



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

När olika professioner möts

- **En kvalitativ studie om sjukvårdskuratorer i tvärprofessionella team inom hälso- och sjukvård**

Valmire Ademi

Kandidatuppsats (SOPA 63)

VT 2017

Handledare: Susanna Johansson

Abstract

Author: Valmire Ademi

Title: When different professions meet – a qualitative study of healthcare counselors in interprofessional teams within the healthcare.

Supervisor: Susanna Johansson

Assessor: Yvonne Johansson

The purpose of this qualitative study was to investigate the experiences of healthcare counselors associated with interdisciplinary team work in health care and what is considered important factors for the development of the profession itself. This research is based on 7 interviews with healthcare counselors. Empirical data have been collected from semi-structured interviews. The research was analyzed through organization theory, based on the political perspective, and also a professionalization theory.

The result shows that the counsellors experience that their work and knowledge is valued at the hospital. In some aspects they show that their professional role is perceived as unclear and diffuse. The interdisciplinary team work provide several benefits between different professions coordinating their knowledge and resources. Interdisciplinary teams comes with some difficulty mainly in terms of status differences between professions which can cause conflicts of interest. The conclusion from the study is that the counselors can get a strong position in the hospital if they reinforces their knowledge more in the therapeutic topic. Otherwise would introduction of a future license for healthcare counselors be another way to have a stronger professional status within health and social care.

Key words: Interprofessional teams, health care counselor, collaboration at hospital, interaction between different professions, multi professional teamwork, health and social care.

Förord

Jag vill först och främst tacka sjukvårdskuratorerna som gjort det möjligt för mig att utföra denna studie med sitt deltagande. Det har varit ytterst lärorikt att få ta del av Era reflektioner. Jag vill även tacka min handledare Susanna Johansson för hennes enastående insats och för att hon bistod med vägledning och stöd genom hela processen. Utan dina kloka råd och uppmuntran hade uppsatsskrivandet blivit svårare att utföra. Är även enormt tacksam över mina allra närmaste vänner Therese Åkerström och Louise Rosenberg som tagit sig tid att läsa och kommentera min uppsats. Slutligen vill jag även tacka min underbara familj för allt stöd de bidragit med när jag känt mig stressad och frustrerad över kandidatuppsatsen.

Hjärtligt tack till Er alla!

Valmire Ademi

Innehållsförteckning

1. Inledning	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte och frågeställningar	7
1.3 Begreppsdefinition	8
1.4 Bakgrund	8
1.4.1 <i>Sjukvårdskuratorns historia</i>	9
1.4.2 <i>Debatten om legitimation</i>	10
1.4.3 <i>Det psykosociala arbetet inom hälso- och sjukvård</i>	11
1.4.4 <i>Tvärprofessionella team: en mångsidighet och helhetsyn</i>	11
2. Tidigare forskning.....	12
2.1 Destruktiva tvärprofessionella team.....	12
2.2 Tvärprofessionella teamarbeten som lyckas	14
3. Metod och forskningsetik.....	16
3.1 Metodöverväganden.....	16
3.2 Metodens förtjänster och begränsningar.....	17
3.3 Urval och undersökningspopulation.....	18
3.4 Metodens tillförlitlighet.....	19
3.5 Genomförande av analys.....	20
3.5.1 <i>Intervjuguide</i>	21
3.5.2 <i>Analytiskt tillvägagångssätt</i>	21
3.6 Forskningsetiska övervägande.....	22
4. Teoretiska utgångspunkter.....	23
4.1 Organisationsteori utifrån det politiska perspektivet.....	24
4.2 Professionsteori och professionalisering.....	25
4.2.1 <i>Legitimitet i förhållande till yrkesauktoritet</i>	26
4.2.2 <i>Stängningsteori (social closure) - en koppling till makt</i>	26
5. Resultat och analys.....	27
5.1 Kurators yrkesroll och det psykosociala arbetet.....	28
5.1.1 <i>Kurators professionella expertis</i>	30
5.1.2 <i>Kurators yrkesroll - en otydlighet</i>	31

5.2 Tvärprofessionella team som funktion.....	32
5.3 Förutsättningar inom hälso-och sjukvård.....	33
5.3.1 <i>Kommunikation som funktion</i>	34
5.4 Svårigheter inom hälso- och sjukvård.....	38
5.4.1 <i>Maktskillnader mellan professioner</i>	40
5.5 Professionsutveckling.....	42
6. Sammanfattning och slutdiskussion	44
7. Referenser.....	49
Bilaga 1. Informationsbrev	51
Bilaga 2. Intervjuguide.....	52

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Den svenska hälso- och sjukvården präglas av tvärprofessionella teamarbeten. Utgångspunkten för det tvärprofessionella samarbetet handlar om att olika professioner samordnar sin expertis och sina resurser. Syftet med tvärprofessionella teamarbeten är att stödja patienter i att tillfriskna snabbare eller hjälpa dem till en hållbar livssituation trots sjukdom. Samarbetet är till för att erbjuda en mångsidighet inom sjukvården (Thylefors, 2007:89). Thylefors beskriver vidare att sjukhuskuratorn har en unik position inom hälso- och sjukvård utifrån sin självständiga yrkesroll och nära patientkontakt (Ibid.). I samband med kuratorns nära patientkontakt betonar socialutskottet (SOU 2014/15:17) att detta kommer med ett tydligt patientansvar. Utifrån denna kännedom föreslår utskottet att så snart som möjligt införa legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvård. Det finns tydliga bestämmelser i patientsäkerhetslagen (2010:659) om att legitimation eller annan behörighet ska råda bland sjukvårdspersonal. De flesta yrkena inom hälso- och sjukvård har en form av legitimation, kuratorsyrket saknar dock detta. Enligt utskottets utredningar finns i stor utsträckning en avsaknad av kunskap om patientsäkerhet inom socionomutbildningen och därmed föreslås en vidareutbildning på 30 högskolepoäng för en framtida legitimation (SOU 2014/15:17). Frågan som kan ställas är hur kuratorn i dagsläget tillämpar det psykosociala arbetet utifrån sin professionella position i ett tvärprofessionellt samarbete, och huruvida en framtida legitimation skulle innebära en ändring för den professionella rollen.

Thylefors (2007) betonar samtidigt att ett tvärprofessionellt teamarbete i vissa aspekter kan bli problematiskt. Det kan uppstå dysfunktionella maktkamper om vem som tolkar en viss problematik på rätt sätt vilket kan påverka samarbetet mellan de olika professionerna. Intressekonflikter kan skapas av rådande statuskillnader mellan de olika professionerna i teamen. Dessa skillnader kan handla om status till följd av professionernas olika utbildningslängd, lönenivå, yrkeshistoria med mera (Thylefors, 2007:99f). Garman et al (2006) kommer i sin forskning fram till att tvärprofessionella teamarbeten inom hälso- och sjukvård präglas av en traditionell modell. I en traditionell modell tillskrivs medicinska discipliner en högre auktoritet gentemot annan personal på sjukhuset. Denna modell baseras på en makthierarki med en läkare placerad högt vid toppen medan de andra professionerna rangordnas under (Garman et al., 2006:831f). Medicinsk expertis värderas högre vilket kan medföra förödande konsekvenser för främjande av en optimal funktion i ett större sammanhang

inom sjukvården. När individuella och professionella attribut prioriteras högre blir den lidande parten patienterna då de berörs av hur det tvärprofessionella samarbetet fungerar (ibid.).

Molyneux (2001) beskriver i sin studie att det finns flera goda exempel på välfungerande tvärprofessionella teamarbeten. I denna studie har forskaren följt ett vårdteam och utifrån det hittat de faktorer som bidrar till ett positivt tvärprofessionellt teamarbete. Dessa faktorer handlar främst om att teammedlemmarna tilldelas lika betydelsefulla roller där de kan samarbeta tillsammans på samma villkor (Molyneux, 2001:30f).

I tidigare forskning om tvärprofessionella team finns en delad bild gällande positiva och negativa aspekter av ett sådant samarbete (se avsnitt 2.1; 2.2). Förutom detta har tidigare studier utgått ifrån ett större sammanhang genom att studera tvärprofessionella teamarbeten utifrån olika professionella perspektiv. I denna studie avgränsas uppsatsen till kuratorernas perspektiv då det är särskilt relevant för det sociala arbetet. Inom hälso- och sjukvård utgör det psykosociala arbetet en periferiverksamhet inom en medicinsk kärnverksamhet. Det huvudsakliga uppdraget inom sjukvården betonar det medicinska ansvaret, därmed underbetonas det psykosociala arbetet eftersom det snarast utgör en stödprofession på en medicinsk arena. I samband med detta är det viktigt att undersöka hur dessa aspekter påverkar kuratorns yrkesprofession och deras position inom ett tvärprofessionellt team.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka vilka erfarenheter sjukvårdskuratorer har i samband med tvärprofessionella teamarbeten inom hälso- och sjukvården avseende sin professionella position samt vad som anses vara viktiga faktorer för utvecklingen mot en starkare position.

- Hur uppfattar sjukvårdskuratorer sin professionella position i ett tvärprofessionellt team inom hälso- och sjukvård?
- Vilka erfarenheter beskriver sjukvårdskuratoren av de förutsättningar och svårigheter som uppkommer i tvärprofessionella teamarbeten?
- Vad anser sjukvårdskuratorerna är viktiga faktorer för att kunna få en starkare yrkesposition inom hälso- och sjukvård som område?

1.3 Begreppsdefinitioner

Kurator inom hälso- och sjukvården – är en utbildad socionom som arbetar inom hälso-och sjukvården. Kuratorn har en unik position inom vården med sin socialrättsliga kompetens (Lundin et al., 2009:11). I denna studie kommer kuratorn nämnas genomgående eftersom denna studie utgår ifrån yrkesverksamma kuratorer inom hälso- och sjukvård.

Psykosocialt arbete – innefattar ett arbete utifrån en helhetssyn. Inom psykosocialt arbete stödjer sjukhuskuratorn bland annat både patienter och närstående. Till följd av sjukdom kan personen påverkas av både yttre och inre påfrestningar. Sjukvårdskuratorn kan stödja individen utifrån personens sammanhang, det handlar om att tillsammans med personen hitta hanterbara strategier i att stärka individen i sin tillvaro trots olika påfrestningar. Det psykosociala stödet avser både praktisk och terapeutisk hjälp (Lundin et al., 2009:35f).

Tvärprofessionella team – är en övergripande term som används för att beskriva team som består av olika professioner. Inom hälso- och sjukvård finns en stor variation på teammedlemmar som kommer från olika professioner, och kan innefatta allt från läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukvårdskurator, sjukgymnast och flera andra yrken. Genom detta samarbete kan teamet samordna resurser och kunskaper (Lundin et al., 2009:65f).

Hälsostaden – är ett projekt inom Region Skåne. Detta projekt handlar om att samordna kommunerna, vårdcentralerna och specialistvården under ett och samma tak. Tanken är att vården inom Region Skåne ska öka sin tillgänglighet, försäkra patientsäkerheten samt stärka samarbetet inom sjukvården (Robertz, 2016). I denna studie har jag intervjuat några sjukvårdskuratorer inom ett av hälsostadens sjukhus.

