



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Kurators interprofessionella möten

En kvalitativ analys av sjukhuskurators erfarenheter av interprofessionellt samarbete

Tammie Svärd

Kandidatuppsats (SOPA63)

Aktuell termin: VT 2016

Handledare: Anders Östnäs

Abstract

Author: Tammie Svärd

Title: The Counselor's Interprofessional Encounters: A Qualitative Analysis of Hospital Social Workers Experiences of Interprofessional Collaboration [translated]

Supervisor: Anders Östnäs

Assessor: Helena Hansson

In hospitals, several professions need to collaborate to be able to offer patients the best care possible. The aim of this study was therefore to examine and analyse counselors experiences of interprofessional collaboration on hospital clinics within Skånes University Hospital (SUS). The study consists of qualitative semi-structured interviews of four hospital social workers. The interviewees were contacted and selected with the help of an employee of the organisation, who had a good overview of the social work at the hospital. The interview questions are about interprofessional collaboration, power, status and hierarchy.

The interviewees described the collaboration at their hospital clinics and presented that for instance communication face to face and getting to know each other on a personal and professional basis facilitates the interprofessional collaboration, while misunderstanding and lack of interprofessional meetings can prevent the collaboration. The counselors stated that their status and power are relatively high and that they are positioned fairly high in the hospital hierarchy, although they mean that it's hard to compare themselves to the other professions because of the differences in the work assignments.

Keywords: Interprofessional collaboration, hospital team, hospital social workers, counselor, interprofessionellt samarbete, sjukhuskurator.

Förord

Först och främst vill jag tacka de fyra sjukhuskuratorerna som bidragit med värdefull information, kunskap och tid. Tack även till nyckelpersonen som hjälpte mig att komma i kontakt med intervjupersonerna! Tack för ert deltagande och er hjälp, utan er hade studien inte varit möjlig!

Jag vill även rikta ett tack till min handledare Anders Östnäs som visat stort förtroende till min förmåga och bidragit med goda råd. Inte minst ett stort tack till examinator Helena Hansson för din hjälp med att lyfta uppsatsen till en annan nivå!

Slutligen vill jag tacka min vän och praktikhandledare Pernilla Nigård för idéer, tankar och synpunkter. Tack för att du överöst mig med lovord och tack för allt ditt stöd!

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 Problemformulering, syfte och frågeställningar	1
1.1 Syfte och frågeställningar	2
2 Begreppsförklaringar	3
2.1 Att beskriva en grupp av olika professioner	3
2.2 Samverkan, samarbete eller samordning?	4
2.3 Expertmakt.....	4
2.4 Yrkesstatus.....	5
3 Kuratorn	7
3.1 Igår	7
3.2 Idag	7
3.3 Imorgon.....	8
4 Kunskapsläget.....	10
4.1 Dimensioner av professionella relationer	10
4.2 Tydliga roller och god kommunikation	11
4.3 Att förbereda socionomstudenter på interprofessionellt arbete	12
5 Teori.....	15
5.1 Brantes professionsteori.....	15
5.1.1 Vad är en profession?	15
5.1.2 Utbildning och behörighet	16
5.1.3 Professioners interna autonomi.....	17
5.1.4 Förtroende för professionen.....	18
5.2 Talcott Parsons teori om auktoritet och kompetens.....	18
6 Metod	20
6.1 Val av metod.....	20
6.2 Metodens förtjänster och begränsningar.....	21
6.3 Metodens tillförlitlighet	21

6.4 Urval	23
6.5 Etik och etiska dilemman.....	25
6.6 Analysmetod	26
7 Resultat och analys	27
7.1 Interaktionen med andra professioner.....	27
7.1.1 Tid och forum för diskussion.....	27
7.1.2 Vikten av god kommunikation	30
7.2 Kuratorn i teamet	34
7.2.1 Att vara synlig och tillgänglig	34
7.2.2 Ett självständigt arbete?	35
7.2.3 Att vistas i samma lokaler.....	39
7.2.4 Kuratorns position.....	41
7.3 Utbildningens betydelse.....	45
8 Slutdiskussion	48
9 Referenslista.....	51
10 Bilagor	56
Bilaga 1 – Informationsbrev	56
Bilaga 2 – Intervjumall	57
Bilaga 3 – Samtyckesblankett.....	60

1 Problemformulering, syfte och frågeställningar

Sjukvården är en medicinsk värld som domineras av naturvetenskapligt utbildad personal, t.ex. läkare, sköterskor och barnmorskor. Inom sjukvården finns det dock yrkeskategorier som utgör en minoritet på arbetsplatsen. En sådan personalgrupp är kuratorerna, som har funnits sedan 1914 i Sverige. Som kurator är man inte sällan ensam på arbetsplatsen om att ha en samhälls- och beteendevetenskaplig utbildning. När den medicinska personalens fokus ligger på patientens fysiska tillstånd, ligger kuratorns fokus på patientens psykosociala situation (Blom et al, 2014, s. 17ff). Tillsammans med övrig sjukhuspersonal ska kuratorn bidra till en helhetssyn av patientens situation, där fysiska behov såväl som de psykiska, sociala och existentiella behoven tillgodoses (Lundin et al, 2009, s. 31ff). Denna helhetssyn är inte alltid självklar eftersom ”hälso- och sjukvårdens uppdrag är huvudsakligen att utreda, behandla och bota kroppsliga tillstånd” (Gåfvells, 2014, s. 63). Kuratorn är ofta ensam om att representera det psykosociala perspektivet, vilket ställer krav på att individen kan ge uttryck för integritet och auktoritet. En stark tro på sin roll och en medvetenhet om den egna identiteten är också betydelsefullt för att kuratorns funktion ska bli självklar och tydlig inom hälso- och sjukvården (ibid.).

De senaste decennierna, men framför allt sedan 2006, har kraven för integrerad vård ökat i takt med att New Public Management (NPM) successivt tagit sig in den svenska sjukvården. Integrerad vård innebär att flera professioner arbetar tillsammans för att tillfredsställa patientens behov på olika plan gällande behandling, vård, rehabilitering etc. (Åhgren, 2007, s. 11f). För att så bra vård som möjligt ska kunna erbjudas patienterna krävs ett samarbete mellan och inom de olika yrkeskategorierna, något som kallas för interprofessionellt arbete (Pollard, Sellman & Thomas, 2014, s. 12). Forskning pekar på att för att ett interprofessionellt arbete ska fungera krävs kunskap om de professionella rollerna, en vilja att samarbeta, tillit och respekt, personligt och professionellt självförtroende, öppen och ärlig kommunikation och en förmåga att arbeta i grupp (Keeping, 2014, s.23ff). Det finns även faktorer som kan utgöra ett hinder i det interprofessionella arbetet, t.ex. makt och status, där en ojämlik fördelning av makt kan leda till begränsad delaktighet i det interprofessionella arbetet (Keeping,

2014, s.28). Vid analys av ett interprofessionellt samarbete är de således av intresse att analysera professionernas makt och status i förhållande till varandra.

Kuratorn är som ovan nämnt en samhällsvetenskapligt utbildad minoritet inom sjukvården. Det finns förhållandevis mycket forskning om makt och minoriteter på arbetsplatser, dock handlar större delen av dessa om kön, genus, och etnicitet, snarare än om själva yrkeskategorierna. Det finns en del forskning om interprofessionellt arbete i socialt arbete. Många studier jag hittade internationell och kan vara svår att tillämpa på den svenska kontexten. Deskriptiv svensk forskning har gjorts om hur ett interprofessionellt arbete kan se ut mellan hälsoprofessioner, där kurator såväl som sjuksköterskor, läkare, arbetsterapeuter m.fl. deltagit (Kvarnström, 2007, s. 22ff). Jag upplevde en avsaknad av fokus på socialarbetaren i teamet, dvs. sjukhuskuratorn, och menar att det finns en kunskapslucka gällande svensk forskning om interprofessionellt arbete där kuratorer är i fokus.

Uppsatsens ämne är aktuellt då ett förslag på legitimation¹ för kuratorer utformas just nu och förväntas vara färdigt 2017. Genom att analysera hur det interprofessionella arbetet kan se ut för sjukhuskuratorer hoppas jag kunna bidra med en bild av vilka utmaningar som finns före en eventuell legitimation. Eftersom att det är vanligt att i de flesta socionomyrken samarbeta med andra yrkeskategorier är denna studie aktuell och relevant för socialt arbete.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet är att undersöka och analysera sjukhuskuratorers upplevelser och erfarenheter av interprofessionellt arbete på sjukhuskliniker inom Skånes Universitetssjukhus (SUS).

- Vilka utmaningar står sjukhuskuratorn inför vid ett interprofessionellt samarbete?
- Vilka strategier för att det interprofessionella samarbetet ska fungera kan identifieras?

¹ Läs med i avsnitt 3.3

2 Begreppsförklaringar

Det finns en del snarlika begrepp som kan beskriva två eller flera parter som arbetar tillsammans; team, samarbete, samverkan osv. Om man studerar dessa begrepp närmare kan man se att definitionerna skiljer sig, trots att man i ett vardagligt språk ofta likställer dem med varandra. Profession, makt och status är andra begrepp med många definitioner. Detta avsnitt ger en kort beskrivning av olika begrepp, vilka begrepp jag kommer att använda mig av och varför jag valt att använda mig av dem.

2.1 Att beskriva en grupp av olika professioner

Inom sjukvården används ofta begreppet *team* eller vårdteam. Det är dock ett otydligt begrepp för att skildra team med flera professioner eftersom det finns många olika dimensioner av begreppet, t.ex. gällande sammansättningen, integrationen och ledningen av teamet. Det gör det svårt att jämföra studier av team med varandra, just eftersom två team kan vara helt olika varandra och ändå beskrivas med samma term (Kvarnström & Cedersund, 2009, s. 127; Pollard, Sellman & Thomas, 2014, s. 12). En oklarhet vid beskrivningen av team gäller begreppen multi-, inter- och transprofessionalitet. Kvarnström och Cedersund reder ut dessa prefix och förklarar att de "[...] hänvisar till teamets integrationsgrad, vilken grad av samarbete och ömsesidigt beroende det finns mellan de olika professionerna i teamet." (Kvarnström & Cedersund, 2009, s. 128). *Multi-* innebär att personal från olika yrkeskategorier arbetar parallellt med varandra, men att de inte nödvändigtvis är integrerade med varandra. Arbetet utförs relativt oberoende av de andra professionerna (Kvarnström & Cedersund, 2009, s. 128; Pollard, Sellman & Thomas, 2014, s. 12). *Inter-* ger en antydning om mer integration mellan professionerna, där de anpassar sig efter varandra på olika sätt. I ett interprofessionellt team är kommunikationen tätare och mer effektiv. Det sker även ett större samarbete gällande beslutsfattande (ibid.). *Trans-* anger ett ömsesidigt beroende mellan professionerna vilket innebär en hög integration i teamet. I ett transprofessionellt team är det dessutom vanligt att yrkesrollerna överlappar varandra (Kvarnström & Cedersund, 2009, s. 128).

Kuratorn arbetar förhållandevis oberoende av de andra professionerna på sjukhuset, och de andra professionerna är relativt oberoende av kuratorn. Ändå

behövs kuratorn i teamet för att ge en helhetsbild av patienterna (Lundin et al, 2009, s. 31ff). Sjukhuskuratorn behöver även ha viss medicinsk kunskap för att på ett grundläggande plan kunna svara på patientens frågor kopplade till sjukdomsbilden, då dessa ofta ockuperar patientens tankar (Gåfvells, 2014, s. 50ff). Alltså är inte kuratorns arbete helt franskt och oberoende av det medicinska teamets arbete. Begreppet *interprofessionellt arbete* passar således bäst in för att beskriva arbetet mellan sjukhuskuratorn och övriga yrkeskategorier på sjukhuset. Begreppet *team* används ibland på ett neutralt sätt för att göra texten mer dynamisk.

2.2 Samverkan, samarbete eller samordning?

Tre begrepp som ofta används på ett snarlikt sätt är *samarbete*, *samordning* och *samverkan*. Inom organisationsteori skiljer man på dessa begrepp och menar att det inte betyder samma sak. I Socialstyrelsens publikation ”Samverkan i re/habilitering – en vägledning” finns ett förslag på definition där samverkan används som samlingsbegrepp för samordning och samarbete (Socialstyrelsen, 2008, s. 31). Enligt denna definition betyder samarbete mellanmänniska relationer och samordning handlar om organisationen, ledning, resurser och andra strukturer som stödjer ett samarbete. Jag är främst intresserad av de mellanmänniska interaktionerna och kommer därför att använda mig av begreppet *samarbete* och *interprofessionellt samarbete*.

2.3 Expertmakt

Makt är ett komplicerat begrepp med många olika innebörder och definitioner. Att makt finns överallt i olika former är de flesta överens om, men vad man menar med makt beror på situationen. En klassisk definition av makt är att A har makt över B på så vis att A kan få B att göra saker som B annars inte skulle göra (Lukes, 1986, s. 2). I denna uppsats kommer makt att handla om makten över andra professioner på en sjukhusklinik. Eftersom kuratorn befinner sig i en medicinsk kontext som domineras av medicinsk personal har jag valt att använda mig av begreppet *expertmakt*. Expertmakt handlar om att ”experten” i den aktuella situationen kan skapa ett övertag genom att sätta gränser för vilka diskussioner som är legitima (Börjesson & Rehn, 2009, s. 23f). Makten är inte direkt kopplad till ett visst yrke utan handlar om att personen har ett kunskapsövertag, men som

exempel nämner Börjesson och Rehn läkare och professorer. De menar även att det finns en symbolisk nivå och gör ett antagande att ”blotta titeln ’läkare’ [...] visar på att man har tillgång till vetande och expertis som inte kan ifrågasättas” (Börjesson & Rehn, 2009, s. 23). I denna uppsats kommer makt därmed definieras som:

En situation där en har ett övertag över en annan, antingen genom faktisk kunskap eller genom en socialt skapad legitimitet. (Börjesson & Rehn, 2009, s. 24)

2.4 Yrkesstatus

Status är liksom makt ett mångfacetterat begrepp och är starkt förknippat med hierarkier. Status är en rangordning människor gör för att lättare kunna urskilja kvalitet, vilket leder till att det som rangordnas får olika värde och grader av betydelse (Ulfsdotter Eriksson & Flisbäck, 2011, s. 14). Status är komplext och har ofta människors föreställningar som utgångspunkt. I denna uppsats ligger fokus på yrkesstatus, en sociologisk forskningstradition som startade i England i början av 1900-talet (Ulfsdotter Eriksson & Flisbäck, 2011, s. 15). Genom att titta på listor på yrkens status kan man ofta säga någonting om tidens klassamhälle, men de flesta yrkesstatusstudier görs för att mäta den sociala status som finns i samhället (ibid.). Sedan 1900-talet har studier om yrkesstatus gjorts, men enligt Ulfsdotter Eriksson och Flisbäck genomfördes den första djupgående studien i Sverige 2001 av Ylva Ulfsdotter Eriksson själv (Ulfsdotter Eriksson & Flisbäck, 2011, s. 16). Drygt 1800 personer skattade 100 yrken efter status och med hjälp av ett medelvärde kunde Ulfsdotter Eriksson göra en lista. På listan finner man att läkare ligger på andra plats medan sjuksköterska hittas på 48:onde plats och undersköterska på 78:onde plats. Sjukhuskurator finns inte med på listan, men skolkurator ligger på 51:a plats och socialsekreterare på 61:a, varför man kan uppskatta att sjukhuskurator kanske hade hamnat någonstans på mitten av listan.

