade kuratorerna vilket problem som var vanligast i deras teamsamarbete hade vissa av dem likartade svar. De nämnde att det mest utmärkande problemet som uppstod var framför allt att kontaktsjuksköterskorna ibland hade samtal som låg utanför deras kompetens. Pelling (2015:87) berättar om hur den interprofessionella kompetensen handlar om att kunna se sin yrkesrolls avgränsningar och möjligheter. En interprofessionell kompetens innebär bland annat att ha kunskap om sin egen yrkesroll, se sin yrkesroll ansvar och begränsningar, samarbeta i team och att lära sig av andra professioner (ibid.). Som nämnt innan berättar även Goffman (2004:77) om vikten av ett bra samarbete för att ge ett bra framträdande. Det viktigaste för ett bra samarbete är att ha respekt för varandras roller och att alla i teamet håller kvar vid sin roll. Det kan uppstå komplikationer och samarbetsproblem om rollerna inte är tydliga, och det kan leda till ett dåligt fungerande team (ibid.). Genom den interprofessionella kompetensen kanske överlappning mellan olika professioner kan undvikas.

Jaa... Det finns såhär sjuksköterskor som ibland tänker att... (skratt). De är så vana vid att liksom åtgärda allting som dyker upp när de är hos patienten, så de svarar även på existentiella funderingar eller krisrelaterade saker. Eller till exempel rent... jag hade en sjuksköterska som hade fått någon fråga om ett testamente och så gav den lite råd som jag bara tänkte ”men vad fick du det ifrån liksom?” (skratt). Men det är sånt som ja... det finns mycket av en god vilja bland alla (...) Det vet jag ju. Och det gör ibland att folk... svarar på saker som de inte har så full koll på. (Maria, kurator inom palliativ vård).

Skau (2007:31) säger att inom vården är det viktigt att vara kompetent inom det området man är utbildad i och det man arbetar med. Hon säger att denna kompetens både kan kopplas samman och separeras från varandra. Det är viktigt att ha koll på sitt yrkesområdes lagar och som en professionell hjälpare så finns det många olika centrala områden att ta i akt, som fysiska, psykiska, sociala och psykosociala. Vidare betonar hon också att när det kommer till professioner inom vården så är förekomsten av en eller några specialister inom samma område ett vanligt sätt att arbeta på. Trots det berättar Skau (ibid.) att ibland kan det uppstå otydligheter kring vilket yrke som gör vad. Det svåra ligger i avgränsningen och definieringen kring vem som gör vad. Som ovanstående citat visar kan det vara svårt att dra gränser mellan de olika professionernas arbetsuppgifter. Framför allt då man arbetar mycket i multiprofessionella team.

En annan av kuratorerna uttryckte sig följande:

(...) många gånger blir det bra att vi hjälps åt i samtalen, att vi tar olika delar. Men ibland kan det vara så att någon går in och har en bit av mitt samtal och inte kan hantera det. Då kan det bli svårt. (Karin, kurator inom palliativ vård).

Vidare berättade några kuratorer att de ofta blev delegerade arbetsuppgifter som inte ingick i kuratorsyrket. Exempelvis var det en kurator som blivit ombedd att vid ett tillfälle leta reda på en patients tandprotes som tappats bort. Samma kurator berättade om en tidigare erfarenhet där hennes chefer inte tyckte att kuratorn skulle ha krissamtal, utan det skulle bara psykologen

ha. Likaså berättade en annan kurator om kollegor som ansåg att kuratorers främsta uppgift var att sitta och söka fondmedel. Det kuratorerna betonade var att ovanstående händelser inte skedde så ofta och när det skedde så hade det handlat om att andra professioner inte var införstådda i vad en kurator gör.

En kurator inom den palliativa vården berättade om hur hon kunde sitta på sitt kontor och en kollega av en annan profession kom in och sade att kuratorn behövde ringa till en viss patient och stötta hen i detta för att patienten hade det så svårt. När kuratorn då frågade kollegan om patienten hade uttryckt en önskan om detta svarade kollegan att patienten behövde ju detta, trots att patienten kanske inte hade bett om det. Likaså kunde de be kuratorn ordna en god man åt en patient och som det sen visade sig att ingen hade frågat patienten om hens åsikt i detta. Kuratorn uppgav att ibland kunde ovannämnda situationer uppstå för att andra, framför allt ny personal, inte visste hur en kurator arbetar.