1.4 Bakgrund

I detta kapitel är syftet att ge läsaren en inblick i viktiga aspekter som rör kuratorsyrket inom hälso- och sjukvård. Dessa aspekter handlar bland annat kort om kuratorns historia, det psykosociala arbetet, tvärprofessionella team samt debatten om en framtida legitimation för sjukvårdskuratorer inom sjukvården. Med hjälp av en sådan presentation kan läsaren få större förståelse för den kontext sjukvårdskuratorn befinner sig i inom hälso- och sjukvården.

1.4.1 Sjukvårdskuratorns historia

Socionom- och kuratorsyrket gestaltades tidigt i början av 1900-talet. Olsson (1999) beskriver kuratorns historieförlopp och börjar med att förklara att kuratorsarbetet till en början bestod av välgörenhet. Utiifrån en professionaliseringsprocess har de vidare formats yrkesgrupper utav socionomer där vissa av dessa arbetade med kuratorsuppgifter. I början av 1900-talet skedde en rad betydelsefulla förändringar för kuratorsyrket (Olsson, 1999:81f). Under denna tid skedde en utveckling inom sjukvården genom att antalet vårdplatser ökade, fler vårdenheter skapades samt fler professionella expertiser blev allt mer användbara. En del av denna förändring började med G H von Koch, en centralgestalt inom Centralförbundet för socialt arbete (CSA) (*ibid.*). Efter ett besök i USA på Massachusetts General Hospital i Boston beskriver G H von Koch att behovet för socialt stöd inom hälso- och sjukvård var stort. Enligt honom kunde det sociala stödet komplettera det medicinska arbetet väl (*ibid.*).

I takt med denna förändring fick ett sjukhus i Sverige år 1914 sin första kurator vid namnet Gertrud Rodhe. Rodhe var en utbildad slöjdlärlärsinna och hade inte några sociala eller medicinska kunskaper när hon bestämde sig för att acceptera tjänsten som sjukvårdskurator (Olsson, 1999:88f). Hennes arbetsuppgifter på den tiden bestod av att främst förvara patienternas ägodelar och samtidigt stödja patienten rörande frågor om familj, arbete, bostad under och efter sjukhusvistelsen tills personen tillfrisknat (*ibid.*). Hennes arbete utmärkte sig på sjukhuset då hon regelbundet erbjöd både praktisk och stödjande hjälp för patienter och deras närstående. Behovet för socialt stöd på sjukhusen växte och till följd av detta anställdes allt fler sjukvårdskuratorer runt om i landet (*ibid.*).

En annan viktig kurator för utveckling av kuratorsyrket inom hälso- och sjukvård är Jane Norén (Olsson, 1999:92f). I samband med hennes yrkesverksamma år under 20-talet kunde hon med sitt arbete få både andra professioner och myndigheter att inse betydelsen för hur viktigt det psykosociala arbetet inom hälso- och sjukvård är. Enligt henne är det viktigt att den professionella hjälparen har kunskaper om människan och samhället. Till följd av detta förespråkade Norén betydelsen för någon form av social utbildning (*ibid.*).

Kuratorsyrket blev under senare tid allt mer avancerat då arbetsuppgifterna kom att bestå mer av stödjande samtal. Genom terapeutiska inslag i yrket fick kuratorn möjligheten att stärka individer i sitt psykiska mående (Olsson, 1999:92f). Under 40-talet började Noréns idéer om social utbildning etableras och bli till verklighet. Genom denna utveckling grundades den första

svenska kuratorsföreningen år 1944. Kuratorföreningens framsteg bidrog med att det skapades krav på utbildning för kuratorer, som vi idag kallar för socionomutbildningen (ibid.).

På 70-talet växte ett allt större behov av kuratorer inom hälso- och sjukvård och runt om hela landet anställdes flera kuratorer (Olsson, 1999:122f). Idag finns en pågående debatt om att införa legitimation så snart som möjligt för kuratorer inom hälso- och sjukvård (SOU 2014/15:17).

1.4.2 Debatten om legitimation

Statens offentliga utredningar (SOU 2010:65) publicerade år 2010 en behörighetsutredning för kuratorer inom hälso- och sjukvård. I denna utredning nämns betydelsen av legitimation bland kuratorer som är yrkesverksamma inom sjukvården. Socionomutbildningen räknas som en generalistutbildning vilket enligt behörighetsutredningen innebär att det finns en avsaknad i specialiserade kunskaper om patientsäkerhet. Utifrån detta kan förutsättningar för sjukvårdskuratorer inom hälso- och sjukvård påverkas eftersom yrket saknar legitimation. I enlighet med 4 kap. i patientsäkerhetslagen (2010:659) finns vissa bestämmelser om legitimation för olika professioner inom hälso- och sjukvård. För tillfället finns det 21 olika professioner som har legitimation inom sjukvården, kuratorsyrket saknar dock en sådan legitimation. I denna behörighetsutredning framgår det att kuratorn har ett tydligt patientansvar. Genom införande av legitimation för alla professioner på ett sjukhus kan den svenska vården säkerställa tillsynen inom hälso- och sjukvård (SOU 2010:65).

Detta ämne har varit väldigt omdiskuterat och i samband med detta föreslog socialutskottet (SOU 2014/15:17) att införandet av legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvård så snart som möjligt införs. Genom att införa krav på legitimation innebär det att socionomutbildning inte är tillräcklig för en examen för hälso- och sjukvårdskurator. Istället föreslås en vidareutbildning utöver socionomutbildningen. Vidareutbildningen ska erbjuda fler kunskaper om kuratorsyrket inom hälso- och sjukvård samt om patientsäkerhet. Det finns en idé om att legitimationen ska bidra med att stärka sjukvårdskuratorsrollen inom hälso- och sjukvård (SOU 2014/15:17).

1.4.3 Det psykosociala arbetet inom hälso- och sjukvård

Idag har vi ett samlingsbegrepp för sjukvårdskuratorns arbetsuppgifter vilket nämns för det psykosociala arbetet (Lundin et al., 2009:35f). Det psykosociala arbetet utgår mycket från att kunna se individer i ett sammanhang. I samband med sjukdom kan individen få nya livsomständigheter vilket innebär att inre och yttre påfrestningar påverkar personens tillvaro. Yttre påfrestningar kan handla om en förändrad ekonomi, bostadssituation, sysselsättning, socialt nätverk med mera. Inre påfrestningar hör till individens känslomässiga mående exempelvis kan depression, nedstämdhet, ångest och andra psykiska tillstånd bli närvarande (ibid.). Tanken är att sjukvårdskuratoren ska bistå med stöd för patienter och deras närstående så att de tillsammans kan hitta hanterbara strategier för att klara tillvaron. Det handlar om att stärka individer till att få ett värdigt liv utifrån varje persons förutsättningar och behov (ibid.). Det psykosociala arbetet ger sjukvårdskuratoren möjligheten att kombinera både praktisk och terapeutisk hjälp. Genom praktiska åtgärder kan kuratorn stödja individen med att fylla i viktiga blanketter, bistå med rådgivning om samhällets stöd utifrån de socialrättsliga lagarna. Sjukvårdskuratoren kan även stödja individen i sina vård- och myndighetskontakter. Med hjälp av olika samtalsformer såsom krissamtal, stödjande samtal, motiverande samtal med mera kan kuratorn fånga upp individens känslomässiga tillstånd. För individer kan det vara nödvändigt att tala med en utomstående person om sina tankar, känslor och upplevelser som skapar psykiskt lidande (ibid.).

1.4.4 Tvärprofessionella team: en mångsidighet och helhetssyn

Inom hälso- och sjukvård är det allt vanligare att olika professioner på sjukhuset arbetar tillsammans i så kallade tvärprofessionella team. I takt med att välfärdstjänster blir allt mer specialiserade skapas ett större behov för samordning. Thylefors (2007) skriver att det finns flera fördelar med tvärprofessionella teamarbeten. Den främsta fördelen med samarbetet är att olika professioner får möjligheten att samordna sina resurser och expertis samt att bidra med en mångsidighet inom sjukvården. Kärnan för det tvärprofessionella teamarbetet grundar sig i att fler professioner kan göra mer än bara en (Thylefors, 2007:89f). Komplexa patientfall kräver en helhetssyn vilket kan uppnås med ett tvärprofessionellt samarbete. Utifrån praktiska aspekter kan det tvärprofessionella teamarbetet minimera dubbelarbeten och samtidigt säkerställa god kvalitet för patientsäkerheten (ibid.). Förutom detta finns även möjligheten för de olika professionerna på sjukhuset att förtydliga sina yrkesroller och arbetsuppgifter vilket bidrar till

en spridning av kunskaper sinsemellan (ibid.). Vidare beskrivs det tvärprofessionella samarbetet lett till att patienter i flera fall tillfrisknat snabbare medan andra patienter får en mer hållbar livssituation trots sjukdom (ibid.).

Vidare ger Thylefors (2007) även djupgående beskrivningar av att tvärprofessionella samarbeten likaså kan komma med vissa utmaningar. I vissa avseenden kan samarbetet bli dysfunktionellt till följd av intressekonflikter, statuskillnader och maktkamper (Thylefors, 2007:99f). Olika professioner innebär även olika rollperspektiv vilket kan skapa motstridigheter i vad som anses ”bästa” åtgärden för patienten. Det blir en fråga om vems intresse som går före andras. Risken i destruktiva team blir att teammedlemmarna inte värderar varandras bidrag som värdefulla. Kommunikation och tid är andra faktorer som kan ha en inverkan i hur väl teamet fungerar. Kommunikationen mellan de olika professionerna kan ske under olika villkor, vissa professioner träffas i större utsträckning och andra yrken träffas mindre. Vidare blir det svårt att fördela tiden lika för varje teammedlem, som en konsekvens av detta kan vissa professioner få svårare att göra sin röst hörd (ibid.). Thylefors uppmärksammar läsaren om positiva och negativa företeelser som kan uppstå i ett tvärprofessionellt teamarbete (ibid.).

2. Tidigare forskning

I detta kapitel kommer en överblick av tidigare forskning att presenteras. Med hjälp av olika forskares studier kan vi idag dra olika slutsatser kring förutsättningar och svårigheter som kan uppstå i tvärprofessionella team. I denna studie har jag bland annat använt mig av sökmotorerna SocINDEX och EBSCO-host för att hitta relevanta källor. Samtliga studier är peer reviewed vilket innebär att dessa texter är vetenskapligt begrundade.

2.1 Destruktiva tvärprofessionella team

Garman et al (2009) forskning visar att tvärprofessionella team tenderar att utgå ifrån en traditionell modell. Utifrån deras studie framgår det att teamarbeten i vissa avseenden kan påverkas negativt av intressekonflikter. Detta innebär att den medicinska personalen på sjukhuset tilldelas roller med större auktoritet gentemot andra professioner. Studien visar att både läkare och sjuksköterskor placerades högt upp på listan över viktiga roller på sjukhuset

(Garman et al., 2009:830f). Andra stödprofessioner som sjukvårdskuratorer, arbetsterapeuter, sjukhusgymnaster, dietister med mera visades sig inte ha samma inflytande som de medicinska professionerna. I samband med deras studie visade det sig att medicinsk expertis värderas högre än andra professionellas expertis (ibid.).