Vad påverkar att ett yrke skattas högt eller lågt? De yrken som hamnat högt på listan har långa utbildningar och relativt höga löner, t.ex. läkare, professor eller advokat. Yrken långt ner på listan är de som inte har krav på utbildning och med relativt låga löner, t.ex. diskare, städerska eller snabbköpskassörska. Utbildning och löner är alltså något som ger hög status (Ulfsdotter Eriksson & Flisbäck,

2011, s. 17f). Kön påverkar också rangordningen av yrken. De yrken som förknippas med vård och omsorg, alltså kvinnodominerade yrken, hamnar lågt i rank. Ulfsson Eriksson och Flisbäck menar att anledningen till kvinnodominerade yrken nedvärderas kan ha att göra med att ”aspekter som signalerar och ger status - hög lön, inflytande och makt - associeras med maskulinitet” (Ulfsson Eriksson & Flisbäck, 2011, s. 18).

3 Kuratorn

För att diskutera sjukhuskuratorns samarbete med olika professioner är det betydelsefullt att känna till kuratorns historia och dess nutida kontext. Det är även av värde att ha kännedom om legitimationen som nalkas för kuratorerna. I detta avsnitt ges en bild av kuratorns bakgrund, nutid och framtid.

3.1 Igår

Yrket sjukhuskurator har nu funnits i över ett sekel. En läkargrupp i Boston, USA, ansåg att sjukhuset även borde se till patienternas sociala situation. En av läkarna, Richard Cabot menade nämligen att det finns ett samband mellan somatisk sjukdom och sociala problem. Han ansåg därför att någon socialt utbildad bör samarbeta med läkarna på sjukhuset. The Social Corner startades då 1905, en liten avdelning på sjukhuset som tillsammans med de medicinska kunskaperna skulle bidra till en helhetssyn. Här arbetade socialarbetare med bland annat att förmedla information till patienter och återföra kunskap till myndigheter (Lundin et al, 2009, s. 11f).

År 1914 fick Sverige sin första sjukhuskurator. Hon hette Gertrud Rodhe och var från början slöjdlärling. Hon var anställd på det som då kallades för sinnessjukhus och hade som uppgift att göra utredningar av patienternas sociala och ekonomiska situation, såväl under sjukhusvistelsen som efter att de kommit hem. 6 år senare fick den somatiska vården sin första kurator. Hon hette Jane Norén och var utbildad sjuksköterska. Kuratorerna var alltså från början inte utbildade i socialt arbete. 1945 tog utvecklingen av kuratorsyrket fart och Svensk Kuratorsförening, som startats ett år tidigare, påpekade att det behövdes en examen från Socialinstitut som garanterade kompetens för arbetet. Termen socionomexamen kom 1950 och socialt arbete blev ett akademiskt ämne först 1977 (Lundin et al, 2009, s. 11ff; Svensk kuratorsförening). Fortfarande fanns ingen särskild kuratorsexamen.

3.2 Idag

Sjukhuskuratorns arbetar med de psykosociala aspekterna av en patients situation (Lundin et al, 2009, s. 35f). Den främsta uppgiften för sjukhuskuratorn idag är samtal av olika slag, i synnerhet stödande och bearbetande samtal (Forinder &

Olsson, 2014, s. 38f). Samtalen går ut på att stödja människor i kris med hjälp av en process som innebär förändring i tankar, känslor och beteenden. På sjukhuset handlar krisen oftast om någon slags förlust. Det kan vara förlust av kroppsdelar, funktioner, personer etc. (ibid.). Förutom samtal kan arbetsuppgifterna för kuratorn se olika ut beroende på vilken klinik man är verksam på. Somliga har hand om t.ex. fondansökningar eller har kontakt med Försäkringskassan, medan andra inte har så mycket sådana praktiska uppgifter. Somliga har främst individuella samtal, medan andra har mycket samtal i grupp eller med par och familjer. Kuratorn har oftast ett eget rum dit patienter kan komma, men det är även vanligt att samtal sker på avdelningarna ifall patienten är inläggande.

3.3 Imorgon

Sjukhuskuratorn står inför en del utmaningar. En utmaning som nämndes redan i problemformuleringen är att kuratorn verkar i en medicinsk kontext. Patienten besöker sjukhuset på grund av hälsoproblem, och inte främst för att hen har en tuff social situation. Patientens fokus ligger på sjukdomstillståndet och läkaren och det medicinska teamet blir därför en central del av vården. Kuratorns roll är inte lika självklar och vissa patienter är negativt inställda till kuratorshjälp då de tror att endast psykiskt sjuka uppsöker sådan hjälp (Gåfvells, 2014, s. 62f). Ibland kan problem uppstå på grund av att kuratorns arbetsuppgifter ser olika ut på olika arbetsplatser. Det kan leda till att kuratornrollen ibland uppfattas som bred och därmed vag. Gåfvells (2014, s. 62) menar att för att bibehålla socionomens roll på ett sjukhus behöver yrket definieras och struktureras på ett tydligare sätt. Gåfvells påtalar vidare att det börjar dyka upp andra yrkesgrupper som:

[...] har börjat utveckla och tillämpa behandlingsmodeller som ligger nära psykosocialt behandlingsarbete, ibland utan att ha förankring i den teoribildning som sådant arbete är baserat på (Gåfvells, 2014, s. 62)

Vilka dessa andra yrkesgrupper är går Gåfvells inte in på. Alternativa behandlingsmodeller kan skapa förvirring och det är således viktigt att kuratorn har tilltro på den egna kompetensen (ibid.). På grund av att kuratorns roll inte är lika självklar i teamet händer det att kuratorn ”köps” in som en slags konsult (Gåfvells, 2014, s. 63). Då är det viktigt att kuratorn utöver tilltron till den egna

kompetensen är trygg i sin roll och har klart för sig vad kuratorns uppdrag är i hälso- och sjukvården. Eftersom kuratorn dessutom ofta är ensam om att representera det psykosociala perspektivet krävs att kuratorn kan uttrycka auktoritet och integritet på såväl professionell som personlig nivå (ibid.).

Som nämnt i problemformuleringen står kuratorn inför införandet av legitimation. Redan på 1940-talet tog Svensk kuratorsförening upp frågan om en särskild examen för kuratorer. Många decennier senare är utbildningsfrågan fortfarande i luften. Kuratorer har länge kämpat för att få legitimation eftersom det ger en skyddad yrkestitel och ökad patientsäkerhet. En rättsutredning från 2010 redogör för varför en legitimation behövs. Framför allt handlar det om patientsäkerheten och att kuratorn idag genom t.ex. arbete med smittspårning och abortrådgivning utför arbetsuppgifter ”av så personlig och förtroendekrävande karaktär att allmänheten måste anses vara berättigad till den kvalitetsgaranti som följer med legitimationen (Fröberg & Höllgren, 2010, s. 5). I år, 2016, över ett sekel sedan Sveriges första kurator anställdes, är ett förslag på yrkesexamen för kuratorer på väg att utformas. Regeringen meddelade den 10 mars 2016 att Universitetskanslersämbetet (UKÄ) har fått i uppdrag att ge ett förslag på yrkesexamen för kuratorer. UKÄ ska i februari 2017 lämna in förslag på hur utbildningen ska komma att se ut (Regeringen, 2016; Akademikerförbundet SSR).

4 Kunskapsläget

Det är därför av stor vikt att samarbetet mellan professionerna fungerar som det ska och det kan underlätta att ha kunskap om vilka faktorer som förhindrar och främjar ett samarbete. I detta avsnitt kommer jag att redovisa för relevant forskning och kunskap inom området. Anmärkningsvärt är att samtlig forskning är internationell och kommer antingen från USA eller från Kanada. Det finns ingen tanke bakom detta. Jag sökte efter forskning som gjorts i en svensk kontext, då det ofta är lättare att överföra resultaten inom samma kontext, men fann i princip ingenting som var relevant eller som gav någonting användbart. Fokus i uppsatsen är samarbetet mellan professioner, och särskilt de mellanmänniska relationerna och interaktionerna. D'Amour et al (2008) samt Ambrose-Miller och Ashcroft (2016) valdes på grund av att det även där finns delar som fokuserar på vad de berörda personerna i samarbete kan göra för att påverka ett samarbete. Bonifas och Grays (2013) undersökning av läroplaner utsågs eftersom den ansågs ge viktig information om vad man kan göra för interprofessionellt arbete redan under studietiden.

4.1 Dimensioner av professionella relationer

Som en följd av integrerad vård och andra förändringar i organisationsformen har kraven på ett väl fungerande samarbete, mellan professionerna såväl som mellan organisationerna, ökat. För att ett samarbete ska fungera förutsätts professionerna vilja samarbeta för att uppnå bättre vård. De olika professionerna har dock olika intressen som ibland krockar med varandra och gör samarbetet svårare (D'Amour et al, 2008, s. 2). D'Amour et al presenterar därför en modell för att analysera relationer mellan individer såväl som interaktioner inom organisationen. Modellen består av fyra dimensioner som på olika vis påverkar samarbetet. Det första kallar D'Amour et al för *Gemensamma mål och visioner*, vilket innebär att det finns gemensamma mål inom teamet, en strävan mot samma vision. Man är även inom teamet medveten om att det finns olika motiv till och förväntningar av samarbetet. Den andra dimensionen är *Internalisering* som är en vetskap om att de olika professionerna är ömsesidigt beroende av varandra, vilket ger en känsla av förtroende och tillhörighet. De två första dimensionerna handlar om relationerna mellan samarbetsparterna medan dimension tre och fyra handlar om

organisationen. Den tredje dimensionen kallas för *Formalisering* och gäller rutiner som ger önskvärda resultat och beteende finns i organisationen. Den sista dimensionen är *Ledning* och avhandlar ifall de som styr på olika vis stödjer ett interprofessionellt samarbete (D'Amour et al, 2008 s. 2). Genom kvalitativa och deskriptiva fallstudier prövade D'Amour et al sin modell i hopp om att bekräfta dess funktion och bidra till kunskap om interprofessionellt arbete. D'Amour et al genomförde 33 semistrukturerade intervjuer av personal från perinatal (i folkmun kallat BB) i fyra olika sjukvårdsregioner i Québec, Kanada (ibid.). Analysen av intervjuerna visar bland annat att intervjupersonerna bekräftar att gemensamma mål är viktigt för att skapa en vilja att arbeta tillsammans (D'Amour et al, 2008, s. 5). Studien kom även fram till att om personalen från de olika professionerna lär känna varandra genom social interaktion, inte bara på ett professionellt plan utan också på ett personligt, underlättas samarbetet avsevärt. Man känner då till varandras värderingar och kompetens, vilket leder till en större och tryggare känsla av sammanhang. Det är också viktigt att de olika professionerna känner tillit till varandras kompetens och förmåga att ta ansvar. En central och tydlig ledarroll som kan hjälpa till och stötta personalen vid utvecklingen av det professionella samarbetet är viktigt. Det är även betydelsefullt att ledaren stöttar innovativa idéer gällande interprofessionellt arbete och att det finns ett ställe där man har möjlighet att utbyta information mellan professionerna (ibid.). D'Amour et al kom även fram till att det är essentiellt att alla vet vad som förväntas av dem och vad som förväntas av de andra professionerna (2008, s. 6).

4.2 Tydliga roller och god kommunikation

Målet med interprofessionellt arbete är att kunna erbjuda en bättre och mer integrerad vård till vårdtagarna. Med hjälp av en fokusgrupp försökte Ambrose-Miller och Ashcroft (2016, s. 101) identifiera faktorer som kan hjälpa eller förhindra ett interprofessionellt samarbete. Med hjälp av en semi-strukturerad guide, intervjuades en grupp som bestod av elva lärare, forskare och studenter inom socialt arbete i Canada.

Intervjupersonerna påpekade att det är viktigt att ha en god samarbetskultur på arbetsplatsen och i enighet med D'Amour et als (2008) modell är även ett tillåtande ledarskap av stor vikt (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016, s. 103f). Att

vara medveten om sin självidentitet, både som socialarbetare och som person, underlättar ett samarbete. Intervjupersonerna menade att det är värdefullt att veta vad man bidrar med som socialarbetare och att man har självförtroende i sin roll. Om rollen är otydlig kan det hindra ett samarbete (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016, s. 104). Detsamma gäller övriga professioner i samarbetet. Har man kunskap om varandras roller och arbeten är det lättare att samarbeta. Lika så om man delar lokaler med andra professioner, eftersom man då möter övrig personal i större utsträckning än om socialarbetarna sitter undanskuffade i en källare på sjukhuset (ibid.).

Någonting som ofta kan bidra till konflikter i samarbetet är beslutsfattande, där somliga intervjupersoner upplevde att läkare rättfärdigar ett beslut endast genom att påpeka att det är de som bestämmer (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016, s. 104f).

En av de mest avgörande faktorerna för att ett samarbete ska fungera är kommunikationen i gruppen. Om kommunikationen inte fungerar kan det förhindra samarbete och skapa konflikter. Kommunikationen sker på olika sätt, och ett är via patientjournaler. Vissa socialarbetare upplevde dock att övrig personal inte läste deras inlägg i journalerna. Det allra bästa sättet att kommunicera, menade intervjupersonerna, är ansikte till ansikte, vilket ytterligare stärker vikten av att vistas i angränsande eller samma lokaler (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016, s. 106).

Ett annat förhinder för samarbete är maktobalans, där intervjupersonerna upplevde att läkarna har mer makt än socialarbetarna och att de ibland kunde känna att läkarna pratade förbi dem. Även löneskillnaderna är ett uttryck för obalans av makt. Att ha en tydlig roll och en fortsatt diskussion är avgörande för att ett samarbete ska fungera (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016, s. 106ff).

4.3 Att förbereda socionomstudenter på interprofessionellt arbete

I socionomprogrammets finns mycket lite, om ens någon, undervisning som handlar om att arbeta i team med andra professioner. Bonifas och Gray (2013) är inte ensamma om att anse att sådan undervisning behövs för att förbereda studenter för ett sådant samarbete. De har därför skapat två olika läroplaner som de sedan testat på socionomstudenter i Arizona, USA (Bonifas & Gray, 2013, s.

476). Studenterna fick först fylla i en blankett som skulle avgöra vilken personlighetstyp de var, vilka inte presenteras i papret. Studenterna delades sedan in i två grupper, en grupp som skulle följa en interprofessionell läroplan och en som skulle följa en uniprofessionell läroplan. Studenterna gjorde även 3 uppgifter som handlade om olika aspekter av socionomens roll och arbete i ett interprofessionellt team (Bonifas & Gray, 2013, s. 479).

Enligt den interprofessionella läroplanen fick studenterna handledning av en expert. Socionomstudenterna hamnade i en grupp med medicin-, sjuksköterske-, apotekare- och dietiststudenter. Målen för denna grupp var att uppmärksamma vad de olika professionerna bidrar med för att göra vården så bra som möjligt, diskutera de olika stereotyperna och föreställningarna som finns om de olika professionerna samt förstå vilka effekter personligheter kan ge när det gäller stereotyper, kommunikation och beslutsfattande. De skulle också undersöka hur mångfald kan påverka gruppdynamik och problemformulering och slutligen skulle studenterna utveckla strategier som hälso- och sjukvårdspersonal kan använda sig av för att kunna arbeta i team. Detta gjordes genom att studenterna närvarade på ett seminarie, följt av diskussion i grupper som bestod av studenter från de olika utbildningarna (Bonifas & Gray, 2013, s. 480).