Vilket också då ibland frustrerar personalen lite ibland. "Du kan väl bara gå in och säga hej". Men det är ju inte så det funkar (...) Nä, men alla behöver inte det, alla vill inte det. (...) jag frågar alltid om de har frågat patienten. Och de har lärt sig det liksom, att det är bra. Och det är också så att då får patienten också själv bestämma. (Selma, kurator inom övrig somatisk vård)

Christoffersen berättar att även inom *professionsetiken* är det viktigt att betona patienters autonomi, frivillighet och deras rättigheter (2007:87). Som citatet ovan nämner är det inte alltid så enkelt att "bara gå in och säga hej". Som kuratorerna har berättat är det alltid frivilligt att ha en kuratorskontakt. Det räcker inte att exempelvis en läkare anser att behovet finns, utan behovet måste finnas hos patienten. När det kommer till den medicinska vården är den mer självklar, då det är den fysiska delen patienten söker vård för. Patienternas autonomi har blivit särskilt viktigt inom exempelvis vården i mötet med patienter. Tidigare forskning visar att många andra professioner inte vet vad en kurators arbetsuppgifter är. Det gör att synen på vad arbetsuppgifterna är skiljer sig mycket och definitionen blir oklar och odefinierad (McMichael 2000:177; Wong et al. 2000:502). I enlighet med den forskning vi har läst så berättar många olika forskare om samma fenomen. Nämligen det att andra professioner inom hälso- och sjukvården inte är insatta i en kurators arbetsuppgifter eller deras arbetssätt. Forskningen visar att otydligheten kring vad en kurator gör ibland kan försvåra kuratorernas arbete ännu mer

(Cowles & Lefcowitz 1992; Wong et al. 2000:496). I Dona J Reeses (2011:286, 293- 294) undersökning kring hospicekuratorers roller och arbetsuppgifter skriver hon att många hospiceföreståndare ansåg att sjuksköterskor var mer kvalificerade för civila och rättsliga frågor. Vidare menar Reese att vissa professioner inom den palliativa vården inte tycker att kuratorerna är kvalificerade nog för att hålla stödsamtal med patienter och anhöriga (ibid.)

6.4 Legitimation - en fråga om mer än bara status

Ett omdiskuterat ämne i dagens läge är frågan om legitimation för sjukhuskuratorer. En fråga vi ställde till kuratorerna var hur de såg på legitimationen. Alla kuratorerna var överens om att de trodde att en legitimation skulle stärka kuratorsrollen och skapa ett tydligare arbetsuppdrag. Majoriteten av de intervjuade kuratorerna trodde att en legitimation skulle innebära en statushöjning för kuratorsyrket. Några av kuratorerna inom båda kuratorsgrupperna trodde att patientsäkerheten skulle öka om de får legitimation. Delvis för att legitimationen kunde dras in vid allvarliga tjänstefel, men också för att ingen annan profession kunde gå in och göra kuratorsarbetet. En kurator säger såhär:

Och jag tänker också att det är en patientsäkerhet. Om man är legitimerad så är det faktiskt självklart för en patient att jag faktiskt kan anmäla. (Selma, kurator inom övrig somatisk vård).

Vissa var dock tveksamma till vad legitimationen i sig skulle göra för skillnad. En av kuratorerna uttryckte sig såhär:

Det hoppas jag mycket på. Samtidigt så vet jag inte vad det skulle konkret ge för skillnad. Jag tänker på lärarna som kämpat så mycket för sin legitimation. Och det blev en rätt så kostsam process som kanske, i alla fall ännu inte gett så mycket effekt. Så att jag tänker att risken är ju att man får, tre extra bokstäver framför sin yrkestitel men att det kanske inte egentligen betyder så mycket. (Karin, kurator inom palliativ vård)

En annan av kuratorerna inom den palliativa vården berättade att hon trodde att bästa chansen till att höja kuratorernas status inte var via en legitimation utan att man istället engagerade sig

i verksamheten och lyfte viktiga frågor. Hon trodde att detta kunde räcka för att ge en statushöjande effekt och ett tydliggörande kring kuratorsrollen.