Utifrån samma studie visar det sig att läkaren i flera situationer hade ett stort inflytande över de andra professionerna på sjukhuset (Garman et al, 2009:830f). Det visar sig även i studien att de andra professionerna i ytterst liten utsträckning ifrågasätter läkarens expertis oavsett om någon annan profession har en mer korrekt bedömning i vissa patientfall (ibid.). Om en läkare ordinerar en viss medicin så finns förväntningar på att sjuksköterskan ska dela ut den till patienten. Läkare som innehar en ledande position kan ha vissa föreställningar om vad som förväntas av andra professioner i underordning. Dessa aspekter leder till att de som befinner sig i underordning i allt mindre utsträckning utmanar eller ingriper mot professioner i överordning om det inte finns en allt för stor risk att bryta patientsäkerheten (ibid.).

Mycket av den medicinska personalens arbete överlappar varandra vilket innebär att exempelvis läkare och sjuksköterskor stärker varandras positioner på sjukhuset. I förbindelse till denna traditionella modell upprätthålls en tydlig makthierarki mellan professionerna inom hälso-och sjukvård (Garman et., 2009:830f). Konsekvensen av en makthierarki leder till att teamarbetet drabbas och med en sådan dynamik i teamarbetet är risken stor för att samarbetet kolliderar eftersom den traditionella modellen tenderar att dominera (ibid.).

I en annan kvalitativ studie gjord av Lewin och Reeves (2011) kunde de utifrån intervjuer och observationer beskriva de svårigheter som uppstår i samband med ett tvärprofessionellt teamarbete. Forskarna använder sig av Goffmans teori om bland annat begreppen ”frontstage” och ”backstage” för att beskriva empirin och de svårigheter som nämndes om tvärprofessionella samarbeten (Lewin & Reeves, 2011: 1595f). Utifrån dessa begrepp beskriver de hur kommunikationen mellan professionerna kan påverka villkoren i det tvärprofessionella samarbetet. Genom studien bekräftar forskarna att den medicinska personalen såsom läkare, sjuksköterskor och undersköterskor har en del av informell ”backstage” kommunikation. Denna form av kommunikation utspelas mycket i sjukhuskorridorerna, fikarummen och på varandras kontorsrum etc. Detta ger möjligheten för den medicinska personalen att skapa allianser mellan varandra och tillsammans få större inflytande i ett tvärprofessionellt team. Alliansen kan användas som ett medel för att stärka varandras argument om exempelvis ”lämpligast” åtgärd för patienten (ibid.). I formella ”frontstage” kommunikationstillfällen såsom teammöten kan

annan personal på sjukhuset som kuratorer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och många fler mötas av en mycket stark medicinsk allians (ibid.). Med hjälp av ständig ”backstage” kommunikation säkerställer den medicinska personalen sina argument med hjälp av allianskapande. Genom denna aspekt blir det lättare för den medicinska personalen att inta mer inflytande över arbetet inom hälso- och sjukvård (ibid.). De formella tillfällena av kommunikation råder inte i samma utsträckning, till följd av detta får de andra professionerna på sjukhuset inte samma förutsättningar att ta del av kontinuiteten i teamet (ibid.). Det är inte alltid de andra professionerna befinner sig eller har tillräckligt med arbetstid att vara ute på enheterna vilket kan ge följder för deras professionella position i teamet. Dessa aspekter gör att den medicinska personalen får en större möjlighet att behålla sina maktpositioner på sjukhuset (ibid.).

I en annan tidigare studie av samma forskare beskrivs att sjukvårdskuratorn i flera avseenden är i beroendeställning eftersom kuratorn ständigt måste anpassas sig och tillmötesgå den medicinska personalen och inte tvärtom (Lewin & Reeves, 2004:220f). För personal som är mindre ofta på avdelning eller mottagning blir teammötena väldigt viktiga gällande kommunikationen. Det problematiska blir att den medicinska personalen får ständig kontinuitet till varandra vilket kuratorn och andra yrkespersoner på sjukhuset inte kan ta del av i samma utsträckning (ibid.). Detta ger den medicinska personalen chansen att vidmakthålla dominansen i ett tvärprofessionellt teamarbete. Den medicinska personalen betonar varandras expertis, däremot prioriteras inte de andra professionernas kunskaper lika högt (ibid.).

2.2 Tvärprofessionella teamarbeten som lyckas

Även om det finns tidigare studier som beskriver de tvärprofessionella teamens komplexitet finns det likaså studier som kommit fram till positiva aspekter av tvärprofessionella teamarbeten. I Molyneux (2001) studie beskrivs ett gott exempel på när det tvärprofessionella teamarbetet fungerar väl. I sin studie följde forskaren ett vårdteam som bestod av bland annat två arbetsterapeuter, två sjukgymnaster, en logoped samt en sjukvårdskurator. I detta team fanns inte en läkare med (Molyneux, 2001:30f). Forskaren fångade upp fyra gemensamma faktorer som anses viktiga för ett lyckat samarbete. Den första faktorn handlar bland annat om att teammedlemmarna hade en välfungerande kommunikation till varandra (ibid.). Den andra faktorn handlar om att de olika professionerna hade en öppenhet för varandras kunskaper och

kunde därmed låta kreativiteten flöda i teamarbetet (ibid.). Den tredje faktorn handlade om att samtliga i teamet var flexibla i sina professionella roller vilket främjade deras samarbete (ibid.). Slutligen visade sig även att status och makt inte rädde i teamet. I samband med detta deltog samtliga teammedlemmar under samma villkor (ibid.). Teammedlemmarna värderade samarbetet högt och var ofta närvarande vid samordning (ibid.).

Teamet fick frågan om gruppdynamiken kunnat se annorlunda ut om det funnits teammedlemmar från de medicinska professionerna i deras team. Teammedlemmarna poängterade att gruppvillkoren hade varit annorlunda med exempelvis en läkare i teamet (Molyneux, 2001:30f). Med en läkare i teamet hade samarbetet utgått mer ifrån en traditionell modell. Den traditionella modellen tenderar att dominera vilket kan påverka samarbetets överlevnad. Jämlikheten mellan de olika professionerna hade rubbats då det finns risker att läkare eller annan medicinsk personal övertar en ledande position. Med en läkare i huvudrollen i teamet kommer samarbetet få en fokusförskjutning till de medicinska aspekterna (ibid.).

McLaughlin (2016) kommer dock fram till att de medicinska disciplinerna värderar sjukvårdskuratorns insatser högt inom hälso- och sjukvård. Enligt medicinsk personal kompletterar det psykosociala arbetet vården väldigt bra då möjligheten till mångsidighet för vård och omsorg kan äga rum (McLaughlin, 2016:135f). Den medicinska personalen ser styrkor i att socialarbetare både kan erbjuda känslomässigt stöd och praktisk hjälp utifrån patientens sociala sammanhang (ibid.). Enligt de andra professionerna har sjukvårdskuratoren en unik position då kuratorn kan stödja patienter och närstående med annan professionell ingång. Det psykosociala livet kan likaså påverka individens hälsa, sjukvården eftersträvar därmed en överlappning mellan de medicinska och psykosociala aspekterna (ibid.).

Innehållet i samtliga studier är relevant för denna undersökning eftersom jag bidrar med förståelse för hur tvärprofessionella team inom hälso- och sjukvård kan fungera. Vissa teman i intervjuguiden (Bilaga 2) har inspirerats av denna förförståelse. Samtidigt är det viktigt att förhålla sig kritisk till tidigare forskning eftersom empirin i dessa inte nödvändigtvis stämmer överens med det sjukvårdskuratorerna beskriver i denna studie. Samtliga studier som har använts är baserade på hur olika professioner har uttryckt sig om tvärprofessionella team. I denna studie är syftet att endast undersöka kuratorsperspektivet inom hälso- och sjukvård. Hade det funnits tidigare forskning om tvärprofessionella team utifrån endast kuratorsperspektivet skulle det öka möjligheten för mer jämförbara data till denna studie. I tidigare forskning beskrivs den traditionella modellen, statuskillnader mellan professioner, kommunikation och

alliansskapande inom tvärprofessionella team. Dessa huvudteman behöver inte vara det intervjupersonerna i denna studie uttrycker om sin arbetskontext inom hälso-och sjukvård.

3. Metod och forskningsetik

3.1 Metodöverväganden

I denna studie har en kvalitativ metod använts. Avsikten med denna studie är att öka förståelsen för sjukvårdskuratorernas erfarenheter av tvärprofessionella team avseende sin professionella roll och vad de anser är viktiga faktorer för utvecklingen mot en starkare position inom hälso- och sjukvård. Bryman (2011) beskriver att hermeneutiken som inriktning kan användas i kvalitativa studier, utifrån denna kännedom passar denna inriktning väl till denna studie. Hermeneutiken handlar om att forskaren söker kunskap som förmedlas genom våra tolkningar samt om hur vi uppfattar vår omvärld (Bryman, 2011:32f). Det handlar om att söka förståelse för sociala kontexter och sociala beteenden. Genom kvalitativa intervjuer bidrar forskaren med möjligheter för sjukvårdskuratorerna att uttrycka sin version av verkligheten (ibid.). I denna studie har sjukvårdskuratorns erfarenheter, tankar och känslor kring fenomenet tvärprofessionella team inom hälso- och sjukvård utforskats.

Studien har samlat in sin empiri med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Enligt Bryman (2011) utgår forskaren i en semistrukturerad intervju från en tematiskt uppbyggd intervjuguide med frågor (Bryman, 2011: 413f). Fördelen med semistrukturerade intervjuer är att forskaren får möjligheten att förhålla sig flexibel under själva intervjun. Flexibiliteten kan uttrycka sig genom att forskaren i vissa avseende anpassar sig till situationen och det sjukvårdskuratorerna uttrycker exempelvis med hjälp av följdfrågor, forskaren har även utrymme att tydliggöra frågorna om det skulle behövas. En annan fördel med denna intervjuform är att frågorna inte alltid behöver ställas i samma ordning vilket gör att forskaren kan anpassa sig till varje specifikt intervjutillfälle. Intervjuguiden upprätthåller någon form av struktur under intervjun samtidigt som forskaren kan vara flexibel om det skulle behövas (ibid.). Sjukvårdskuratorerna kan i intervjun förmedla sin information på ett mindre kontrollerat sätt (ibid.). Semistrukturerade intervjuer ger samtidigt möjligheten till jämförelse eftersom det finns genomgående teman och frågor som ställs för varje intervjuperson (ibid.). Varje individ bidrar med sin beskrivning vilket har hjälpt forskaren att efter ett antal genomförda intervjuer skapa sig en bild över den kontext som studeras.

3.2 Metodens förtjänster och begränsningar

Till denna studie finns flera fördelar med användningen av kvalitativa intervjuer. Genom kvalitativa inslag i denna studie finns möjligheten för forskaren att skapa förståelse för sjukvårdskuratorer inom hälso- och sjukvård samt belysa deras erfarenheter från tvärprofessionella teamarbeten (Ahrne & Svennson, 2011:21f). Muntliga redogörelser som uppstår till följd av intervjuer kan fånga upp djupgående skildringar av detaljer, beskrivningar, tankar, känslor och kunskaper kring sjukhuskuratorns arbetssituation (ibid.). I denna studie är dessa muntliga redogörelser användbara för att behandla studiens frågeställningar. Genom semistrukturerade intervjuer finns möjligheten att intervjupersonen bidrar med dessa utförliga beskrivningar av den professionella positionen, samverkan och andra betydelsefulla aspekter. Ovanstående beskrivning visar sammantaget alltså att det finns flera styrkor med användning av den kvalitativa metoden och därmed bedöms detta som det mest lämpliga tillvägagångssättet för denna specifika studie (ibid.).