Enligt den uniprofessionella läroplanen gick studenterna på en tre timmar lång lektion. I denna grupp fanns endast studenter som gick samma utbildning. Här var målen istället att diskutera de olika delarna av hälso- och sjukvårdssystemet och beskriva socionomens och övriga professioners roller i teamet. Studenterna skulle också skriva ner olika strategier som kan användas vid ett samarbete och diskutera hur personligheter påverkar kommunikationen i teamet. Slutligen skulle de visa förmåga att prata med de olika professionerna i exempelvis en vårdplanering. Först fick studenterna lyssna på en föreläsning om de olika rollerna i teamet och sedan fick de söka online efter hur de olika professionerna utbildades och vilken slags licensiering de hade. Resultaten presenterades i gruppen och de fick diskutera hur konflikter skulle kunna lösas i ett interprofessionellt team (Bonifas & Gray, 2013, s.481).

Före och efter att studenterna deltagit i dessa undervisningsformer fick de fylla i en enkät med 10 frågor som handlade om attityder till och värderingar av det interprofessionella samarbetet. En av hypoteserna Bonifas och Gray (2013, s. 484)

kunde bekräftas. Dataanalysen visade att för de studenter som arbetat med den interprofessionella läroplanen höjdes resultatet på sju av tio områden. Framför allt visade resultatet att studenterna i lägre utsträckning ansåg att teamarbete försvårade vården och att läkare hade störst makt över beslut som rör vården. Studenterna ansåg istället att interprofessionellt arbete gjorde vården mer effektiv och att man som professionell blev mer entusiastisk över sitt arbete. Bonifas och Gray (2013, s. 486) upptäckte oväntat att studenterna i den uniprofessionella gruppen hade en ökad förståelse av rollerna i teamet. Resultatet visar således att även om den interprofessionella modellen var mest givande gällande attityder och värderingar, behövs även omfattande undervisning av de olika rollerna.

Studien är av kvantitativ art. Empirin kommer ifrån olika enkäter studenterna fick fylla i före och efter, och resultatet presenteras i tabeller med olika värden med en kort tillhörande text. Det vore intressant att ta del av studenternas diskussioner kring just konflikter i det interprofessionella teamet eller samtalen om vilka föreställningar och stereotyper som finns, men en sådan beskrivning och analys saknas. Källan kan trots det bidra till kunskap i denna studie, dels genom sitt resultat men också genom att titta på de olika läroplanerna. Jag menar att det går att anta att de ämnen och moment som tas upp i läroplanerna har arbetats fram eftersom de på olika sätt är aktuella vid ett interprofessionellt samarbete. Trots att det inte uttryckligen finns ett resultat av studenternas åsikter och diskussioner kan dessa läroplaner säga något om vad som kan vara viktigt vid ett samarbete med andra professioner.

5 Teori

5.1 Brantes professionsteori

5.1.1 Vad är en profession?

Det finns många sätt att definiera professioner, vilka tar fasta på olika aspekter av begreppet. Thomas Brante är en av många som försökt definiera och klargöra vad som krävs för att ett yrke ska få kallas profession. I en rapport framtagen av Högskolan i Borås har Brante (2009) redogjort för några vanliga teoretiska ansatser och definitioner och avslutar med en alternativ definition som själv tagit fram. Brante ställer sig frågan om det är möjligt att ta fram en definition som stämmer i tid och rum, och svarar att ett sätt att göra det är att bortse från tillfälliga egenskaper (Brante, 2009, s. 25). Efter en genomgång av vad Brante anser vara aktuella attribut av professioner kommer han fram till följande definition:

Professionella yrken är i något avseende organiserade, relativt autonoma bärare och förmedlare av samhälleligt sanktionerade, abstrakta kunskapssystem som ger dem förmågan att utföra handlingar som uppfattas som svåra, skickliga och värdefulla av allmänheten/klienten (Brante, 2009, s. 28).

Brante menar också att det finns tre generationer av professioner; Klassiska professioner, semiprofessioner och preprofessioner. Till de *klassiska professionerna* tillhör t.ex. läkare, arkitekter och jurister. Yrkena i denna generation har ofta ursprung i 1800-talet och har traditionellt långa utbildningar på universitet. Professionerna har ofta hög status och relativt hög inkomst. *Semiprofessioner* är professioner sprungna ur välfärdssamhället på sent 1900-tal och har ofta högskoleutbildning. Verksamheten har ett nytt vetenskapligt fält där forskning bedrivs. Till denna generation hör bl.a. socionomer, sjuksköterskor och lärare. Dessa professioner är ofta en del av större byråkratiska organisationer. De semiprofessionellas utbildning är inte lika lång som de klassiska professionernas. Dock har de vetenskapliga inslagen ökat i de semiprofessionella yrkenas utbildningar vilket har lett till att semiprofessionerna börjar närma sig definitionen av en klassisk profession. *Preprofessioner* är yrken som strävar efter en

professionell status, något som dykt upp under de senaste decennierna. Många av dessa yrken har utbildning på universitet, men på grund av att ämnena inte är klart, vetenskapliga avgränsade kallas yrkena ännu inte för professioner. Exempel på preprofessionella yrken är fritidsledare, data-programmerare och fastighetsmäklare (Brante, 2009, s. 30ff; Brante et al, 2015, s. 14f).

Brante et al publicerade 2015 en bok som heter ”Professionerna i kunskapssamhället” som är resultatet av en studie där olika professioner i Sverige jämförs med varandra. Genom en enkätstudie behandlar författarna olika teman som speglar den artikel Brante skrev i samarbete med Högskolan i Borås 2009. I Brante et al (2015) fördjupas de resonemang Brante för då han söker göra en definition. Med hjälp av dessa två källor kommer jag i följande avsnitt beskriva de resonemang och begrepp som är relevanta för att kunna analysera empirin i denna studie.

5.1.2 Utbildning och behörighet

Utbildningarna för de olika professionerna och professionsgenerationerna är olika långa. I utbildningen förväntas professionerna tränas i ett vetenskapligt tänkande vilket leder till *abstrakt kunskap* (Brante et al, 2015, s. 75). I de flesta definitioner av professioner nämns kunskap som en viktig komponent. Brante (2009, s. 28) nämner abstrakta kunskapssystem i sin definition. Med hjälp av sin kunskap kan de professionella sedan ta patent på experttjänster på arbetsmarknaden och som Brante (2009, s. 28) skriver, ”utföra handlingar som uppfattas som svåra, skickliga och värdefulla av allmänheten/klienten”.

Sambandet mellan utbildning och yrkesposition ser olika ut för de olika professionella grupperna. I vissa fall finns det en strikt relation mellan utbildning och yrkesutövning, något som blir tydligt för de yrken som är knutna till en offentlig myndighet. En person med polisutbildning som inte är anställda i en polismyndighet kan t.ex. inte beskrivas som och arbeta som polis. Andra grupper av professionella har istället utbildningar som kan leda till en yrkeskarriär. Brante et al (2015, s. 58) tar här upp socialarbetare som ett exempel på detta. Dessa yrken och deras intresseorganisationer kan ibland utveckla en strategi för att inte alla som har en viss utbildning ska kunna få en yrkesposition. De vill istället att en viss utbildningsinriktning ska krävas. Denna strategi kallar Brante et al (2015, s. 58f) för *stängning*. Att kräva legitimation för ett yrke är ett exempel på ett försök

till stängning av positionen. Då krävs en särskild examen för att få arbeta. Exempel på yrkesgrupper där legitimation är ett krav är psykologer, läkare och sjuksköterskor (Brante et al, 2015, s. 59).

Genom att införa särskilda examen och vidareutbildningar försöker yrkesgrupper alltså begränsa tillgången till vissa positioner. I annat fall ska det inte göras skillnad på kompetensen mellan de professionella som erhållit samma utbildning. För att illustrera detta talar Brante (2009) om *utbytbarhet*. Begreppet ska spegla att yrkeskåren har gemensamma färdigheter och kompetens som nås genom utbildningen. Detta är en kollektiv strategi för att inte skilja mellan enskilda yrkesutövare som handlar om att "[...] vilken utövare som helst inom kompetens området [är] kapabel att utföra uppgiften (Brante, 2009, s. 28).

I sin definition av professioner har Brante (2009) valt att fokusera på kunskapen framför specifikt utbildning vid ett universitet. Bland annat hävdar han att det tidigare inte krävdes universitetsutbildningar för vissa professioner, t.ex. inom medicin och juridik. Han påtalar också att det finns professioner utan krav på formell universitetsutbildning. Brante (2009, s. 25) påpekar att således är kravet universitetsutbildningar inte "transhistorisk", dvs. det ändras med tiden. Slutsatsen gällande universitetsutbildning är således att:

[...] även om professionell utbildning idag oftast förmedlas via universiteten så är detta ingen historisk eller definitionsmässig nödvändighet (Brante, 2009, s. 26)

5.1.3 Professioners interna autonomi

En professions autonomi innebär att det finns "[...] utrymme för att fatta självständiga beslut i en rad frågor" (Brante, 2009, s. 27). Autonomin är således styrt av styrningsformer och organiseringen av yrket. Att ha frihet att utforma sitt professionella arbete kallas arbetsautonomi (Brante et al, 2015, s. 183f) eller *intern autonomi* (Brante, 2009, s. 27). Vid intern autonomi kan yrkesutövaren i viss mån bestämma över sin arbetssituation. I Brante et als (2015, s. 184) handlar den interna autonomin om arbetsschema, arbetstakt, pauser och förändringar i tidsplanen. Enligt definitionen av Brante (2009, s. 28) är professioner "relativt autonoma".

5.1.4 Förtroende för professionen

Framgångsrika professioner åtnjuter ett starkt förtroende som är baserat på en allmän uppfattning om verksamhetens betydelse och svårigheter (Brante, 2009, s. 27)

Brante (2009) talar här om ett förtroende för professioner. Förtroendet kan både handla om allmänhetens förtroende för professionella och om professionellas förtroende för andra professionella (Brante et al, 2015, s. 193), men i sin definition av professioner lyfter Brante (2009, s. 28) främst allmänheten. För att klienten ska våga lämna sitt liv i en professionells händer krävs ett förtroende som bygger på tillit. Man måste helt enkelt kunna lita på att den professionella kan sköta sitt jobb. För att professioner ska vara förtroendeingivande krävs dessutom ett förtroende för hela kåren. Brante et al (2015, s. 201) tar sjukvården som exempel. Förtroendet till sjukvården kan dels hänga ihop med uppfattningen av sjukvårdspersonalens kompetens och dels med hur man uppfattar sjukvården som organisation eller hur sjukvårdspolitiken ser ut. Förtroendet kan även vara baserat på egna erfarenheter eller rykten om en profession (ibid.).

5.2 Talcott Parsons teori om auktoritet och kompetens

I sin artikel om teoretiska ansatser och definitioner skriver Brante (2009) om Talcott Parsons professionsteori, en paradigm som enligt Brante (2009, s. 17) "[...] tveklöst varit det mest betydelsefulla inom professionsforskningen". År 1939 publicerade Talcott Parsons en artikel som heter "Social forces: The professions and social structure". I artikeln diskuterar han olika sätt att närma sig en analys av professioner. Bland annat talar han om *professional authority* och *technical competence* (Parsons, 1939, s. 460), vilket kan översättas till professionell auktoritet och teknisk kompetens eller yrkeskompetens.

Parsons beskriver att det i samhället finns ett särskilt förhållningssätt till professionella auktoriteter. Han skriver bland annat att:

We speak of the doctor as issuing "orders" even though we know that the only "penalty" for not obeying them is possible injury to the patient's own health" (Parsons, 1939, s. 460).

I citatet illustrerar Parsons att man trots att det inte finns något straff, lyder man oftast läkarens "orders" eller ordinationer. Han menar att auktoriteten

inte är baserat på en allmän, högre status utan snarare handlar om den specifika tekniska kompetensen hos läkaren som gör att han är överordnad patienterna. Auktoriteten är begränsad och sträcker sig endast över ett specifikt område. Det är endast när det gäller medicin och hälsa som läkaren är överordnad patienten. Parsons (1939, s. 460) ger som exempel att man inte skulle kontakta en ingenjör om man har ont i magen, eftersom yrkeskompetensen är begränsad till ett visst kunskaps- och färdighetsfält.

6 Metod

Det finns mycket att ta hänsyn till när man ska genomföra en studie. Hur ska materialet samlas in? Vad avgör vilken metod som ska användas? Hur får man tag i personer som vill delta? Dessa frågor, med flera, söker jag besvara i detta avsnitt, där jag bland annat lyfter förtjänster och begränsningar med den valda metoden och vilka etiska dilemman som finns.

6.1 Val av metod

Syftet med studie är att undersöka och analysera sjukhuskuratorns upplevelser och erfarenheter av interprofessionellt arbete. När man söker förståelse för vad som påverkar människor och människors upplevelser är en kvalitativ metod lämplig (Bryman, 2011, s. 340ff; Ahrne & Svensson, 2011, s. 11ff). Interprofessionellt arbete innefattar interaktioner mellan människor och med en kvantitativ metod är det svårt att fånga och beskriva mellanmänskliga interaktioner. För att lättare kunna fånga nyanserade värderingar av respondenternas upplevelser använde jag mig av en kvalitativ metod (Ahrne & Svensson, 2011, s. 14). Jag ville även ta reda på vad kuratorer anser vara viktigt och relevant i samarbetet med andra yrkeskategorier och låta undersökningens riktning spegla personen som blir intervjuad. Detta är enligt Bryman önskvärt i en kvalitativ intervju, medan det i en kvantitativ metod ses som vara ett störningsmoment (Bryman, 2011, s. 413).

En kvalitativ intervju ger detaljerade svar och öppnar möjligheter för att ställa följdfrågor. Eftersom det fanns en del teman och frågor jag sökte svar på passade en semi-strukturerad intervju bra, snarare än att låta intervjupersoner associera fritt som vid en ostrukturerad intervju (Bryman, 2011, s. 413ff). Till skillnad från en strukturerad intervju kunde frågorna under intervjun komma i en annan ordning än ordningen i intervjuguiden, vilket gör intervjun mer flexibel och ger respondenterna mer utrymme att ta upp teman hen finner särskilt intressanta (ibid.). Intervjupersoner har även möjlighet att beskriva händelseförlopp och särskilda situationer på ett mer nyanserat sätt (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2011, s. 40). Det finns dessutom möjlighet att kontakta respondenten igen om jag skulle missa att ställa en fråga, vilket inte görs vid en kvantitativ intervju (Bryman, 2011, s.413f).

6.2 Metodens förtjänster och begränsningar

En risk med att använda intervju som forskningsmetod är att intervjupersonen kan påverkas av intervjuarens språk, egenskaper, sätt att formulera frågor etc., något som kallas för intervjuareffekt (Svensson & Ahrne, 2011, s. 21). Studier om intervjuareffekten har dock inte visat ett konsekvent resultat gällande vilka särskilda egenskaper hos intervjuaren som påverkar svar från informanterna (Bryman, 2011, s. 229). Bryman menar istället att det troligtvis är viktigare att reflektera över informanternas benägenhet att visa en positiv sida inför intervjuaren, något som kallas för social önskvärdhet (ibid.). Det finns alltså en risk att intervjupersonen undviker att berätta sådant som hen tror kan påverka bilden av hen på ett negativt sätt.

Bryman menar att det finns en risk frågorna formuleras olika om det finns flera intervjuare (ibid.). Jag menar dock att denna risk kvarstår trots att jag är ensam intervjuare. Eftersom intervjuerna kommer vara semistrukturerade och därmed inte följa en strikt mall kan frågorna komma att formuleras olika från intervju till intervju. Även följdfrågor kan variera, vilket leder till att teman fångas upp eller fördjupas olika mycket i intervjuerna.