(...) jag tänker ju att en legitimation skulle vara önskvärt. Och på något sätt befästa kuratorsrollen ännu mer. Asså att det blir ännu tydligare liksom. (...) Jag tänker att det blir liksom något konkret, och den här legitimationen står för någonting, vissa saker. Och jag tror också det blir... eller det skulle tydliggöra liksom kuratorsrollen också. Ja men det kan nog vara lite det med vad som kan vara svårt och så ju, att ibland att man inte riktigt vet ”vad gör en kurator?” ibland. Så kan det ju vara ibland. Både bland patienter eller anhöriga som inte vet vad de kan få hjälp med, men också nyanställd personal. (Olga, kurator inom övrig somatisk vård)

En av kuratorerna inom den övriga somatiska vården trodde att legitimation var någonting som var väldigt positivt i längden. Hon menade att det kommer ta tid att stärka kuratorsrollen och att dagens otydlighet kring kuratorns uppdrag skulle tyna bort med åren i och med en potentiell legitimation. I frågan om hur kuratorerna trodde att en potentiell legitimation skulle påverka lönerna, så uppkom väldigt olika svar. Vissa menade på att det skulle höja lönerna, andra trodde det skulle bli oförändrat- men skulle vara önskvärt.

Nordström (2007:8) skriver att ha en legitimation innebär inte bara att ha ett konkret samhällsuppdrag, utan också en auktoritet. Detta gäller dock yrken som redan har legitimation. Socialstyrelsen (2014) säger att en legitimation för sjukhuskuratorer skulle höja patientsäkerheten och förbättra yrkesrollens innehåll. Något Socialstyrelsen (2014) betonar är att sjukhuskuratorerna bedriver behandlande arbete, och detta är ännu ett viktigt skäl till varför legitimationen är av värde. Vidare skriver de att sjukhuskuratorerna är den enda yrkesgruppen med akademisk utbildning som saknar legitimation inom hälso- och sjukvården (ibid.). För att förstå betydelsen av en legitimation kan den ses utifrån Levins (2013:33) begrepp juridisk diktation som innebär att en profession är politiskt utformad och har ensamrätt till sitt yrkesområde. Genom en legitimation skulle kanske sjukhuskuratorers arbetsuppgifter bli tydligare och övertramp från andra professioner in i kuratorernas psykosociala fält hade kunnat undvikas mer eller helt och hållet. Som Nordström (2007:8) nämner ovan medför en

legitimation också en auktoritet vilket hade stärkt kuratorernas icke medicinska roller inom hälso- och sjukvården.

I jämförelse med internationell forskning krävs det mer av kuratorerna för att kunna arbeta inom den palliativa vården (Paul 2013:254). I USA ska du exempelvis ha en masterexamen och minst ett års erfarenhet inom hälsovårdsarbete. Där har kuratorerna inom den palliativa vården en egen titel nämligen, ”Palliative care social worker ” eller ”Hospice social worker” (ibid.)

6.5 Sjukhuskuratorn en viktig resurs på sjukhuset

En av våra frågeställningar var hur sjukhuskuratorn trodde att andra professioner uppfattade deras yrkesroll. När kuratorerna blev tillfrågade om det fick vi väldigt homogena svar. De trodde alla att andra professioner såg kuratorn som en viktig och nödvändig del i teamet. Kuratorerna trodde att andra professioner såg kuratorerna som värdefulla. Inte minst i den psykosociala bedömningen. En av kuratorerna inom den övriga somatiska vården berättade att det verkligen var någonting de värnade om.

Som tidigare nämnts tyckte kuratorerna inom den palliativa vården att det psykosociala utrymmet spelade en mycket stor roll. Där kunde kuratorerna själva hålla i psykosociala ronder och några av de palliativa kuratorerna berättade att de knappt hann gå på utbildningar för att behovet av dem var så stort. Vidare berättade kuratorerna inom den palliativa vården att de hade en självklar del i teamet och det inte fanns någon hierarkisk ordning bland professionerna. En av kuratorerna berättade att arbetet inom den palliativa vården var prestigelöst och uttryckte sig såhär:

Nej, där är det alltid så att läkarna bestämmer. Sen har de olika personligheter och vissa som kanske är lite mer ledande än andra. Men nej, jag skulle säga att kulturen här är väldigt platt liksom. En platt organisation. Lätt att prata med läkarna, jättelätt. Och framföra sina bedömningar. Det känns inte komplicerat att tycka någonting annat. Det kan vara obehagligt för att man själv tycker det är rätt svårt. Men det är ingenting som finns i väggarna liksom eller något så. Eller att man förväntar sig att

kuratorn inte ska uttrycka sig, så är det absolut inte. Det... är inte så mycket hierarki här alls som inne på sjukhuset. (Rut, kurator inom palliativ vård)

Hon tillade också att om kuratorn togs bort från sin avdelning så skulle det bli ramaskri. Det är ingen som skulle gått med på det. I våra resultat sade kuratorerna inom den övriga somatiska vården att de trodde att de var en viktig resurs för sitt team.

Majoriteten av kuratorerna inom den övriga somatiska vården hade på något sätt stött på en hierarkisk ordning i sitt arbete. En av dem berättade att hon trodde att den hierarkiska ordningen kunde variera beroende på avdelning, struktur och andra professioners individuella personligheter.

Trots att alla kuratorerna uppgav att de trodde att andra professioner såg på dem som en viktig tillgång, var det en av kuratorerna inom den övriga somatiska vården som berättade om att det hade försvunnit tre kuratorstjänster på hennes avdelning. En av dem hade ersatts av en psykolog, och de två andra platserna var fortfarande tomma. Kuratorn sade att det var väldigt viktigt att kuratorsplatser inte ersattes av psykologer för att kuratorn och psykologen hade olika kompetenser. Även forskningen visar att det är relativt vanligt att en kuratorsanställning på en avdelning inte ersätts alls om en kurator avslutat sin tjänst. I vissa fall kunde tjänsten bli ersatt av ett annat yrke exempelvis sjuksköterska eller psykolog (Reese 2011:386). Inom sjukvården så är behovet av att det ska finnas en psykosocial expert som ser hela människan viktigt, säger Reese. Akademikerförbundet SSR (2015) skriver att den psykiska ohälsan i samhället ökar drastiskt och det handlar allt som oftast om en multiproblematik. Trots detta ersätts allt fler kuratorer inom hälso- och sjukvården med andra yrkesprofessioner eller inte alls (Akademikerförbundet SSR 2015). Även Akademikerförbundets uttalande styrker kuratorernas utsagor om att allt fler kuratorer inom hälso- och sjukvården inte ersätts.

7. Avslutande diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka hur kuratorerna inom palliativ och övrig somatisk vård beskriver sina respektive yrkesroller och status i relation till andra professioner. Syftet har vi försökt besvara genom intervjuer och genom att applicera våra valda teorier. De frågeställningar som har använts som riktlinjer i vår studie har varit: *Hur ser sjukhuskuratorer*

på sin yrkesroll och status inom palliativ vård? Hur ser sjukhuskuratorer på sin yrkesroll och status inom övrig somatisk vård? Hur menar sjukhuskuratorerna att andra professioner ser på deras yrkesroll och status? Vilka likheter och olikheter finns det mellan sjukhuskuratorer inom den övriga somatiska vården och den palliativa vårdens beskrivningar utifrån ett psykosocialt perspektiv?

Vi tycker att det är viktigt att lyfta det faktum att alla kuratorerna har uttalat att de var, och är nöjda med sin arbetssituation. I vår uppsats har vi uppmärksammat skillnader mellan de två kuratorsgrupperna men inte lagt någon värdering i det. Vi presenterar resultat och resultaten visar att det finns skillnader.