Något som kan bli problematiskt med kvalitativa intervjuer är att en viss intervjuareffekt kan råda under intervjun (Ahrne & Svennson, 2011:21f). Som forskare finns ett ansvar att minimera detta. Forskaren har en viss påverkan av utfallet av intervjun, eftersom teman och frågorna är formulerade och strukturen redan skapad. Risken finns att forskaren intar en alldeles för styrande position under intervjun. Denna aspekt kan undvikas om forskaren har förmågan att balansera sin forskarroll utan att ta ställning till och påverka empirin (ibid.). Eftersom empirin samlas in med hjälp av semistrukturerade intervjuer får forskaren möjlighet och förhålla sig flexibel. Intervjuguiden är ett hjälpmedel för att hålla strukturen och de teman som ska behandlas under intervjun samtidigt kan forskaren ställa följdfrågor (ibid.). Sjukvårdskuratorerna får möjligheter att betona och utveckla de resonemang som anses viktiga för individen (ibid.). Ahrne och Eriksson-Zetterquist (2011) betonar vikten av att forskaren uppmuntrar sjukvårdskuratorerna att helt fritt associera utifrån de frågor som ställs (Ahrne & Eriksson-Zetterquist, 2011:47f). Innan och under intervjuerna så betonades det för sjukvårdskuratorerna att de helt och hållet fick uttrycka sig utifrån sitt perspektiv, denna information tog de till sig vilket visade sig under intervjusamtalen. Intervjuguiden kan uppfattas som styrande samtidigt som den har en viktig funktion i att hålla intervjun levande (ibid.:21f). Sjukvårdskuratorerna har likaså inflytande eftersom mycket av intervjun styrs av deras deltagande. Deras deltagande styrs av vad som sägs och hur aktiva de vill vara i sitt berättande. Intervjun ska nå en balans i maktutbyte mellan mig och sjukvårdskuratorerna (ibid.). Dessa aspekter har forskaren under hela studien haft i åtanke. Under samtliga intervjutillfällen har

forskaren lyssnat följsamt samt bekräftat varje sjukvårdskurator under själva intervjun. Genom att ställa följdfrågor och vara lyhörd för det sjukvårdskuratorn uttryckte blev det lättare att skapa en balans mellan mig och sjukvårdskuratorerna.

3.3 Urval och undersökningspopulation

Undersökningspopulationen till studien är begränsad till sjukvårdskuratorer i ett av Hälsostadens sjukhus inom Region Skåne. Under min praktik fick jag kontaktuppgifter till alla arbetande kuratorer på sjukhuset. Genom dessa uppgifter har jag tagit kontakt med sju av dessa sjukvårdskuratorer, samtliga sju sjukvårdskuratorer deltog i denna studie. Eftersom jag tidigare praktiserat på sjukhuset så har jag endast intervjuat kuratorer som inte arbetat direkt med mig under denna tid. Aspers (2007) ser fördelar med att forskaren kort förbereder individen inför intervjun. För min del har de flesta sjukvårdskuratorer på sjukhuset en viss kännedom om mig som socionomkandidat då jag haft min praktik på sjukhuset. Detta kan bidra med en minskad känsla av obehag eller osäkerhet inför intervjun (Aspers, 2007:145f). Genom att individen har lite kännedom om vem jag är blev möjligheten större att etablera kontakt med dem. I samband med detta kan sjukvårdskuratorerna känna sig tillräcklig trygg i att aktivt delta i studien (ibid.).

Urvalet till denna undersökning har baserats på ett målstyrt urval (Bryman, 2011:350f). Detta urval handlar om att forskaren väljer specifika kategorier av personer som önskas undersökas. De sjukvårdskuratorer som väljs ut till studien är inte slumpmässigt utvalda utan det finns strategiska grunder till det. I detta fall vill forskaren säkerställa att de personer som intervjuas har de egenskaper som är relevant för den sociala kontext som undersöks (ibid.). Urvalsgruppen består därmed av yrkesverksamma sjukvårdskuratorer.

Till denna studie har inte genus eller könets betydelse varit något som undersökts. Orsaken till detta är att kuratorsyrket är kvinnodominerat och på sjukhuset arbetar endast kvinnliga kuratorer. I denna studie blev det därav inte aktuellt att applicera ett genusperspektiv även om det hade varit intressant.

Ahrne och Eriksson-Zetterquist (2011) beskriver i sin text att i kvalitativa studier är det viktigt med olika variabler i syfte att skapa mer variation i själva empirin. Dessa variabler kan handla om exempelvis kön, ålder, arbetserfarenhet etc. Författarna beskriver i sin text att olika variabler kan användas för att fördjupa empirin ytterligare samtidigt som det även kan bidra med jämförbar data (Ahrne & Eriksson-Zetterquist, 2011:42f).

De sjukvårdskuratorer som intervjuats har bland annat haft olika arbetserfarenheter, arbetsposition på sjukhuset, anställningstid och ålder. Vissa av kuratorerna arbetar inom bland annat slutenvård, öppen vård och primärvård. Bland sjukvårdskuratorerna är åldrarna mellan 36 till 64år. Två av kuratorerna har under hela deras yrkesliv arbetat som sjukvårdskurator sammanlagt under 40 år, de resterande har arbetat inom hälso- och sjukvård mellan elva till fyra år. Två av sjukvårdskuratorerna arbetar inom kuratorsmottagningen och ansvarar främst för barnmottagningen, sjukhusets medicinska enheter och en vårdcentral. De resterande ansvarar för smärtrehabiliteringen, rehabiliteringen, barnrehabiliteringen och minnesmottagningen som ansvarsområde. De tvärprofessionella teamen sjukvårdskuratorerna medverkar i varierar i storlek. I de större teamen finns fler teammedlemmar såsom läkare, sjuksköterska, undersköterska, psykolog, arbetsterapeut, sjukgymnast, dietist, logoped, sjukvårdskurator och ännu flera professioner. De sjukvårdskuratorer som arbetar i de större teamen finns bland annat på barnmottagningen, smärtrehabiliteringen, rehabiliteringen och barnrehabiliteringen. I de mindre teamen består majoriteten av teammedlemmarna av de medicinska professionerna. Sjukvårdskuratorerna som ansvar för bland annat minnesmottagningen, sjukhusets medicinska enheter och en vårdcentral är med i de mindre teamen.

3.4 Metodens tillförlitlighet

I vetenskapliga studier argumenteras för studiens reliabilitet och validitet för att försäkra läsaren om den vetenskapliga kvalitén. I kvalitativa studier omformuleras dessa begrepp för att anpassas bättre. Bryman (2011) nämner de fyra kriterierna enligt Guba och Lincoln. Kriterierna handlar om *trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och konfirmering* (Bryman, 2011:351f).

Trovärdighet motsvarar intern validitet, det handlar om hur troligt eller sannolikt resultatet av empirin är. De beskrivningar som framgår i studien skall bidra med ett trovärdigt intryck för både läsaren och allmänheten (Bryman, 2011:351f). Därmed har jag gjort mitt yttersta för att säkerställa att den insamlade empirin stämmer överens med det sjukvårdskuratorerna uttryckt. I presentationen av empirin framkommer en rad citat på det sjukvårdskuratorerna uttryckt, detta bidrar till ett trovärdigt intryck. I samband med att ljudinspelning används kan jag även här öka trovärdigheten eftersom empirimaterialet baseras på en transkribering som är ordgrann och i sin exakta form. Överförbarhet motsvarar extern validitet vilket innebär att resultatet ifrån

empirin är unik i sin kontext och därmed föränderlig (Ibid.). Enligt kvalitativa forskare är det omöjligt och "frysa" sociala miljöer samt sociala beteenden. Kvalitativa forskare är inte intresserade av att mäta och skapa stabila mått utan de vill istället studera specifika fenomen. Överförbarhet berör huruvida studiens resultat genererade från intervjuguiden (Bilaga 2) kan uppnås i en liknande kontext och vid en annan tidpunkt (Bryman, 2011:351f). Det viktiga blir att uppnå förståelse för fenomenet genom rika och fylliga data. Tanken med detta är att empirin som samlats i denna studie ska bidra med fylliga beskrivningar så att resultatet blir potentiellt överförbart till andra kontexter (ibid.). Vidare beskrivs pålitlighet vara en motsvarighet till reliabilitet vilket handlar om hur likartat resultatet kan bli i en liknande studie. I denna studie har jag redogjort för hur själva studien har genomförts. Som i detta fall har intervjuguiden (Bilaga 2) bifogats i sin exakta form samt att läsaren kan ta del av studiens problemformulering, syfte, frågeställningar, metod- och teorikapitel och på detta vis bedöma studiens pålitlighet (Bryman, 2011:351f). Konfirmering handlar om att jag förhåller mig objektiv under en vetenskaplig studie. Det är viktigt att säkerställa att personliga värderingar inte på något sätt påverkar själva studien (ibid.) Då denna studie handlar om kuratorsyrket och tvärprofessionella teamarbeten finns en risk att jag utifrån mina upplevelser från praktiktiden hade kunnat påverka undersökningen; samtidigt kan jag i denna studie försäkra om att sjukvårdskuratorernas beskrivningar i högsta möjliga utsträckning endast tolkats utifrån tidigare forskning och teori. I samband med detta har jag strävat att inte mina upplevelser och värderingar från själva praktikperioden på något vis påverkat empirimaterialet.

3.5 Genomförandet

Allt började med ett stort intresse för det tvärprofessionella teamarbetet inom hälso- och sjukvård. Utifrån samtalskontakterna från praktiktiden tog jag kontakt med några sjukvårdskuratorer. Efter dessa samtal ville sju kuratorer medverka i studien, och därefter skickades ett informationsbrev (Bilaga 1) den 10 november 2016 där kuratorerna fick ta del av allmän information om studiens syfte och innehåll samt om det etiska aspekterna. De samtliga intervjutillfällena bokades in under en tvåveckorsperiod. Samtalstiden mellan sjukvårdskuratorerna varierade, samtalen pågick mellan 40 och 60 minuter. I genomförandet av studien finns det praktiska delar som är viktiga, främst när det gäller intervjuguidens uppbyggnad, ljudinspelning och transkriberingen (Bryman, 2011: 428f). Inför ljudinspelningen är det viktigt att se till att ljudspelningsen verkligen fungerar bra men även att man får ett

samtycke att använda sig av från sjukvårdskuratorerna, vilket samtliga kuratorer gav. Vid samtliga tillfällen har ljudinspelning använts och praktiskt underlättat för forskaren (ibid.). Med hjälp av detta hjälpmedel har det inte behövts antecknas allt för utförligt vilket medförde att forskaren kunde vara extra lyhörd för det sjukvårdskuratorerna uttryckte under intervjun (ibid.). Det är även viktigt att säkerställa att intervjun genomförs i en lugn och ostörd miljö. Därmed genomfördes intervjuerna i kuratorns arbetsrum eller i ett av sjukhusets samtalsrum. Något Bryman betonar är dock att transkribering av empirin tar mycket av studiens tid (ibid.). Med denna kännedom har forskaren utfört noggrann tidsplanering för transkribering och reflektion.