Det finns många förtjänster med kvalitativ metod. Eftersom jag ville undersöka sjukhuskuratorers upplevelser och erfarenheter var det lättare för intervjupersoner att svara på frågorna muntligt än i t.ex. en enkät, eftersom informanterna sällan vill skriva långa svar på öppna frågor (Bryman, 2011, s. 230). Att intervjupersonen svarar på många öppna frågor leder till djupare förståelse och möjlighet till bättre analys av empirin. En annan fördel är att intervjupersonerna kan be intervjuaren förklara en fråga ifall hen tycker att frågan är otydlig. Det leder till ett minskat bortfall eftersom det i t.ex. en enkät finns en risk att respondenter låter bli att svara på frågan. Som ovan nämnt finns det även möjlighet att kontakta intervjupersonerna igen om jag upptäcker att jag inte fått svar på en viktig fråga.

6.3 Metodens tillförlitlighet

Det finns en rad olika faktorer att ta hänsyn till för att avgöra metodens tillförlitlighet. Två kriterier som ofta diskuteras inom forskning är reliabilitet och validitet. När man diskuterar en undersökning utifrån reliabilitet ställer man sig

frågan om resultaten blir detsamma ifall undersökningen görs om på nytt (Bryman, 2011, s. 49). Kommer intervjupersonen att ge samma svar vid olika intervjuer och beroende på intervjuare (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 295)? I avsnittet om metodens förtjänster och begränsningar diskuterade jag intervjuareffekten, dvs. risken för att respondenten påverkas av intervjuaren på olika vis. Samma resonemang går att föra gällande reliabilitet. Om någon annan genomför denna undersökning på nytt kan resultatet komma att påverkas ifall intervjuaren har en annan effekt på respondenten än vad jag haft. Även om jag själv skulle upprepa undersökningen är det omöjligt att vara i exakt samma sociala miljö, med samma sociala betingelser etc. (Bryman, 2011, s. 352). Reliabiliteten så som man vanligtvis definierar den är således låg. Bryman menar dock att frågan om reliabilitet är ofta mer relevant vid en kvantitativ studie än vid en kvalitativ (Bryman, 2011, s. 351). Kvale och Brinkmann menar även att ett alltför starkt fokus på reliabilitet kan leda till minskad kreativitet och variationsrikedom hos intervjuaren (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 296).

Validitet avser undersöka om forskningens slutsats kan genereras av frågeställningarna (ibid.). Undersöker metoden det den avser att undersöka? För att svara på frågan om validitet tar man ofta olika sorters mätning till hjälp, någonting forskare inom kvalitativ metod inte är särskilt intresserade av (Bryman, 2011, s. 352). För att anpassa begreppet till en kvalitativ ansats kan man istället fråga sig om de iakttagelser man gjort verkligen återger de företeelser och variabler som vi är intresserade av (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 296). För att validera en tolkning av intervjupersonens svar kan man fråga sig om personen talar sanning eller om det finns en möjlighet redogörelserna är falska. Det är därför viktigt att skapa forskningsfrågor som genererar upplevelsebetonade svar och tolkningar (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 301). Svaret som ges handlar helt enkelt om intervjupersonens upplevelser, och är inte nödvändigtvis en absolut sanning. Sjukhuskuratorns upplevelse behöver inte vara samma som hos övriga yrkeskategorier på sjukhuset. Vid formuleringen av forskningsfrågor, vid intervjuerna och vid analysen av materialet är det därför viktigt att betona att det handlar om intervjupersonens erfarenheter och uppfattningar. Studien är svår att generalisera till andra situationer och kontexter, dels eftersom det just handlar om några individers upplevelser och dels på grund av ett lågt antal intervjupersoner

(Kvale & Brinkmann, 2014, s. 310). Kvale och Brinkmann menar dock att generalisering inte alltid är det intressanta. I en kvalitativ studie kan det vara av intresse att diskutera om kunskapen som erhålls av analysen är överförbar till andra situationer som är relevanta. Kvale och Brinkmann påpekar att generalisering kan vara viktigt, men när studien har en konstruktivistisk eller diskursiv ansats är kunskapen bunden till social och historisk kontext (ibid.). Analysen bidrar alltså till kunskap som kan överföras på andra liknande situationer och kontexter.

Under hösten 2015 hade jag min praktik som socionomkandidat på en klinik inom SUS. Jag har därför en viss förförståelse för och kunskap om kuratorns interprofessionella arbete. Det var dock inte ett fenomen jag diskuterade djupgående med mina praktikhandledare och vi talade aldrig om begreppet interprofessionalitet. För att distansera mig från min förförståelse avstod jag ifrån att intervjua kuratorerna på den klinik jag befann mig på samt de sjukhuskuratorer jag träffat och pratat med vid upprepade tillfällen. Vid konstruktionen av intervjufrågor och vid själva intervjun lade jag stor vikt vid att inte ställa några ledande frågor. Det var dessutom essentiellt att inte ha förutfattade meningar om vad personerna skulle svara eller tycka, så att jag inte vid analysen skulle dra oöverlagda slutsatser. Jag har haft en pågående diskussion med andra studenter och min handledare om min förförståelse, för att vara medveten om det vid intervjuerna såväl som vid konstruerandet av intervjuguiden och vid analysen av det insamlade materialet.

6.4 Urval

Jag har valt att intervjua sjukhuskuratorer om deras erfarenheter av interprofessionellt arbete. För att få en nyanserad bild av kuratorernas upplevelser av interprofessionellt arbete på olika kliniker ville jag undvika att intervjua flera kuratorer från samma klinik eller samma slags klinik (t.ex. två kuratorer från olika akutmottagningar). Det var av intresse att intervjua personer från kliniker som skiljde sig från varandra på olika sätt, t.ex. genom att det finns olika arbetsätt eller att sjukhusteamet ser annorlunda ut. För att avgränsa mig valde jag att intervjua kuratorer från Skånes Universitetssjukhus (SUS). 2010 slogs Malmö Universitetssjukhus och Lunds Universitetssjukhus samman till Skånes

Universitetssjukhus, som är det tredje största universitetssjukhuset i Sverige (Nationalencyklopedin, 2016; Skånes Universitetssjukhus, 2015). Jag valde att begränsa mig till SUS eftersom det underlättar geografiskt då de flesta kliniker som tillhör SUS ligger i Malmö och Lund, vilket ökar tillgängligheten för intervjuerna, men också eftersom det är en stor klinik med många kuratorer. Som jag nämner i *avsnitt 6.3* har jag varit i kontakt med kuratorer på SUS på grund av att jag haft min socionompraktik där, vilket gjorde det enklare för mig att komma i kontakt med intervjupersoner.

För att på ett enkelt sätt komma i kontakt med kuratorer som var intresserade av att delta valde jag sedan att kontakta en nyckelperson som jag kom i kontakt med under min praktik. Personen jag kontaktade är anställd inom Region Skåne och har en inblick i de olika sjukhuskuratorernas arbetsområden. Hen kontaktade samordnarna i de olika kuratorsdivisionerna så att de i sin tur skulle kunna göra en intressekoll bland sjukhuskuratorerna i divisionen. Nyckelpersonen förmedlade tre kontakter. Hen skickade även en lista med SUS kuratorers kontaktuppgifter och med hjälp av den fick jag kontakt med ytterligare en kurator. Efter att ha rådfrågat min handledare valde jag att nöja mig med de fyra intervjupersonerna. Tiden för studien var begränsad och som ensam intervjuare upplevde jag att det var svårt att hinna genomföra fler intervjuer på ett bra sätt. Å ena sidan ville jag intervjua fler kuratorer än fyra, å andra sidan ville jag att intervjuerna skulle vara i ungefär 45-60 min för att få svar på de frågor jag hade. Efter att ha resonerat med min handledare prioriterade jag färre men längre intervjuer med många intervjufrågor framför flera, korta intervjuer.

Intervjupersonerna var fyra kvinnor som arbetar som sjukhuskuratorer. Intervjupersonerna har fått fingerade namn och kallas för Karin, Åsa, Ida och Medina.

Karin är i 50-årsåldern och tog socionomexamen i slutet av 1990-talet och fick inom ett år sin första tjänst som sjukhuskurator. Hon har sedan dess arbetat på tre olika kliniker inom SUS, och på den nuvarande kliniken har hon arbetat i ca fem år. Karin arbetar som ensam kurator på sin klinik.

Åsa är i 40-årsåldern och examinerades vid millennieskiftet. Hon arbetade som socialsekreterare i ungefär ett år, sedan påbörjade hon sitt första kuratorsjobb i en annan del av Sverige. Åsa har haft en tidigare tjänst inom SUS, och på den

nuvarande kliniken har hon arbetat i över tio år. Åsa har flera kuratorskollegor på kliniken.

Ida är ungefär 30 år gammal och är förhållandevis nyexaminerad och nyanställd på kliniken. Hon har kort erfarenhet på en annan klinik inom SUS men har sin första anställning på den nuvarande kliniken. Ida har flera kuratorkollegor.

Medina är även hon runt 30-årsåldern och tog sin socionomexamen för över fem år sedan. Under sin studietid arbetade hon på ett LSS-boende och har tidigare arbetat som sjukhuskurator i en annan stad. Förutom sin nuvarande tjänst har hon arbetat på två andra kliniker inom SUS. På den nuvarande kliniken har hon arbetat i ett par år.

Intervjuerna ägde rum på kuratorernas kontor i 45-60 minuter.

6.5 Etik och etiska dilemman

Inom forskning är det viktigt att ta hänsyn till de grundläggande etiska principerna. En viktig princip handlar om samtycke. Om man inte har samtycke från intervjupersonen får man inte heller lov att genomföra undersökningen (Lövgren, Kalman & Sauer, 2012, s. 57). För att respondenten ska kunna ge sitt samtycke till att delta i studien behöver de informeras om hur undersökningen kommer gå till, vad som förväntas av dem osv. Detta kallas för ett informerat samtycke (Kalman & Lövgren, 2012, s.13). För att uppnå detta krav skickade jag ut informationsbrev² där jag redogjorde för undersökningens syfte och om hur intervjuerna skulle gå till. Jag presenterade mig själv och bifogade mina och min handledares kontaktuppgifter, så att intervjupersonerna hade möjlighet att kontrollera att undersökningen är en del av min utbildning vid Lunds Universitet och att jag är den jag uppger mig vara. I brevet står det även att det är frivilligt att delta och att de när som helst under studien kan välja att avbryta sitt deltagande. Konfidentialitetskravet finns för att värna om individerna och skydda deras uppgifter från att komma ut. Jag informerade därför om att respondenterna och dess svar avidentifieras på ett sådant sätt att svaren inte går att koppla till varken person eller sjukhusklinik. Avidentifieringen sker i transkriberingsstadiet. Personuppgifter och intervjusvar hanteras på ett sätt så att ingen obehörig kan ta

² Se Bilaga 1 - Informationsbrev

del av dem. Jag poängterar även att uppgifterna som samlas in endast kommer att användas för det aktuella ändamålet, dvs. denna C-uppsats. Därmed uppfylls nyttjandekravet (Kalman & Lövgren, 2012, s. 14).

Vid intervjutillfällena bad jag intervjupersonerna skriva på en samtyckesblankett³ där samtlig information upprepades. När intervjupersonerna skrev under blanketten gav de mig deras samtycke till att delta i studien. Eftersom intervjupersonerna läste igenom informationen innan de skrev på valde jag att inte kommentera informationen vidare, utan frågade bara om personen förstod eller hade frågor om informationen. I slutet av intervjuerna informerade jag intervjupersonerna om att jag skulle transkribera intervjun, koda materialet och i analysen sammanfläta intervjusvaren från samtliga respondenter och plocka ut vissa citat.

6.6 Analysmetod

Intervjuerna spelades in med hjälp av en röstinspelare. När intervjun var genomförd började jag direkt att transkribera ljudinspelningen. För att analysera materialet valde jag att använda mig av en begreppsstyrd kodning. Det innebär att man kodar empirin efter existerande koder, som man utvecklar antingen genom att söka i materialet eller genom att använda sig av litteratur om ämnet (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 244). För att hitta koder, eller teman, läste jag först igenom empirin och antecknade nyckelord i marginalerna. Genom en öppen fokusering studerade, jämförde och kategoriserade jag sedan nyckelorden för att identifiera teman (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 241). Jag sökte även inspiration ifrån kunskapsläget och teorin. När jag hade funnit teman som var av intresse påbörjade jag själva analysen. Jag skapade ett dokument för varje tema och kopierade sedan in text från intervjuutskriften. På så sätt fick jag en överblick av varje tema. Resultat och analysdel är integrerad och består av tre delar med tillhörande underrubriker. Som ovan nämnt används citat genomgående för att på en målande sätt beskriva intervjupersonernas tankar och upplevelser.

³ Se Bilaga 3 - Samtyckesblankett

7 Resultat och analys

I avsnittet 6.4 presenteras intervjupersonerna kort för att ge en bild av kuratorerna. I detta avsnitt följer en integrerad resultat- och analysdel. Presentationen kommer att ske med hjälp av tre delar och tillhörande underrubriker. Kategorierna uppstod som teman, vilka återkom i intervjupersonernas utsagor. Intervjupersonerna har som tidigare sagt fått de fingerade namnen Karin, Åsa, Ida och Medina.

7.1 Interaktionen med andra professioner

7.1.1 Tid och forum för diskussion

Samarbetet på de olika klinikerna handlar om patienterna och om vilka patienter som är aktuella för en kuratorskontakt. De olika professionerna som kuratorerna samarbetar med är undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, sekreterare, psykologer, dietister och sjukgymnaster. Kuratorerna deltar i den mån det är möjligt i mottagningarnas och avdelningarnas ronder, PULS-möten, morgonmöten och annat. På kliniken Karin arbetar på ligger det dagliga mötet på en tid hon sällan är tillgänglig. Hon berättar att även dietist och sjukgymnast sällan kan delta på dessa möten. Karin upplever att det inte går att ändra tiden för mötet eftersom det är en minoritet som inte kan komma. Det kan alltså vara en utmaning att göra sig hörd som minoritet på en arbetsplats. För att ändå känna sig delaktig berättar Karin att hon vistas mycket på avdelningen och försöker hålla sig uppdaterad genom journaler. Trots att hon på ett sätt känner sig fortsatt delaktig och integrerad upplever hon att missar mycket av personalens tankar och planer för dagen.

Medina deltar i mottagningens APT (Arbetsplatsträff) trots att kuratorerna egentligen inte tillhör mottagningen utan har en annan chef. Hon berättar att samarbetet med mottagningen är närmre än med avdelningarna. Medina och hennes kuratorskollega har ingen fast APT med sin chef, de bokar in en tid när någon part upplever att det behövs. Medina berättar att det funkar men att hon gärna hade sett att mötena skedde lite mer på rutin.

Kuratorerna möter även de andra yrkesgrupperna på utbildningsdagar eller stormöten där hela kliniken deltar. På Karins klinik anordnas After work regelbundet. Hon berättar att det är ett tillfälle för personalen att umgås och har roligt med varandra. Karin uppger även att kliniken håller ett möte en gång i

månaden där man kan prata om sådant som är jobbigt eller om man haft tuffa ärenden, men även om personalgruppen har gjort något bra. Hon berättar om vilka som deltar förutom kuratorn och en servicepersonal:

Det är bara sjuksköterskor och undersköterskor [...] Läkarna är... Där har efterfrågats någon gång men när det väl kommer till kritan så tycker de inte att de hinner (Karin)

Jag ber om hennes tankar kring att läkargruppen inte deltar och hon svarar att hon tycker att det är synd. Karin tror att hela personalgruppen hade vunnit på att läkarna deltog. Bonifas och Grays (2013) jämförde två läroplaner med varandra, där en grupp socionomstudenter samarbetade med studenter från andra professioner och en grupp studenter hade diskussioner inom socionomgruppen. Studien handlade om samarbete inom äldresjukvården och bland annat medicin- och sjuksköterskestudenter deltog. En av Bonifas och Grays (2013, s. 484) slutsatser är att ifall man tar sig an vården som ett team blir vården mer effektiv. Vad händer då om centrala vårdgivare som läkarna inte deltar i möten med andra professioner? Karin säger att om alla yrkesgrupper deltar är det lättare att ta del av beslut kring medicinering och behandling:

Plus att det blir lättare att förstå varandra kanske också, när man tar beslut om medicinering och behandlingar och så där, och sköterskorna kanske har en annan uppfattning eller läkarna har en ... och då är det lättare att mötas om man pratar om det (Karin).

