



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# När det sociala krockar med det medicinska

- En kvalitativ studie om kuratorer på LARO-mottagningar

Elin Helmersson & Emelie Åberg

Kandidatuppsats SOPA 63  
VT 2017

Handledare: Mats Hilde

# Abstract

Authors: Elin Helmersson and Emelie Åberg

Title: When the social aspects collides with the medical (translated title)

Supervisor: Mats Hilde

Assessor: Anders Östnäs

The aim of this qualitative study was to investigate how social workers at LARO-clinics experience their role at the clinic, as well as investigate how their roles are shaped in interaction with cohort, patients and the organization. We conducted seven semi-structured interviews with social workers at different LARO-clinics in Skåne. For our analysis, we have applied symbolic interaction, the dramaturgical analysis by Goffman and the constructs profession and power.

One of the most important result in our study was that the social workers have described their experience of their role with words such as "co-ordinator", "fixer", "the spider in the nest" and "guide", although, the social workers expressed an absence of guidelines for what they are expected to do. Another important result was how the social worker's role, and what they are expected to do, are affected by the patients and their different needs. At last, a major theme has been how the social worker is alone in his or her profession as a social worker in a context of medicine. The profession of the social worker differs from the rest of the staff, which creates tensions and a struggle for power between the different professions.

Keywords: social worker, medication-assisted treatment, opioids, profession, psychological-and social support

## **Förord**

Vi vill först och främst rikta ett stort tack till er kuratorer som har tagit er tid och ställt upp på intervjuer. Ni har med ert engagemang gjort denna studie möjlig.

Vi vill också tacka vår handledare Mats Hilde för det stöd och den kontinuerliga feedback vi fått.

Slutligen vill vi tacka varandra för en rolig och givande tid. Sist men inte minst, tack David Andersson och Daniel Johansson för de välbehövliga fikapauserna och ständig uppmuntran.

Lund 2017-05-22

Elin Helmersson och Emelie Åberg

# Innehållsförteckning

1. Inledning.....	5
1.1 Bakgrund.....	5
1.2 Problemformulering.....	6
1.3 Syfte.....	7
1.4 Frågeställningar.....	7
1.5 Relevans för socialt arbete.....	7
2. En bakgrund till LARO.....	8
3. Kunskapsläget.....	10
3.1 Socialt arbete inom hälso-och sjukvården.....	10
3.2 Läkemedelsassisterad behandling.....	12
3.3 Relationens betydelse.....	13
4. Teoretisk tolkningsram.....	15
4.1 Goffman och den dramaturgiska ansatsen.....	15
4.2 Profession och makt.....	16
5. Metod och metodologiska överväganden.....	18
5.1 Val av metod.....	18
5.2 Urval.....	18
5.3 Metodens förtjänster och begränsningar.....	19
5.4 Metodens tillförlitlighet.....	20
5.5 Forskningsetiska överväganden.....	21
5.6 Studiens genomförande.....	22
5.7 Analys av intervjuer.....	23
5.8 Arbetsfördelning.....	23
6. Resultat & analys.....	24
6.1 Den professionella identiteten som kurator.....	24
6.2 Kurators roll i relation till kollegor och mottagningen.....	29
6.3 Kurators roll i relation till patienten.....	35
6.3.1 Fasadernas påverkan på kuratorsrollen.....	41
7. Sammanfattning av resultat och analys.....	45
8. Avslutande diskussion.....	47
Referenser.....	49
Bilaga 1.....	53
Bilaga 2.....	54

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

Den här kandidatuppsatsen handlar om läkemedelsassisterad behandling av opioidberoende och vilken roll socionomen, det vill säga kuratorn, får på mottagningen.

Flera nationella och internationella forskare har uppmärksammat läkemedelsassisterad behandling som en framgångsrik behandling för personer som är beroende av narkotika i form av opioider (Bart 2012; Johnson 2005; Johnson & Svensson 2006; Timko et al. 2016). Inom den svenska välfärden är denna behandling också den vårdform som Socialstyrelsen rekommenderar för personer med opioidberoende (Socialstyrelsen 2015). År 2014 infördes därför vårdvalet LARO, läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende, som en del av psykiatri inom den svenska hälso- och sjukvården (Johnson, Richert & Svensson 2017). Socialstyrelsen (2016a) menar att syftet med denna behandling är att förebygga återfall, förbättra social funktion och minska medicinska komplikationer och dödlighet. Grunden för läkemedelsassisterad behandling är att patienten dagligen tar en individuellt anpassad dos av narkotikaklassat läkemedel för att uppnå ett minskat drogsug och ett opåverkat tillstånd (Johnsson 2009).

Patienterna på LARO-mottagningarna kommer med individuella erfarenheter men delar ofta erfarenheter av att samhället stämplat dem som avvikare och har på så vis utvecklat en identitet som narkotikamissbrukare (Johnsson 2009). När patienten kommer in i det sociala sammanhanget på LARO-mottagningen blandas denna identitet med en ny. Detta bidrar till en identitetskrock som kan skapa ångestkänslor (Murphy & Irwin 1992). Patienterna har då utöver den faktiska abstinensen efter opioider också ett krävande psykosocialt tillstånd att hantera. Flera forskare har i detta sammanhang också pekat på hur läkemedelsassisterad behandling i kombination med insatser för det psykosociala tillståndet är effektivare än medicinsk behandling utan det samma (Bart 2012; Johnson 2005; Rabinowitz 2009).

## 1.2 Problemformulering

Den personalgrupp som generellt inom hälso-och sjukvården förväntas arbeta med psykosocialt arbete är kuratorn (Lalos, Blom, Morén & Olsson 2014). Lalos et.al (2014) menar dock att det saknas en specifik definition av vad psykosocialt arbete är. Att bedriva psykosocialt arbete och erbjuda psykosociala insatser är också något som är med i Socialstyrelsens riktlinjer för Sveriges olika LARO-mottagningar (Socialstyrelsen 2016b). Då det finns en oklarhet i vad psykosocialt arbete är, blir det intressant att undersöka vad kuratorns uppdrag på mottagningen innebär. Enligt Lalos et.al (2014) är kuratorers generella uppdrag inom hälso-och sjukvård bland annat att arbeta för förändringar i patientens sociala miljö så att dennes livssituation kan utvecklas så gynnsamt som möjligt. Kuratorn förväntas i sin roll som hälso-och sjukvårdens "sociala expert" också medvetandegöra och utbilda övriga vårdgivare om den sociala situationens betydelse för patientens medicinska behandlingsresultat (ibid.).

Människor som söker sig till hälso-och sjukvården, där LARO-mottagningarna verkar, gör det dock inte primärt för sociala eller psykologiska insatser, utan för att få medicinska insatser. I denna kontext blir övriga vårdgivare mer centrala än kuratorn, vilket försvårar kuratorns möjligheter att genomföra sitt uppdrag. Kuratorn ställs inför diverse utmaningar genom att vara ensam i sin profession i en medicinsk kontext (Lalos et.al 2014). Dessa utmaningar gör det relevant att fråga sig hur mycket utrymme kuratorn egentligen får på en LARO-mottagning. Vad är det kuratorn gör och vem är det som bestämmer vad hen ska göra? Hur ser kuratorns roll ut på mottagningen? Hur upplever kuratorn sin roll i den här kontexten? Det finns många frågetecken kring kuratorns roll på mottagningen. Få forskare har undersökt kuratorns situation och hur rollen utformas i de möten som sker på LARO-mottagningen. Därför anser vi att det är vetenskapligt relevant att forska vidare kring just kuratorernas situation. Genom att kuratorn dagligen möter patienter och personal från andra professioner samt har mottagningens medicinska organisationsramar att förhålla sig till, har vi en tanke om att ett socialt sammanhang skapas och att detta sociala sammanhang konstruerar kuratorns roll på mottagningen.

### **1.3 Syfte**

Syftet med vår studie är att undersöka hur kuratorn upplever sin roll på LARO-mottagningen samt hur rollen formas i samspel med kollegorna, patienterna och organisationen.

### **1.4 Frågeställningar**

- Hur upplever och utformar kuratorn sin roll och sina arbetsuppgifter på mottagningen i relation till kollegorna?
- Hur upplever och utformar kuratorn sin roll och sina arbetsuppgifter på mottagningen i relation till patienterna?
- Hur påverkar organisationen kuratorns möjligheter att utföra sitt arbete?

### **1.5 Relevans för socialt arbete**

Inom yrkesområdet socialt arbete möter yrkesverksamma ständigt människor med missbruksproblem (Johnsson, Laanemets & Svensson 2009). Några av dessa yrkesverksamma är kuratorer och verkar inom läkemedelsassisterad behandlingsform, som är organiserad inom hälso- och sjukvården. Lalos et al. (2014) poängterar hur den medicinska kontexten är specifikt för socialt arbete inom hälso-och sjukvården då kuratorn blir ensam i sin profession i en miljö med professioner som huvudsakligen har medicinskt fokus. Då kuratorn och dess kollegor på LARO-mottagningen tillhör olika professioner med olikartade utbildningar använder de teoretiska språk som skiljer sig från varandra och tenderar därmed också att betrakta patientens problem på olika sätt (ibid.). Det är därför relevant att undersöka hur kuratorer upplever och förhåller sig till att som ensam profession vara expert på socialt arbete. Det faktum att det i forskning inom ämnet läkemedelsassisterad behandling finns en avsaknad av forskning kring kuratorns roll, ser vi också som ett argument för denna uppsats relevans för socialt arbete.

## 2. En bakgrund till LARO

Läkemedelsassisterad behandling har visat sig vara en framgångsrik behandlingsform för personer med opioidberoende (Bart 2012; Johnson 2005; Johnson & Svensson 2006; Timko et al. 2016). Opioider är ett samlingsnamn för beroendeframkallande droger och läkemedel som påverkar hjärnan på ett morfinliknande sätt, exempelvis att det har en muskelavslappande och smärtlindrande effekt. Vidare kan opioider delas in i tre undergrupper:

- opiat: morfin, oxykodon, kodein, heroin, opium
- semisyntetiska opioider: buprenorfin, hydromofon
- helsyntetiska opioider: ketobemidon, petidin, metadon, tramadol (Vårdguiden 2016).

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende grundar sig i att patienten kommer till mottagningen och får en individuellt anpassad dos av narkotikaklassat läkemedel (Johnson 2005). I Sverige finns det bara två läkemedel som är tillåtna för diagnosen "opioidberoende", nämligen metadon och Subutex (dvs. buprenorfin), vilkas funktion är att blocka opioiden.

Det har i Sverige sedan mitten av 1960-talet funnits läkemedelsassisterad behandling för personer med ett beroende av opiaten heroin (Socialstyrelsen 2015). Heroin, utmärker sig från annan narkotika med sin höga beroendepotential, snabba toleransökning, kraftiga abstinenssymptom och den överhängande risken för överdosering (Petersson 2013). Detta kan förklara varför ett beroende av heroin är ett svårbehandlat tillstånd som ibland likställs med kroniska sjukdomar, där insatser snarare syftar till att behandla symptom än att bota (Johnsson 2009). Behandlingsformen etablerades som ett försöksprogram i Uppsala och verksamheten utvecklades sedan till ett nationellt metadonprogram. Behandlingen möttes dock av starkt motstånd, från olika professioner och organisationer, som menade att ett drogberoende ersattes av ett annat. Genom åren har motståndet fortsatt men verksamheten har ändå utvecklats genom vetenskap och beprövad erfarenhet (Johnson 2005). Socialstyrelsen beslutade 2004 om nya föreskrifter och allmänna råd vilka reviderades ännu en gång genom föreskrifterna 2009. Kravet på två års dokumenterat opiatmissbruk ändrades till ett år och kravet på samråd med socialtjänsten vid bedömningen av om en patient ska få behandling, ändrades till ett råd om att vårdplanen bör upprättas i samråd med socialtjänsten i de fall patienten behöver insatser från båda instanser (Socialstyrelsen 2015). År 2016 uppdaterades riktlinjerna ytterligare och den huvudsakliga förändringen gällde målgruppen. Tidigare var behandlingen endast till för personer beroende av opiaten heroin, men i och med de nya



föreskrifterna blev även personer beroende av bland annat läkemedel välkomna till programmen (Socialstyrelsen 2016b). Målgruppen täcker nu hela spannet av opioider.

Behandlingen sker i Sverige idag på så kallade LARO-mottagningar, vilka finns i både privata och offentliga former. Mottagningarna jobbar på uppdrag av Region Skåne (Region Skåne 2016). På Vårdguiden 1177 (2016) beskrivs LARO på följande sätt: ”En LARO-mottagning erbjuder dig som är beroende av opioider en läkemedelsassisterad behandling med läkemedel bestående av narkotika. Behandlingen är godkänd som behandling av opioidberoende personer och bygger på frivillighet. Den medicinska delen av behandlingen kompletteras med samtal, stöd och rådgivning.” Behandlingen följer Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (ibid.). På mottagningarna arbetar personal med olika utbildning, exempelvis sjuksköterska, kurator, läkare, skötare, psykolog med flera. Kuratorerna på LARO-mottagningarna har socionomutbildning.

### 3. Kunskapsläget

I det här avsnittet presenterar vi en del forskning som vi anser är relevant för vårt syfte och våra frågeställningar. Vi har delat in avsnittet i tre olika delar. Först presenterar vi forskning kring socialt arbete inom hälso-och sjukvården, därefter forskning kring läkemedelsassisterad behandling och slutligen lyfter vi forskning kring relationen mellan professionell och patient och dess betydelse för behandlingen. Här redogör vi också för hur vi har sökt litteratur och forskning. Vi har främst använt oss av sökbaserna EBSCOhost, Lubsearch och Libris. Våra huvudsakliga sökord som vi använt i olika kombinationer är: *relation, client, professional, professional identity, teamwork, multidisciplinary team, socialworkers role expectations, medication-assisted treatment, social work profession, social work in hospital.*

#### 3.1 Socialt arbete inom hälso-och sjukvården

Sedan 1900-talets början har socialarbetare varit efterfrågade inom sjukvården på grund av deras mer holistiska och samhällsförankrade arbetssätt (Kerson & McCoyd 2013). Kerson och McCoyd har studerat intervjuer med de första socialarbetarna inom hälso-och sjukvården och redogör för hur det redan då var svårt att identifiera gränserna mellan socialt arbete och sjukvård. I studien presenteras hur socialarbetarna skapade sociala tjänster som svar på identifierade behov.