Vårt resultat visar att det finns tydliga skillnader i roller och status mellan kuratorerna inom den palliativa vården och kuratorerna inom den övriga somatiska vården. Något som kan konstateras är att kuratorerna inom den palliativa vården har en tydligare roll som är mer inarbetad både bland patienter och andra professioner. Andra professioner inom den palliativa vården ger kuratorerna stort utrymme för psykosocialt behandlingsarbete. Detta tror vi beror på att det finns en annan atmosfär inom den palliativa vården. Det är inte bara kuratorn som har en helhetssyn kring patienten, utan även medicinska professioner delar denna syn. En förklaring till detta kan vara att inom den palliativa vården finns det fyra grundpelare. Det existentiella, det fysiska, det psykiska och det sociala. Dessa fyra grundpelare är alla lika viktiga och ingen grundpelare överordnar den andra. Det här skulle kunna vara en bidragande faktor till varför andra professioner är duktiga på att se helhetssynen kring patienten samt lämna så pass stort utrymme för det psykosociala. Evighetsarbetet kring att behöva göra sig synlig på avdelningen verkar inte finnas i lika stor utsträckning inom den palliativa vården. Här har kuratorerna en väldigt inarbetad roll i teamen. En tanke kring detta är att kuratorerna i den palliativa vården bara har hand om en, eller få avdelningar. På detta sätt blir de mer synliga och har lättare att befästa en självklar roll i ett arbetsteam. Kuratorernas självklara roll skiljer sig ifrån den forskning vi har läst. I forskningen står det om hur diffus kuratorsrollen är, samt hur de ständigt behöver förklara sin yrkesroll för andra professioner. Vi har bara läst internationell forskning då det varit svårt att finna någon svensk forskning inom detta område. Att våra resultat skiljer sig så markant från den internationella forskningen kan bero på att kuratorerna inom den palliativa vården i Sverige har ett annat arbetssätt än i andra länder.

Forskningen vi har tagit del av kring kuratorers roll och status stämmer bättre överens med den övriga somatiska vården än den palliativa vården. Våra resultat tyder på att kuratorerna inom den övriga somatiska vården har en otydligare roll och det läggs mycket energi på att göra sig synlig. Detta kan dock variera beroende på vart de arbetar. På vissa avdelningar är kuratorsrollen inarbetad medan på andra är den inte det i lika stor utsträckning. Att kuratorsrollen är mer diffus inom den övriga somatiska vården tror vi kan bero på att andra medicinska professioner inte alltid är införstådda i vad en kurator gör. På sjukhusavdelningarna är det större fokus på det medicinska vilket gör att det psykosociala har svårare att vara lika framträdande. Kurators helhetstänk kring patienten delas inte av andra professioner i lika stor omfattning som i den palliativa vården. Som Skau (2007:31) nämner är det viktigt att en professionell hjälpare har kompetens inom många olika områden det vill säga fysiska, psykiska, sociala och psykosociala. Dessa områden kan kopplas samman och avgränsas från varandra. Det är alltså viktigt att alla professioner är insatta i varandras områden. En kurator har sin expertis inom det psykosociala fältet men ska också vara insatt i fysiska och psykiska faktorer som kan påverka patienten. Likaså är läkarens expertis patientens fysiska hälsa men läkaren ska också ha kunskap kring patientens psykosociala hälsa. Vi anser alltså att det är viktigt att alla professioner inom det medicinska fältet är insatta i varandras arbete. Många av kuratorerna inom den övriga somatiska vården uppgav att de arbetar på flera avdelningar vilket också kan bidra till den diffusa rollen. När kuratorerna arbetar på flera avdelningar blir det troligen svårare för dem att etablera en tydlig och fast roll på avdelningarna.

Den största likheten mellan kuratorsgrupperna är att de ständigt behöver förklara sin yrkesroll och arbetsuppgifter när det kommer in ny personal på deras avdelning. Detta kan enligt oss också vara en bidragande faktor till att kuratorsrollen ibland är vag. En tanke som väcks är att ny personal alltid är införstådd i vad de medicinska professionerna gör, medan de icke medicinska yrkena behöver förklaras. Om detta beror på att det faktiskt är kuratorerna som befinner sig i en medicinsk värld, eller om det beror på att kuratorsrollen och deras arbetsuppgifter är så pass vagt definierade låter vi vara osagt. Ytterligare en sak som förenar de båda kuratorsgrupperna är att de alla har liknande arbetsuppgifter. En annan gemensam faktor för kuratorerna är att deras arbetsuppgifter ofta överlappas eller utförs av andra professioner, främst sjuksköterskor. Vi tror att detta är kopplat till att kuratorsuppdraget är otydligt. Det finns ett uppdrag men kuratorerna får ofta utforma sina tjänster själva. Alla

kuratorerna betonade att när teamsamarbetet är bra så sker inte överlappningen i lika stor utsträckning. I ett bra teamsamarbete är kuratorns roll ofta tydlig.