När det gäller beslutsfattande uppger både Karin och Ida att de inte har något att säga till om när det handlar om beslut som rör behandling, medicin eller liknande.

Jag upplever att det är väldigt tydligt på sjukhuset att läkarna är ansvariga för patienterna och därför alltid har beslutsmakten kring det medicinska (Ida).

Alltså när det gäller den psykosociala biten så känner jag nog ändå att jag skulle kunna säga att ”det här kommer inte att fungera, det här måste vi göra på ett annat sätt. Men det är klart att den medicinska det är ju bara läkarna som kan och får ta, självklart. Och ibland kan de ju med krocka i varandra och då får man ju diskutera där och jag kan ju aldrig lägga mig i alltså, medicinska beslut (Karin).

Kuratorn har alltså enligt ovanstående intervjupersoner ingen eller mycket lite makt när det gäller beslut kring medicinska frågor. Karin berättar att de medicinska besluten ibland kan krocka med den psykosociala aspekten och för att lösa det ska man diskutera med varandra. Om läkarna, som har en stor beslutsmyndighet kring patienten, uteblir från mötena går ett sådant diskussionsforum förlorat. Åsa anser dessutom att en förutsättning för att ett interprofessionellt samarbete ska fungera är att det finns tid och forum för diskussioner. På Karins klinik finns alltså ett sådant forum, men för läkarna saknas tiden, och som ovan nämnt har Karin inte möjlighet att delta på det dagliga mötet där läkare och sköterskor går igenom dagens planerade arbete.

Utifrån dessa uttalanden kommer jag till slutsatsen att interprofessionella möten där tiden fungerar för alla inblandade kan vara en utmaning. Förutom att vården riskerar att bli mindre effektiv (Bonifas & Gray, 2013, 488) kommer Ambrose-Miller och Ashcroft (2016, s. 104f) fram till att beslutsfattande ofta leder till konflikter. I Ambrose-Miller och Ashcrofts (ibid.) fokusgrupper framgår att socialarbetarna upplever att läkare ibland rättfärdigar ett beslut endast genom att konstatera att de har beslutsrätten. Ifall man som professionell inte vill diskutera beslut kring patienten menar jag att förtroendet minskar för den enskilda professionella. Ett förtroende för en enskild professionell påverkar dessutom förtroendet för kåren som helhet (Brante, 2015, s. 201). Ett förtroende grundar sig dessutom inte alltid i självupplevda erfarenheter utan kan ibland vara rykten om andras upplevelser eller liknande (ibid.). Om en viss yrkesgrupp, läkarna i detta fall, inte deltar på mötena och därmed minskar möjligheten för diskussion kan det alltså leda till ett minskat förtroende för såväl de professionella som dess kår. D'Amour et al (2008, s. 5) kommer dessutom i sin analys fram till att bl.a. social interaktion på ett professionellt plan leder till en större tro på varandra kompetens, vilket jag också kopplar till ett ökat förtroende. D'Amour et al (ibid.) påpekar därför att det är viktigt att det finns ett forum där professionerna kan utbyta viktig information, annars minskar tilliten till varandras kompetens. Jag summerar således att en strategi för att interprofessionellt samarbete ska fungera är att professionella såväl som ledning uppmärksammar vikten av att alla

yrkeskategorier har tid och möjlighet att mötas och diskutera beslut och patientärenden.

7.1.2 Vikten av god kommunikation

Ambrose-Miller och Ashcroft (2016) kommer i sin studie fram till att en av de viktigaste faktorerna för att ett interprofessionellt samarbete ska fungera är fungerande kommunikation. I linje med detta resultat talar samtliga intervjupersoner i denna studie om att en god kommunikation är viktig. Intervjupersonerna berättar om hur kommunikationen kan se ut. Åsa säger att på mottagningar och avdelningar så är det mycket per telefon men att det också sker ett samarbete via papper och internpost samt bevakning på Melior⁴. Karin använder sig mycket av telefonsamtal, men att det dessutom finns en slas anslagstavla på henne klinik. Där kan personalen t.ex. sätta upp en Q på ett rum, symbolen för kurator, så vet Karin att patienten vill ha kontakt med henne. Hon vistas dessutom mycket på avdelningen och berättar att det är ytterligare ett sätt att få kontakt med sina kollegor.

Ida berättar att när hon behöver diskutera ett ärende med t.ex. en sjuksköterska vill hon helst träffas och prata:

Det kan vara över telefon, men jag brukar om jag har möjlighet söka upp den personen som ringer och prata... Träffas face to face istället, för jag tycker att det är bättre... Det är lättare att ha kommunikationen på det sättet, för då är det lättare att tolka varandra (Ida).

Ida påtalar att vid ett fysiskt möte är det lättare att tolka varandra. Hon lägger till att hon tycker att det är viktigt att personalen inte tror att hon blir sur ifall hon inte är det och då underlättar det att ses "face to face". Ambrose-Miller och Ashcroft (2016, s. 106) kommer som tidigare nämnt fram till att det är viktigt att kommunikationen fungerar. Deltagarna i deras fokusgrupper uppger att det bästa sättet att kommunicera är just ansikte till ansikte, alltså samma åsikt som Ida ger uttryck för. Det är viktigt för Ida att övrig personal inte misstolkar henne. I samtliga intervjuer ombeds kuratorerna berätta om en situation eller ett tillfälle där ett samarbete inte har fungerat bra, och samtliga ger exempel på en bristande

⁴ Journalföringssystemet

kommunikation eller missförstånd. Medina berättar om ett tillfälle när en läkare inte respekterade hennes beslut angående en patientkontakt. Hon berättar om konflikten och när jag frågade vad som gjorde henne illa till mods svarade hon:

Orättvis behandling när man inte riktigt har koll på hur vårt arbete kanske ser ut och bara man bemöts med... Istället för att då höra efter och fråga om, ja men "Hur tänkte du i det här fallet varför gjorde du så, varför gjorde du så" eller så, så går man till attack direkt och bara... Ja jag vet inte (Medina).

Det som gjorde att samarbetet inte hade fungerat bra var alltså att Medina upplevde att läkaren inte hade koll på hennes arbetsuppgifter samt att läkaren "gick till attack" istället för att fråga hur Medina hade tänkt. Denna konflikt skedde över telefon. Jag funderar över vad som hade hänt om kommunikationen skedde på annat sätt, t.ex. vid ett interprofessionellt möte där samtliga professioner är representerade. Jag inser att det inte är möjligt att tala om minsta oklarhet eller fråga på sådana möten, det hade tagit alldeles för mycket tid och energi, men om man ändå tänker sig ett sådant scenario tror jag att diskussionen hade kunnat lyftas på ett högre plan. Om det t.ex. hade rört sig om en arbetsuppgift som inte tillhör kuratorn och som läkaren ändå insisterade på att kuratorn skulle göra hade man på ett effektivt sätt kunnat prata om vilka uppgifter kuratorn kan och ska ta på sig. Istället för att ta diskussionen med en kollega kan man lyfta frågan så att hela personalen har möjlighet att lyssna och ta del av diskussionen. I den uniprofessionella läroplanen i Bonifas och Grays (2013, s. 481) studie bestod ett moment i att diskutera hur konflikter skulle kunna lösas när flera professioner är inblandade. Som nämnt tidigare presenteras inte studenternas åsikter eller tankar i resultatet, men blott att det finns som ämne i läroplanen tyder på att det är en väsentlig fråga. En strategi för att interprofessionellt samarbete ska fungera kan således vara att i grupp diskutera konfliktlösning och lyfta alla professioners perspektiv på en fråga eller en konflikt.

Intervjupersonerna uppger att i ca nio av tio fall fungerar samarbetet bra, om inte mer, lägger Ida till. Ifall ett samarbete trots det inte fungerar väljer kuratorerna olika sätt att hantera situationen. Åsa och Medina berättar båda att de hade gått till chefen och

Karin berättar att hon i de flesta fall pratar med personen i fråga, men att någon gång har det gällt en person flera i personalen haft problem med. I ett sådant läge tycker Karin att man ska ta upp det på avdelningen:

Ja då lyfter man det ju på avdelningen och man vill ju inte heller, vad ska man säga, man ska ju inte peka ut någon speciell men det är. Det har ju varit fall när det har varit känt för alla att det har varit ett bekymmer så att säga, och då har man kanske tagit tag i det och försökt göra något åt det, och så (Karin).

Ida är kluven när det gäller sin strategi för när kommunikationen eller samarbetet inte fungerar. Hon förklarar att om hon upplever att ett samarbete inte fungerar brukar hon försöka ge en hint till personen i fråga, ”små markeringar”, säger hon. Om personen inte uppfattar dessa hade hon gått till sin chef, trots att hon tycker att det bästa är att prata med personen direkt. Senare under intervjun säger hon dock emot sig själv. Hon säger först att:

Jag tycker att man borde prata med kollegan först, men jag tror faktiskt inte att jag hade gjort det, om jag ska vara ärlig (Ida).

Men tio minuter senare säger hon att:

Jag tror väldigt på öppen kommunikation, att man lyfter frågan helt enkelt. Om det är så att det handlar om en specifik person i personalen, att försöka ta det med den personen. Handlar det om grupperingar på något sätt, att man lyfter upp det kanske då via chefen för att kunna ha en större diskussion (Ida).

I det första citatet påpekar hon dock att hon tycker att man ska prata med kollegan först. Kanske är det senare citatet ett uttryck för hur Ida tycker att kommunikationen ska vara, trots att det ibland tycks vara svårt att upprätthålla. Ida trycker på vikten av öppen kommunikation. Hon säger vid ett annat tillfälle att man ska lyssna ordentligt på varandra och inte stressa förbi. Även Åsa påtalar att det är viktigt att lyssna och inte avbryta varandra.

Som tidigare nämnt kommer D'Amour et al (2008, s. 5f) i sin studie fram till att ett interprofessionellt samarbete underlättas om kollegorna lär känna varandra genom social interaktion, såväl på det professionella planet som på det privata. En

tillit till varandras kompetens utvecklas då och förtroendet ökar. Ida berättar att kuratorerna på hennes klinik har jobbat mycket på att synas ute på avdelningen och säger att:

[Samarbetet] bygger också mycket på de sociala kontakterna med kollegorna, närvara på möten, sitter i samma fikarum, snickelinsnackar i korridoren om det finns möjlighet och så (Ida).

Även Medina tycker att den sociala kontakten är viktig. Om man är ny på en arbetsplats tycker hon att det är givande att vistas på avdelningarna, fastän man kanske inte har något aktuellt ärende. Hon uppger att det har hänt att hon gjort sig "onödiga ärenden" på avdelningarna för att ha en ursäkt att vistas på avdelningarna i fler fall än när hon ska träffa patienter. Hon vill att kollegorna ska få en uppfattning om vem hon är som person. Hon berättar:

Jag skulle nog säga att jag tycker att det är ett bra samarbete men att det är viktigt också själv engagera sig och visa att man vill finnas och vara aktiv och hjälpa till liksom, att det är en givande och tagande att... Ja men jag går upp på avdelningen ibland även fast jag inte har något specifikt ärende och jag är noga med att hälsa på alla jag ser där och jag är noga med att hälsa på nya ansikten och kika in till kanske avdelningsföreståndaren och ja men, gör sig onödiga ärenden (Medina).

"Åh jag skulle hämta detta" fast det behövde jag kanske egentligen inte (Medina).

Karin tycker också att nyanställda ska lägga mycket tid på att vistas på avdelningen och delta på rondan. När hon var ny på kliniken gjorde hon just detta för att hon och kollegorna skulle ha chans att lära känna varandra mer. Karin berättar att hon inte är lika närvarande längre. Hon säger att eftersom hon har jobbat länge på kliniken vet kollegorna vem hon är och dessutom har hon många patientkontakter och har svårt att få tiden att räcka till.

Åsa pratar kritiskt om att "visa upp sig" på avdelningarna eftersom hon i tidigare anställningar upplevt att hon behövt göra det för att få patientkontakter, vilket jag kommer att vidare behandla i nästa avsnitt. Både Ida och Medina är i förhållande till Åsa och Karin relativt nya på sina arbetsplatser. Kanske är det viktigare för en nyanställd eller nyexaminerad medarbetare att knyta kontakter. Karins uttalande tyder på det eftersom hon berättar att när hon var ny på kliniken

deltog hon i mycket möten och ronder men att nu när hon har arbetat på den aktuella kliniken i fem år upplever hon inte samma behov. Hon har dessutom arbetat som sjukhuskurator sedan slutet av 90-talet vilket troligtvis gör henne tryggare i sin funktion än en vad nyexaminerad kurator är. Däremot säger hon att hon fortfarande spenderar mycket tid på avdelningen.

7.2 Kuratorn i teamet

7.2.1 Att vara synlig och tillgänglig

Gällande frågan om vad intervjupersonerna tycker är viktigt för att ett interprofessionellt samarbete ska fungera, nämnde kuratorerna ett flertal gånger olika egenskaper. Intervjupersonerna uppger att kuratorn bland annat ska vara glad, tillgänglig, flexibel, synlig, lugn, trygg, engagerad, tillmötesgående, öppen, positiv, hjälpsam, alert och aktiv. Åsa talar till och med om det kan upplevas vara ett krav, någonting kuratorn *måste* eller *förväntas* vara:

som kurator måste man ju vara både extremt trygg, bastant, man måste vara glad och man måste vara alert och man måste vara... Finnas till hands, hjälpsam (Åsa).

Att vara glad och trevlig gäller inte bara kuratorerna, vissa av egenskaperna menar intervjupersonerna att även övriga professioner ska ha. Att ha respekt för varandras kunskap och erfarenheter är av stor vikt:

Jag tycker att det är jätteviktigt att vara positivt inställd till varandra. Att visa upp en glad och positiv attityd. Man ska vara inlyssnande och respektera andra människors erfarenheter och kunskap från sitt fält (Ida).

Åsa är dock starkt kritisk till denna syn på hur en kurator ”bör” vara, och när hon beskriver egenskaperna gör hon det på ett avvisande sätt.

Hur kommer det sig att professioner tillskrivs vissa egenskaper? Enligt intervjupersonerna ska kuratorn vara glad, synlig, positiv etc. Utan att försöka gissa mig till vilka, konstaterar jag att läkare, sköterskor och annan personal på ett sjukhus tillskrivs andra egenskaper, positiva som negativa. Fördomar om hur en viss profession beter sig, hur de är i bemötande eller liknande är nog svårt att komma ifrån. I så fall krävs troligtvis en förändring i samhället som sedan

genomsyrar organisationer och professioner. För att inte låta fördomarna påverka samarbetet och arbetet på kliniken tror jag att är det betydelsefullt att uppmärksamma när man stöter på en fördom, att reagera och faktiskt tänka att det är en fördom och ingen sanning. Det är inte så att kuratorer alltid ska vara glada eller att de ska stå i ett hörn och bara vänta på att någon annan i personalen kallar på deras hjälp. Om man uppmärksammar fördomarna, både kring sin egen roll och också andras, kanske en förändring i arbetsgruppen sker, även om det kanske inte raderar fördomen i samhället.