3.5.1 Intervjuguide

Vidare är intervjuguiden en annan viktigt praktisk del enligt Bryman (2011:419f). För att få förståelse och svar på studiens frågeställningar är det viktigt att även förstå de aspekter som kretsar runt sjukvårdens sociala kontext inom hälso- och sjukvård. Eftersom jag använt sig av semistrukturerade intervjuer har uppbyggnaden av själva intervjun utgått från vissa teman. Intervjuguiden (Bilaga 2) har utgått från sju huvudteman. Dessa teman handlar om *kuratorns yrkesroll*, *det psykosociala arbetet*, *tvärprofessionella team som funktion* samt *förutsättningar och svårigheter* som kommer med det, *maktskillnader* mellan professioner och slutligen om *de utmaningar* kuratorn föreställer sig inför *framtiden*. Dessa teman är inspirerade från studiens teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning. Genom den färdigställda intervjuguiden har en viss struktur med frågor följt en logisk ordning. Frågorna som ställts har varit relevanta för studiens frågeställningar. I denna studie har jag undvikit ledande frågor (ibid.). Frågorna som ställts har i sin form varit öppna vilket gjort att sjukvårdskuratorerna haft möjlighet uttrycka sig fritt i egna termer.

3.5.2 Analytiskt tillvägagångssätt

Rennstam och Wästerfors (2011) belyser tre grundläggande arbetssätt som använts för själva analysen. Dessa handlar om att *sortera*, *reducera* och *argumentera* empirin som samlats in. Först har jag skapat en viss överblick över själva empirimaterialet genom att göra korta sammanfattningar från de olika intervjutillfällena (Rennstam & Wästerfors, 2011: 195f).

Utifrån empirin som samlats in har jag vidare sorterat den ”viktigaste” informationen (ibid.). Det gäller att välja den mängd av data som både bidrar med variationer och liknande beskrivningsmönster om själva fenomenet. Därefter har empirin reducerats genom att jag begränsat materialets innehåll (ibid.). Det handlar inte om att välja bort ”mindre” bra data utan att betona den data som blir användbar för att besvara studiens frågeställningar. Slutligen har jag argumenterat själva empirinsamlingen. Detta har gjorts genom att presentera empirin som beskrivande text samt genom att redovisa utdragna citat från intervjutillfällena (ibid.).

Vidare har empirinsamlingen även kodats (Aspers, 2007:165f). Kodning har används som ett hjälpmedel för att göra kategoriseringar av själva empirin. Varje kod blir en produkt för analys, med hjälp av dessa koder blir det lättare och fördjupa sig i sjukvårdskuratorernas sociala kontext. Koderna har använts för att se om det finns eventuella likheter och avvikelser i empirimaterialet (ibid.). I denna studie har marginalmetoden tillämpats under kodningsprocessen. Marginalmetoden används som ett sätt att strukturera koderna med färgpennor alltså representerar varje färg en viss kod. Utifrån vissa koder har forskaren markerat fram specifika ord och meningar från det empiriska materialet (ibid.).

I denna studie har en kombination av både kodning och de tre grundläggande arbetssätten använts som ett sätt att analysera empirin. Motivet för användning av dessa arbetssätt är att det finns flera fördelar med båda sätten eftersom det bidrar med en tydlig översikt och konkretisering av empirimaterialet.

3.6 Forskningsetiska övervägande

I vetenskaplig forskning har forskaren två olika krav bland annat forskningskravet och individsskyddskravet. Individsskyddskravet innehåller fyra principer nämligen *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. Dessa principer har jag under själva studien förhållit mig till (Kalman & Lövgren, 2012:13f)

Informationskravet går ihop med samtyckeskravet (Kalman & Lövgren, 2012:13f). Sjukvårdskuratorerna har i samband med informationsmailen (Bilaga 1) kunnat ta del av viktigt information som har att göra med deras deltagande i denna studie. I informationen framgår det tydligt att deras deltagande styrs helt av eget samtycke. I mailet har sjukvårdskuratorerna tagit del av information gällande studiens syfte, frågor rörande deras medverkande som

anonymitet och andra viktiga aspekter. Självständigt och frivilligt deltagande innebär att sjukvårdskuratorerna kan vägra att svara på vilken fråga som helst och även avbryta intervjun (ibid.). Sjukvårdskuratorerna från denna studie visade förståelse för mig som kandidatstudent och därmed har de svarat på alla frågor. Det var en kurator som under en intervju inte ville gå in särskilt ingående på en fråga som ställdes. Utifrån detta förklarades det för henne att hon inte behöver svara om hon inte vill, i detta fall går kuratorns självbestämmande alltid före. Även om det hade varit intressant och få ta del av hennes beskrivningar handlar det om att visa respekt för sjukvårdskuratorn och istället gå vidare med intervjuguidens andra frågor. I denna specifika fråga fanns det tillräckligt med empiri, även om sjukvårdskuratorn inte vill svara utförligt i just den frågan var det inte direkt en större förlust för själva studien (ibid.). Konfidentialitetskravet har uppnåtts eftersom inga personuppgifter har exponerats eller kan identifieras av allmänheten. Känsliga uppgifter har förvarats varsamt på ett sådant sätt att endast jag själv kan komma åt det. Allt som hör till empirin, alltså intervjuanteckningar, ljudfiler, transkriberingen har inte innehållit information som gör det möjligt att identifiera sjukvårdskuratorerna. De uppgifter som handlar om personens namn, adress och annat privat har avidentifierats till arbetsposition eller anställningstid istället. I presentationen av empirin i form av citat har jag använt mig av fingerade namn. I denna studie har jag även valt att inte avslöja på vilken ort sjukhuset finns. När en person erbjuder sig att delta i en studie kommer det även en viss förväntan på att forskaren förmedlar tillit. När tilliten är uppnådd finns en större chans att sjukvårdskuratorn vågar bidra med fylliga och ärliga beskrivningar om sin verklighet. I informationsmailet har jag skrivit mer om konfidentialitet i syfte att redan innan intervjun skapa en tillitsfull relation till intervjupersonen (ibid.). Nyttjandekravet är knutet till konfidentialitetskravet eftersom det värnar om sjukvårdskuratorns integritet. Det sjukvårdskuratorerna uttrycker kan forskaren försäkra om att det inte används för andra ändamål förutom till denna studie (ibid.).

4. Teoretiska utgångspunkter

Uppsatsen använder sig av två teoretiska utgångspunkter; dels organisationsteori utifrån det politiska perspektivet och dels professionsteori om professionalisering. Det politiska perspektivet används för att få förståelse för hur olika professioner inom en organisation samverkar. Inom en organisation med tvärprofessionella team kan maktkonflikter och alliansskapande bli närvarande. Genom dessa aspekter kan det skapas så kallade politiska

arenor där olika professioner placeras i en hierarki med vissa professioner i en styrande grupp och andra yrken i en påtryckningsgrupp (Bolman & Deal, 2012:238f). Professionsteori och professionalisering kommer att användas som ett sätt att förklara hur makt och status kan uppstå mellan olika yrken. Inom professionsteori finns det statuskillnader mellan de klassiska professionerna och semiprofessioner. Utifrån stängningsteori (social closure) förklaras det hur olika professioner monopoliserar sin expertis och sina resurser gentemot andra yrken (Brante, 2009:16f; Svensson, 2002:70f).

4.1 Organisationsteori utifrån det politiska perspektivet

På ett sjukhus finns en rad olika professioner som tillsammans arbetar inom hälso- och sjukvård. Utifrån det politiska perspektivet menar Bolman och Deal (2012) att det inom en organisation skapas utrymme för maktkonflikter, intressestrider och alliansskapande mellan de olika professionerna (Bolman & Deal, 2012:238f). Utifrån dessa aspekter kan de olika professionerna skapa så kallade politiska arenor utav allianser, i intressestrider kan allianserna och professionerna tävla om hur en viss problematik ska tolkas. I samband med detta skapas det utrymme för allianser och professioner att placeras som både över- och underordnade i en hierarki (ibid.). Genom koalitioner och yrkesstatus tilldelas varje profession en viss position. I ett tvärprofessionellt teamarbete kan olika professioners intressen krocka med varandra. Under sådana omständigheter påbörjas en förhandling. Under dessa förhandlingar försöker de olika professionerna argumentera för sin expertis i hopp om att få bestämma hur själva patientproblematiken ska tolkas (ibid.).

I koalitionskapande skapas ett beroendeförhållande mellan professionerna. Det finns en idé om att skapa en homogen gemenskap där professionerna försöker få sina intressen att överlappa varandras. För professioner med liknande värderingar och gemensam yrkeskultur blir det lättare att skapa allians och upprätthålla en makt gentemot de andra yrkena (Bolman & Deal, 2012:238f).

Det är inte nödvändigtvis negativt med intressestrider enligt Bolman och Deal (2012). Intressestrider kan i vissa avseende bidra till kreativitet och innovation. Genom detta kan olika professioner ha djupgående diskussioner om vilka resurser och vilken expertis som passar patienten bäst utifrån deras förutsättningar och behov. Komplikationer uppstår när teamet inte kan hantera maktkamper (Bolman & Deal, 2012:238f).

Vidare beskriver författarna att inom en organisation finns det förhållanden mellan styrande- och påtryckningsgrupper. De som tillhör styrandegruppen har större inflytande än medlemmar i påtryckningsgruppen. Mellan dessa grupper pågår ständiga utmaningar om vem som har den ”rätta” tolkningen över en viss problematik (Bolman & Deal, 2012:238f). Genom koalitioner kan teammedlemmar behålla sin styrande position eller tvärtemot utmana de medlemmar som tillhör styrandegruppen. Som medlem i en styrandegrupp kan yrkespersonen inta en inflytelserik position i att fatta vissa beslut. Utifrån denna aspekt kan styrandegruppen upprätthålla social kontroll över de medlemmar som finns i påtryckningsgruppen (ibid.).

4.2 Professionsteori och professionalisering

Enligt Brante (2009) kan begreppet professionalisering främst användas som ett sätt att förklara hur en yrkesgrupp presenterar sin professionella status. Varje yrke går igenom en process från att vara oavlönat arbete till arbete som avlönas. Under denna process förmedlar yrket sin unika position utifrån sina speciella kunskaper och resurser (Brante, 2009:16f). Inom professionaliseringsprocessen är det viktigt att yrket får ett erkännande av samhället (ibid.). Utifrån detta blev det allt viktigare att skapa utbildningar för olika yrken i syfte att bidra med auktoritet och legitimitet för dem som tillhör själva professionen. Förutom detta finns det en önskan att skapa en egen kultur inom yrket som utmärker sig i en unik karaktär (ibid.). Genom professionalisering hävdar olika yrken sig genom sina vetenskapliga kunskaper. I samband med att yrket representerar speciella kunskaper ute i samhället tilldelas yrkespersonerna utifrån sin profession vissa belöningar. Dessa belöningar kan bland annat handla om hög inkomst och yrkesstatus. Mellan de olika professionerna varierar dessa belöningar påtagligt (ibid.).