Utifrån våra resultat tror vi att en legitimation hade höjt statusen och skapat ett tydligare uppdrag för sjukhuskuratorer. Kuratorerna är den enda akademiska professionen inom hälso- och sjukvården som saknar legitimation. Detta tycker vi är fel då kuratorerna faktiskt utför psykosocialt behandlingsarbete med patienter som bara de kan. De är specialister inom det psykosociala fältet och är unika i sin kompetens i samtalet, där de både kan befinna sig i det känslomässiga och det praktiska. När en legitimation inte finns blir det lättare för andra professioner att göra övertramp i det psykosociala fältet. Det blir lättare att hålla rätt kompetens inom rätt område. En legitimation tror både vi och kuratorerna skulle kunna innebära att kuratorsrollen stärks, skapar ett tydligare arbetsuppdrag och ökar patientsäkerheten. Nordström (2007:8) menar att en legitimation innebär att det finns ett visst samhällsuppdrag som medför stor auktoritet för den som utför uppdraget. Hade kuratorerna haft en legitimation hade det blivit svårare för andra professioner att göra övertramp in på kuratorernas psykosociala fält. Detta kan även ses utifrån Levins (2013:33) begrepp jurisdiktion som handlar om att en profession är politiskt utformad och har ensamrätt till sitt yrkesområde. Genom att ha en legitimation för kuratorer blir det kanske också svårare att ersätta kuratorstjänster med andra yrkesprofessioner då de faktiskt kommer ha ensamrätt till sitt yrkesområde.

I vår tredje frågeställning ville vi ta reda på hur kuratorerna själva trodde att andra professioner såg på deras yrkesroll. Vi har förståelse för att kuratorerna har svårt att uttala sig om detta men vi har ändå fått väldigt enhetliga svar. Både kuratorerna inom den palliativa vården och den övriga somatiska vården uttrycker att de är behövda och de tror att de är en viktig del i teamet. I efterhand har vi insett att denna fråga hade varit enklare att besvara om vi hade intervjuat andra professioner som kuratorerna arbetar med. Å andra sidan är vi intresserade av just kuratorernas egna beskrivningar kring deras syn på sin yrkesroll. Men en tydligare studie för denna frågeställning hade varit att även intervjua andra professioner.

Det har varit väldigt intressant att göra denna studie då våra resultat har visat att kuratorsbehovet är väldigt stort. Våra resultat är viktiga och behövs för att visa vilket otroligt arbete kuratorerna gör och hur viktigt det psykosociala fältet är i den medicinska världen. Genom denna studie vill vi påvisa att på vissa vårdavdelningar (i detta fall i den palliativa

vården) får kuratorer ta lika mycket plats i teamet som andra medicinska professioner. Genom ett gott teamsamarbete minskar risken för missförstånd kring kuratorns roll och arbetsuppgifter. Kuratorerna behöver ständigt göra prioriteringar i sitt arbete då de känner att de är för få. Vi tror att det psykosociala fältet hade kunnat få ta mer plats om det anställts mer kuratorer. Sjukvården befinner sig i ett ekonomiskt kritiskt läge, där det ständigt ska sparas in på resurser. Detta påverkar såklart också kuratorernas fält. Vi tycker att det är av stor vikt att kuratorsresursen finns kvar inom hälso- och sjukvården. Detta för att de är som tidigare nämnt den enda psykosociala resursen på sjukhuset. Det är viktigt att patienten ses utanför sin sjukdom och att patientens alla behov tillgodoses, inte bara de medicinska. Inom professionsteorin betonas det också att patienter ska få tillgång till fysiska, psykiska, mentala och sociala resurser.

Ett intressant ämne som fångade vårt intresse men som inte berör vår studies syfte var patienters sexuella behov när de är svårt sjuka eller döende. Detta är någonting som sjukvårdspersonal är dåliga på att prata om. När en människa blir sjuk är det lätt att människan endast ses som en patient utan en sexuell sida. Detta är ett ämne som hade varit intressant att forska kring och vi tror att det är viktigt att det uppmärksammas.