Att socialarbetare inom hälso-och sjukvården är i ständig samverkan med andra professioner är något som speglar nutiden. McNeil, Mitchell och Parker (2013) skriver i sin artikel *Interprofessional practice and professional identity threat* om för-och nackdelar med ett mångprofessionellt arbete inom sjukvården. Författarna menar att en orsak till de svårigheter som utvecklats i de mångprofessionella arbetssättet är att det uppstår konflikter som baserar sig på hot mot yrkesidentiteter. Vidare menar författarna att olika professioner tenderar att skapa konflikt på grund av deras olika syn på behandling och olika professionella värderingar. Olika sätt som dessa konflikter tar sig i uttryck är genom förolämpningar och förnedrande handlingar inom teamet (ibid.). Även Blomqvist (2009) har i en intervjustudie studerat det mångprofessionella samarbetet. Hennes studie riktar in sig på den svenska psykiatrin och undersöker hur väl de olika professionerna nyttjar deras olika kompetens och på så vis formar ett mångdimensionellt patientarbete. Resultatet från studiens intervjuer visade på hur professionerna hade en tendens att överta en annan professions uppgifter på grund av att man anser sig ha den kompetens som krävs. Blomqvist (2009) skriver också om en okunskap kring vilken profession som har vilket ansvarsområde och menar vidare att ett förhållningssätt där

man i sin profession anser sig vara viktigare än någon i en annan profession, riskerar att skapa ett ogynnsamt maktförhållande. Resultatet från studien visar på en önskan från medlemmarna i teamen på psykiatriavdelningarna att få känna sig delaktiga och jämlika samt ha konfliktfria professionella relationer. Dock visade intervjupersonernas uppfattningar på känslor av ett hieratiskt förhållande mellan professionerna och forskaren menar att detta kan begränsa teamets möjlighet till det önskvärda patientarbetet där samtligas kompetens till fullo nyttjas (ibid.).

Giles (2016) ger genom sin studie möjlighet till en förståelse av sjukhuskuratorers upplevelse av att arbeta inom team med professioner från olika akademiska fält. Forskaren menar att vissa diskurser har mer influens än andra i institutionella sammanhang, exempelvis medicinsk kontra psykosocial. Detta kan i sin tur leda till att den dominanta gruppens diskurs får företräde och sätter stämpel på hur arbetet ska gå till, vilket kan leda till att andra underdominerade gruppers medverkan begränsas, däribland kuratorns. Då kuratorn med stöd av föregående studie blir en underdominerad grupp i teamet, blir det relevant att redogöra för forskning som undersöker kuratorers arbetsprestationer och trivsel. Detta har Slaná, Dobříkova, Hromková & Letovancová (2016) fokuserat på i sin studie om vilka faktorer som socialarbetare på sjukhus i Slovakien anser vara viktigast för just deras arbetsprestationer och trivsel. Studien visar på fyra huvudfaktorer som visade sig vara specifikt avgörande för socialarbetares situation på arbetet: bristen på lagstadgade regler, organisationsstrukturer som inte är beredda att erkänna socialt arbete som en viktig del av tillfrisknandet, organisationskulturer som inte stödjer interprofessionellt teamarbete samt svårigheter vid koordinering av patientens utskrivning och eftervård. Forskarna styrker vikten av samverkan genom att hävda att samverkan mellan olika yrkeskategorier krävs för att prestera kvalitet inom sjukvårdsverksamheter. Slaná et al (2016) menar också att en annan påverkansfaktor för kuratorns roll är avdelningschefen. Genom att se kulturen via ett top-down synsätt menar de att människor som jobbar inom en organisation kommer ta in sin chefs åsikter eller beteende. Därmed kan man se att om chefen visar uppskattning för kuratorns roll, kommer detta även spegla kollegornas uppfattningar om kuratorn.

Craig & Muskat (2013) är andra forskare som undersökt socialarbetare som arbetar inom sjukvården. I deras studie presenteras hur socialarbetare på sjukhus uppfattar sina roller och det sociala arbetets funktion i en snabbt föränderlig hälsovårdsmiljö. De presenterar sju huvudteman som framkom av deltagarnas beskrivningar av sina roller: dörrman (som utför kontroll över en situation) vaktmästare (då de förväntas ta hand om det mindre "glamorösa"

arbetet), lim (som håller patienterna och familjerna och även teamet tillsammans), mäklare (med ekonomiskt stöd), brandman (som hanterar kriser), jonglör (då de behöver jonglera med olika roller och förväntningar från sjukhusets sida samt hantera komplexa fall) och utmanare (som förespråkare för patienterna). Tillsammans med beskrivningar av hur socialarbetare uppfyllde dessa roller, formulerade deltagarna skillnader i status inom dessa roller, den ökade komplexiteten av avlastande planering och förväntningar att ge sekundärt stöd till annan vårdpersonal i deras team. Forskarna menar att behovet av fördelning och tydliggörande av arbetsuppgifter och roller krävs både för att säkerställa bästa möjliga resultat för patienter, men även för att stärka den ofta ensamma socialarbetarens roll. De menar vidare att kuratorn har ett annat fokus än övrig personal och att specifikt för professionen är att snarare se de sociala aspekterna av sjukdomen.

### **3.2 Läkemedelsassisterad behandling**

Då vi i bakgrunden presenterat vad läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende är, fokuserar vi i detta avsnitt på några av de dilemman som framkommit inom forskning kring ämnet.

Det främsta dilemmat som vi kan identifiera utifrån forskningen handlar om huruvida stödande samtalsverksamhet får utrymme i behandlingen eller inte. Rabinowitz (2009) poängterar i sin artikel vikten av samtalsverksamhet i kombination med att patienten får sin dos av läkemedel. Rabinowitz menar att syftet med läkemedelsassisterad behandlingsform är att skapa en plattform där patienten kan bygga en återhämtande livsstil och då krävs det att behandlingen också erbjuder personlig förändring och inte bara receptbelagda läkemedel. Då det på LARO-mottagningarna i Sverige är personal med medicinsk profession som har delegering på läkemedel är det också den profession som dagligen faktiskt träffar patienterna. Lilly, Quirk, Rhodes och Stimson (1999) har i en brittisk studie undersökt den medicinska professionens möjligheter att utveckla en terapeutisk roll i arbetet med patienten på mottagningar för läkemedelsassisterad behandling. Studien visar att patienterna på mottagningarna hade många tankar om sin sjuksköterska, tankar som i stor utsträckning påverkade deras inställning till att ta emot råd och stöd från denne. Först och främst såg många patienter sin sjuksköterska som portvakt till metadonet vilket gjorde patienterna väldigt observanta på vad de valde att berätta. Många patienter upplevde av samma anledning också att sjuksköterskan befann sig i en maktposition. Studien visar att båda dessa faktorer i sin tur skapade spänningar i relationen mellan patient och personal, vilket fick konsekvenser

för patientens tillit till sin sjuksköterska och följaktligen också konsekvenser för intresset av råd och stöd från denne. Lilly et al. (1999) menar då att sjuksköterskan måste hantera de spänningar som uppstår i relationen med patienten, vilket begränsar möjligheten att verka i en rådgivande roll. I studien presenteras att patienter därför föredrog att söka råd och stöd någon annanstans då de kunde ha en mer öppen relation eftersom rådgivaren inte hade med ordinerings av läkemedel att göra.

Vi har nu redogjort för kurators och annan personal på LARO-mottagningarnas situation i olika sammanhang. Då patienterna är centrala i LARO-mottagningarnas verksamhet är det relevant att också presentera viss forskning kring dem. Järvinen och Andersen (2009) har studerat patientens identitet och menar att patientens beroende ofta definieras som ett obotligt tillstånd av personalgrupper. Författarna hävdar därför att behandlingsinsatser organiseras utifrån detta antagande, vilket skapar en bild av att målet med läkemedelsassisterad behandling är att stabilisera patienterna. Detta då det från klinikens sida inte ses som realistiskt att patienterna ska kunna sluta med sin dos av metadon eller Subutex. Studien visar att patienterna inom läkemedelsassisterad behandling därför konstrueras som kroniska missbrukare. Utifrån studien hävdar också Järvinen och Andersen att detta synsätt skapar en självuppfyllande profetia hos patienterna vilket gör att de ser sig själva som kroniska missbrukare oavsett hur de ser på eller upplever sitt bruk och sina möjligheter att bli fria från såväl illegala droger som narkotikaklassade läkemedel. Murphy och Irwin (1992) är andra forskare som har undersökt patienterna i metadonbehandling. Ett tema som kommit upp i deras studie är att metadonpatienten genom behandlingsformen får en oklar identitet, detta då patienten svävar mellan att vara nästan missbrukare och nästan en "vanlig" samhällsmedborgare. Trots att man har lämnat ett heroinmissbruk och deltar i en strikt reglerad behandling så behandlas man ändå inte som en helt fullvärdig, pålitlig medborgare. Läkemedelsassisterad behandling bottenar i en sjukdomsdiagnos där personer tas in i programmet enligt hälso- och sjukvårdslagen, men ändå straffas patienterna vid symtomuppvisande av sin sjukdom, alltså tar återfall (ibid.).

### **3.3 Relationens betydelse**

Då patienten kommer till LARO-mottagningen dagligen blir relationen mellan den professionelle och patienten väldigt viktig. Wolfe, Kay-Lambkin, Bowman och Childs (2013) menar att det finns tre centrala faktorer som associeras med läkemedelsassisterad behandling och som spelar stor roll för att behandlingen ska bli framgångsrik för patienten: tvång,

motivation och en terapeutisk allians. Forskarna har studerat sambandet mellan dessa tre faktorer. Studiens resultat visar att motivationsaspekten och den terapeutiska alliansen spelade en signifikant roll för behandlingens resultat, medan tvång inte gjorde det. Urbanoski, Kelly, Hoepfner och Slaymaker (2012) har också undersökt den terapeutiska alliansen i läkemedelsassisterad behandling. Deras studie syftade till att undersöka om alliansen mellan klient och professionell påverkade förändringar i bland annat de viktiga variablerna stress, motivation och engagemang i AA och NA rörelser. Resultatet i studien visar på att alliansen gynnar samtliga dessa områden och förändringar kunde särskilt utläsas i minskad stressnivå hos patienterna (ibid.).

## 4. Teoretisk tolkningsram

I det här avsnittet presenterar vi den teoretiska tolkningsram vi har valt att analysera vår empiri med. Då denna studie undersöker kuratorer i deras sociala sammanhang på en LARO-mottagning blir det relevant att använda en teori som fokuserar på vad som sker i människors möte med varandra. Därför har vi valt den symboliska interaktionismen och begrepp från Goffmans dramaturgiska ansats som en del av vår tolkningsram i den här studien. Vår tolkningsram innefattar också begreppen profession och makt då innebörden av dessa begrepp har visat sig vara centrala konsekvenser av det som sker i mötet mellan de människor som av olika anledningar befinner sig på LARO-mottagningarna.

Den symboliska interaktionismen härstammar från ett socialpsykologiskt perspektiv och utgår från att människans jag är ett objekt som får sin innebörd i förhållande till andra människor. Jaget är inte givet från början utan byggs upp genom interaktion med andra människor. Genom livet är man involverad i olika sociala relationer och processer som upprätthåller och ständigt utvecklar och förändrar identiteten (Mead 1976). Eftersom det är den professionelle kuratorn som studeras här blir det relevant att använda begreppet professionell identitet istället för identitet. Kuratorns interaktion med andra upprätthåller och utvecklar den *professionella identiteten* och bidrar därmed också till den uppfattning som kuratorn har om sin professionella identitet på LARO-mottagningen.

### 4.1 Goffman och den dramaturgiska ansatsen

Utifrån det symboliskt interaktionistiska synsättet utvecklar människan i mötet med andra förmågan till *rollövertagande* vilket innebär att människan agerar utifrån hur den tror att den andre förväntar sig (Johansson och Lalander 2013). Att agera utifrån hur den andre förväntar sig är något som sociologen Erving Goffman (2014) har vidareutvecklat med sin teori om den dramaturgiska ansatsen. Goffman använder sig utav begreppet teater för att förklara hur interaktionen mellan människor fungerar. Han förklarar det mänskliga beteendet med att människan genom livet agerar skådespelare där olika interaktioner innebär olika föreställningar. Goffman definierar *interaktion* som individers ömsesidiga inflytande på varandras handlingar och sätt att fungera när de befinner sig i varandras omedelbara fysiska närvaro. I interaktionen menar Goffman också att respektive individ presenterar ett *framträdande*, alltså den samlade aktiviteten som individen framhäver i interaktionen och som syftar till att påverka den andre deltagaren i någon riktning. Goffman använder begreppet *främre region* för att referera till den plats där framträdandet äger rum och där individen

försöker ge intryck av att hens aktivitet i regionen upprätthåller och förkroppsligar vissa normer. Den *bakre regionen* kan definieras som ett ställe, i anknytning till ett visst bestämt framträdande, där det anses som en självfallen sak att bestrida det intryck som har växt ur framträdandet. För att i framträdandet kunna påverka den andra deltagaren i någon riktning menar Goffman att aktören upprätthåller den *fasad* som passar för situationen. I framträdandet använder individen omedvetet eller medvetet olika typer av rekvisita som bildar den här fasaden. Vidare kan fasaden betas ner i ytterligare beståndsdelar, *inramning* som omfattar miljön kring framträdandet och *personlig fasad* som identifierar aktörens individuella identitet som finns hos aktören var hen än befinner sig. Inom den personliga fasaden finns både föränderliga element så som kroppsspråk, utseende och ansiktsuttryck, samt mer långvariga element så som ålder och etnicitet. Den gestalt som aktören presenterar i sitt framträdande är identisk med samhällets betraktande av aktörens personlighet. Därför blir det viktigt för aktören att upprätthålla en framställning som aktören själv önskar att associeras med. Aktörens möjlighet att göra detta påverkas av den miljö och de interaktioner som aktören möts av i denna framställning (Goffman 2014). Ett redan i förhand bestämt handlingsmönster under ett framträdande kallar Goffman för *roll*. Ett framträdande socialiseras, formas och omformas flera gånger för att passa in i de förutsättningar som situationen kräver. När en individ sedan upprepat detta handlingsmönster ett flertal gånger uppstår ett socialt samband och individen har utvecklat en *social roll* där hen kan agera i likartade handlingar vid tillfällen av liknande slag eller gentemot personer av liknande slag. Goffman redogör för vad som sker när en samling individer samarbetar i framställningen av en social roll för att bevara en given definition av en situation och menar att det då skapas ett *team* (ibid.).

I vårt syfte har vi valt att använda begreppet roll men då vi vill ta vår analys till djupare resonemang kommer vi att använda begreppen professionell identitet och social roll. Det finns en viss likhet mellan dessa begrepp, därför redogör vi här för hur vi i denna uppsats valt att skilja dem åt. Då vi talar om kuratorns *sociala roll* syftar vi till formella förväntningar som finns inom och utanför organisationen medan begreppet *professionell identitet* används när vi talar om hur kuratorn upplever sin egen roll.

#### **4.2 Profession och makt**

På LARO-mottagningarna finns personal i form av socionom, läkare, sjuksköterska, psykolog med flera. Beroende på titel har dessa människor skilda funktioner inom organisationen som utmärker personalens olika *professioner*. Enligt Svensson, Johnsson och Laanemets (2008)



finns det trots många olika definitioner, en enighet kring vissa karaktärsdrag som är förknippade begreppet profession. Dessa är vetenskaplig auktoritet eller professionell expertis, allmänhetens förtroende, en avgränsad jurisdiktion, autonomi, egna yrkesorganisationer och en speciell professionell etik.