Vidare beskriver författaren att det finns professioner med lång yrkeshistoria, hög kvalitet på vetenskaplig forskning och kunskap som idag belönas med höga löner och yrkesstatus. Dessa professioner benämns som de klassiska yrkena som exempelvis läkare, jurister, ekonomer, ingenjörer och många fler (Brante, 2009:16f). Under senare tid skapades behovet av specialiseringar främst inom välfärdssektorn. Genom detta behov etablerades semiprofessioner såsom socialarbetare, sjuksköterskor med mera. Semiprofessioner har inte likt de klassiska professionerna höga inkomster och yrkesstatus (ibid.). Klassiska professioner har betydligt längre yrkeshistoria till skillnad från semiprofessionerna. Utbildningslängden mellan dem är också olika, för de klassiska professionerna är studietiden lång medan för semiprofessioner är

utbildningen kortare. Klassiska professioner har till skillnad från semiprofessioner bättre förutsättning till yrkesautonomi. Socionomer som tillhör en semiprofession arbetar mycket inom hierarkiska byråkratier där det finns tydliga bestämmelser i lagar och regler hur de ska förhålla sig. En läkare som tillhör en av de klassiska professionerna styrs mycket av ett kunskapsområde där läkarna ansvarar självständigt. Detta innebär att semiprofessioner i förhållande till klassiska professioner har lägre autonomi och är betydligt mer styrda (ibid.). Ur läkarens professionella ställning inom hälso- och sjukvård kan de till viss del styra de semiprofessionella yrkesgruppernas arbete. Semiprofessioner är inte lika specialiserade som de klassiska professionerna utan de är mer tvärvetenskapligt i sin art (ibid.).

4.2.1 Legitimitet i förhållande till yrkesauktoritet

Inom en organisation blir det viktigt för olika yrken att framhålla sina professionella kompetenser som unika. Legitimitet kan aktualiseras genom att yrkena framhäver sig gentemot andra professioner i form av examen eller legitimation (Svensson, 2002:70f). Inom hälso- och sjukvård kan yrken med legitimation få en starkare position. Dessa positioner visar sig tydligt; ett exempel är där läkare inom hälso- och sjukvård intar en överordnad position i förhållande till en socialarbetare på ett sjukhus. Vid ökat behov av specialisering blir det allt viktigare att de olika yrkena framhäver sin expertis som ensam i sitt slag. Genom en lång akademisk process och specialiserade kunskaper kan yrket belönas med hög yrkesstatus enligt professionsteori (Brante, 2009:16f). Inom ett yrke skapas en sammanslutning av medlemmar som organiserar sig, dessa medlemmar skapar en känsla av tillhörighet genom att dela samma yrkesvärderingar och yrkesidentitet (ibid.).

4.2.2 Stängningsteori (Social closure)- en koppling till professionsmakt

Professionalisering diskuteras även i Webers teori. I sin definition av professionalisering nämner Weber att sociala grupper använder sig av stängning (social closure) som ett sätt att hävda en profession (Brante, 2009:19f). Utifrån Webers teori handlar professionaliseringsprocessen om hur yrken avgränsar sitt yrkes- och kunskapsområde som ett medel för makt. I dessa fall använder yrkesgruppen makten som ett sätt att främja sina intressen utöver de andra. Dessa yrkesgrupper använder makten som ett sätt att säkerställa egna

belöningar och privilegier, detta genom att vara det enda yrket som har kunskaper som andra professioner saknar (ibid.). Utifrån professionalisering kan olika arbetsförhållande i form av inkomstnivåer, status, legitimitet och yrkesautonomi inte vara desamma för varje profession. Det finns vissa uteslutningsstrategier som olika professioner använder sig utav för att göra stängning gentemot andra yrken. Dessa handlar bland annat om att de olika yrkespersonerna använder sig av sina examensbevis och legitimation som ett sätt att monopolisera vissa sektorer inom en viss organisation. När ett yrke ha monopol på sitt kompetensområde blir det enklare för dessa yrkesgrupper att utestänga andra grupper genom att definiera dem som antingen underordnande eller icke-kvalificerade (ibid.). Denna aspekt blir legitim när den förts in i lagtext (ibid.). Inom hälso- och sjukvård har de flesta yrkena någon form yrkeskvalifikation genom en legitimation. I enighet med patientsäkerhetslagen (2010:659) är det 21 yrken som inkluderas i denna kategori. Ett yrke som exkluderas av detta blir kuratorsyrket då det finns en avsaknad av en sådan legitimation inom hälso- och sjukvård (SOU 2014/15:17).

Organisationsteori och professionsteori som här presenterats är relevanta utgångspunkter för att kunna tolka empirin som samlats in i denna studie. Dessa teorier och begrepp passar in när fenomenet utforskas ur ett större sammanhang, alltså när det gäller hur olika professioner upplever tvärprofessionella team. Teorierna och begreppen som använts för denna studie är baserade på en kontext där flera professionella perspektiv beskrivs. I denna studie har jag valt att studera sjukvårdskuratorns arbetskontext i det tvärprofessionella samarbetet. Sammantaget har det varit möjligt att använda dessa teorier och begrepp för att skapa förståelse för sjukvårdskuratorns arbetskontext i ett tvärprofessionellt sammanhang inom hälso- och sjukvård.

5. Resultat och analys

Presentationen av det empiriska materialet och analysen utgår från studiens tre frågeställningar. Studiens empiri kommer att tolkas utifrån studiens två teoretiska utgångspunkter och från tidigare forskning. Följande teman att presenteras: (kuratorsyrket, psykosocialt arbete, tvärprofessionellt teamarbete inom hälso- och sjukvård, kommunikation, makt, status, legitimitet och professionsutveckling).

5.1 Kuratorsyrket och det psykosociala arbetet

Samtliga intervjuade sjukvårdskuratorer menar att deras huvuduppgift inom hälso- och sjukvård är att ansvara för det psykosociala arbetet. I samband med detta arbete kan patientens och deras närståendes mående främjas vilket kompletterar den medicinska sjukvården på ett bra sätt förklarar de. Vidare hävdar samtliga att deras arbete utgår från en helhetssyn, vilket innebär att sjukvårdskuratorerna arbetar utifrån patientens sammanhang. Därför försöker de intervjuade då tillsammans med målgruppen hitta hanterbara strategier för att lösa patientens psykosociala problem så att personen får en hållbar livssituation trots sjukdom. Citatet nedan illustrerar ovanstående resonemang. En av de intervjuade säger:

Det kan ju vara med både patienter och anhöriga man har samtal, men det huvudsakliga är patienterna man träffar. Det kan vara allt från det här med samtal om sin situation och hur det påverkat en och hur man känner sig. Sedan kan det även handla om praktiska saker som att hjälpa dem att ansöka om färdtjänst eller god man. (Ulla)

Majoriteten av de intervjuade beskriver att de använder sig av bland annat kris-, stödjande- och motiverande samtal. Genom dessa terapeutiska inslag kan de stödja målgruppen i de påfrestningar som dyker upp. Vidare uttrycker sjukvårdskuratorerna att deras arbete är ytterst varierande eftersom de även handskas med praktiskt arbete. Det praktiska arbetet kan se olika ut beroende på vilken enhet sjukvårdskuratoren arbetar på. För sjukvårdskuratoren som ansvarar för strokenheten, som är en del av rehabiliteringen, blir det praktiska stödet påtagligt jämfört med de som arbetar på kuratorsmottagningen. Mycket av deras arbete handlar om att utreda patientens psykosociala situation och behov och utifrån detta se vilka sociala förhållanden som påverkar deras mående. Sjukvårdskuratoren Mona, från smärtrehabiliteringen berättar mer om det psykosociala arbetet och vilken skillnad det kan göra för patienten.

Då skulle jag säga att jag återigen jobbar med de psykologiska delarna för smärta. Att må dåligt och ha smärta är jobbigare än att må bra och ha smärta och idag vet vi att det styr smärtupplevelsen väldigt mycket. Jag jobbar med att försöka modifiera ett sätt för patienten alltså ett alternativt sätt att tänka, där jag jobbar mycket med tankar, känslor och beteendeförändringar. Jag försöker hjälpa patienten i att bli medveten om dessa delar hur det påverkar oss hur stressen påverkar oss,

vad ångest är, att jobba utifrån ett KBT perspektiv. Medvetandegöra först och främst men även att få patienten att förändra, modifiera kanske ibland realisera handlingsmönster, tankemönster som inte är välfungerande för att få ett bättre mående. (Mona)

I McLaughlins (2016) studie framgår det att psykosocialt arbete kompletterar det medicinska arbetet väl. Hennes studie visar att den medicinska personalen ser fördelar med att sjukvårdskuratorn kan erbjuda en stor variation av insatser. Studien kommer fram till att sjukvårdskuratorn har en unik position inom hälso- och sjukvård (McLaughlin, 2016:135f). På samma sätt som McLaughlins studie visar att sjukvårdskuratorn har ytterst varierande arbetsuppgifter visar denna studie liknande resultat. De intervjuade sjukvårdskuratorerna i denna studie beskriver att mycket av deras arbete styrs av de behov och förutsättningar som finns hos själva målgruppen. För att det psykosociala arbetet ska fungera är det angeläget enligt de intervjuade att verksamheten de arbetar i kan erbjuda flera olika insatser vid situation och behov. För sjukvårdskuratorerna som arbetar inom kuratorsmottagningen är mycket av deras arbetsuppgifter stödande samtal medan kurators arbetsuppgifter inom rehabiliteringen och habiliteringen till största del består av praktisk hjälp. Detta innebär att sjukvårdskuratorn i sin professionella roll måste anpassa sig utefter de behov som finns på den enheten de arbetar i.

Utifrån professionalisering och professionsteori är det viktigt att olika yrken inom en organisation presenterar sin expertis och sina resurser som unika, detta innebär att yrkespersonen måste vara kvalificerad för att kunna använda sig av dessa (Brante, 2009:16f). Sjukvårdskuratorerna från denna studie berättar att de som professionella hjälpare har kunskaper om de socialrättsliga rättigheterna samt om socialt arbete utifrån människan och samhället. Samtliga sjukvårdskuratorer försöker därmed hävda sig i dessa kunskaper inom ett område som hälso- och sjukvård samt utifrån detta bidra med insatser som täcker de psykosociala behoven. Sjukvårdskuratorn från smärtrehabiliteringen uttrycker att hon utifrån sitt arbete kan bidra med ett psykosocialt perspektiv i en medicinskt dominerad organisation, detta innebär att hon i sin professionella roll kan stödja patienten och deras närstående med en annan ingång. I sitt arbete menar hon att smärtupplevelsen påverkar patientens vårdprocess och genom stödande samtal kan hon som professionell hjälpare tillsammans med patienten samtala om att hitta hanterbara strategier för att få en mer hållbar tillvaro trots kronisk smärta.

5.1.1 Kuratorns professionella expertis

Under intervjutillfällena frågade jag om kuratorerna upplever att deras professionella expertis ses som något betydelsefullt inom hälso- och sjukvården. Majoriteten av sjukvårdskuratorerna upplever att deras arbete värdesätts och att det psykosociala arbetet anses vara en viktig del av hälso- och sjukvård. Mona som arbetar på smärtrehabilitering beskriver hur hon upplever att hennes teammedlemmar uppfattar hennes professionella roll i teamet.