8. Referenser

Ahrne, Göran, Peter Svensson (2011) Akademiskt skrivande. I: Peter Svensson & Göran Ahrne (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Akademikerförbundet SSR (SSR) *Policy för kuratorer i hälso- och sjukvård*

[https://akademssr.se/sites/default/files/files/policy_kuratorer_hs_150206_1.pdf

Hämtat:2015-12-01]

Alvehus, Johan (2013) *Skriva uppsats med kvalitativ metod: en handbok*. Stockholm: Liber

Aspers, Patrik (2007) *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber

Bengtsson, Maria, Ulla Lundström (2015) *Palliativ vård*. Malmö: Gleerups utbildning

Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Christoffersen, Svein Aage (2007) Professioner och professionsetik- vad är det?. I: Svein Aage Christoffersen (red.) *Professionsetik*. Malmö: Gleerups Utbildning

Christoffersen, Svein Aage (2007) Inledning. I: Svein Aage Christoffersen (red.) *Professionsetik*. Malmö: Gleerups Utbildning

Christoffersen, Svein Aage (2007) Professionsetik som omdömesförmåga. I: Svein Aage Christoffersen (red.) *Professionsetik*. Malmö: Gleerups Utbildning

Cowles, Louis Anne, Myron J. Lefcowitz (1992) Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting. *Health and social work*. Vol. 17, No 1, ss. 57-65.
(Pagingering saknas)

Davidson, Kay W. (1990) Role blurring and the hospital social worker's search for a clear domain. *Health & Social Work*. Vol. 15, No. 3 ss. 228-234 (Pagingering saknas)

Davis, Cindy, Eileen Baldry, Biljana Milosevic & Anne Walsh (2004) Defining the role of the hospital social worker in Australia. *International Social Work*, Vol. 47, No.3, ss 289-299

Eriksson- Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2011) Intervjuer. I: Peter Svensson & Göran Ahrne (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Fridegren, Inger, Susanne Lyckander (2013) *Palliativ vård*. Stockholm: Liber.

Gabrielová, Jana, Sr. Miloš Velemínský (2014) Interdisciplinary collaboration between medical and non-medical professions in health and social care. *Neuroendocrinol Lett*. Vol 35, No. 1, ss. 59-66

Goffman, Erving (1998) *Jaget och maskernan studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Prisma

Jönson, Håkan (2010) *Sociala problem som perspektiv: en ansats för forskning & socialt arbete*. Malmö: Liber

Levin, Claes (2013) Socialt arbete som moralisk praktik. I: Stig Linde & Kerstin Svensson (red.) *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter*. Stockholm: Liber

Lundin, Annika, Ingegerd Benkel, Gerd de Neergaard, Britt- Marie Johansson, Charlotta Öhrling (2009) *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

May, Tim (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*, Lund: Studentlitteratur

McMichael, Alison (2000) Professional identity and continuing education: A study of social workers in hospital settings. *Social Work Education: The International Journal*, Vol. 19, No. 2, ss. 175-183

Nordström, Karin (2007) Förord till den svenska upplagan. I Svein Aage Christoffersen (red) *Professionsetik*. Malmö: Gleerups Utbildning

Olsson, Siv (1999) *Kuratorn förr och nu: sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv = [The hospital social worker then and now] : [in a historical perspective]*. Diss. Göteborg : Univ.

Paul, Sally (2013) Public Health Approaches to Palliative Care: The Role of the Hospice Social Worker Working with Children Experiencing Bereavement. *British Journal of Social Work*. Vol. 43 ss. 249-263

Pelling, Stefan (2015) Att lära i interprofessionell samverkan. I Biguet Gabriele, Ingrid Lindquist, Cathrin Martin, Anna Petterson (red.) *Att lära och utvecklas i sin profession* Lund: Studentlitteratur

Reese, Dona J (2011) Interdisciplinary perceptions of the social work role in hospice: building upon the classic Kulys and Davis study. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. Vol. 7. No. 4. ss. 383-406

Skau, Greta Marie (2007) *Mellan makt och hjälp: Om det flertydiga förhållandet mellan klient och hjälpare*. Stockholm: Liber.