De skilda funktioner som utmärker personalens professioner kan också användas för att förklara konflikter mellan de olika personalgrupperna. Det menar forskaren Beckman (1989) som i sin teori om professionell auktoritet hävdar att särskiljande funktioner bland personalgrupper med liknande eller närstående funktioner och som gör konkurrerande anspråk på expertis, ger upphov till konflikt. Beckmans teori grundar sig i antagandet om att konflikter mellan professionella grupper utvecklas på grund av deras vardera ansträngningar att etablera, säkerställa och utvidga sin auktoritet (ibid.). Denna teori är i vår studie relevant att använda i diskussion kring hur de olika personalgrupperna på LARO-mottagningarna utmärker sig i sina funktioner och hur det påverkar kuratorns professionella utrymme. Beckman (1989) definierar *professionell auktoritet* som det som personen tros kunna prestera i ett specifikt sammanhang. Vidare menar han att den professionella auktoriteten och dess prestationskrav ständigt är i mitten av förväntningar från den sociala institution som den professionelle företräder och av förväntningar på den professionelles personliga kompetens. Denna ständiga dragkamp som samtliga professioner upplever bidrar till konflikter sinsemellan och påverkas dessutom av den komplexitet som finns i de sociala relationer där den professionelle verkar. Beckman (1989) menar vidare att den professionella auktoriteten är en del av det breda begreppet *makt*. Makt kan enligt forskaren förklara varför människor anpassar sitt handlande efter regler och instruktioner samt varför vissa aktörer ofrivilligt anpassar sig till andra aktörers vilja (ibid.). Med hjälp av detta kan vi förstå professionell auktoritet och varför vissa professioner underordnas andra. En annan forskare som skriver om begreppet makt är Skau (2007). Skau fokuserar till skillnad från Beckman på maktaspekten mellan hjälpare och klient där hon menar att grunden till makt är olikhet mellan dem två. Hon poängterar att makt är ett värdeneutralt begrepp, men att det ofta associeras med något negativt på grund av att maktutövare saknar kunskap och medvetande kring eventuellt maktmissbruk. Skau menar att om den professionella hjälparen saknar insikt om sin funktion, bidrar denne till stigmatisering och ytterligare ojämlikhet som påverkar relationen med klienten (ibid.).

## **5. Metod och metodologiska överväganden**

I detta avsnitt presenteras en genomgång av insamlandet av vårt empiriska material. Avsnittet behandlar de metodmässiga överväganden vi gjort, en motivering av vårt metodval, hur vårt urval gått till, metodens förtjänster och begränsningar, metodens tillförlitlighet samt etiska överväganden som gjorts. Under avsnittet presenteras också studiens genomförande, hur vi analyserat empirin och vår arbetsfördelning under uppsatsens gång.

### **5.1 Val av metod**

Då vi i vår studie undersöker kuratorers upplevelser av sin roll på LARO-mottagningen, har vi valt att använda oss av kvalitativ metod. Vi vill förstå personalens subjektiva föreställningar och upplevelser snarare än att generalisera data (Bryman 2011) och därför anser vi att en kvalitativ metod lämpar sig bäst för vår undersökning. Vidare har vi valt att använda oss av det som May (2001) benämner semistrukturerade intervjuer, då denna intervjuform ger möjlighet att ha specificerade frågor men som ändå ger respondenterna stor frihet att fördjupa svaren. Eftersom vi ville ha möjlighet att ställa följdfrågor och fördjupa intressanta resonemang samtidigt som vi ville koncentrera empirin mot det aktuella ämnet för att kunna besvara våra frågeställningar, hade en alltför standardiserad metod inte matchat våra frågeställningar. Observation som metod hade inte heller varit en lämplig metod för vår studie, då vi hade behövt komplettera med intervjuer för att förstå det vi observerar och ta del av personalens upplevelser (Aspers 2007).

### **5.2 Urval**

Eftersom vårt syfte med denna studie var att intervjua kuratorer på LARO-mottagningar blev det naturligt att dessa också blev vårt urval. På grund av begränsade resurser valde vi att avgränsa oss till LARO-mottagningar i Skåne. Detta val av intervjupersoner överensstämmer med kriterierna för ett målinriktat urval då vi valde personal och organisation utifrån att det där finns kunskap och förståelse om den specifika sociala företeelse som vi valt att undersöka (Bryman 2011), nämligen kuratorernas upplevelser av sin roll. Syftet med att använda oss av ett flertal mottagningar var inte att jämföra dessa, utan att undersöka kuratorernas upplevelser utifrån ett bredare spektra. Svensson och Ahrne (2011) menar att genom att forskaren väljer ett flertal miljöer som är lika varandra ger detta en ökad säkerhet i studiens resultat eftersom forskningen då utgår från ett bredare spektrum än om den endast utgår från en och samma plats.

Vi har intervjuat sju personer, en kurator från respektive mottagning. Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2011) skriver om hur antalet intervjupersoner påverkar säkerheten i studien. De menar att redan efter sex-åtta intervjuer kan man säga att empirin är relativt oberoende av enskilda individers väldigt personliga uppfattningar och att säkerheten därför är hög (ibid.). Två av kuratorerna kommer från offentliga mottagningar medan fem jobbar på privata. Trots att alla mottagningar jobbar på uppdrag av Region Skåne är det viktigt att ha med sig att huruvida kuratorn är privat eller offentligt anställd kan upplevelserna skilja sig åt. I denna studie har vi valt att använda fiktiva namn för att bibehålla intervjupersonernas anonymitet. Följande namn används: Anna, Eva, Sofie, Nils, Lotta, Olle och Petra.

### **5.3 Metodens förtjänster och begränsningar**

Vår kvalitativa metod med semistrukturerade intervjuer har både förtjänster och begränsningar. En förtjänst med kvalitativa metoder är att de genererar ett djupare och mer detaljerat resultat än vad kvantitativa metoder gör och semistrukturerade intervjuer gör att forskaren kan vara flexibel, fördjupa resonemang och ställa följdfrågor (Bryman 2011). Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2011) framhäver också att det finns en styrka med att intervjuer möjliggör inhämtandet av flera personers berättelser, och att även om det sker på kort tid så blir det på djupet. Med hjälp av intervjuerna har vi alltså kunnat inhämta kuratorers uttalanden om deras upplevelser av rollens som kurator på en LARO-mottagning och kunnat gå på djupet i deras berättelser.

En begränsning med vårt metodval är att intervjuer endast säger något om stunden då de görs, om hur just den enskilda respondenten uppfattat ämnet för intervjun i den specifika diskussionen. Den ger på så vis en begränsad bild av ett fenomen och måste därmed behandlas därefter (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2011). På grund av denna begränsning blir det än mer viktigt med ett medvetande kring att det är individuella kuratorer vi har intervjuat, kuratorer som har individuella erfarenheter som påverkar deras utsagor och därmed vår empiri. Empirin hade därmed kunnat se annorlunda ut om vi intervjuat andra kuratorer. En annan problematisk aspekt med intervjuer är svårigheten att korrekt uppfatta vad en utsaga egentligen betyder (ibid.). Det kan ifrågasättas om det som sägs är det forskaren tror eller om forskaren har tolkat det respondenten sagt annorlunda (Bryman 2011). Då vi redan i förhand hade en viss idé kring vad vi ville ha ut av intervjuerna, kan detta ha påverkat våra tolkningar av kuratorernas utsagor.

Kritiker till kvalitativ forskning menar att det finns en risk att kvalitativa studier blir för subjektiva då forskaren dels har ett närmare förhållande till sina respondenter samt att fokus ligger på det som forskaren själv ser som betydelsefullt (Bryman 2011). Kritiker menar också att det är svårt att replikera undersökningen då forskaren själv är det viktigaste redskapet. Dessutom är det i princip omöjligt att generalisera utöver situationen (ibid.). Detta skulle kunna ses som begränsningar med vårt metodval men samtidigt är det just det subjektiva som vi vill komma åt i denna studie och frågan är om replikerbarhet och generalisering är eftersträvansvärt (läs mer om detta under nästa rubrik).

#### **5.4 Metodens tillförlitlighet**

Diskussionen om metodens tillförlitlighet påverkas av att vi valt en kvalitativ metod för vår studie. En av de stora skillnaderna mellan kvalitativ och kvantitativ forskning är huruvida forskningen är generaliserbar och därmed överförbar till andra studier (Bryman 2011). Kvalitativa studier har i regel en brist på generaliserbarhet, vilket är något som brukar lyftas fram som kritik mot kvalitativ forskningsmetod (Svensson & Ahrne 2011). Att kvalitativ forskning inte kan arbeta med generalisering såsom kvantitativ forskning gör, betyder inte att generalisering är irrelevant. Istället för sannolikhetskalkyler görs mer försiktiga bedömningar av forskningsresultatens överförbarhet till andra miljöer och områden (ibid.). Vi är tveksamma till huruvida vår studie går att överföra till andra miljöer och områden, men att den däremot med stor lämplighet kan användas i jämförelser med andra studier inom samma område, ställer vi oss positiva till.

En ytterligare skillnad mellan kvalitativ och kvantitativ forskning är begreppsvalen för mätning av studiens tillförlitlighet. Begreppen reliabilitet och validitet är centrala i kvantitativ forskning men inte primära i vår kvalitativa studie (Bryman 2011). Lincoln & Guba (1985) föreslår att man i kvalitativa studier istället ska tänka i termer av *tillförlitlighet* och *äkthet* (Bryman 2011). Utifrån äkthetskravet kommer vi försöka förmedla en rättvis bild av personalens upplevelser (ibid.). Detta genom väl genomarbetade transkriberingar och behandling av det empiriska materialet. Angående tillförlitligheten menar Bryman (2011) att det finns vissa kriterier för att uppnå denna. Dessa har vi förhållit oss till i vår studie på olika sätt. För det första har vi utfört vår studie i enlighet med de forskningsregler som finns. Vi har så fylliga och täta beskrivningar som möjligt för att andra ska kunna bedöma hur pass överförbara de är till annan miljö. Vidare har vi gjort en fullständig och tillgänglig redogörelse av alla faser av forskningsprocessen. Svensson och Ahrne (2011) menar att en

egenskap som hör ihop med forskningens tillförlitlighet är att den ska vara möjlig att diskutera och kritisera, det vill säga att den är *transparent*. Studier som inte kan kritiseras eller diskuteras är ofta studier som inte avslöjar tillräckligt mycket för att man ska kunna granska forskningsprocessen kritiskt (ibid.). För att visa på trovärdighet redogör vi för hela metodvalet och presenterar de svagheter som finns med vår forskningsdesign. Utifrån bedömningen av tillförlitligheten har vi inte heller medvetet låtit personliga värderingar påverka utförandet och slutsatserna av undersökningen, även om vi är medvetna om att det aldrig går att komma ifrån subjektiviteten.

Forskare i kvalitativa studier kommer väldigt nära det som undersöks (Ahrne & Svensson 2011), vilket även påverkar diskussionen kring tillförlitlighet. Eftersom vi kommit så nära vår forskning är det viktigt att vi är medvetna om att vi själva har uppfattningar och åsikter om missbruk och läkemedelsassisterad behandlingsform. Forskning visar att läkemedelsassisterad behandling är ett omdiskuterat forskningsområde där det finns många olika ståndpunkter kring behandlingen (Johnson 2005). Detta är någonting som riskerar ha påverkat oss som forskare och våra åsikter kring vad vi ser som mest betydelsefullt, vilket också riskerar att andra faktorer som av en annan forskare skulle sett som värdefulla, inte fått utrymme i våra intervjuer. Eftersom att vi är socionomstudenter och har en stor förförståelse kring kuratorer och också förespråkar ett socialt perspektiv, kan detta påverka utfallet av studien då det finns en risk att vi håller kuratorerna om ryggen. Detta är också någonting som kan ses som en fördel då vi kommit ännu djupare kring de frågor vi anser mest betydelsefulla, men i synnerhet också en nackdel då vi riskerar ha undgått faktorer som skulle kunna ha en betydelse i sammanhanget. Genom att hela tiden ha en medvetenhet kring detta kan vi distansera och förhålla oss till vår position i förhållande till ämnet. Vidare är det viktigt att poängtera att vi som forskare riskerar att under intervjuerna påverka insamlingen av empirin genom så kallade intervjuareffekter, det vill säga att påverka utfallet av intervjun genom formuleringen av frågor, följdfrågor och responser (Svensson & Ahrne 2011). För att undvika detta har vi följt vår intervjuguide och öppna frågor.

### **5.5 Forskningsetiska överväganden**

De forskningsetiska principerna avser enligt Vetenskapsrådet (2002) att skapa balans mellan forskningskravet och individkravet. Med forskningskravet menas att bedriva forskning i syftet att utveckla kunskaper och metoder. Individkravet innebär att skydda de inblandade individerna från exempelvis psykisk och fysisk skada samt att skydda deras rätt till integritet.

Individkravet kan konkretiseras i fyra huvudkrav på forskningen, nämligen informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002:6). Utifrån informationskravet (Vetenskapsrådet 2002:7) informerade vi i inledningen av intervjuerna om studiens syfte och vilka villkor som gäller respondenternas medverkan samt inhämtade samtycke utifrån samtyckeskravet (Vetenskapsrådet 2002:9). Vi förklarade i samband med detta deltagarnas rättigheter kring medverkan, såsom att de själva bestämmer om, hur länge och på vilka villkor de ska delta samt att de kan avbryta utan att detta leder till negativa konsekvenser för dem (Vetenskapsrådet 2002:10). Med konfidentialitetskravet menas att uppgifterna som framkommer under studien ska hanteras med största möjliga förtroende (Vetenskapsrådet 2002:12). Uppgifterna som kuratorerna på LARO-mottagningarna lämnat kan vara etiskt känsliga, exempelvis om de uttrycker sig illojalt mot organisationen. Därför har vi förvarat empirin på så sätt att ingen utomstående kan få tillgång till dem och intervjupersonerna förblir anonyma eftersom att vi använt oss av fingerade namn genom hela processen. Det finns dock en risk att kuratorerna inom de olika LARO-mottagningarna i Skåne känner till varandra och på så vis äventyras anonymiteten i viss mån. För att minska risken för att anonymiteten skingras har vi, som tidigare nämnt, gett intervjupersonerna fiktiva namn när vi presenterat citat och andra ståndpunkter. Enligt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002:14) ska uppgifterna som kommer fram under insamlingen endast användas för forskningsändamål, vilket vi tagit på största allvar.

## **5.6 Studiens genomförande**

Efter att vi bestämt vad vi ville studera och hur, var första steget i vår studie att kontakta kuratorer att intervjua. För att komma i kontakt med kuratorerna ringde vi till mottagningarnas reception och efterfrågade telefonkontakt med kuratorn på mottagningen. Detta sätt att komma i kontakt med intervjupersonerna påverkar empirin. Då kuratorerna själva fick avgöra om de ville vara med eller inte, kan detta ha vinklat empiriinsamlingen utifrån individernas olika intresse för frågorna. Efter att vi fått tag i kuratorer som ville ställa upp på intervju skickade vi ut ett informationsbrev (se bilaga 1) där vi bland annat presenterade vår studies syfte och frågeställningar. Intervjuerna genomfördes sedan på respektive kurators mottagning och pågick i ungefär en timme. I samtliga intervjuer var en av oss ansvarig för att följa intervjuguiden (se bilaga 2) och hålla strukturen medan den andre av

oss kunde fokusera på att ställa fördjupande frågor. För att vara på säkra sidan spelades intervjuerna in på två olika enheter.