Det är även viktigt att vara medveten om sin identitet på arbetsplatsen:

det första för gott samarbete, att själv veta om "vart har jag mina gränser?" och då är det ju både yrkesmässigt men kanske också personligt, faktiskt (Ida).

Att ha självinsikt och kunna granska sig själv kritiskt, både i arbetet med också privat, är alltså något som kan främja ett interprofessionellt samarbete, något även Ambrose-Miller och Ashcroft (2016) kommer fram till. Det är också viktigt att veta om sin och de andra professionernas roller samt vilka uppgifter de olika professionerna ska utföra. Åsa säger å ena sidan att hon upplever att på grund av att yrket funnits länge vet alla vad en kurator gör, å andra sidan att det ibland kan göra att andra har föreställningar och uppfattningar om vad en kurator ska göra som inte alltid stämmer. Erfarna medarbetare är vana vid att kuratorn går att få tag i snabbt och att man alltid är tillgänglig, men så är det inte längre på Åsas klinik. Hon påpekar att osäkerhet, stress och vaghet i rollerna och arbetsbeskrivningarna är upplagt för bekymmer. Ida upplever att de andra professionerna har stor respekt och tilltro till kuratorn och ibland kan förväntningarna vara höga:

Jag upplever att man har en väldigt stor respekt för det vi gör och ibland nästan en väldigt hög tilltro till att om en person är... Om någonting är jobbigt så ska jag kunna gå in och så ska komma ut och då är allting frid och fröjd (Ida).

7.2.2 Ett självständigt arbete?

Som tidigare nämnt ser kuratorernas arbete olika ut på olika kliniker. För det första varierar antalet kuratorer på klinikerna. På kliniken där Ida jobbar är flera kuratorer anställda och Ida upplever att de har ett nära och gott samarbete. Hon

ser det som positivt att inte arbeta som ensam kurator. Jag ber henne utveckla och hon påpekar att om man är flera kuratorer kan man avlasta varandra på ett annat sätt eftersom man har samma utbildning och perspektiv på saker. Om man har ett betungande ärende kan man rådfråga kuratorskollegorna och få stöd.

Medina arbetar tillsammans med en kuratorskollega, vilket hon tycker fungerar bra. Hon har tidigare arbetat som ensam kurator på en annan klinik och även om det fungerade bra hade hon inte velat göra det på den nuvarande kliniken. Hon upplever inte heller att de hade behövt vara fler.

Karin arbetar som ensam kurator och när jag ber henne berätta om hur det är att vara ensam kurator säger hon att det fungerar bra och tillägger:

Jag kan ju utforma mitt jobb i princip väldigt självständigt. Men det är också en nackdel i det. Man kan ju hjälpas åt på ett annat sätt när man är två och två kommer förmodligen på bättre idéer och det blir lite mer variation kanske (Karin).

Hon berättar att trots att hon arbetar ensam så talar hon mycket med andra kuratorer och har även ett nära samarbete med övrig personal. En kurator från en annan klinik har dessutom ett rum nära Karin, och dit går hon ifall hon behöver råd. Karin säger att det ändå finns en risk med att arbeta ensam eftersom det är lätt att bli hemmablind och att ingen egentligen kan säga ifrån så mycket om hennes arbete, såvida det inte är ett uppenbart fel. Karin påtalar också att hon kan utforma sitt arbete självständigt, på gott och ont.

På Åsas klinik arbetar flera kuratorer, men Åsas upplevelse av kuratorskollegialiteten är något avvikande ifrån Idas och Medinas tankar om att vara flera kuratorer. Åsa menar att samarbetet med kuratorerna inte är det centrala för henne eftersom hennes arbete sker mycket i team med andra professioner. Hon säger även att samarbetet med kuratorskollegorna ibland kan vara svårare än med de andra professionerna.

Är jag ju faktiskt ganska självkritisk till min egen yrkeskår, just utifrån att jag märker när jag har varit runt och pratat, jag märker gentemot mina kollegor, att [...] det finns ett motstånd. Motstånd att lära sig nytt, att gå från... Alltså att utmana det här arbetssättet, att jobba terapeutiskt, att finnas till hands när man behöver. [...] Och där tänker jag, där är man också rädd för att liksom, tänka om. Kanske bli mer

strukturerad [...] Så att jag kan säga att, jag kan ibland uppleva att samarbetet är svårast inom mitt eget skrå (Åsa).

Åsa berättade tidigare i intervjun att arbets sättet på kliniken håller på att förändras och förklarar att det bland kuratorskollegorna finns ett motstånd att tänka om kring arbets sättet. Hon säger att det kanske finns en rädsla för att bli mer strukturerade, vilket ger mig en bild av att arbetet tidigare varit mindre strukturerat med frihet att utforma arbetet själva.

Karin kan som ovan nämnt självständigt utforma sitt arbete. Hon menar dock att det inte alltid är en fördel, dels eftersom fler och bättre idéer utvecklas om man är två och dels eftersom det kan vara svårt för utomstående kollegor att upptäcka brister i kuratorsarbetet när de har begränsad inblick i arbetet. Medina och hennes kuratorskollega har också ett självständigt arbete:

[...] alltså man får sköta sig väldigt mycket själv här, det är ingen som liksom bestämmer så mycket över det jag gör utan det är vare sig min chef eller andra kollegor. [...] Jag trivs med den friheten, det gör jag. Alltså det är under ansvar. Jag tror ändå att min chef har så pass mycket koll att han skulle märka rätt så snabbt m det var något som inte var bra eller som inte stämde [...] jag trivs med att det inte är detaljstyrt kring mina tider, att jag kan lägga upp det hur jag vill och... Det vet jag ju andra kuratorskollegor på andra kliniker som har det väldigt styrt och det tror jag inte att jag hade trivts med (Medina).

På en del kliniker är alltså den interna autonomin (Brante, 2009, s. 27) större än på andra. Medina kan med andra ord planera sin dag och sina patientbesök med något så när frihet medan jag får uppfattningen av att sådant är mer styrt på Åsas klinik. I Brantes (2009, s. 28) definition av en profession beskriver han att professioner är ”relativt autonoma”. Brante (2009, s. 27) skriver att autonomin varierar beroende på hur strikt en organisation eller verksamhet är styrt. Ett sätt att kontrollera en verksamhet är att tilldela professioner arbetsbeskrivningar. I en arbetsbeskrivning står bland annat mål och arbetsuppgifter utskrivet. Åsa tycker att det är väldigt viktigt med en arbetsbeskrivning man kan konsultera för att se vilka arbetsuppgifter kuratorns ska ta sig an och inte:

Det ska vara väldigt tydligt, det ska finnas yrkesbeskrivn... arbetsbeskrivning. "Du ska närvara där, du ska ha de patienterna". Det tycker jag är helt självklart, och det måste ju då i sin tur vara grundat i "vad är det bästa för patienten?", alltså "vad har vi för resurser och vad är det patienterna behöver?".

Hon tycker att det underlättar med regler, rutiner och struktur eftersom det då sällan är tveksamheter kring vem som ska göra vad. Det är också värdefullt att tänka på:

Vad är vårt mål, varför jobbar jag på den här arbetsplatsen, vad är mina intressen, vem är i fokus: är det jag eller patienterna? Och respekt för mig, för mina kollegor, för patienten (Åsa).

Åsa påpekar att när man söker en tjänst ska man veta vad arbetsgivaren förväntar sig av sina anställda, inte gissa sig till det eller bestämma själv.

På Medinas klinik finns ingen arbetsbeskrivning. Hon menar att det kan vara jobbigt eftersom det inte alltid är helt klart vilka uppgifter kuratorn ska göra. Ifall kollegor från andra professioner ringer angående en uppgift som Medina inte tycker är hennes att göra går det inte att svart på vitt avgöra om hon bör göra det eller inte. Hon tillägger att det ändå ofta slutar med att hon genomför uppgifterna, eftersom det inte är någon annans uppgift heller.

Ifall en arbetsbeskrivning saknas finns en policy för hälso- och sjukvårdens kuratorer som man istället skulle kunna förhålla sig till och konsultera (Akademikerförbundet SSR, 2015). I policyn finns en beskrivning av vad kuratorns arbetsuppgifter kan bestå av. I ett läge som Medina ovan talar om, där ingen profession tillkännager sig vara ansvarig för en arbetsuppgift och en arbetsbeskrivning saknas skulle kuratorn alltså kunna vända sig till policyn.

Kuratorns arbetsuppgifter kan enligt Akademikerförbundet SSRs policy (2015, s. 4) bl.a. bestå av samtalsbehandling, information och rådgivning, skriva intyg och remisser, gruppbehandling och sociala åtgärder gällande t.ex. familjenätverk. Dessa uppgifter är endast ett axplock från SSRs lista. Längst upp på listan står att kuratorns ska "stärka patienters och närståendes möjligheter att hantera yttre och inre påfrestningar i samband med symtom/sjukdom, skada eller kriser"

(Akademikerförbundet SSR, 2015, s. 4). Detta görs främst genom stödjande och bearbetande samtal.

7.2.3 Att vistas i samma lokaler

Förutom remisser från andra sjukhus eller kliniker får intervjupersonerna patientkontakter via en sjuksköterska, undersköterska eller läkare som uppmärksammat behovet. Kuratorsbehovet förmedlas till stor del över telefon. På kliniken där Medina arbetar är det oftast sjuksköterskan som ringer henne angående patientkontakter. Medina tycker att telefonsamtal är smidigast eftersom hon ofta är uppe på avdelningarna eller har patientsamtal. Ifall hon inte kan svara just då lämnar personalen ett meddelande och när Medina är tillgänglig igen ringer hon upp. När Medina haft patientsamtal försöker hon att alltid ringa upp den sköterska som lämnat ärendet till henne för att återkoppla hur samtalet gick.

Ida blir ibland automatiskt inkopplad i vissa ärenden men får även hon en stor del av patientkontakterna via annan inblandad personal. Hon säger att:

[...] vårt arbete hänger på att övrig personal uppmärksammar ett kuratorsbehov, i många delar (Ida).

Förutom att kuratorerna i många fall är beroende av att personalen ringer och uppmärksammar att en patient söker kontakt talar samtliga intervjupersoner om att visa sig på avdelningarna för att få patientkontakter. Karin spenderar mycket tid på avdelningen och säger att det gör att hon och kollegorna på avdelningen känner varandra väl. Hon säger att det i sin tur underlättar för kollegorna när de ska förmedla ett kuratorsbehov. Även Ida har erfarenhet av detta och berättar:

Sen jobbar vi väldigt mycket, vi kuratorer här, med att vara synliga och gå runt i verksamheten och faktiskt vara lite proaktiva och fråga. Gå runt, kolla läget, fråga och finnas närvarande. Så ibland hugger de oss när vi är ute och går, så att säga (Ida).

Jag frågar henne om det är nödvändigt för att få patienter och hon svarar:

Mm, det är absolut nödvändigt, skulle jag säga. För det har inte alltid varit så att kuratorn har haft... På våran klinik så har ibland när kuratorn har vart

underbemannad, när det inte har funnits kurator då har kuratorns glömts bort. Så vi har ingen självklar roll här, utan vi jobbar... Måste jobba mycket med att vara synliga för att vi ska kunna få kontakt med patienterna (Ida).

Ida påtalar här att kuratorn inte har en självklar roll, en utmaning även Gåfvells (2014, s. 63) talar om. Ida säger också att hon tycker att det är roligt att gå runt på avdelningarna men berättar också att de jobbar för att förändra detta. Sedan hon började arbeta på kliniken har det blivit stor skillnad, hon behöver inte längre ”fiska jobb”. Intervjupersonen talar här emot sig själv. Samtidigt som hon i citatet ovan säger att det är absolut nödvändigt att vara synlig för att patienter, uppger hon att hon hade kunnat sitta på sitt rum en hel dag och ändå få patienter.

Jag tänker att även i detta avseende kan anställningstiden spela roll. Ida har flera kuratorskollegor. När hon var helt ny på kliniken kanske inte lika många ringde henne på grund av de inte visste vem hon var. Ida arbetar på en relativt stor klinik och jag tänker att det då kan ta lite tid för övrig personal att lära känna en ny person i teamet. Som Medina tidigare uppgivit kan en strategi när man är ny på en arbetsplats vara just att gå runt i lokalerna och visa vem man är och att man finns. Om det sedan går något år vet, förhoppningsvis, majoriteten vem den ”nyanställda” är. Ida är förhållandevis ny på arbetsplatsen, vilket kan vara en orsak till att hon fortfarande upplever att det är nödvändigt att visa sig bland sina övriga kollegor.

På Åsas klinik behöver hon inte visa sig ute i lokalerna för att få patienter, dock har hon vid en tidigare anställning varit tvungen att göra det. Hon ställer sig kritiskt till att tvingas använda en sådan strategi för att få patienter. Hon tycker att det är en ledningsfråga, det ska inte hänga på henne som person huruvida hon får patientkontakter av övrig personal eller inte.

Att samtliga intervjupersoner har erfarenhet av att behöva visa sig hos sina kollegor för att få patienter anser jag pekar på att den interna autonomin är begränsad trots att Ida, Medina och Karin upplever att de kan forma sitt arbete mycket själva. Den interna autonomin är även på Åsas klinik begränsad då hon uppger att beslut om t.ex. patienters återbesök är till stor del styrta av en aktiv chef. Intervjupersonerna upplever autonomi och jag menar att utifrån deras uttalanden är den begränsad. Brante (2009, s. 28) anger i sin definition att en profession är ”relativt autonom”, kanske på grund av att professionerna i ett interprofessionellt

arbete till viss del är beroende av varandra, anpassar sig till varandra och har en tät kommunikation (Kvarnström & Cedersund, 2009, s. 128). Jag anser därför att bilden av autonomi på klinikerna ligger i linje med Brantes definition.

Resultatet av Ambrose-Miller och Ashcrofts (2016, s. 104) studie visar dessutom att ett interprofessionellt samarbete underlättas ifall de olika professionerna visats i samma lokaler. Lokaliteten för intervjupersonerna skiljer sig åt. Ida har sitt kontor på ett plan som ligger något avsides övriga professioner. Karin säger under intervjun att det tar fem till sju minuter för henne att ta sig till avdelningen, vilket ger mig en bild av att även hennes kontor ligger något avsides. På frågan om vad som främjar ett samarbete säger Karin att kliniken hade behövt fler och större gemensamma lokaler och utrymmen, så att de olika professionerna fick bättre platser att mötas och diskutera. Som det är nu finns det ett rum som används i alla möjliga sammanhang.

Under intervjun talar varken Åsa eller Medina om var övriga professioners kontor och rum finns men jag får uppfattningen om att kuratorernas kontor ligger relativt nära de övriga professionernas. I efterhand inser jag att det hade varit intressant att under intervjun fråga mer kring lokaler och gemensamma utrymmen. Till exempel vore det givande att veta ifall olika professioner delar fika- och lunchrum. Ida såväl som Ambrose-Miller och Ashcroft (2016, s. 106) har kommenterat att kommunikationen fungerar bättre om kollegorna träffas ansikte mot ansikte, istället för att prata i telefon. Genom samtal i fikarummet lär personalen känna varandra vilket också underlättar ett samarbete (D'Amour et al, 2008, s. 6). Jag drar därför slutsatsen att även om det inte ska hänga på kuratorn som person, så främjas det interprofessionella arbetet av att dela lokaler eller vistas i varandras lokaler.