Men jag tycker att jag har en plattform i teamet och att min åsikt är viktig och att jag bidrar med den psykosociala delen och att det kompletterar väl de andra professionernas arbete. Alla i teamet jobbar väldigt tätt ihop så alla pusselbitar är viktiga. (Mona)

Sjukvårdskuratorerna Erika och Kajsa beskriver styrkan i att ha med sig 40 års arbetserfarenhet. De menar att de härigenom möter en viss respekt från kollegorna på sjukhuset. Eftersom de arbetar i mindre team har de båda möjligheten att skapa nära kontakter till sina teamkollegor. En sjukvårdskurator, Felicia som inte har arbetat lika länge som de andra två menar att hon i sin professionella roll upplever att dåtida strukturer som hierarkier mellan olika professioner lever kvar i sjukvården även i moderna tider. Hon beskriver att andra professioner på sjukhuset fortfarande förknippar kuratorns nutida arbetsuppgifter med den dåtida kuratorsrollen som en ”fixare”. Felicia, som i fyra år arbetat som sjukvårdskurator upplever väldigt ofta att hennes kollegor från de andra professionerna delegerar endast praktiska arbetsuppgifter. I sådana situationer får hon som professionell hjälpare ofta stå på sig och betona för sina kollegor att kuratorns huvuduppgift har att göra med själva samtalskontakten. Utifrån samtalskontakten kan stödet leda till insatser som handlar om praktisk hjälp. Merparten av sjukvårdskuratorerna upplever att det psykosociala arbetet värderas och efterfrågas väldigt olika beroende på vilken enhet de arbetar i. Enligt dem beror detta på vilken miljö som enhetscheferna eller läkaren skapar. Kajsa från minnesmottagningen går mer ingående in på detta genom att uttrycka sig på följande sätt:

Så det kan se olika ut hur man ser på kuratorsrollen alltså hur viktigt man tycker att människors psykiska välbefinnande är, det handlar någonstans om människosyn egentligen. En del är väldigt fyrkantiga och andra är oerhört

öppna för att man måste ha med själen också i rehabiliteringen och i en vårdprocess och så. [...] man kan uppleva att man som kurator är mer eller mindre välkommen på enheterna och att det finns mer eller mindre en öppenhet för det psykosociala arbetet. Det är ofta som jag ser att det är cheferna uppåt som sprider sin människosyn neråt. Så finns det exempelvis en överläkare på en avdelning som är oerhört intresserad stor humanist så blir det ett varmare klimat än om någon tycker att det är här är inte ”sjukvård”. (Kajsa)

Sammanfattningsvis beskriver samtliga sjukvårdskuratorer att deras professionella expertis värdesätts bland kollegorna från de olika professionerna. Sjukvårdskuratorn Mona berättar att hon tilldelas en plattform inom teamet hon verkar i, och enligt henne deltar samtliga teammedlemmarna på samma villkor. Utifrån detta svar finns det vissa likheter med resultaten som framgår i McLaughlins (2016) studie, där det visar sig att den medicinska personalen värdesätter kuratorns arbete på sjukhuset. Vidare betonas det i hans studie att kuratorsverksamheten inom hälso- och sjukvård bidrar med en mångsidighet utifrån de insatser sjukvårdskuratorn kan bistå med (McLaughlin, 2016:135f). Under intervju tillfällena betonas det av Mona och Kajsa att de utifrån sina erfarenheter som sjukvårdskuratorer har varit med om att vissa enheter visat en öppenhet för det psykosociala arbetet medan andra ställen har varit mindre välkomnande. Enligt dem beror detta mycket på hur enhetscheferna och läkarna förhåller sig till det psykosociala arbetet. Frågan som kan ställas är hur det kommer sig att exempelvis en läkare anger tonen för hur öppen en enhet ska ställa sig inför en viss verksamhet. I den följande texten kommer detta tema analyseras mer ingående (se avsnitt 4.4.1).

5.1.2 Kurators yrkesroll - en otydlighet

Majoriteten av sjukvårdskuratorerna från studien upplever att andra professioner finner kuratorsrollen en aning otydlig. Eftersom de i sin professionella roll arbetar med flera olika uppgifter är det inte alltid en självklarhet vad en sjukvårdskurator egentligen gör, mycket av deras arbete utgår från patientens nuvarande situation och behov. Samtliga kuratorer beskriver att kuratorsrollen i vissa sammanhang upplevs diffus, något som de märker att andra professioner också uppfattar den som. I nedanstående citat får vi en beskrivning av hur sjukvårdskuratorn Monika resonera i detta;

Jag tycker egentligen vi har en ganska otydlig roll, det är därför det är så svårt för vi har helhetsperspektiv, vi har liksom helheten, vi har hela familjen och vi har även andra ute i nätverken som vi får jobba och fånga upp utifrån olika sammanhang. Om vi jämför med sjukgymnasten som jobbar med rörligheten exempelvis med ett ben specifikt. Men vi har det så brett så att det kan bli komplext att fånga vad problemet handlar om, det kan vara om föräldrar som har svårt att samarbeta eller hantera ilska, sorg jaa det kan nog vara kuratorns del [...] Ibland upplever jag även att vissa teammedlemmar tycker att kuratorsrollen är en aning otydlig eftersom vi arbetar med många olika saker och därmed är det inte alltid en självklarhet vad en kurator egentligen gör. (Monika)

Brante (2009) beskriver att socionomyrket tillhör kategorin av en semiprofession. Semiprofessioner tenderar att vara tvärvetenskapliga, vilket innebär att socionomutbildningen erbjuder allmänna kunskaper om flera olika områden inom det sociala arbetet. Dessa kunskaper är inte särskilt specialiserade utan mer allmänna (Brante, 2009:16f). Sammantaget berättas det om att sjukvårdskuratorernas yrkesroll anses vara otydlig och diffus. Eftersom det psykosociala arbetet avser flera olika former av insatser är det inte alltid en självklarhet vad en sjukvårdskurator egentligen kan erbjuda utifrån kuratorsverksamheten. Monika beskriver att detta har att göra med hennes varierande arbetsuppgifter då hon i sin professionella roll arbetar med helheten i patientens liv, alltså är arbetsuppgifterna situationsbundna.

5.2 Tvärprofessionella team som funktion

Sammantaget ser sjukvårdskuratorerna det tvärprofessionella samarbetet likt ett pussel, där varje pusselbit representerar en profession. Ulla som arbetar i rehabiliteringen beskriver att om teamet missar ena pusselbiten blir inte patientens vårdprocess tillräckligt bra. Kajsa från minnesmottgången berättar att målet med de tvärprofessionella samarbetet är att öka människors välbefinnande och livskvalité. Enligt henne handlar det tvärprofessionella teamarbetet om att tillsammans med de andra professionerna göra det möjligt för patienten att på bästa möjliga sätt ta tillvara på sina resurser så långt det går, fysiskt och psykiskt. Felicia som arbetar på barnhabiliteringen tycker att de tvärprofessionella teamarbetet bidrar med olika

professionella perspektiv vilket gör att de enligt henne arbetar på ett sätt som är bäst för barnet och familjen.

Flera kuratorer har poängterat att ett tvärprofessionellt teamarbete fungerar som ett pussel, varje pusselbit representerar en profession och för att lyckas med komplexa patientfall krävs det samordning av expertiser och resurser. I Molyneuxs (2001) studie beskrivs på motsvarande sätt att det är viktigt att varje teammedlem tilldelas betydelsefulla roller i teamet. I välfungerande tvärprofessionella teamarbeten deltar de olika professionerna på samma villkor (Molyneuxs, 2001:30f).

5.3 Förutsättningar inom hälso-och sjukvård

Samtliga sjukvårdskuratorer som intervjuades har en mycket övervägande positiv syn på det tvärprofessionella teamarbetet. Enligt samtliga bidrar samarbetet med att olika professionella kunskaper sprids sinsemellan. Monika från barnhabiliteringen beskriver att om en logoped sysslar med tecken, blir det enklare för kuratorn att få förståelse för vilken inverkan det kan ha för familjen och därefter anpassa stödet utifrån familjens sammanhang. Felicia som även hon arbetar på barnhabiliteringen beskriver att på deras enhet ser de sig själva mer som en ”habiliterare” än en sjukvårdskurator. Genom bredden av flera kunskaper känner hon att en habiliterare kan representera flera yrkeskategorier samtidigt som hon behåller sin kärnkompetens inom det psykosociala arbetet. Enligt Monika och Felicia från barnhabiliteringen bidrar det tvärprofessionella samarbetet med fler insatser vilket gör en stor skillnad i patientens liv. Vidare ser dessa sjukvårdskuratorer en vinst i att de olika professionerna stödjer varandra i förändringsarbetet och att de inte arbetar helt självständigt med komplexa patientfall. Kristina upplever att det tvärprofessionella samarbetet fungera väl och att de olika professionerna arbetar ömsesidigt tillsammans. Hon beskriver att genom ett tvärprofessionellt samarbete kan de olika professionerna utreda patientfallet med olika ingångar. Kuratorn från rehabiliteringen berättar mer om hur det tvärprofessionella samarbetet fungerar.

När man sitter på en rond tillsammans med andra yrkeskategorier så får man en väldigt bra bild av hur patienten fungerar och det har man ju glädje av när man samtalar med patienter. [...] Jag tycker man får en mer verklighetstrogen bild av patienten när man har andras information och det tycker jag är bra att

ha som grund när man ska prata så att man inte blir orealistisk i den planering och de tankar man har för patienten. Man förstår lite vad det finns för förutsättningar och vad som faktiskt brister. (Kajsa)

Flera frågor ställdes om vilka faktorer som anses vara viktiga för ett välfungerande teamarbete inom hälso- och sjukvård. Majoriteten av sjukvårdskuratorerna var ense om att det är viktigt att teammedlemmarna respektera varandras yrkeskompetenser och professionella yrkesroll. Vidare beskrivs det även att det är viktigt att teamen skapa utrymme för ömsesidiga diskussioner där samtliga teammedlemmar får möjligheten att delta på samma villkor. För att detta ska fungera krävs det att de olika professionerna är lyhörda för varandras expertis. Sjukvårdskuratoren från minnesmottagningen betonar att det är önskvärt att teammedlemmarna delar liknande värderingar och människosyn, eftersom det underlättar förändringsarbetet inom hälso- och sjukvård.

När olika professioner möts är det inte helt ovanligt att de inte alltid ser en viss problematik på liknande sätt (Bolman & Deal, 2012:238f). Utifrån det politiska perspektivet beskrivs positiva tvärprofessionella samarbeten skapas om teammedlemmarna är öppna för kreativitet och innovation inom utvecklingsarbetet. När dessa yrken samordnar sin expertis och sina resurser ökar möjligheten för målgruppen att få stöd från flera ingångar med maximalt utbud av insatser (ibid.). Från denna studie finns det vissa likheter till vad som beskrivs i Bolman och Deals text. De intervjuade sjukvårdskuratorerna beskriver att det tvärprofessionella samarbetet främjar patientens möjligheter till god hälsa. Som Kajsa beskriver har man glädje av att höra olika professionella perspektiv eftersom det underlättar det psykosociala arbetet. Enligt henne handlar det om att sjukvårdskuratoren får en mer verklighetstrogen bild av patienten vilket blir användbart för det fortsatta arbetet.