### **5.7 Analys av intervjuer**

Parallellt med att vi genomförde intervjuerna påbörjade vi analysarbetet av empirin genom transkribering och kodning. Detta både på grund av tidsbrist, för att få nya insikter under tidens gång och för att ständigt ha en diskussion kring våra forskningsfrågor. Vi valde att transkribera intervjuerna ordagrant, dock valde vi att inte ta med pauser, suckar, stön och skratt då vi anser att det inte haft betydelse för att förstå innehållet i det som sägs. Något som däremot förekommer i citaten i vår analys är tecknet [...], detta när vi har påbörjat ett citat mitt i en mening eller när vi har tagit bort delar av citatet. Efter att vi transkriberat en intervju påbörjades kodningen, detta då det enligt Bryman (2011) är värt att påbörja kodningen efter hand för att öka förståelsen av data och bidra till det teoretiska urvalet. Vi har följt den grundläggande tekniken i kvalitativ dataanalys som Bryman (2011) radar upp. Efter att ha läst igenom de första utskrifterna en gång utan att notera något, läste vi igenom materialet en gång till och noterade i marginalen om viktiga kommentarer. Sedan gick vi igenom koderna på nytt, granskade dem kritiskt, och beskrev samma företeelse med samma ord eller fras. Därefter försökte vi urskönja generella teoretiska idéer innan vi analyserade materialet efter vår valda teoretiska ram.

### **5.8 Arbetsfördelning**

Under genomförandet av denna studie har vi valt att göra mycket arbete ihop. Vi har skrivit alla uppsatsens delar tillsammans eftersom att vi båda vill stå för allt som skrivits. Under insamlandet av tidigare forskning har vi letat litteratur var för sig och sedan gemensamt reflekterat över och beslutat vad som varit relevant för vår uppsats. Båda har deltagit i samtliga sju intervjuer. Transkriberingen har vi delat upp så att vi har tagit hälften var och kodningen har vi gjort tillsammans.

## **6. Resultat & analys**

I detta avsnitt presenteras resultatet från våra sju intervjuer, som analyseras med hjälp av vår teoretiska ram. I arbetet med vår empiri har vi kunnat urskilja tre olika teman vad gäller kuratorns roll på LARO-mottagningen, vilka ligger till grund för strukturen i denna del av uppsatsen. Först kommer vi att presentera kuratorernas uppfattningar om sin professionella identitet, därefter kuratorsrollen i relation till kollegorna och slutligen kuratorsrollen i relation till patienterna.

Med hjälp av symbolisk interaktionism kan vi analysera kuratorernas upplevelser av deras roll på LARO-mottagningarna och därigenom diskutera hur kuratorns professionella identitet skapas och förändras i relation till de som finns i kuratorns omgivning, det vill säga till kollegorna, patienterna och i förhållande till mottagningens organisatoriska ramar. Med hjälp av Goffmans (2014) teori om den dramaturgiska ansatsen kan vi förstå kuratorns professionella identitetsskapande och formandet av den sociala rollen. Vi kan se hur kuratorn i interaktioner med hens omgivning presenterar ett framträdande som syftar till att påverka omgivningen i en viss riktning. Detta framträdande ter sig olika i alla interaktioner och till sin hjälp i framträdandet använder kuratorn den fasad som passar för situationen. När kuratorn har upprepat detta framträdande ett antal gånger har kuratorn ett inövat handlingsmönster som bidrar till både skapandet av den professionella identiteten och av hens sociala roll på LARO-mottagningen.

### **6.1 Den professionella identiteten som kurator**

I denna del av analysen presenterar vi det första temat som handlar om kuratorns upplevelser av sin professionella identitet på mottagningen. För att kunna förstå hur kuratorns sociala roll och professionella identitet skapas på en LARO-mottagning är det viktigt att få en bild av vilka arbetsuppgifter kuratorn upplever att organisationen tilldelar hen att utföra.

Ett genomgående mönster som lyfts av kuratorerna är att vad organisationen tilldelat dem att utföra är otydligt och lite rörigt, både för sig själva, för kollegorna och i viss mån patienterna. Kuratorerna berättar att de har många olika arbetsuppgifter. Samtliga kuratorer beskriver att de har ansvaret för mottagandet av nya patienter och att de i samband med detta gör en liten social utredning kring patienten. Kuratorn inhämtar även dokumentation från andra aktörer som kan styrka att den potentiella patienten har ett opioidbruk och överlämnar sedan information och bedömning till beslutande läkare. Några av kuratorerna lyfter att de gör en bedömning när personen godkänts som patient, hur man ska jobba med det psykosociala i



behandlingen, men samtliga hävdar att de är involverade i det psykosociala stödet kring patienterna på mottagningen. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska den medicinska behandlingen för personer med opioidberoende kompletteras med psykosocialt stöd (Socialstyrelsen 2016b). Vikten av det psykosociala stödet stärks av Rabinowitz (2009) som betonar att själva medicinen inom läkemedelsassisterad behandling inte garanterar avhållsamhet från opioider och inte heller ett socialt beteende fritt från kriminalitet och illegal narkotikaanvändning. Rabinowitz menar därför att mottagningar som bedriver denna typ av behandling ska sträva efter att förändra patienternas livsstil genom att ge dem stöd i hur den kan förändras. Inför vår studie hade vi en föreställning om att kuratorn på mottagningen är den person som ansvarar för det psykosociala stödet. I intervjuerna framkommer det dock att det inte enbart är kuratorn som har det ansvaret på mottagningarna utan alla i personalgruppen jobbar med detta stöd till och från, i olika utsträckning. Kuratorerna menar nämligen att det psykosociala stödet är allt stöd som patienterna får utöver medicineringen. Eftersom alla på mottagningen är involverade i det psykosociala stödet blir det därför relevant att analysera vad det är som utmärker kuratorn i detta arbete.

I intervjuerna framkommer det att begreppet psykosocialt stöd inte är definierat och att personalen på mottagningarna därför har stort utrymme att bestämma vad som ska ingå i det psykosociala stödet. Samtliga intervjupersoner beskriver att det som utmärker kuratorn i det psykosociala arbetet är att kuratorns arbetsuppgifter är väldigt praktiskt lagda och inte specifikt inriktat på stödsamtal. En stor arbetsuppgift är att ge patienterna praktiskt stöd i kontakten med andra myndigheter och aktörer samt att söka olika typer av insatser och överklaga beslut. Denna arbetsuppgift kan likställas med den roll som Craig & Muskat (2013) kallar "utmanare", det vill säga den roll som agerar förespråkare för patienterna. Alla utom en kurator beskriver sig ha ansvaret för planering, genomförande och uppföljning av nätverksmöten/samverkansmöten och de flesta framställer detta som den främsta arbetsuppgiften. Kuratorerna berättar att det finns visst utrymme för enskilda samtal men det skiljer sig vilka typer av samtal. Samtliga beskriver att de har någon typ av stöttande eller motiverande samtal i samband med att patienterna får praktisk hjälp av kuratorn, det vill säga mer spontana stöttande samtal. Huruvida de har mer regelbundna, strukturerade samtal skiljer sig åt. En kurator nämner att hen endast har stödsamtal utöver det som sker i samband med praktiskt stöd med patienterna om de inte vill gå till psykolog eller behandlaren inte har tid. En annan beskriver att hen gärna hade haft mer behandlande samtal men att det finns terapeuter på plats som ska fylla detta behov. Två kuratorer benämner samtalen med

patienterna som “akuta samtal”, där de menar att patienterna kommer till dem när det är kaos och de har akuta problem som de behöver stöd för att lösa. Även denna arbetsuppgift kan likställas med en av de roller hos sjukhuskuratorer som Craig & Muskat (2013) tar upp, nämligen “brandmannen”, som hjälper till vid krishantering.

Genomgående beskrivs kuratorns uppgifter som blandade, “gott och blandat”, splittrat och att hjälpa folk med det de behöver hjälp med just då. Sofie beskriver sin professionella identitet på följande sätt:

Jag är ganska handlingsinriktad liksom. Till exempel ansöker med personen tillsammans om insatser för annars kommer det inte hända. Jag jobbar ganska mycket praktiskt med mina patienter. Nej men lite så, fixaren. Och lite samordnaren. Den som räddar runt i livet lite. (Sofie)

Sofie är en bland flera som beskriver sin professionella identitet som mer en *fixarroll* än en behandlarroll samt som en *samordnare*. En annan kurator använder begreppet *vägledaren* för att beskriva sin professionella identitet. Utifrån kuratorernas uttalanden finns det en antydning om att kuratorerna uppfattar sin professionella identitet på liknande sätt som Craig & Muskat (2013) funnit i rollen “lim”, som beskrivs som den som håller ihop arbetet kring patienterna.

Vidare kan man urskönja att rollen som “jonglör” (Craig & Muskat 2013), det vill säga att kuratorerna upplever att de behöver jonglera med olika uppgifter, roller och förväntningar från mottagningens sida, också lyfts i kuratorernas beskrivningar. Genomgående beskriver nämligen kuratorerna sig som den som håller ihop allt runt omkring patienten och som är som en *spindel i nätet*:

Ja, man är lite sådär, spindeln i nätet som kurator. Man gör lite allt möjligt, lite så kan jag känna. (Anna)

I citatet ovan ser vi en antydning till oklarhet i kuratorns professionella identitet och sociala roll på mottagningen. Att denna oklarhet finns och att kuratorn gör lite allt möjligt kan förklaras med Goffmans begrepp rollövertagande, då kuratorn agerar utifrån hur den tror att den andra, alltså de som finns i hans omgivning på mottagningen, förväntar sig. Om det finns en oklarhet

i vad som ska göras försöker kuratorn verka i det och hitta bäst lämpade framträdande för att agera som förväntat. Hur kuratorn ställer sig till att detta är hens förutsättningar kan skilja sig åt. Sofie menar att det finns en styrka i de lösa förutsättningarna och i hennes uttalande tolkar vi det som att det är upp till kuratorn att göra något bra av situationen:

Det låter som att min roll är lite löst definierad och det är den, men det tänker jag ibland att det finns en styrka i det liksom, för det handlar också om 'Vad är det som just den här personen behöver hjälp med? Okej, finns det något utav det här jag kan göra? Ja, ganska mycket faktiskt'. (Sofie)

Styrkan i de lösa förutsättningarna är något som flera kuratorer uttalar sig om då de i intervjuerna lyfter att de upplever att de har ett stort handlingsutrymme och kan forma sin tjänst till stor del själva. En kurator menar att det handlar om personligheten i kombination med den sociala rollen som kurator och att hen har jobbat länge på samma plats, som ger utrymme att gå lite utanför. Ett par kuratorer beskriver arbetet som fritt i den mån att man kan lämna mottagningen och jobba utanför när tid och möjlighet finns, såsom att åka till sjukhuset på besök hos en inlagd patient. Beroende på hur man är som person formas kuratorns sociala roll och professionella identitet på ett visst sätt. Eftersom det finns ett stort handlingsutrymme kan man forma sina arbetsuppgifter utefter vad man trivs med. Ett par kuratorer beskriver nämligen sig själva som några som har lätt för att bygga relationer och få förtroende och som jobbar mycket med relationen. Dessa kuratorer utövar också mer stödsamtal än vad andra gör. En kurator beskriver att hen trivs bättre att ge praktisk hjälp än att ha långa samtalskontakter och jobbar nästan uteslutande på detta sätt. Sofie beskriver handlingsutrymmet på följande sätt:

Jag upplever att jag har stort inflytande i vad jag gör i min roll, att jag formar den mycket själv. Och det gör jag liksom utifrån min erfarenhet och kunskap och min expertis eller vad man ska säga. (Sofie)

I citatet ovan kan vi se hur Sofie talar gott om sitt stora handlingsutrymme på mottagningen. Vi kan också tolka en antydning om att Sofie utmärker sin professionella identitet genom att påtala sina individuella erfarenheter, kunskaper och expertis. Genom att applicera Beckmans

(1989) begrepp professionell auktoritet kan vi se hur Sofie också hävdar denna genom hennes beskrivning att hon klarar av att prestera på grund av sin professionella identitet.

I detta avsnitt har vi alltså lyft kuratorernas olika uppfattningar om deras professionella identitet. Vad som har blivit tydligt är att samtliga kuratorer delar upplevelser av en viss oklarhet i sin professionella identitet som kurator på LARO-mottagningen. Oklarheten grundar sig i att deras allmänna uppfattning av titeln kurator inte matchar uppfattningar kring vad de faktiskt gör i sitt arbete som kurator på mottagningen. Några av kuratorerna sätter ord på detta i intervjuerna. Sofie menar att hon hellre väljer att tala om sig själv som socionom:

Jag föredrar att prata om mig själv som socionom, inte kurator.  
För jag tycker att kurator är lite såhär, gammaldags. Och lite otydlig beskrivning av vad det är. Vad är en kurator liksom?  
Sitter här och pratar och säger 'mm...mm.', liksom, och det är inte det jag gör mest på mitt jobb. (Sofie)

Även Lotta problematiserar titeln kurator. Hon beskriver att hon ser sig mer som en rehab-koordinator än som en kurator, då hon tänker sig att en kurator endast har stöd- och motivationssamtal:

Om läkaren kommer och säger att jag som kurator ska fixa någonting så kan jag känna lite 'är jag din sekreterare eller' men om jag hade varit en rehab-koordinator så hade jag förstått det mer tror jag faktiskt. (Lotta)

Utifrån Goffmans teori kring identitetsskapande kan vi förstå det finns en svårighet för kuratorerna att finna sin professionella identitet när de inte själva känner sig bekväma med eller upplever att arbetsuppgifterna stämmer överens med den titel de har.

Förutom att kuratorerna upplever att det finns en oklarhet i vad deras uppgift på mottagningen är, har det i detta avsnitt framkommit andra upplevelser av den professionella identiteten som kurator på en LARO-mottagning. Kuratorerna har sammanfattningsvis beskrivit den professionella identiteten som *fixaren*, *samordnaren*, *vägledaren* och *spindeln i nätet*. Genomgående beskrivs blandade uppgifter och ett praktiskt lagt arbete med patienterna. I detta avsnitt har också kuratorerna gett en väldigt bred beskrivning av vad psykosocialt arbete

är och menar att det är något som alla på mottagningen utför, trots att kunskapsläget kring kuratorer inom sjukvården tyder på att det är kuratorns uppgift att stå för det psykosociala stödet. Denna tolkning samstämmer också med forskning som menar att det saknas en tydlig definition av vad psykosocialt arbete är.