7.2.4 Kurators position

När man har träffat en patient tycker Ida att det är viktigt att återkoppla till sina kollegor. Ida uppger att i första hand vänder sig till läkaren, i andra hand sjuksköterskan och i tredje hand undersköterskan. Hon säger att anledningen till det är att läkaren är medicinskt huvudansvarig för patienten och att läkaren ofta har mest insyn. Ida säger fortsättningsvis att hon trots dessa preferenser ofta återkopplar till undersköterskan, hon säger att hon trots att känner tillit till att sköterskan i sin tur förmedlar informationen till läkaren.

Här anser jag att hierarkin inom sjukvården gör sig tydlig. Trots att Ida litar på undersköterskan väljer hon att vända sig till läkaren. Enligt Parsons (1939, s. 460) professionsteori skulle det kunna bero på att läkaren har en professionell auktoritet. Parsons uttrycker att läkaren är överordnad patienten, men jag tänker att läkaren har en liknande auktoritet över sköterskorna. Jag finner bekräftelse av min tanke i Idas uttalande om hierarkier på kliniken:

[...] jag upplever att det finns en tydlig hierarki med... Där undersköterskorna har mindre att säga till om än sjuksköterskorna, och sjuksköterskorna har mindre att säga till om än läkare. Och där tror jag att det finns en viss skillnad när det gäller omvårdnad, att sjuksköterskorna kan ha lite mer att säga till om i vissa områden, men läkarna står överst, så att säga (Ida).

Enligt Idas uttalande har sjuksköterskorna mer att säga till om i vissa områden, gällande t.ex. omvårdnad, men att läkaren ändå står överst i hierarkin. Ida har i ett tidigare citat⁵ även sagt att läkaren är ansvarig för patienterna och har beslutsmakten över det medicinska. Gällande beslutsfattande på kliniken säger Ida att:

Det är ju ofta någon profession som äger beslutet. Så skulle jag till exempel ha en diskussion om huruvida vi ska skicka en orosanmälan om barn i fara. Det kan jag ju diskutera med sköterskor och läkare. Skulle de säga nej, och jag tycker att det ska göras, då har ju jag mandat att skicka en ändå. Och det är samma sak åt andra håller. Jag kan vid tillfälle lyfta att jag tror att det kan vara nödvändigt med en konsultation från psykiatrin till exempel, men då är det ju läkaren som äger beslutet. Så vi har ett tätt samarbete med diskussioner, men det är alltid tydligt att det finns en person som äger beslutet.

Jag kopplar detta till ett uttryck för dels expertmakt (Börjesson & Rehn, 2009, s. 29) och dels yrkeskompetens (Parsons, 1939, s. 460). Jag menar att dessa begrepp liknar varandra i sin innebörd, nämligen att professioner eller personer har makt eller auktoritet inom sitt specifika fält. I en situation som handlar om ett medicinskt beslut är det läkaren som är genom sin utbildning och sin abstrakta kunskap experten och har därmed professionell auktoritet på arbetsplatsen. I en

⁵ Se s. 29.

situation där patienten behöver psykosocialt stöd är det den profession med mest kunskap inom det specifika området som är expert och därmed överordnad de andra professionerna på sjukhuset. Ida ger som exempel att hon kan skicka en orosanmälan även om läkare och sköterskor inte är med på beslutet. Enligt 14 kap 1 § Socialtjänstlagen (SoL 2015:982) är alla anställda inom bl.a. hälso- och sjukvården skyldiga att genast anmäla om det finns misstanke om att barn far illa. Även om kuratorn kan hjälpa till genom att uppmärksamma denna lag svarar all personal inför den, varför jag menar att just det kanske inte är ett exempel på en kurators expertmakt. Jag reflekterar över vad kurators makt istället kan röra sig om. Ett exempel på när kuratorn har professionell auktoritet eller expertmakt kan handla om hur många samtal som ska erbjudas patienten. På vissa kliniker finns bestämmelser om begränsat antal samtal per patient, men i de flesta fall avgör kuratorn själv eller i samråd med kuratorskollegor ifall fler stödsamtal ska erbjudas patienterna. En diskussion med kollegor från andra professioner kan så klart ske, men trots att läkaren i många fall står högst upp på hierarkin bland professionerna har kuratorn i detta fall professionell auktoritet över beslutet.

Gällande hierarkier på kliniken har intervjupersonerna olika uppfattningar. Karin tycker inte att hon ser någon hierarki. Ida kommenterar ovan den hierarki hon ser på kliniken gällande den medicinska personalen men uppger att det är svårt att placera sig själv i rangordningen. Hon tycker att hon står utanför den strukturen och hierarkin. Jag ber henne att trots det försöka placera kuratorn i hierarkin och Ida säger då:

om jag skulle försöka stoppa in oss i den här stegen eller trappan, så skulle jag sätta oss, inte över läkarna men kanske över sjuksköterskorna i vissa frågor (Ida).

Jag frågar henne vad man kan göra för att påverka dessa hierarkier om man upplever att de begränsar en i arbetet och får som svar:

Det är ju svårt inom vården, tror jag, för jag tror att jobbar man inom vården idag så får man köpa det, lite grann. Det är en hierarki, det är så verksamheten är uppbyggd idag (Ida).

Ida tänker att huruvida yrkena är mans- eller kvinnodominerat påverkar uppkomsten av hierarkin från början. Åsa kan se hierarkier men menar att de inte är ett problem för henne i hennes arbete. Hon tänker att de som har störst bekymmer med hierarkier är de som ligger långt nere i rangordningen. Hon anser att kuratorn ligger ganska högt upp, men om hon hade haft en längre rank hade det kunnat påverka henne ifall hon redan kände osäkerhet inför sin roll. Åsa funderar också på om det kan vara beroende på personligheter också, hur man påverkas av hierarkier. Längst ner i hierarkin tycker hon att sekreterare är och menar att vissa sekreterare mår dåligt över detta medan andra är extremt trygga i sin roll och bryr sig inte om rangordningen. Det handlar helt enkelt om självförtroende, kommer Åsa fram till. Medina tycker att hierarkier visar sig när det gäller beslutsfattande:

Alltså det är väl med beslutsfattande egentligen, vem som har rätt att fatta beslut och vem som inte har rätt att fatta beslut och. En undersköterska har ju inte rätt att fatta något beslut på egen hand. Sjuksköterska kan fatta vissa på egen hand och sen läkaren kan fatta de flesta besluten (Medina).

Beslutsfattande och hierarkier är nära förknippat med makt. Samtliga intervjupersoner upplever att de har medelhög till hög makt. Karin och Åsa som har arbetat i sina tjänster i många år upplever att de får makt just på grund av de arbetat länge och har lång erfarenhet av kuratorsarbetet. Karin menar att:

Det blir ju lite så att när man jobbar en längre tid och de vet att man har varit här länge så förutsätter de nog att man vet vad man gör, och det ger väl en viss makt (Karin).

Åsa menar att det också har att göra med att man blir mer trygg i sin roll ju längre man jobbar, vilket ger en makt. Åsa påpekar att språket är ett maktmedel. Om man har lätt för att uttrycka och formulera sig och om man har en stark röst i gruppen innebär det makt. Karin understryker också att man måste ta för sig och engagera sig för att få makt, att det inte är någonting som kommer utan arbete.

Ett annat begrepp kopplat till hierarkier är status. Jag ber intervjupersonerna förklara vad status är för dem. Intervjupersonerna anser över lag att status är ett svårt begrepp att definiera och diskutera. För Medina är status att många ser upp

till en och att status betyder olika i olika sammanhang. Någonting som ger status i en situation är inte önskvärt i en annan. På arbetsplatsen tror hon att god patientkontakt och ett gott omhändertagande ger god status.

Ida tänker att status är en social och informell makt där lön och utbildning påverkar hur mycket status ett yrke har. Denna bild av status stämmer överens med den Ulfsson Eriksson och Flisbäck (2011) ger. Utöver lön och utbildning funderar Ida över att kön också kan påverka status:

Jag tror också att det är väldigt tätt sammankopplat med huruvida det är ett mansdominerat och kvinnodominerat yrke, men också lön. Att ju högre lön, desto högre status. Både generellt i samhället men också på arbetsplatsen (Ida).

Intervjupersonen menar att faktumet att kuratorsyrket är kvinnodominerat sänker statusen något, vilket även Ulfsson Eriksson och Flisbäck (2011) tar upp i sin bok om yrkesstatus. Något som även kan göra att kurators status sänks är att man talar om det som Ida pratar om som mjuka värden, dvs. man talar om känslor, mående osv. Vård och omsorg är traditionellt associerat med femininitet (Ulfsson Eriksson & Flisbäck, 2011), lika så känslor.

7.3 Utbildningens betydelse

Tre av fyra intervjupersoner talar om utbildningens betydelse när det gäller makt, status och hierarki. Ida påpekar att socionomer har en gedigen utbildning på tre och ett halvt år, vilket hon anser ger hög yrkesstatus. Hon menar dessutom att statusen ökar eftersom kuratorn är ensam om den psykosociala kunskapen på hennes klinik, vilket enligt Börjesson och Rehn (2009, s. 23f) dessutom ger expertmakt. På Åsas klinik finns även psykologer, vilket gör att kuratorn inte är ensam om ett psykosocialt perspektiv. Åsa jämför psykologerna med socionomerna och menar att psykologerna både genom utbildningen men också historiskt sätt får med sig en större självkänsla och ett tydligare språk. Hon säger att en psykologs arbete ofta är avsmalnat och riktat till en viss grupp människor medan socionomerna under utbildning får lära sig lite om mycket.

I socionomens utbildning ligger ju så här {föreställer rösten} "Vi kan allt, vi kan lite grann om allt, vi är inte någon.... Vi är inga experter men vi kan rubbet, vi kan helheten". Men vad är det att bygga på? "Jag kan lite juridik och lite psykologi men..." (Åsa).

Vid intervjun uppfattar jag att Åsa i förhållande till sitt arbete som kurator är kritisk till socionomutbildningens upplägg. Jag tolkar att hon menar att socionomernas status hade vunnit på en mer definierad och specifik roll. Psykologerna har en längre utbildning samt legitimation och är vad Brante (2009, s. 30) kallar en klassisk profession, medan socionomerna med sin kortare utbildning och avsaknad av legitimation tillhör semiprofessionerna. En legitimation kan som tidigare sagt vara på gång. Anledningen till att en legitimation önskas införas är att patientsäkerheten därmed ökas (Regeringen, 2016), men enligt Brante et al (2015, s. 58) är detta dessutom ett exempel på *stängning*. Stängningen innebär att man genom en legitimation smalnar av kuratorsyrket så att endast de med tillräcklig kompetens får arbete som kurator. Jag tror att det i sin tur kommer att leda till att arbetsuppgifterna på de olika klinikerna blir mer synkade och att kvaliteten och nivån på kuratorernas arbete blir jämnare och förbättras. Jag finner bekräftelse i Åsas uttalande om att sedan arbetet strukturerades upp på hennes arbetsplats har hon blivit mycket tryggare i sin roll:

Jag är mycket tryggare i vad en kurators funktion. Det är inte så mycket kopplat till mig som person, så jag tänker att det jag gör här, det kan en annan kurator också göra, så jag är inte oersättlig (Åsa).

Hon upplever det som positivt att inte hennes personlighet styr hennes arbete, det är istället hennes kompetens och kunskap som är centralt. Åsa påtalar dessutom att hon inte är oersättlig, att vilken kurator som helst ska kunna ta över hennes arbete utan problem. Detta talar Brante (2009, s. 28) om som *utbytbart*. Spontant tror man kanske att det handlar om att byta ut kuratorn mot en annan profession, men utbytbart handlar om att en kurator ska kunna byta ut en annan utan att arbetets kvalitet påverkas. Kopplat till stängningen av yrkespositionen innebär det att om man genom en legitimation utbildar kuratorerna likvärdigt kan

Tammie Svärd
SOPA63

man garantera att kuratorerna besitter samma färdigheter och abstrakta kunskap och på så sätt är en kurator på en klinik inte oersättlig.

8 Slutdiskussion

Genom semistrukturerade intervjuer av fyra sjukhuskuratorer, anställda på fyra olika kliniker, har jag i denna studie försökt identifiera och analysera utmaningar och strategier i ett interprofessionellt samarbete. Viktigt att komma ihåg är att det på grund av teamens olika uppbyggnad och kuratorernas olika arbetsuppgifter kan vara svårt att jämföra teamen med varandra (Kvarnström & Cedersund, 2009, s. 127; Pollard, Sellman & Thomas, 2014, s. 12). Jag har försökt att lägga fokus på teman som inte är så bundet av det specifika teamets strukturer så att kunskapen ska vara möjlig att överföra på andra kontexter.

Det interprofessionella arbetet handlar främst om patienter och sker till stor del via telefon men även genom att professionerna träffas. Kommunikation mellan professionerna kan också ske genom internpost och bevakningar. En utmaning för det interprofessionella samarbetet är att få kommunikationen att fungera. Intervjupersonerna berättar att de gånger samarbetet inte fungerar bra beror det oftast på missförstånd eller bristande kommunikation. För att få kommunikationen att fungera är det viktigt att lyssna, inte avbryta och föra en öppen dialog. Det underlättar dessutom att träffas ansikte mot ansikte eftersom det är lättare att tolka varandra då. Kommunikationen främjas dessutom av att professionerna vistas i samma lokaler eftersom man lär känna varandra, vilket leder till färre konflikter. Ifall konflikter uppstår väljer intervjupersonerna att antingen ta upp det med chefen eller att tala med personen konflikten gäller. En av kuratorerna säger också att om konflikten gäller t.ex. grupperingar kan man diskutera på APT.

Några av intervjupersonerna får patientkontakter genom att vistas på avdelningarna, vilket skulle kunna vara en utmaning för de kuratorer som inte är bekväma med att gå runt på avdelningarna utan att ha ett ärende där. Två av intervjupersonerna uppger dessutom att besöken på avdelningarna kan vara en strategi för att knyta kontakter när man är nyanställd. Att som nyanställd vistas på avdelningarna kan visst vara en strategi men jag tänker att det även kan vara en utmaning, särskilt om man är ensam kurator på kliniken. Har man kuratorskollegor kan man följa med dem till avdelningarna och för att sedan börja gå dit själv. Jag tror att långt ifrån alla är trygga med att ensam gå ner på en avdelning där man inte känner någon för att fika och lära känna kollegor. Extra svårt kan det vara om man som kurator har sina vanliga kläder och inte de vita

sjukhuskläderna. Då kan övrig personal tro att det är en anhörig som irrar runt i korridorerna och inte en nyanställd personal som söker kontakt.

En annan utmaning för kuratorn är att det på en del kliniker saknas arbetsbeskrivning, vilket kan leda till konflikter om vilka uppgifter kuratorn kan eller ska göra. En strategi för att lösa detta problem skulle kunna vara att konsultera policyn för sjukvårdskuratorer eller att formulera sin arbetsbeskrivning i samråd med chefen. Ifall oklarheter i arbetsuppgifter uppstår kan man också diskutera detta på enhetens APT.

Att inte alla professioner kan delta på de gemensamma mötena är också en utmaning. För att få detta att fungera krävs det att ledning och personal uppmärksammar behovet samt att tid och forum ges till alla professioner. Bonifas och Gray (2013) föreslår att de interprofessionella mötena och diskussionerna ska inledas redan under de professionellas utbildning. Deras studie sker i en amerikansk kontext och resultatet visar att förståelsen för varandras roller ökar, t.o.m. för de studenter som följde den uniprofessionella läroplanen. Det vore intressant att i en svensk kontext prova att införa interprofessionellt arbete i Socionomprogrammets kursutbud. Ett råd till framtida forskare är således att i en svensk kontext analysera hur och om läroplaner, liksom Bonifas och Grays (2013), påverkar det interprofessionella samarbetet.