Socialhögskolan (2015) Luvit: Validitet och realibilitet i kvalitativa studier. Opublicerat manuskript. Lund: Socialhögskolan, Luvit. Hämtat: 2015-11-01

Socialstyrelsen (2014) *Legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvård* [<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19436/2014-4-21.pdf>. Hämtat: 2015-11-11]

Svensk Kuratorsförening *Kuratorsyrket* [<http://www.kurator.se/kuratorsyrket/>. Hämtat: 2015-11-11]

Svensson, Peter (2011) Teorins roll i kvalitativ forskning. I: Peter Svensson & Göran Ahrne (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Vetenskapsrådet. 2002. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning [<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> Hämtad: 2015-01-14]

Weisenfluh, Sherry M., Ellen L. Csikai (2013) Professional and Educational Needs of Hospice and Palliative Care Social Workers. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. Vol. 9, ss. 58-73

Wittenberg-Lyles, Elaine M. (2005) Information Sharing in Interdisciplinary Team Meetings: An Evaluation of Hospice Goals. *Quality Health Research*. Vol 15: No. 10 ss. 1377-1391

Wong, Chack-kie, Becky Chan, Victor Tam (2000) Medical social workers in Hong Kong hospitals. *International Social Work*. Vol. 43, No. 4, ss. 495–516

Wyller, Trygve (2007) Dygdetik, medborgarskap och social praktik. I Svein Aage Christoffersen (red) *Professionsetik*. Malmö: Gleerups Utbildning

9. Bilagor

9.1 Informationsbrev



Informationsbrev om C-uppsats

Hej!

Vad roligt att Ni vill medverka i vår studie och bidra till vår C-uppsats. Detta är vi väldigt tacksamma för. Här kommer lite information om oss och vår uppsats. Vi är två studenter som läser vår sjätte termin på Socionomprogrammet på Lunds Universitet. Vi har båda gjort praktik som kuratorer på termin fem.

Under vår praktiktermin blev vi båda intresserade av sjukhuskuratorernas roller, status och handlingsutrymme. Därför är vi intresserade av att lära oss mer om det och undersöka detta. Syftet med studien är att jämföra sjukhuskuratorers roller och status inom den palliativa vården jämfört med den ”vanliga” somatiska vården. Vi vill alltså jämföra skillnader och likheter.

Vi kommer intervjuva fyra kuratorer inom den palliativa vården och fyra kuratorer inom den somatiska vården. Vi räknar med att intervjuerna tar max 1,5h.

Här nedan följer hur vi ser på konfidentialitet och det frivilliga deltagandet:

I vår undersökning kommer ingen obehörig få ta del av vårt insamlade material. Empirin kommer bara finnas tillgänglig för oss forskare och möjligtvis vår handledare. Det är av största vikt för oss att materialet är helt avidentifierat. Deltagandet för denna studie är helt frivilligt och Ni kan när som helst avbryta deltagandet.

Vi som genomför denna studie kan nås på:

Alexandra Torres: soc13at1@student.lu.se 0768721963

Nina Haskel: mkv11nha@student.lu.se 0708552939

Handledare: Lupita Svensson – Lupita.svensson@soch.lu.se 0735043186

9.2 Intervjuguide

Intervjuguide

Identifikation av intervjupersonen. Ber de säga deras namn och vart de arbetar.

Berätta kort om studien

Bakgrund

Hur länge har du jobbat här och hur hamnade du här?

Vilken utbildning har du?

TEMAN:

Yrkesroll

Vill du berätta om hur en arbetsdag kan se ut? Vilka arbetsuppgifter ingår?

Trivs du i ditt arbete som sjukhuskurator? Vad är det som är bra/dåligt?

Finns det någonting som inte fungerar bra i ditt arbete?

Beskriv ett eller flera dilemman du har mött i ditt arbete?

Vad är det bästa med ditt arbete?

Vilka är dina viktigaste ansvarsområden?

Finns det någonting som kan förbättras med din arbetssituation idag?

Upplever du att dina arbetsuppgifter täcks upp av/överlappas av andra yrken på din avdelning? Om ja- på vilket sätt?

Handlingsutrymme:

Hur ser du på ditt handlingsutrymme som sjukhuskurator?

Hur använder andra kollegor dig och din kompetens?

Hur ser du på samarbetet med andra yrkesprofessioner?

Hur tror du andra professioner ser på din yrkesroll?

Medicinska fältet:

Hur är det att arbeta i en medicinsk/naturvetenskaplig organisation?

Varför tycker du att kuratorn behövs inom det medicinska fältet?

Hur stort utrymme upplever lämnas till det psykosociala? Diskuteras det på möten? Prioriteras det?

Finns det situationer där du ibland kan känna dig maktlös? Exemplifiera gärna.

Hur ser du på legitimation för sjukhuskuratorer?

Upplever du att andra professioner tar mer och mer av ditt arbete? I så fall på vilket sätt?