## **6.2 Kuratorns roll i relation till kollegor och mottagningen**

I denna del av analysen presenterar vi det andra temat som handlar om kuratorns interaktion med kollegor och mottagningens organisatoriska ramar. På LARO-mottagningen jobbar förutom kuratorn också läkare och sjuksköterskor samt på vissa mottagningar även skötare och psykolog, med flera. Dessa olika personalgrupper står för olika funktioner, vilka Beckman (1989) förklarar som utmärkande för deras olika professioner. Samtliga kuratorer lyfter att deras profession skiljer sig mycket från de professioner som står för det medicinska inom LARO, nämligen sjuksköterskorna och läkarna. Här ser vi ett exempel på hur deras olika funktioner utmärker vardera profession. Det blir tydligt att professionerna har olika kunskapsbaser utifrån deras professionstillhörighet där kuratorn som ensam socionom har en slags helhetsbild över patientens situation. Detta är något som alla kuratorer uttrycker sig om och Eva beskriver det på följande sätt:

Det är ju det här med, alltså sjuksköterskorna och skötarna har ju en annan utbildning och de ser ju symptomet för att vara ett symptom. Alltså, de lyssnar mycket på det här med medicin, att patienten ber om mer medicin, att det är medicinen som inte fungerar. Och som socionom har vi ju mer alltså, jag tycker att vi som socionom frågar mer efter helhetsbilden, försöker leta i de olika livsområdena. Jag har ju svårt att se att det beror på en sak. (Eva)

Som Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) skriver besitter professionerna genom sin professionstillhörighet olika kunskapsbaser. Därför har de också olika syn på arbetet och vad som är viktigast i behandlingen. Socialarbetares holistiska och samhällsförankrade arbetssätt har enligt Kerson och McCoyd (2013) varit efterfrågade inom sjukvården under en lång tid. Som socialarbetare på mottagningen skapar kuratorns helhetsbild och sociala fokus en annan värdering i vad som behövs för att patienten ska kunna bli självständig, där medicinering inte är tillräckligt utan att det psykosociala stödet är minst lika viktigt. Detta är också något som

Craig & Muskat (2013) nämner då de menar att kuratorer inom vården har ett annat fokus än övrig personal, nämligen de sociala aspekterna. Flertalet kuratorer berättar att de fått ta för sig och ständigt påtalat för kollegorna att det är viktigt att lyfta blicken utöver medicinen. Nils kommenterar detta:

Jag tycker att jag har tjatat om att medicinen inte är någon jäkla trollerilösning. (Nils)

Att kuratorn fokuserar på helhetsbilden i relation till de övrigas fokus på det medicinska påverkar kuratorns sociala roll på mottagningen. Om kuratorn ständigt är ensam i att fokusera på det sociala i interaktioner med övrig personal inom den medicinska kontexten, påverkar denna ensamhet också kuratorns upplevelser av sin professionella identitet.

Kontrasten som uppstår mellan professionerna och deras olika huvudfokus i sitt arbete blir extra tydlig när den sätts i relation till det kontaktmannaskap som finns på de flesta mottagningarna. LARO-mottagningarna i Skåne jobbar på uppdrag av Region Skåne och består av både privata och offentliga organisationer (Region Skåne 2016). Mottagningarna har riktlinjer från Regionen och Socialstyrelsen att förhålla sig till men har samtidigt möjlighet att till viss del forma sitt arbete själva. På fem av sju mottagningar har man valt att använda sig av kontaktpersoner till sina patienter. Denna kontaktperson är oftast en sjuksköterska men kan på vissa mottagningar också vara en skötare. På en mottagning är även kuratorn kontaktperson till de patienter som har extra stöd i form av en Case Manager, som denna kurator är. På de andra två mottagningar jobbar man inte med kontaktmannaskap utan alla patienter är "allas". Några av de kuratorer som jobbar på mottagningar som använder sig av kontaktmannaskap uttrycker att det kan bli en konkurrens om patienten mellan professionerna. De menar att kontaktpersonerna vill hålla sina patienter för sig själva, "hålla sitt revir". Petra säger:

Man är rädd om sin uppgift, det man gör, och kontakten med patienterna, man vill inte gärna att någon annan kommer in, utan det vill man hålla dem för sig själv. (Petra)

I citatet ovan kan vi urskilja en viss konflikt mellan kuratorn och kontaktpersonen. Denna konflikt kan förklaras med hjälp av Beckmans (1989) teori om professionell auktoritet där han menar att personalgrupper med liknande funktioner och som konkurrerar om sin expertis tenderar att utveckla en konflikt mellan sig. Beckman förklarar också att konflikten utvecklas genom vardera professions ansträngningar att etablera, säkerställa och utvidga sin auktoritet. Att kontaktpersonen "håller sitt revir" kan tolkas som ett uttryck för just de ansträngningar som Beckman hänvisar till. Vidare kan konflikten mellan professionerna förstås genom att mottagningarna är organiserade inom sjukvårdens ramar och regelverk och det är sjuksköterskornas hemmaarena. Detta resonemang styrks av resultaten från Blomqvists (2009) och McNeil et al. (2013) studier om konsekvenser av ett mångprofessionellt samarbete. McNeil et.al (2013) pekar på hur de olika professionernas olika syn på behandling och olika professionella värderingar tenderar att skapa konflikter och Blomqvist (2009) skriver om hur sådana konflikter riskerar att skapa ett ogynnsamt maktförhållande. Detta är också något som Beckman (1989) redogör för när han säger att den professionella auktoritetens är en del av begreppet makt. Då det är sjuksköterskornas hemmaarena blir kuratorn underordnad i maktrelationen professionerna emellan, vilket med Beckmans teori kan förklara hur kuratorn anpassar sitt handlande efter de regler och instruktioner som finns och varför kuratorn då ofrivilligt anpassas sig till sjuksköterskornas vilja, det vill säga att sätta medicinen i fokus. Det finns en genomgående agenda där de flesta kuratorerna uttrycker att de behöver kriga för sin plats på mottagningen och relation med patienten. Detta eftersom de har en annan utbildning och ett annat fokus än vad övriga kollegor har och därför känner de sig ensamma i sin profession. Anna uttrycker det på följande vis:

Jag har aldrig jobbat inom vården innan, det är första gången jag gör det och alla andra är inom vården här. Man blir ju väldigt ensam i sin profession här ju. (Anna)

Med Goffman (2014) och hans begrepp team kan vi undersöka hur en grupp individer bildar ett sällskap, ett team, genom att de bevarar en gemenskap i hur de samarbetar för att upprätthålla en bestämd definition av en situation. Med hjälp av denna teori kan vi förklara skiljaktigheter i sjuksköterskornas och kurators definition av vad som är viktiga beståndsdelar för behandlingen, och därmed olika definitioner av situationen. Ett flertal uttalanden indikerar på en diskrepans där kuratorn menar att den psykosociala delen av en

patients LARO-behandling är en minst lika viktig del som den medicinska, medan de uppfattar att sjuksköterskorna tenderar att ha en annan inställning. Kuratorn hamnar utanför sjuksköterskornas team och blir som sagt ensam i sin profession på mottagningen. Även här blir maktrelationen mellan sjuksköterska och kurator tydlig där kuratorn blir underordnad i det medicinska sammanhanget. En kurator berättar att hen har dragit ihop en grupp för samtliga kuratorer på LARO-mottagningarna i staden där hen verkar då hen saknade att ha kollegor som också är socionomer.

I ett sammanhang där professionernas olika synsätt blir än mer tydliga är i diskussionen kring hur sidomissbruk ska hanteras, alltså hur mottagningen hanterar att en patient missbrukar illegala medel utanför behandlingen. För att kunna redogöra för professionernas olika sätt att hantera sidomissbruk krävs en tydliggörande kring hur mottagningens riktlinjer och ramar ser ut gällande just sidomissbruk. Detta, och vad mottagningen anser vara skäl för utskrivning av en patient, är något som kuratorerna resonerar kring. Samtliga kuratorer redogör för att skäl för utskrivning kan vara om patienten är hotfull eller våldsam i anslutning till mottagningen, om patienten uteblir från programmet i ett flertal dagar eller om patienten utövar ett sådant omfattande sidomissbruk så att den personal som överlämnar läkemedel anser att det är en för stor medicinsk risk att ge patienten läkemedel. Dessa skäl för utskrivning är i enlighet med de riktlinjer Socialstyrelsen (2016b) tagit fram. Huruvida läkemedlet i denna kontext blir en form av maktmedel från mottagningens sida har kuratorerna förhållandevis olika åsikter om. Vissa kuratorer menar att medicinen är ett maktmedel eftersom det är ett medel som sjuksköterskorna hela tiden har ansvar över och som patienten eftersträvar att få, och patientens medvetenhet om risken att inte få sin dos, kan upplevas som ett straff. I detta sammanhang blir det också relevant att diskutera hur makt som begrepp blir laddat med en positiv respektive negativ klang i arbetsgruppen. Några av kuratorerna betonade särskilt hur mottagningens personal såg hanteringen av medicinen som en handling av omsorg och inte som ett straff. Oavsett om medicinen är en handling av omsorg eller en handling av straff, är det också en handling av makt. Som Skau (2007) redogör för i sin teori om makt blir avsaknad av kunskap kring den professionellas makt avgörande för ett eventuellt maktmissbruk.

För att återgå till professionernas olika synsätt kring hanterandet av sidomissbruk väljer vi att lyfta Lottas exempel. Hon menar att sjuksköterskorna har mycket fokus på sidomissbruk medan kuratorn ser det på ett annat sätt då hon tänker att istället för att fixera sig vid patientens sidomissbruk och straffa patienten så bör man fånga upp patienten och se vad



sidomissbruket står för och jobba med beteendet. Det blir här återigen tydligt hur professionernas olika kulturer generar sätt att tänka kring patientarbetet. Att kuratorn är den enda professionen på mottagningen som har den sociala aspekten som huvudfokus spelar en stor roll för skapandet av kuratorns sociala roll, en roll som skiljer sig från övrig personal. Utifrån ett symboliskt interaktionistiskt synsätt skapas kuratorns sociala roll i interaktion med hens omgivning, det vill säga i ett medicinskt sammanhang bland kollegor med redan förutbestämda, tydliga arbetsområden. Detta medan kuratorns roll är löst definierad för både hen själv och för kollegorna. Flera kuratorer lyfter att man "bara bestämt" inom Region Skåne att det ska finnas en kurator, men det finns oklarheter kring vad hen faktiskt ska göra. Hur det är att som socionom börja arbeta i en medicinsk kontext är något som Petra beskriver för oss på följande sätt:

Sjukvården är ju lite speciell. Det är det första man slås av tycker jag, som socionom. Man var väldigt isolerad helt plötsligt, och det vet jag att andra kuratorer sa på LARO-mottagningar, som hade jobbat på samma arbetsplats som jag som sa 'Jag vet inte vad jag ska göra, jag känner mig helt utanför. Det är väldigt mycket medicin och sådär'. Alltså socionomens, eller kuratorns, roll på en LARO-mottagning är en av de viktigaste, de är ju liksom att driva igenom det här helhetstänket, att vi inte bara kan fokusera på mediciner, utan vi måste se till helheten, vi måste hjälpa till med alla bitarna. Annars kommer det att falla för personen, nästan till 100 procent. [...] Nu försöker vi ändra det lite med lite mer team-tänk. (Petra)

I citatet kan vi se hur Petra först poängterar hur hon upplevde den ovisshet som uppstod när hon som socionom kom in i en medicinsk kontext. Denna upplevelse något som vi identifierar med slutsatser från Giles (2016) forskning om kuratorer i multidisciplinära team. Giles menar att vissa diskurser har mer influens än andra i institutionella sammanhang och exemplifierar det med att kuratorn blir en underdominerad grupp i relation till professioner inom den medicinska läran. Här kan vi med hjälp av Beckmans (1989) teori om professionell auktoritet förklara den konflikt som uppstår när en socionom kommer in på den traditionella sjukvårdspersonalens arena och gör konkurrerande anspråk på expertis. Vidare i citatet kan vi se hur Petra redogör för sin profession som en av de viktigaste på mottagningen. Det kan vi med Beckmans teori förklara att hon gör en ansträngning att etablera, säkerställa och utvidga

sin auktoritet. I slutet av citatet berättar Petra att hon upplever en förändring och ett mer team-tänk. Detta är något som samtliga kuratorer påtalar och menar att kollegorna börjar se behovet av det psykosociala stödet. Idag jobbar man mer i team och kompletterar varandra. Flertalet kuratorer menar att man värdesätter varandras arbete och använder sig av varandra. Då Beckman i sin teori om professionell auktoritet menar att konkurrerande anspråk på expertis ger upphov till konflikt kan vi se hur ett icke konkurrerande anspråk och istället ett synsätt där professionerna värdesätter varandras arbete, minskar utvecklingen av konflikt mellan professionerna.

Flera kuratorer lyfter att deras kompetens som socionom behövs, vilket också kan ses som ett uttryck för deras professionella auktoritet. Sofie beskriver en specialistkunskap hos kuratorn som inte finns hos exempelvis sjuksköterskan:

[...] ibland om man ska samverka mycket med socialtjänsten så kräver det att man har en förståelse för hur socialtjänsten fungerar och är uppbyggd, och att man har också en kunskap om hur lagar, riktlinjer, policys, allting sånt, hur det ser ut liksom. Och jobbar man kanske som sjuksköterska har man inte den specialistkunskapen som man har som socionom. (Sofie)

Kuratorerna har delade uppfattningar om i vilken utsträckning ledningen påverkar huruvida det psykosociala får utrymme på mottagningen. På några mottagningar har enhetschefen en socionombakgrund, vilket de flesta trodde spelar roll, att någon stöttar kuratorn i kampen för det sociala. Om enhetschefen har en annan profession än den som har majoritet i arbetsgruppen, det vill säga om chefen är en socionom på en LARO-mottagning där de flesta tillhör medicinska professioner, kan man med hjälp av Beckmans (1989) teori kring makt mellan professioner förklara hur maktrelationerna mellan professionerna förändras. Detta då en chef med socionombakgrund kanske förespråkar andra regler och instruktioner. Slaná et al. (2016) menar att chefen är viktig för kuratorns roll. De menar att människor som jobbar inom en organisation kommer påverkas av chefens åsikter och/eller beteende och därmed spelar chefens uppskattning och syn på kuratorn roll för hur övriga kollegor hanterar och ser på denne. Ett par kuratorer trodde dock inte att det spelar någon roll utan det viktiga är att det är en bra chef.

I detta avsnitt har vi presenterat kuratorernas upplevelser av sin interaktion med kollegor och mottagningens organisatoriska ramar. Utifrån denna interaktion skapas kuratorns sociala roll

och professionella identitet på mottagningen. Några huvudsakliga aspekter har lyfts fram. Kuratorerna har redogjort för hur deras sociala profession skiljer sig från de flesta andra professionerna på mottagningen. Detta visade sig exempelvis i olika kunskapsbaser och olika sätt att se på sitt arbete och patienternas behov. Kuratorerna gav uttryck för att denna olikhet resulterade i en konflikt mellan professionerna där det blev viktigt att hävda sin professionella auktoritet. I detta sammanhang blev de olika synerna på och arbetet med sidomissbruk tydligt där de flesta kuratorerna menade att kurators och sjuksköterskans användning av sin maktposition gentemot patienten skilde sig åt. Detta då de på grund av sina olika professioner har olika uppfattningar om sidomissbruk och vad det är ett uttryck för. Genomgående i avsnittet har aspekten om att kuratorn ensam huvudsakligen står för det sociala på en mottagning som är organiserad inom sjukvårdens medicinska ramar, lyfts fram. Trots detta uttryckte samtliga kuratorer att socionomen har ett högt värde på mottagningen och att både de själva och kollegorna värdesätter kurators kompetens.