Jag tror att föreställningar och fördomar om de andra professionerna kan innebära en utmaning. För att motverka dessa anser jag att det är viktigt att våga lyfta och diskutera dessa gemensamt på interprofessionella möten. Varför fördomarna finns och hur de påverkar samarbetet tror jag är viktiga frågor att diskutera.

Om en legitimation träder i kraft för sjukvårdskuratorer tror jag att arbetet kommer behöva bli mer strukturerat och styrt än vad det är idag. Intervjupersonerna upplever ha mycket, vad Brante et al (2015, s. 184) kallar, intern autonomi. En legitimation skulle innebära att en högre grad av utbytbarhet (Brante, 2009, s. 28) kuratorerna emellan vilket i sin tur skulle kräva gemensamma kunskaper och färdigheter men även arbetssätt i viss grad. En av intervjupersonerna upplever att hennes kuratorskollegor har ett motstånd för det mer strukturerade arbetet som tagit vid på hennes klinik. Jag tror således att en

legitimation skulle innebära en utmaning på så sätt att den interna autonomin kanske skulle minska.

Legitimationsfrågan är ett ämne jag tar upp på flera delar i uppsatsen då jag anser att det är ett aktuellt ämne. Jag har flertalet gånger under uppsatsen undrat hur en legitimation hade påverkat kuratorsarbetet. Rättsutredningen från 2010 (Fröberg och Höllgren, 2010) lyfter de juridiska aspekterna av en legitimation, varför det är viktigt och hur kurators arbete hade påverkats. Jag funderar över hur en legitimation hade påverkat kurators arbete, makt på en klinik, yrkesstatus eller plats i hierarkin. Det är ett stort ämne med stora frågor och hade utan bekymmer kunnat utgöra en hel uppsats. För att så småningom kunna svara på hur kurators arbete påverkas av legitimationen efter att den (förhoppningsvis) införts är det betydelsefullt att undersöka kurators läge idag. Att jämföra olika team med varandra är problematiskt eftersom teamarbetet ser väldigt olika ut. Jag tror trots det att viss kunskap går att överföra till olika kontexter. I denna uppsats har interprofessionellt samarbete, makt, status och hierarkier berörts och jag hoppas att den kan vara till inspiration för att vidare fördjupa kunskapen om kurators situation innan en legitimation.

9 Referenslista

Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2011) ”Kvalitativa metoder och samhällsvetenskap” i Göran Ahrne och Peter Svensson (red) *Handbok i kvalitativ metod*. 1:a upplagan. Malmö: Liber.

Akademikerförbundet SSR⁶, *Kurator inom hälso- och sjukvård*. [Elektronisk källa]
Tillgänglig: <<https://akademssr.se/profession/socionom/kurator>> (Hämtad 2016-03-15)

Akademikerförbundet SSR (2015) *Policy för kuratorer i hälso- och sjukvård*.
[Elektronisk källa] Tillgänglig:
<https://akademssr.se/sites/default/files/files/policy_kuratorer_hs_150206.pdf> (Hämtad 2016-06-11)

Ambrose-Miller, Wayne & Ashcroft, Rachelle (2016)
Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. *Health & Social Work*; May 2016, Vol. 41 Issue 2, p101-109.

Bonifas, P. Robin & Gray, K. Amanda (2013) *Preparing Social Work Students for Interprofessional Practice in Geriatric Health Care: Insights from Two Approaches*. *Educational Gerontology*, Issue 39, p. 476–490,

Brante, Thomas (2009) ”Vad är en profession? Teoretiska ansatser och definitioner” i Maria Lindh (red.) *Vetenskap för professioner: rapport nr 8*. Högskolan i Borås.

Brante, Thomas & Johnsson, Eva & Olofsson, Gunnar & Svensson, Lennart G (2015) *Professionerna i kunskapssamhället: En jämförande studie av svenska professioner*. 1:a upplagan. Stockholm: Liber.

⁶ Publiceringsdatum saknas.

Tammie Svärd
SOPA63

Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2:a upplagan. Malmö: Liber.

Börjesson, Mats & Rehn, Alf (2009) *Makt*. 1:a upplagan. Malmö: Liber.

D'Amour, Danielle & Goulet, Lise & Labadie, Jean-François & San Martín-Rodriguez, Leticia & Pineault, Raynald (2008) *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*. BMC Health Services Research 2008, 8:188.

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Ahrne, Göran (2011) ”Intervjuer” i Göran Ahrne och Peter Svensson (red) *Handbok i kvalitativ metod*. 1:a upplagan. Malmö: Liber.

Forinder, Ulla & Olsson, Mariann (2014) ”Teorier och metoder i kuratorsarbetet” i Ann Lalos, Stefan Morén och Marianne Olsson (red) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar*. 1:a upplagan. Stockholm: Natur och Kultur.

Fröberg, Ulf H & Höllgren, Oskar (2010) *Rättsutredning - förutsättningar för legitimering av sjukvårdskuratorer*. [Elektronisk] Tillgänglig: <<http://www.kurator.se/wp-content/files/R%C3%A4ttsutredning-f%C3%B6ruts%C3%A4ttningar-f%C3%B6r-legitimering-av-sjukv%C3%A4rds-kuratorer4.pdf>> (Hämtad: 2016-06-12)

Gåfväls, Catharina (2014) ”Socialt arbete i en medicinsk kontext” i Ann Lalos, Stefan Morén och Marianne Olsson (red) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar*. 1:a upplagan. Stockholm: Natur och Kultur.

Hansson, Sven Ove (2014) *Medical Ethics and New Public Management in Sweden*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, issue 23, p. 261 – 267.

Kalman, Hildur & Lövgren, Veronica (2012) ”Etik i forskning och etiska dilemman: En introduktion” i Hildur Kalman och Veronica Lövgren (red.) *Etiska dilemman*. Malmö: Gleerups.

Keeping, Celia (2014) ”The Processes Required for Effective Interprofessional Working”. I Katherine C. Pollard, Derek Sellman och Thomas Judith, (red): *Interprofessional working in health and social care: professional perspectives*. 2:a upplagan.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3:e upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Kvarnström, Susanne (2007) *Interprofessionella team i vården: En studie om samarbete mellan hälsoprofessioner*. 1:a upplagan. Linköping.

Kvarnström, Susanne & Cedersund, Elisabet (2009) ”Självpresentationer i tvärprofessionella vårdteam” i Johan Berlin, Eric Carlström och Håkan Sandberg (red) *Team i vård, behandling och omsorg: erfarenheter och reflektioner*. 1:a upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Lukes, Steven (1986) *Power*. Oxford: Basil Blackwell

Lundin, Annika & Benkel, Inger & de Neergaard, Gerd & Johansson, Britt-Marie & Öhrling, Charlotta (2009) *Kurator inom hälso- och sjukvård*. 2:a upplagan, Lund: Studentlitteratur.

Lövgren, Veronica & Kalman, Hildur & Sauer, Lennart (2012) ”Känsliga personuppgifter- mellan prövning och forskningspraktik” i Hildur Kalman och Veronica Lövgren (red.) *Etiska dilemman*. Malmö: Gleerups.

Nationalencyklopedin, Skånes universitetssjukhus. [Elektronisk] Tillgänglig <<http://www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/skånes-universitetssjukhus>> (Hämtad 2016-05-05)

Parsons, Talcott (1939) *The Professions and Social Structure*. Social Forces, vol. 17, no. 4, s. 457-467. Oxford University Press.

Pollard, Katherine C. & Sellman, Derek & Thomas, Judith (2014) "The Need for Interprofessional Working". I Katherine C. Pollard, Derek Sellman och Thomas Judith, (red): *Interprofessional working in health and social care: professional perspectives*. 2:a upplagan.

Regeringen (2016) *Yrkesexamen för kuratorer*. [Elektronisk] Tillgänglig <<http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2016/03/yrkesexamen-for-kuratorer/>> (Hämtad 2016-03-15).

Sandmo, Erling (1999) "Michel Foucault som maktteoretiker" i Fredrik Engelstad (red.) *Om makt: Teori og kritikk*. 1:a upplagan, Oslo: Gyldendal

Skånes Universitetssjukhus (2015) *Sjukhuset i siffror* [Elektronisk] Tillgänglig: <<https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Om-Skanes-universitetssjukhus/Om-Skanes-universitetssjukhus/Sjukhuset-i-siffror/>> (Hämtad: 2016-05-05)

Socialstyrelsen (2008) *Samverkan i re/habilitering – en vägledning*. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8784/2008-126-4_20081264.pdf> (Hämtad: 2016-04-14).

Svensk Kuratorsförening⁷, *Historik*. [Elektronisk källa] Tillgänglig <<http://www.kurator.se/historik/>> (Hämtad 2016-03-22).

Svensson, Peter & Ahrne, Göran (2011) "Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt" i Göran Ahrne och Peter Svensson (red) *Handbok i kvalitativ metod*. 1:a upplagan. Malmö: Liber.

⁷ Publiceringsdatum saknas.

Tammie Svärd
SOPA63

Ulfsdotter Eriksson, Ylva & Flisbäck, Marita (2011) *Yrkesstatus: Erfarenheter, identitet och erkännande*. 1:a upplagan. Malmö: Liber.

Åhgren, Bengt (2007) *Creating Integrated Health Care*. Diss. Göteborg: Göteborgs Universitet.

10 Bilagor

Bilaga 1 – Informationsbrev

Hej!

Mitt namn är Tammie Svärd och jag är socionomstudent vid Lunds Universitet. Just nu skriver jag min kandidatuppsats som kommer att handla om kuratorn i det interprofessionella arbetet på sjukhuset. Jag söker sjukhuskuratorer som vill delta i de intervjuer som kommer att ligga till grund för min uppsats.

Syftet med studien är att undersöka sjukhuskuratorers upplevelser och erfarenheter av interprofessionellt arbete (ung. samverkan) på sjukhuskliniker inom SUS samt hur sjukhuskuratorn ser på sitt yrke gällande makt och status i jämförelse med övriga yrkeskategorier på sjukhuset.

Jag undrar därför om Du är intresserad av att delta i denna studie. Intervjun tar uppskattningsvis *45-60 min* och sker på en plats som intervjupersonen väljer. Jag planerar att intervjuerna kommer äga rum någon gång i slutet av april eller i början av maj, men är flexibel och kan anpassa mig efter Ditt schema och önskemål. Det är frivilligt att delta och Du kan när som helst välja att avbryta Ditt deltagande. De uppgifter som samlats in kommer då att raderas och uteslutas ifrån uppsatsen. Personuppgifter och intervjusvar kommer att hanteras på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av dem. Intervjusvar kommer att avidentifieras så att svaren inte går att koppla till varken Dig som person eller till den sjukhusklinik Du arbetar på. Om Du har några frågor är Du mer än välkommen att höra av Dig till mig på mail eller telefon.

Tack på förhand!

Med Vänliga Hälsningar,

Tammie Svärd

Tel: 07xx-xxxxxx

Mail: soc13tsv@student.lu.se

Handledare: Anders Östnäs, universitetslektor.

Mail: anders.svebi@gmail.com

Bilaga 2 – Intervjumall

Bakgrundsfrågor:

- Ålder & kön.
- När tog du din socionomexamen?
- Hur länge har du arbetat i din nuvarande tjänst? Tidigare tjänster inom SUS?
- Vad har du arbetat med tidigare?

Samarbete med andra yrkeskategorier - deskriptivt

Med samarbete menar jag mellanmännsliga interaktioner och relationer.

- Hur många kuratorer är ni på kliniken?
- Skulle du vilja berätta lite om hur det är att arbeta som x antal kuratorer på en arbetsplats med en majoritet av medicinsk personal? För- och nackdelar?
- Vilka yrkeskategorier på kliniken samarbetar du med en vanlig vecka?
 - Ge exempel på hur ett samarbete kan se ut? Vad handlar det om? Vem kontaktar vem?
- Finns det beslut som du tar tillsammans med personal från en annan yrkeskategori på kliniken?
 - Kan du ge exempel på vad ett sådant beslut kan handla om och hur ni kommer fram till ett det beslutet?
 - Upplever du att du har lika mycket att säga till om vid ett sådant beslutsfattande?
- Skulle du kunna berätta om en gång när samarbetet fungerade mindre bra?
 - Pratade du med någon annan om det? Respons?
- Skulle du kunna berätta om en gång när samarbetet fungerade bra?
- Ungefär hur stor del av alla samarbeten tycker du fungerar bra?

Påverkan på interprofessionellt arbete

- Vad tycker du är viktigt för att ett samarbete med de andra professionerna ska fungera?
- Vad kan förhindra ett samarbete med de andra professionerna?
- Om det skulle börja en ny kurator på kliniken, vad skulle du tipsa personen om gällande samarbete med andra professioner? Vad tycker du är bra att veta eller tänka på?
- På vilket sätt talar man om samarbete på arbetsplatsen?
 - På vems initiativ sker sådana samtal? Vilka deltar?
 - Tycker du att samtal om samarbete mellan professionerna behövs?

Kurators makt och status

Förklara att frågorna om makt handlar om makt mellan de olika professionerna på kliniken, inte om kurators maktförhållande till patienter.

- Skulle du vilja berätta lite om vilken slags makt du tycker att du har i ditt arbete? **eller** Skulle du kunna berätta om en situation där du känner att du har makt i ditt arbete?
- Upplever du några maktskillnader mellan professionerna på sjukhuset? Kan du ge ett exempel?
 - Vilka faktorer kan påverka kurators makt?
 - På vilket vis påverkar makten (eller eventuella maktskillnader) dig? Hur påverkar det ditt arbete?
- Tycker du att det finns en hierarkisk rangordning av professionerna på sjukhuset?
 - Om ja, hur ser den ut?
 - Varför tror du att det finns/kan finnas hierarkier inom sjukvården?
 - På vilket vis kan en hierarkisk ordning påverka det interprofessionella arbetet?
- Om man upplever att det finns en hierarki som påverkar arbetet negativt, vad ska man göra då?
- Vad är status för dig?

- Hur ser du på din status som kurator?
- Anser du att det finns statusskillnader mellan de olika yrkeskategorierna på sjukhuset?
 - Om ja, skulle du vilja beskriva dem? Hur påverkar skillnaderna kuratorns arbete?
- Vilka faktorer kan påverka kuratorns status?

Bilaga 3 – Samtyckesblankett

Syftet med denna studie är att undersöka sjukhuskuratorers upplevelser och erfarenheter av interprofessionellt arbete på sjukhuskliniker inom SUS samt hur sjukhuskuratorn ser på sitt yrke gällande makt och status i jämförelse med övriga yrkeskategorier på sjukhuset.

- ❖ Intervjun kommer att ta ungefär 45-60 min.
- ❖ Du kan när som helst välja att avbryta intervjun om du känner att du inte vill delta. Om du efter intervjun vill hoppa av studien går det bra att maila eller ringa och meddela att du inte längre vill delta.
- ❖ Ljudet kommer att spelas in med hjälp av en mobiltelefon. Filen förs sedan över på en lösenordskyddad dator och raderas från telefonen.
- ❖ Materialet som samlas in kommer endast att användas i denna C-uppsats.
- ❖ Personuppgifter och intervjusvar kommer att hanteras och förvaras på ett sätt så att obehöriga inte kan ta del av dem. Intervjusvar kommer att anonymiseras så att de inte går att koppla till dig som person eller till den klinik du arbetar på.
- ❖ Samtliga uppgifter som raderas när uppsatsen är examinerad.

Vid frågor och funderingar som uppkommer efter intervjun är du välkommen att kontakta mig via mail eller telefon.

Tammie Svärd

soc13tsv@student.lu.se

07xx - xxxxxx

Jag intygar härmed att jag tagit del av ovanstående information och att jag samtycker till att delta i denna studie:

Namnsteckning

Ort och datum