### **6.3 Kurators roll i relation till patienten**

I den här tredje och sista delen av analysen presenterar vi kuratorernas upplevelser av interaktionen med patienterna. Detta eftersom vi med ett interaktionistiskt perspektiv och Goffmans (2014) teori, kan se hur kurators sociala roll på LARO-mottagningen inte bara skapas i relation till mottagningens ramar och kollegorna, utan även i interaktion med patienterna. Med ett symboliskt interaktionistiskt synsätt kan vi se hur kuratorn i sin sociala roll och i mötet med sin patient, agerar på det sätt som hen tror att patienten förväntar sig. Goffman (2014) menar att dessa förväntningar grundar sig i en tro på att personen har de egenskaper som hen förväntas ha. På samma sätt är det ömsesidigt att kuratorn har vissa förväntningar kring patienten den möter och vad denne har för egenskaper i det sociala sammanhanget. Sofie redogör för sina tankar om olikheterna mellan sig själv i sin professionella roll och sina patienter:

Det finns en märkbar skillnad mellan mig och mina jämnåriga patienter. Alltså så är det ju. Man har en skillnad i hur man uppför sig, pratar, vilken bakgrund man har [...]. Och det behöver inte vara någonting negativt i sig men det är ett faktum liksom. Att man har levt väldigt olika liv. Och det är väl bättre att liksom försöka vara ärlig med det. [...] Jag har inte en yrkesroll där jag ska vara en i gänget. Jag har en yrkesroll där jag behöver vara en trygg och kompetent och stabil person för dem. Vara en bra bas för dem att komma till. (Sofie)

I citatet ovan uttrycker Sofie att det finns en skillnad mellan henne och hennes patienter och att det inte behöver vara något negativt. Att skillnaden inte behöver vara negativ tolkar vi som ett uttryck för att kuratorn upplever det som att patienterna förväntar sig att hen ska agera på ett visst sätt i mötet. Utifrån Sofies resonemang kan vi därför tolka att en ärlighet kring ojämlikheten i mötet bygger en grund för det professionella mötet där kuratorn förväntas vara stabil och hjälpa. Enligt Goffman (2014) är en genuin tro på att ens agerande är äkta samt att det uppfattas som att den andre i mötet också upplever agerandet som förväntat, något som skapar ett positivt utlopp av interaktionen. På så sätt kan vi se att när kuratorns agerande samstämmer med patientens förväntningar på hen blir det ett ömsesidigt, bra möte. Skillnaden kan också ses som ett uttryck för den maktrelation som råder dem emellan.

Jag är i en direkt maktrelation till dem liksom. Så att där har jag ju ett stort ansvar i att se till att göra vad jag kan, alltså man får aldrig underlåta sig att göra saker som man faktiskt är ålagd att göra utifrån sin yrkesroll. Ibland pratar man om den här maktobalansen som finns utifrån klient och socialarbetare och så, den är naturlig och den kommer alltid finnas där men jag tror ibland så behöver man prata om den. Att den faktiskt finns. Och ja att ibland så har man också ett ansvar att inte låta den bli för ojämlig. (Sofie)

Hur Sofie i ovanstående citat pratar om skillnaderna mellan henne och patienten och hur hon menar att man bör prata om dessa skillnader, indikerar på en stor medvetenhet kring just den makt som Skau (2007) redogör för. Skau poängterar vikten av den professionelles kunskap och medvetenhet kring sin makt, då den professionelle utan detta riskerar att stigmatisera patienten och bidra till ytterligare ojämlikhet i relationen. Därför kan Sofies medvetenhet kring detta tolkas som något som undviker stigmatisering av patienterna. Att Sofie också uttrycker att det är hennes ansvar att styra över hur makten hanteras, visar på att det är hon, som professionell i mötet med patienten, som håller i trådarna.

Hur kuratorn agerar och vilka egenskaper kuratorn förväntas ha är olika beroende på vilken patient hen ska möta. Med det sagt är det relevant att presentera kuratorernas tolkningar av vilka patienter som de möter. Efter att Socialstyrelsen (2016b) infört nya kriterier för vem som får vara patient på LARO-mottagningarna menar många kuratorer att en ny patientgrupp har växt fram. Flertalet kuratorer menar att denna nya grupp av patienter skiljer sig från den klassiska heroinisten på så sätt att många inte har andra sociala problem i samma omfattning

och har jobb, familj etc. Den traditionella synen är att patienterna kommer vara inskrivna i behandling livet ut, men med den nya patientgruppen är målet ofta att avsluta behandling menar flera kuratorer. Flera kuratorer beskriver att den största patientgruppen dock fortfarande är de som inte förväntas avsluta behandling:

En patient är inskriven här livet ut kan man säga. Det är det absolut vanligaste. Tyvärr är det dåliga resultat när de avslutar sin behandling, trappar ut sin behandling. De flesta återfaller efter ett visst antal år. Man har gjort studier på det. Och det är rätt så tråkiga siffror. Och många tar livet av sig. (Petra)

Järvinen och Andersen (2009) har i sin studie kommit fram till hur patienter inom läkemedelsassisterad behandling konstrueras som kroniska missbrukare. Detta synsätt skapar en självuppfyllande profetia hos patienterna då de själva också ser sig som kroniska missbrukare oavsett sina ambitioner att bli fria från såväl illegala droger som narkotikaklassat läkemedel. Kuratorernas uttalanden kring att den största patientgruppen inte förväntas avsluta behandling kan tolkas som ett uttryck för ett konstruerande av patienterna som kroniska missbrukare. I Petras uttalande kan vi även styrka deras resonemang kring att synsättet bidrar till en självuppfyllande profetia.

Kuratorerna beskriver ett brett spann mellan patienterna och vad de har för olika mål med sin behandling. Anna beskriver det på följande sätt:

Vi brukar säga att en tredjedel lyckas, kanske får gå på medicinen livet ut eller så trappar de ut men de har jobb och familj och sköter sig. En tredjedel hoppar mellan återfall och funka, lite jobb, lite sysselsättningar, och ja, en tredjedel räddar vi kanske livet på. (Anna)

Beroende på om kuratorn möter en patient med målet att komma ur behandling så fort som möjligt eller en patient som känner sig trygg i att vara kvar i behandlingen tills vidare, har patienten olika behov. Med Goffmans (2014) teori kan vi förstå att dessa behov påverkar mötet och därmed också kuratorns framträdande, vilket i sin tur då också påverkar kuratorns professionella identitetsskapande. Har patienten exempelvis jobb, boende och familj och det sociala livet i övrigt fungerar bra, finns inte samma behov av kuratorns praktiska stöd. Hade

denna patientgrupp varit den enda på mottagningen hade behovet av kuratorns sociala roll som den idag är utformad inte funnits. I och med att det finns patienter som länge levt ett mycket avgränsat liv finns det ett behov av socialt stöd och därmed också behov av personal med kunskap om socialt arbete. Med hjälp av den symboliska interaktionismen kan vi därmed se hur kuratorns sociala roll som praktiskt stöd skapas genom att detta behov finns inom mottagningens kontext.

En annan patienttyp som framträder i kuratorernas beskrivningar är patienter med samsjuklighet. Det är enligt merparten av kuratorerna vanligt med resurssvaga/lågbegåvade patienter. Denna grupp behöver man enligt kuratorerna jobba med på ett annat sätt och ofta kan de exempelvis inte ta till sig KBT. Nils beskriver att det gäller att fånga dessa patienter när de väl är på plats för det är svårt att få dem att komma ihåg inbokade tider. Även andra psykiska sjukdomar är vanliga hos patienterna, såsom depression, paranoia etc. Som kuratorerna själva lyfter kräver denna patientgrupp ett annat bemötande och förhållningssätt. Nils exempel med att denna patienttyp har svårt att hålla tider visar på behovet av mer praktiskt stöd.

En sista patientgrupp som framträder i kuratorernas beskrivningar är de patienter som har ett sidomissbruk. Flertalet kuratorer beskriver dessa som svåra/problematiske och en kurator nämner att de också kan vara arroganta och aggressiva medan en annan beskriver dem som manipulativa. Vid flertalet mottagningar har man som rutin att väldigt påverkade patienter får stanna utanför väntrummet för att inte vara bland de övriga patienterna samt för att undvika situationer med våld och hot. Den här patientgruppen får alltså ett annat bemötande av mottagningens personal, och därmed också kuratorn. Flera kuratorer påtalade dock att kuratorn roll blir utmärkande i mötena med och diskussionerna om denna patientgrupp. En kurator poängterade att istället för att exkludera dessa patienter från mottagningen så såg hon ett ännu större stödbehov. En annan kurator uttryckte sig på liknande sätt genom att påtala att det i dessa situationer blir viktigt att prata med patienten om dennes beteende istället för att endast neka patienten sin dos och sedan skicka hem hen för dagen. Här ser vi alltså ett uttryck för ett önskvärt framträdande hos kuratorn. Denna utmärkande roll som kurator i förhållande till denna typ av patientgrupp beskrivs enligt Anna på följande sätt:

Jag har ju en väldigt bra roll liksom, jag har ju den bästa tjänsten här. Så är det faktiskt för att jag, jag har ingen makt över dem någonting, jag kan inte neka dem dos, jag kan inte straffa dem utan jag är bara en tillgång för dem. De kommer in till mig när de vill ha hjälp av mig, så jag har en guldroll.  
(Anna)

Med hjälp av detta citat kan vi se hur kuratorn får en annan relation till patienterna då hen inte har makt att neka patienterna dos. Här kan vi återigen se hur professionernas funktioner skiljer sig åt. Medicinen blir en central faktor som påverkar kuratorns relation till patienten. Flera kuratorer menar att deras icke medicinska uppdrag både kan gynna och hindra deras relation till patienten. Att de inte har med medicinen att göra och inte kan neka patienterna sin dos är något som uppfattas som underlättande då de kan vara en positiv roll i patientens liv. Lilly et al. (1999) har i sin studie undersökt de i personalgruppen som utför ordinerings och givandet av läkemedlet (sjuksköterskorna i denna kontext), möjligheter att verka i en terapeutisk roll. Lilly et al. kommer i resultatet bland annat fram till att patienterna blev observanta på vad de valde att berätta för denna personalgrupp då de upplevde personalen som portvakt till metadonet. Då kuratorn inte hamnar i denna maktposition kan detta förklara kuratorns positiva roll i förhållande till patienten.

Däremot uttalade sig några kuratorer om hur medicinen påverkar deras relation till patienterna på ett mer negativt sätt. Petra berättar om hur hon tidigare ansvarat för att göra alla orosanmälningar till socialtjänsten, vad gäller barn som far illa, och hur detta påverkat hennes relation till patienterna då hon upplevde att patienterna var rädda för henne. Hon berättar vidare att när hon tog upp det till diskussion hävdade kontaktpersonerna att de inte ville göra orosanmälningar då det förstörde deras relation med patienten. Kuratorn poängterar vidare att det blev tydligt att det då fanns en skillnad på professionerna och någon typ av prioritet kring vilken allians som är viktigast, den där medicinen finns eller den som inte har med medicinen att göra.

[...] men jag tror att det är så att har man medicinen, så står man i högre rang. Så är det ju på gatan, den som har drogerna. Så att jag kan tänka mig att för vissa blir det samma grej på en LARO-mottagning. (Petra)

Medicinen är alltså en central faktor i relationsskapandet mellan patienterna och de olika personalgrupperna på mottagningen. Kuratorerna tar även upp ett flertal andra faktorer som gynnar deras relation med patienterna. Kuratorn Nils beskriver sig i sin roll som någon patienten känner allians med och menar att man måste bilda en bra relation till patienterna och möta dem där de är. För att skapa en allians gör Nils något utöver det som förväntas, t.ex. sitter på akuten en fredagskväll eller köper ett kexchoklad till någon som ligger på sjukhuset. Även Olle lyfter att patienten ser honom som en allierad, en vän. Han menar att ibland kan till och med patienten se honom som en allierad i kampen mot mottagningen.

Men när han möter oss så har han utsett mig som sin allierade i kampen mot mottagningen, och det visar ju att han ser inte på mig som en del av mottagningen, utan som en allierad, en vän. Jag tycker att det är intressant och jag försöker inte få det ifrån honom. (Olle).

Ytterligare en kurator, Lotta, berättar att hon jobbar mycket med att ha en allians med patienten. Hon menar vidare att man som kurator har en positiv roll i deras liv eftersom man varit delaktig i att de kommit in i behandling och att det har hjälpt dem på vägen. Genomgående trycker samtliga kuratorer på vikten av en god relation till patienterna. Betydelsen av en gynnsam relation mellan professionell och klient är också något som styrks av forskning. Wolfe et al. (2013) och Urbanoski et al. (2012) är några studier som visar på hur viktig denna relation är för positiv förändring i behandlingsresultat.

Sammanfattningsvis har det i detta avsnitt redogjorts för kuratorernas upplevelser av interaktionen med patienterna och hur detta formar kuratorsrollen. Det har bland annat redogjorts för de olikheter som finns mellan kuratorn som professionell och hans patienter samt hur hanterandet av dessa olikheter påverkar utloppet av relationen. Det lyfts att det är önskvärt att kuratorn ska vara en professionell så länge kuratorn har en medvetenhet kring sin position. Ett genomgående tema har varit att olika typer av patienter kommer till mottagningen, vilket skapar olika behov för mottagningen att tillgodose. Därmed omformas kuratorns sociala roll och professionella identitet beroende på vilken patient hen möter. Avslutningsvis redogjorde kuratorerna för att de i sin position på mottagningen får utrymme för en god relation och kan bygga en allians med sina patienter. I följande avsnitt går vi djupare på hur interaktionen mellan kurator och patient skapar respektives identiteter och sociala roller på mottagningen genom hur de framställer sig i olika situationer.



### **6.3.1 Fasadernas påverkan på kuratorsrollen**

I de sammanhang där kuratorn möter sina kollegor och patienter sker en interaktion. Då pågår det skådespeleri som Goffman (2014) talar om i sin teori. Bägge parter har ett ömsesidigt inflytande på varandras handlingar och därmed varandras framträdande i interaktionen. Detta genom att de båda i mötet upprätthåller en fasad där den inramande miljön och vardera parts personliga fasad är med och skapar förutsättningarna för hur respektive framträdande upplevs. En kurator berättar hur hen har märkt att patienterna ofta framställer sig på ett sätt som de tror är önskvärt vid inskrivningen, exempelvis att de sitter och säger allt de tror att personalen vill höra för att komma in i behandling. Kuratorn lyfter att ibland när det är en närstående med vid inskrivningsmötet blir detta extra tydligt då patienten "avslöjas". Detta kan vi förklara med Goffmans begrepp inramning då rekvisitan i patientens fasad förändras när en närstående är med jämfört med när patienten är själv med personalen, detta då den närståendes närvaro förändrar miljön i mötet. Med hjälp av begreppet rollövertagande från den symboliska interaktionismen kan vi förklara att patienten agerar utifrån hur den tror att personalen på mottagningen förväntar sig för att bli inskriven i behandling. När patienten sedan blir inskriven och är en del av mottagningen kommer den ingå i andra sociala relationer och processer och därmed ständigt utveckla och förändra sin identitet på mottagningen. Som vi diskuterade under avsnittet om olika patientgrupper så påverkas kuratorn och kuratorns utvecklande av sin sociala roll på mottagningen, av hur patienten är, och därmed också av var i den här förändringsprocessen patienten befinner sig.

I interaktionen mellan kurator och patient har bägge parter alltså med sig den personliga fasad som identifierar den individuella identitet de båda har utvecklat genom föregående interaktioner under livets olika sociala sammanhang. Dessa personliga fasader kommer att påverka interaktionen i en viss riktning. Hur detta löper ut beror på hur väl vardera part lyckas med att presentera det framträdande som den andre förväntar sig. Detta eftersom patientens individuella identitet påverkar kuratorns uppfattande av patientens framträdande, liksom kuratorns individuella identitet påverkar patienten. Petra ger ett exempel på hur patientens personliga fasad utmärker sig i interaktionen när hon berättar att många patienters identiteter innehåller gamla vanor som kan ses som en tuff jargong. Hon beskriver att det tar tid att bygga en tillit som innebär att patienten kan vara helt ärlig med sin situation:

Jag kan tänka mig att anledningen är skam och gammal vana. Alltså det sista som lämnar många som går här, att leva den livsstilen, och där pratar man inte med vanligt folk. Man berättar inte hemligheter och så, det är tabu. Så att många är ju kvar i den här, lite tuffa jargongen eller vad man ska kalla det, med dem reglerna som finns i den världen, att man skvallrar inte på sina kompisar, man erkänner aldrig att man är positiv på en drog. (Petra)

Även Sofie beskriver hur patientens identitet påverkar interaktion mellan henne och patienten. Hon menar att många patienter har varit i kontakt med myndigheter under en lång period och får därmed en identitet som missbrukare och blir institutionaliserad:

Jag kan absolut uppleva att det med vissa patienter finns en önskan om att hålla en viss distans. Men ibland så tänker jag att det kanske också är någonting positivt därför att det visar att man faktiskt har en integritet. Alltså jag tänker ju att många av våra patienter är institutionaliserade eller så, de har ju liksom varit inom soc och behandlingshem så jävla länge och gått flera såna här behandlingar och så. Och blir ju också i det otroligt gränslösa liksom. För man kan komma till en människa som man typ träffat två gånger och så kan man berätta allt om hur ens liv har sett ut. Och egentligen så är det kanske samma berättelse som man har rabblat om och om och som egentligen kanske inte känner väldigt mycket inför därför att man är känslomässigt avstängd liksom. (Sofie)

I citatet ovan kan vi med hjälp av Goffmans (2014) teori se att patienten har varit inom institutioner under en lång tid och lärt sig att framställa sig på ett visst sätt för att påverka omgivningen i en viss riktning. Som en del av patientens "institutionella" identitet har vi den personliga fasaden som för många av patienterna innefattar en gränslöshet, vilken innebär att man agerar på det sätt man alltid förväntats göra. Detta kan vi speciellt se i Sofies exempel om när patienter i någon sorts automatik berättar en livshistoria som man alltid berättat. I samband med att Sofie uttrycker ovanstående citat under intervjun berättar hon vidare om att hon ser det som "normalt" att ha gränser, normalt att ha integritet och inte tycka att folk ska lägga sig i ens liv hela tiden. Hon berättar dock att hon, utifrån att den största delen av patienterna behöver mycket stöd, tar för givet att patienten inte klarar att göra saker själv. Utifrån Goffmans teori kan vi förklara kuratorns tro på att patienten ska berätta allt och vilja att kuratorn ska ha stor inblick i patientens liv med att kuratorn har en förväntan på patienten att detta är en del av patientens identitet. När en patient som har en annan personlig fasad,

som gärna håller distans till kuratorn, träffar kuratorn påverkar det interaktionen. Det i sig påverkar också kuratorns sociala roll, där hen behöver ta ett kliv tillbaka.

En patientgrupp som blir utmärkande i kuratorernas beskrivningar av hur de upplever patienten i det fysiska mötet är de patienter som har ett pågående sidomissbruk. Lotta upplever att många patienter med sidomissbruk är ganska svåra att komma på djupet och tror att skillnaden gentemot de som inte har ett sidomissbruk beror på att de sistnämnda inte har något att dölja. Även här blir det tydligt hur den personliga fasaden spelar roll för utloppet för interaktionen. Eva är en annan kurator som är inne på samma spår då hon delar sina upplevelser av att patientgruppen upprätthåller en viss fasad för att få sin medicin:

Det är klart att de upprätthåller någon slags fasad här för att få sin medicin. [...] Så det är klart att de manipulerar, vet vad de ska säga eller hur de ska vara för att få sin medicin. (Eva)

De flesta kuratorer kan också se att patienten framställer sig på olika sätt beroende på vem de möter och var och hur mötet utspelar sig. I detta sammanhang handlar det mest om skillnaden mellan när de möter den personal som tillhandahåller patientens medicin jämfört med kuratorn. Kuratorerna menar att eftersom att medicin blir ett slags maktmedel och eftersom att kuratorn blir neutral i detta kan patienterna vara mer öppna mot kuratorn och till exempel prata om orsakerna till återfall. Lotta beskriver hur patienterna får olika roller beroende på vem de träffar i personalgruppen och att de skärper till sig framför personalen som ger medicin medan de kan vara mer ärliga och kommer in på behovet av hjälp i interaktion med kuratorn:

De har väldigt olika roller beroende på vem de träffar. Det märks tydligt och det kan man till exempel se på journalanteckningarna. Första mötet är med skötarna, ja då mår de bra, och det är lugnt och så och så ska dem lämna ut och så och så gör dem det. Och sen är det då medicinen, då betar de sig på det sättet så att de ska få medicinen. [...] då skärper de ju till sig på något sätt. Så att de ska få den och så. Och sen så har de då ofta en tid ner till KBT-terapeuten eller till kuratorn då, och där börjas det ju då, där kommer de mer in på behovet utav hjälp, och behöver inte skärpa till sig där, och kan vara lite mer ärliga, och också ärliga mot sig själva. (Lotta)

Nils pratar också om patienternas olika framställning. Han menar att patienterna är mer formella i kontakten med sjuksköterskorna genom att de "håller ihop sig" framför sjuksköterskorna och menar att om de sedan blir nekade dos kan de komma in och vara vansinniga hos kuratorn. Detta kan vi utifrån Goffman förklara med att deras fasad rasar när de befinner sig i den bakre regionen och inte behöver hålla upp den fasaden de tror är önskvärd i mötet med personalen som hanterar medicinen. Sofie skiljer sig från resten då hon inte har upplevt att det finns en skillnad i hur man framställer sig eftersom att hon menar att patienterna vet om att om hon meddelar sin bedömning till ansvarig sjuksköterska vid misstanke om sidomissbruk. Hon menar att hon har en indirekt maktposition i och med detta. Som Skau (2007) skriver så finns maktaspekten med i alla interaktioner mellan hjälpare och klient, vilket belyser kuratorns makt oavsett om denne är inblandad i själva överlämnandet av läkemedel eller inte.

Petra poängterar att förutsättningarna för mötet påverkar hur patienten framställer sig. Hon tar som exempel upp kontakten med undersköterskan som tar urinprov, att samtalet blir mer fritt, vänskapligt och avslappnat än med kuratorn själv eller läkaren. Petra berättar att hon också tar drogtestar ibland och reflekterar över att både hon och patienten beter sig annorlunda i detta möte än vid mer formella samtal på hennes kontor. Även här kan vi med hjälp av Goffman (2014) förklara att huruvida mötet sker i främre eller bakre regionen påverkar själva interaktionen. Vid urinprovtagningen kan man tänka sig att mötet sker i bakre regionen i ett mer avslappnat klimat än i exempelvis ett samtalsrum vid ett formellt möte som utspelar sig i främre regionen.

Dessa olika sätt patienten upplevs framställa sig själv synliggör bland annat skillnader mellan de olika professionerna. Trots att kuratorns interaktion med patienten inte är statisk utan påverkas av det specifika sociala sammanhanget, kan man se en generell skillnad som utmärker kuratorsrollen. Att denna skillnad finns är med och formar och omformar de olika framträdandena som de olika aktörerna presenterar i sina roller för att passa in i de förutsättningar som situationen på mottagningen kräver. Genom upprätthållandet av kuratorns och patientens olika fasader och att de framställer sig på liknande sätt ett flertal gånger skapas ett socialt samband som utvecklar deras vardera identiteter och sociala roller på mottagningen.

## 7. Sammanfattning av resultat och analys

Syftet med vår undersökning har varit att undersöka hur kuratorer på LARO-mottagningar upplever sin roll samt att undersöka hur rollen formas i samspel med kollegor, patienter och organisationen. Här kommer vi presentera en sammanfattning av vad vi kommit fram till genom vår analys.

Vi har genom att analysera vår empiri med hjälp av vår teoretiska tolkningsram, bestående av symbolisk interaktionism, Goffmans dramaturgiska ansats samt begreppen profession och makt, fått en djupare förståelse av hur det är att arbeta som kurator på en LARO-mottagning. Utifrån studiens första frågeställning kan vi se att kuratorerna beskriver många olika arbetsuppgifter. Genom att ha dessa olika arbetsuppgifter beskriver kuratorerna sin professionella identitet och sociala roll på mottagningen med begreppen *fixarroll*, *samordnare*, *vägledare* och *spindel i nätet*. Kuratorerna uttrycker samtidigt en känsla av oklarhet kring vad som förväntas av dem. Denna oklarhet har visat sig ge både positiva och negativa konsekvenser på kurators handlingsutrymme. Vidare har denna oklarhet kunnat tydas i vissa kurators skepsis kring sin titel som kurator, då de menar att titeln kurator blir missvisande för vad de faktiskt sysslar med och att det istället skulle passa bättre med titeln *socionom* eller *rehab-koordinator*. Ett annat genomgående tema utifrån första frågeställningen som genomsyrat samtliga intervjuer och hela analysen är att kuratorn som ensam social profession befinner sig i en medicinsk kontext. Då kuratorn mottagningen är organiserad inom sjukvårdens ramar och de flesta kollegor tillhör medicinska professioner, blir kurators profession underordnad på arbetsplatsen. Detta har ibland visat sig resultera i konflikter mellan professionerna där kuratorn får hävda sin professionella auktoritet för att få utrymme. En annan intressant aspekt som har belysts är chefen och dennes professionsbakgrund och hur det genomsyrar verksamheten. På vissa mottagningar har chefen varit socionom vilket kuratorerna på de mottagningarna menat påverkat synsättet då sociala aspekter naturligt fått större utrymme.

Utifrån studiens andra frågeställning har vi kunnat identifiera många upplevelser hos kuratorerna som kan tolkas som ett uttryck för hur deras professionella identitet skapas i relation till patienterna. Vad som blivit tydligt är att beroende på respektive patients fasad samt om mötet äger rum i den främre eller bakre regionen, spelar roll för kurators upplevelser av sin professionella identitet. Beroende på vilken patienttyp som kuratorn möter ställs olika krav på vilka behov kurator förväntas tillgodose. Utifrån detta formas också

kuratorns professionella identitet och eftersom att omgivningen också kan lägga märke till hur kuratorns roll skiljer sig i olika patientmöten, bidrar till den sociala rollen som ”fixaren”. Kuratorerna har även lyft olika faktorer som de upplever gynnar relationen till patienten som därmed leder till att de får en positiv roll i förhållande till dem. Eftersom kuratorns roll påverkas i en positiv riktning, påverkas också kuratorns professionella identitet och sociala roll. En av dessa faktorer som gynnar relationen är den allians som kuratorerna upplever är önskvärd både från deras egen och patientens sida. En annan faktor som lyfts som positiv för relationen och som också förstärker alliansen är att göra något extra utöver det som förväntas. Att det finns utrymme att göra detta som kurator, är också med och skapar kuratorns sociala roll på mottagningen i form av ”fixaren”. Något som kuratorerna däremot såg som missgynnande för relationen var när de själva och även resten av personalen på mottagningen inte visade medvetenhet kring sin maktrelation gentemot patienterna. Flera av kuratorerna uttryckte dock en stor medvetenhet kring sin makt och kunde se det som mycket gynnsamt i relationen till patienten då de upplevde att patienten förväntade sig viss ojämlikhet dem emellan.

Utifrån studiens tredje och sista frågeställning har vi sett att organisationen påverkar kuratorns möjligheter att utföra sitt arbete i stor utsträckning. Genom kuratorernas uttalanden kring de två första frågeställningarna kan vi även urskilja hur mottagningens organisatoriska ramar är med och formar kuratorns professionella identitet och sociala roll. Hela LARO-mottagningen, och därmed också kuratorn, är organiserad utifrån sjukvårdens regelverk och ramar. Då det inte finns några tydliga riktlinjer kring det psykosociala stödet samt kuratorns arbetsuppgifter bidrar det till den oklarhet kuratorerna beskriver kring sin roll.

## 8. Avslutande diskussion

Som tidigare nämnts är LARO en omdebatterad behandlingsform. Därför gick vi in i det här uppsatsarbetet med många tankar, som bland annat grundade sig i en stor nyfikenhet kring det faktum att människor kommer till en mottagning varje dag. Mycket av den forskning vi inledningsvis tog del av fokuserade på den kontrollfunktion som LARO-mottagningen utövar på dess patienter. Detta genom att ständigt utföra kontroller och tester som både grundar sig i en slags misstro till att patienterna ”håller sig rena” från illegala droger, men samtidigt också i en handling av omsorg då personalen på mottagningarna har patienternas liv i sina händer när metadon eller Subutex blandas med preparat de inte har kontroll över. Vidare väcktes tankar kring hur patienterna måste anpassa sig till mottagningens regler för att kunna leva ett socialt välfungerande liv. Vi tyckte att det var intressant hur denna anpassning samtidigt kan innebära en krock med patientens pågående liv utanför mottagningen. Att behöva komma till mottagningen varje dag under dagtid kan exempelvis utgöra ett hinder för att komma ut på arbetsmarknaden. Vad gör det med en människas psykiska mående att varje dag tvingas leva upp till dessa förväntningar? Vi utvecklade en föreställning om att de här människorna måste vara i behov av ett psykosocialt stöd. Denna föreställning kan bero på att vi i vår position som socionomstudenter har med oss ett tänk som i stor utsträckning söker och identifierar sociala stödbehov. Efter att vi fördjupat oss en del i ämnet insåg vi att detta psykosociala stöd var otydligt. När vi nu har genomfört hela vår studie och tagit oss möjligheten att besöka mottagningar och yrkesverksamma kuratorer, har vi betydligt mer kunskap om frågan, men har fortfarande många tankar kring LARO-verksamheten. Här presenteras några av dem.

Det som för oss har varit mest utmärkande är hur ensam kuratorn blir i sin profession som socionom i den medicinska kontexten. Vi tänker att det i hög grad påverkar kuratorns möjligheter och faktiska agerande på arbetsplatsen. En känsla som vi har fått är att om kuratorn har en personlighet där man tar plats och vågar sätta högt värde i det sociala, ger det också denne större utrymme. Att kuratorerna uttrycker sin professionella identitet som exempelvis samordnaren och spindeln i nätet indikerar på en central roll trots deras underläge professionsmässigt. Vi ser det också som intressant att några av kuratorerna ifrågasatte begreppet kurator och att föreställningarna kring det begreppet inte upplevdes stämma överens med vad de faktiskt gör. Så som verksamhetsbeskrivningarna ser ut idag är inte kuratorsrollen tillräckligt definierad och ger ett oklart intryck. Denna oklarhet ser vi tar sig i uttryck i en kamp där de professionella auktoriteterna ständigt måste hävda sig, vilket leder

till en destruktiv miljö där både interaktionen med patienter och interaktionen med kollegor missgynnas. Därför ser vi att verksamheterna bör utveckla tydligare riktlinjer kring kuratorns roll, då det skulle gynna både kuratorn, resten av personalgruppen och mottagningens patienter om saker och ting blev klarare. Då det på senare tid har diskuterats om att införa legitimering av kuratorer skulle detta möjligtvis kunna höja socionomers status på sjukvårdens arena.

Andra aspekter som vi funnit intressanta under vårt arbete är att när vi kom ut för att genomföra intervjuerna upptäckte vi att miljön på mottagningarna var väldigt olika. Exempelvis var vissa mottagningar inredda med soffor, tavlor och blommor och gav ett mer välkommande, avslappnat intryck än de mottagningarna där man i de kala väntrummen möttes av en receptionslucka som tydligt avgränsade de professionella och patienterna. Några mottagningar erbjöd varje morgon frukost och på en annan mottagning tog personal med de patienter som önskade delta på träningspass. Dessutom skilde det sig i vilken utsträckning skyltar och ingång tydliggjorde vad det var för typ av ställe man gick in på, då vissa mottagningar var väldigt anonyma medan andra hade stora skyltar utanför mottagningen. Då det är fritt vårdval kring vilken LARO-mottagning man vill tillhöra, kan dessa olikheter vara positiva då patienten själv kan välja den mottagning som hen tycker matchar hans behov.

Sist men inte minst vill vi också lyfta tankar kring patienternas kön och hur det var tydligt att vissa mottagningar bemötte och särskilde män och kvinnor åt. Under intervjuerna exemplifierade kuratorerna detta genom att berätta om hur de olika könen utmärkte sig på olika sätt. Män beskrevs tillhöra majoriteten av patienterna och hade en tuffare, ”machojargong” medan kvinnorna ofta beskrevs som utsatta i mötet med männen. Flertalet kuratorer ledde in samtalet på hur kvinnliga patienter i sitt tidigare liv som missbrukare ofta utfört sexuella tjänster och varit underlägsna männen ute på gatan, vilket sitter kvar i identiteten när de kommer till LARO-mottagningen. Vissa mottagningar valde därför att exempelvis ha olika väntrum och ingångar för män och kvinnor. Vi tycker att detta är väldigt intressant och önskar att vi hade kunnat fördjupa oss mer i detta men har av avgränsningsskäl inte gjort det. Därför vill vi uppmana till vidare forskning kring detta.



## Referenser

- Ahrne, G. & Svensson, P. (2011) Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I: Ahrne & Svensson (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber AB
- Aspers, P. (2007) *Etnografiska metoder: Att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber AB
- Bart, G. (2012) Maintenance medication for opiate addiction: the foundation of recovery. *Journal Of Addictive Diseases*, 31, 3, pp. 207-225.
- Beckman, S. (1989) Professionerna och kampen om auktoritet. I: Selander, S (red.) *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap: professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur AB
- Blomqvist, S. (2009) *Kompetensutnyttjande i mångprofessionella psykiatriska team [Elektronisk resurs]*. Linköping: Linköpings universitet.
- Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Craig, S., & Muskat, B. (2013) Bouncers, Brokers, and Glue: The Self-described Roles of Social Workers in Urban Hospitals. *Health & Social Work*, 38, 1, pp. 7-16.
- Eriksson-Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2011) Intervjuer. I: Ahrne & Svensson (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber AB
- Giles, R. (2016) Social workers' perceptions of multi-disciplinary team work: A case study of health social workers at a major regional hospital in New Zealand. *Aotearoa New Zealand Social Work Review*, 28, 1, pp. 25-33.
- Goffman, E. (2014) *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. 6. uppl. Stockholm: Studentlitteratur
- Johansson, T. & Lalander, P. (2013) *Vardagslivets socialpsykologi*. Stockholm: Liber.
- Johnson, B. (2005) *Metadon på liv och död. En bok om narkomanvård och narkotikapolitik i Sverige*. Lund: Studentlitteratur AB
- Johnson, B. & Svensson, B. (2006) Metadonkonflikten. I: Denvall, V. & Vinnerljug, B. (red.) *Nytta & fördärv. Socialt arbete i kritisk belysning*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Johnson, B., Richert, T. & Svensson, B. (2017) Ökningen av överdoser startade i början av 1990-talet, då heroin blev vanligare i Sverige. *Sydsvenskan*, den 1 mars 2017. Opinion s. 3.
- Johnsson, E. (2009) Narkotikamissbrukare, sociala band och vändpunkter. I: Johansson, Laanemets & Svensson (red.). *Narkotikamissbruk. Debatt, behandling och begrepp*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Johnsson, E., Laanemets, L. & Svensson, K. (2009) Inledning. I: Johansson, Laanemets & Svensson (red.). *Narkotikamissbruk. Debatt, behandling och begrepp*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Järvinen, M. & Andersen, D. (2009). The Making of the Chronic Addict. *Substance Use & Misuse*, 44, 6, pp. 865-885.
- Kerson, T. & McCoyd, J. (2013) In response to need: An analysis of social work roles over time. *Social Work*, 58, 4, pp. 333-343.
- Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (2014) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur
- Lilly, R., Quirk, A., Rhodes, T. & Stimson, G. (1999) Juggling multiple roles: Staff and client perceptions of keyworker roles and the constraints on delivering counselling and support services in methadone treatment. *Addiction Research And Theory*, 7, 4, p. 267-289.
- May, T. (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- McNeil, K., Mitchell, R. & Parker, V. (2013) Interprofessional practice and professional identity threat. *Health Sociology Review*, 22, 3, pp. 291-307.
- Mead, G.H. (1976) *Medvetandet, jaget och samhället från socialbehavioristisk ståndpunkt*. Kalmar: Argos Förlag.
- Murphy, S. & Irwin, J. (1992) Living with the Dirty Secret: Problems of disclosure for methadone maintenance clients. *Journal of Psychoactive Drugs* 24 (3) 257-64.
- Petersson, F. (2013) *Kontroll av beroende. Substitutionsbehandlingens logik, praktik och semantik*. Malmö: Elfanders Sverige AB.
- Rabinowitz, A. (2009) Enhancing Medication-Assisted Treatment: Success Beyond Harm Reduction, *Journal Of Social Work Practice In The Addictions*, 9, 2, pp. 240-243.

Skau, G. M. (2007) *Mellan makt och hjälp: om det flertydiga förhållandet mellan klient och hjälpare*. Stockholm: Liber

Slaná, M., Dobříková, P., Hromková, M. & Letovancová, K. (2016) Social work in hospitals in Slovakia: Current working conditions and difficulties in the view of the professionals. *Scientific Annals Of The 'Al. I. Cuza' University, Iasi. Sociology & Social Work / Analele Stiintifice Ale Universitatii 'Al. I. Cuza' Iasi Sociologie Si Asistenta Sociala*, 9, 1, pp. 81-98.

Socialstyrelsen (2015) *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensson, P. & Ahrne, G. (2011) Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I: Ahrne & Svensson (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber AB

Svensson, K., Johnsson, E. & Laanemets, L. (2008) *Handlingsutrymme: utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur & kultur.

Timko, C., Schultz, N., Cucciare, M., Vittorio, L. & Garrison-Diehn, C. (2016) Retention in medication-assisted treatment for opiate dependence: A systematic review. *Journal Of Addictive Diseases*, 35, 1, pp. 22-35.

Urbanoski, K., Kelly, J., Hoepfner, B. & Slaymaker, V. (2012) The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 43, 3, pp. 344-351.

Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J. & Childs, S. (2013) To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients, Addictive Behaviors. *Journal Of Substance Abuse Treatment* 38, 5, pp. 2187-2195.

### **Internetkälla**

Region Skåne (2016). Vårdval LARO.

[<http://vard.skane.se/psykiatri-skane/ditt-besok-hos-oss/laro-i-region-skane---vardval/>

Hämtat: 8/5-17]

Socialstyrelsen (2016a). Behandling vid allvarligt beroende regleras.

[<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2016/behandlingvidallvarligtberoenderegleras> Hämtat: 10/5-17].

Socialstyrelsen (2016b). HSFL:FS 2016:1. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.*

[<https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/HSLF-FS-2016-1.pdf> Hämtat: 8/5-17]

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.*

[[http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494\\_forskningsetiska\\_principer\\_2002.pdf](http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf) Hämtat: 10/4-17].

Vårdguiden (2016). Om LARO (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende).

[<https://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Valj-mottagning-for--LARO--lakemedelsassisterad-behandling-vid-opioidberoende-/> Hämtat: 10/4-17]

# Bilaga 1

## Informationsbrev

Hej!

Vad roligt att du vill ställa upp på en intervju till vår kandidatuppsats!

Som vi nämnde för dig i telefon är vi två socionomstudenter som går sjätte terminen på Socialhögskolan vid Lunds universitet. Vi ska nu skriva vår kandidatuppsats med syftet att undersöka hur kuratorer på LARO-mottagningar upplever sin roll i interaktionen med patienter samt att undersöka och analysera deras möjligheter att verka i en terapeutisk roll på en LARO-mottagning.

Anledningen till att vi har valt detta område för vår kandidatuppsats är att vi har stort intresse för läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk och är intresserade av att arbeta med detta i framtiden.

Inom ramen för vår uppsats har vi stöd av en handledare som heter Mats Hilde, docent vid Socialhögskolan. Mats är insatt i hela vår uppsatsprocess, följer vårt arbete och ger oss kontinuerlig handledning inom ramen för utbildningskraven.

Intervjun kommer, efter ditt godkännande, att spelas in på band. Intervjumaterialet kommer endast att användas i denna studie samt att förvaras på ett sådant sätt att det endast är tillgängligt för oss och vår handledare. Din anonymitet kommer att bibehållas. Det är frivilligt att delta i studien och du kan avbryta din medverkan när helst du önskar utan att ange anledning.

Intervjun kommer att fokusera på dig som kurator på en LARO-mottagning och dina upplevelser av mötet med dina patienter. Vår uppsats övergripande frågeställningar, som intervjun kommer behandla, är:

- Vilka uppfattningar har kuratorer om syftet med läkemedelsassisterad behandlingsform?
- Vilka uppfattningar har kuratorer om sin roll på arbetsplatsen?
- Vad finns det för omständigheter som påverkar interaktionen mellan kurator och patient?

Vi är jättetacksamma för att du ställer upp. Det ska bli trevligt att träffa dig den \_\_\_\_.  
Vi räknar med att intervjun tar ungefär 1 timme.

Om du har ytterligare funderingar vänligen hör av dig till

Emelie Åberg

Elin Helmersson

soc14ea5@student.lu.se

soc14ehe@student.lu.se

0768529140

0730760313

## Bilaga 2

### Intervjuguide

Innan vi sätter igång tänkte vi berätta lite kring hur intervjun är upplagd

1. Frågor kring bakgrundsfakta
2. Lite övergripande frågor om verksamheten
3. Frågor mer kopplade till vårt forskningsfokus; din roll som kurator på LARO-mottagningen, både i relation till kliniken och patienterna
4. Innan vi sätter igång skulle vi återigen vilja informera dig om
  - Din anonymitet
  - Intervjumaterialet kommer endast att användas i denna studie och förvaras på ett sådant sätt att det endast är tillgängligt för oss och vår handledare
  - Det är frivilligt att delta i studien och du kan avbryta din medverkan när helst du önskar utan att ange anledning
  - Godkännande av ljudinspelning?
  - Får vi ditt samtycke?

#### Bakgrundsfakta

- Vill du börja med att berätta lite om din socionombakgrund. Utbildning, arbetserfarenhet
- Antal år i organisationen

#### Kurators syn på verksamhetens mål och syfte

- Hur skulle du beskriva vårdformen LARO? Vad är målet med verksamheten?
- Hur länge är en patient inskriven? Vad avgör utskrivning?

#### Kurators syn på sitt arbete

- Vill du kort beskriva en vanlig dag för dig här på kliniken?
- Har du som kurator några andra arbetsuppgifter utöver de som du precis beskrev?  
*I socialstyrelsens riktlinjer står det att ni ska erbjuda medicinering tillsammans med psykosociala insatser.*

- Vad är detta för insatser?

- Vem är det som erbjuder dessa insatser?

- Vad utmärker din roll i relation till de andra professionerna på arbetsplatsen?
- Hur informeras patienterna om de insatser/arbete som du har?
- I vilken utsträckning upplever du att ditt arbete värdesätts av andra professioner här på kliniken?
- Hur många av de inskrivna har du som kurator kontakt med? *Hur många har du kontinuerlig kontakt med?*
- Finns det något krav på samtal med kuratorn i den inledande fasen av behandlingen?
  
- I socialstyrelsens riktlinjer står att LARO-mottagningen erbjuder medicinsk behandling tillsammans med psykosociala insatser. Vi upplever att eftersom att det är en klinik att det är väldigt medicinskt fokus. Upplever du att det finns det utrymme för psykosociala insatser på mottagningen?
  
- I vilken utsträckning upplever du att patienterna är motiverade till psykosociala insatser?
  - *Vad tror du det beror på?*
  - *Hur motiverar andra i personalgruppen denna kontakt?*
  - *Hur arbetar kuratorn med att motivera patienten?*

### Interaktion med patienten

- Framställer patienterna sig på ett visst sätt för att passa in på mottagningen? Upplever du att patienterna uppvisar en viss identitet i mötet med dig? *Hur skulle du beskriva denna identitet/framställning av identitet?*
- Hur upplever du mötet med patienten?
- Hur upplever du patientens möte med andra professioner? Ser mötet annorlunda ut beroende på vilken profession patienten möter?

### Avslutning

- Är det något som vi inte lyft i intervjun som du vill berätta om?