5.3.1 Kommunikation som funktion

Samtliga sjukvårdskuratorer lyfter fram betydelsen av god kommunikation mellan de olika professionerna. Kommunikationen anses enligt dem ha en avgörande funktion för hur väl det tvärprofessionella samarbetet fungerar. Sjukvårdskuratorerna inom kuratorsmottagningen berättar att de träffar de andra professionerna på sjukhuset i en mindre utsträckning, medan de resterande som arbetar inom rehabiliteringen och habiliteringen beskriver att de träffar sina

teammedlemmar på en mer daglig basis. På kuratorsmottagningen försöker sjukvårdskuratorerna träffa sina teammedlemmar några gånger i veckan eller i månaden. Bland samtliga sjukvårdskuratorer beskrivs en delad bild över hur viktigt det anses vara att arbeta på enheten där de andra professionerna finns eller att sitta nära sina kuratorskollegor på själva mottagningen. Enligt sjukvårdskuratorerna inom rehabiliteringen och habiliteringen anses det vara viktigt att arbeta på själva enheten de ansvarar för eftersom de kan vara tillgängliga dagligen. Vidare berättar sjukvårdskuratorerna att det är viktigt med kontinuitet inom teamen eftersom det påverkar det tvärprofessionella teamsamarbetet. De sjukvårdskuratorer som arbetar i de olika enheterna ser en vinst i detta, de menar på att de psykosociala arbetet kan påverkas negativt om inte kuratorn tar del av daglig kommunikation bland sina teammedlemmar. Det dagliga mötet sker mycket i fikarummet, enhetens korridorer, på varandras kontorsrum, etc. Vidare beskriver sjukvårdskuratorerna att de andra kuratorerna som arbetar på kuratorsmottagningen inte har liknande förutsättningar som dem. Kajsa som arbetar på minnesmottagningen beskriver flera fördelar med att jobba på själva enheten hon ansvarar för:

... Jag föredrar att vara en av personalen på enheten jag arbetar på eftersom jag på något vis blir en del av teamet. Vi sitter och pratar på lunchen, fikarummet och på varandras kontor. Utifrån detta får jag flera möjligheter att påverka teamarbetet genom att göra min röst hörd. (Kajsa)

Sjukvårdskuratorerna inom kuratorsmottagningen upplever att det finns flera fördelar med att arbeta nära sina kuratorskollegor. Kristina som arbetar på kuratorsmottagningen beskriver att diskussionerna som förs mellan kuratorskollegorna är givande eftersom det främjar det psykosociala arbetet enligt henne. Erika som även hon arbetar på mottagningen berättar att det är praktiskt omöjligt för henne att vara tillgänglig i varje enhet hon ansvarar för, eftersom det är så många. Kristina och Erika känner att det finns en viss trygghet i att arbeta i närhet till kuratorskollegorna eftersom de på mottagningen delar liknande professionella värderingar och yrkesidentitet. Vidare beskriver de att de i vissa sammanhang inte alltid har kontinuitet till sina teammedlemmar vilken kan inverka på kommunikationen sinsemellan. Samtidigt ser de fler fördelar med att sitta på kuratorsmottagningen eftersom stödet de får från sina kuratorskollegor betyder mycket för dem. Sjukvårdskuratorerna på kuratorsmottagningen är därmed beredda att istället söka upp teammedlemmarna för att det psykosociala arbetet inte ska drabbas allt för mycket. Kristina och Erika försöker vara så tillgängliga som möjligt ute på själva enheterna de ansvarar för. Detta gör de genom att närvara på teammöten och annat som berör det

tvärprofessionella samarbetet. Under själva intervjutillfället berättar Kristina hur hon upplever kommunikationen inom hälso- och sjukvård.

Visst finns det både för- och nackdelar med att sitta på kuratorsmottagningen dock föredrar jag diskussionerna som förs mellan mig och mina kollegor på mottagningen eftersom det främjar mitt arbete utifrån ett psykosocialt perspektiv. Tillsammans diskuterar vi om vilka insatser som är angelägna för våra patienter och deras anhöriga. (Kristina)

I Lewin och Reeves (2011) studie används begreppen "frontstage" och "backstage" kommunikation som ett sätt för att utforska hur samspelen mellan det tvärprofessionella teamen kan se ut. I teamen där det finns kontinuitet i kommunikationen använder teammedlemmarna mycket av "backstage" kommunikation. I teamen där "frontstage" kommunikation sker är det mer formella teammöten vid tidsbestämda träffar (Lewin & Reeves, 2011:1595f). Under denna studie framkom det att sjukvårdskuratorns arbetsplats på vissa sätt påverkar kommunikationen bland teammedlemmarna. Sjukvårdskuratorerna som arbetar inom habiliteringen och rehabiliteringen beskriver att de träffar sina teamkollegor dagligen vilket de anser gynnar det psykosociala arbetet. För de sjukvårdskuratorer som arbetar inom rehabiliteringen och habiliteringen är möjligheten till "backstage" kommunikation många. Denna tolkning görs efter att sjukvårdskuratorerna uttryckt att de möter sina teamkollegor vid fikastunderna, i sjukhuskorridorerna och andra ställen inom enheten. Mona och Monika som båda arbetar på enheten de ansvarar för värdesätter det dagliga mötet som de har till teamkollegorna. Mona beskriver att det finns utrymme att diskutera patientfall regelbundet vilket hon beskriver främjar hennes arbete.

För sjukvårdskuratorerna som arbetar på kuratorsmottagningen är det mer vanligt med så kallat "frontstage" kommunikation, tolkat utifrån Lewin och Reeves (2011) studie. Kristina och Erika berättar att kommunikationen med deras teamkollegor ofta är formella träffar som teammöten, vilket enligt dem inte sker dagligen utan vid vissa tillfällen under månadens gång. I Lewin och Reeves studie framgår det att teammedlemmar som inte kan delta i "backstage" kommunikation kan missa viktiga diskussioner och som en risk av detta kan deras position påverkas negativt inom själva teamet (Lewin & Reeves, 2011: 1595f). Enligt sjukvårdskuratorerna inom kuratorsmottagningen är de medvetna om att de inte kan ta del av kontinuiteten på samma sätt

som de andra professionerna som arbetar på själva enheten. Enligt Bolman och Deal (2012) kan kommunikation användas som ett sätt att säkerställa sin professionella position inom en organisation (Bolman & Deal, 2012:238f). Sjukvårdskuratorerna på kuratorsmottagningen upplever att de under vissa omständigheter missar spontana samtalstillfällen med sina teamkollegor vilket påverkar deras professionella position. Enligt dem blir det svårt att skapa allians med de andra teammedlemmarna då de missar den dagliga kommunikationen. De andra professionerna som arbetar på själva enheten får fler tillfällen att prata ihop sig om hur de ska gå tillväga gällande ett patientfall. Vid formella mötestillfällen känner Erika som arbetar på kuratorsmottagningen i vissa sammanhang att hon får mindre och säga till om. Enligt henne har detta att göra med att de andra professionerna på enheten redan hunnit pratat ihop sig. Enligt sjukvårdskuratorerna som arbetar på rehabiliteringen och habiliteringen anses allianserna mellan professionerna vara mer balanserade. Deras förklaring är att samtliga teammedlemmar får tillräckligt med inflytande i teamen eftersom de alla är tillgängliga dagligen.

Vidare kan samspelsförhållanden mellan olika professioner även förstås utifrån professionsteori (Brante, 2009:16f). Enligt professionsteori och professionalisering beskrivs det finnas fördelar med att yrkespersoner som tillhör samma profession delar samma yrkesidentitet och professionella värderingar (ibid.). Kristina och Erika har under intervjun uttryckt att de värdesätter det dagliga stödet de få från sina kuratorskollegor. Samhörigheten bidrar med en trygghet enligt dem vilket de anser är betydelsefullt för att utföra deras arbete. Utifrån professionsteori finns en grundidé om att en profession ska skapa en homogen grupp där de som tillhör själva professionen delar liknande yrkesidentitet och yrkesvärderingar (ibid.). Utifrån professionsteori kan känslan av trygghet bland kuratorsmottagningens sjukvårdskuratorer tolkas som att de utgör en homogen arbetsgrupp (ibid.). Sjukvårdskuratorerna från barnhabiliteringen beskriver att de ser sig själva som så kallade ”habiliterare” som tillsammans med sina teamkollegor presenterar habiliteringen för familjen. Enligt dem delar teammedlemmarna en gemensam identitet som så kallade ”habiliterare”. Utifrån professionsteori skulle detta kunna tolkas som att teammedlemmarna i barnhabiliteringen är homogena som ett team trots att de inte arbetar inom samma profession.

5.4 Utmaningar inom hälso-och sjukvård

Under intervjutillfällena har sjukvårdskuratorerna uttryckt en rad olika svårigheter som kan uppstå i det tvärprofessionella teamarbetet. Begränsad tid för teamarbetet beskriver samtliga sjukvårdskuratorer påverkar de tvärprofessionella teamarbetet negativt eftersom det tär på kvalitén och samverkan. Begränsad tid innebär även att det blir svårare för samtliga professioner att uttrycka sig på lika villkor. Majoriteten av sjukvårdskuratorerna beskriver att det inte är helt ovanligt att vissa yrkespersoner talar mer än andra vilket enligt dem skapa obalans mellan teammedlemmarna. Som en följd av detta får vissa professioner mindre utrymme att uttrycka sig. Samtliga sjukvårdskuratorer beskriver att de i vissa sammanhang blir drabbade av detta eftersom diskussioner om det sociala inte väger lika tungt som de medicinska inom hälso- och sjukvård. Sjukvårdskuratoren från barnhabiliteringen berättar mer om hur teamdiskussionerna i vissa avseende blir problematiska.

När vi börjar diskutera en familj har vi lite olika ingångar och olika erfarenheter och tankar om vad problemet är. Då har vi djupdiskussioner där vi sitter en halvtimme och diskuterar problemet, vad vi ser och hur vi ska gå vidare. Det är inte alltid vi är eniga om vad som ska prioriteras, vi kan tycka olika. [...] Jag upplever att teamdiskussionerna främst handlar om de medicinska aspekterna vilket skapar mindre utrymme för mig att prata om det psykosociala aspekterna av patientens liv. (Monika)

I ett tvärprofessionellt samarbete är teammedlemmarna beroende av varandras insatser enligt samtliga sjukvårdskuratorer. Sjukvårdskuratorerna menar att till följd av detta hamnar teammedlemmarna i beroendeställning till varandra. Samarbetet kan väldigt enkelt stanna upp om någon blir sjuk berättar Kristina, vilket enligt henne kan stanna upp förändringsarbetet utifrån ett tvärprofessionellt sammanhang. Andra svårigheter som kan uppstå med det tvärprofessionella teamarbetet är enligt samtliga sjukvårdskuratorer om teammedlemmarna inte värderar varandras bidrag. Mona som arbetar inom smärtrehabiliteringen beskriver vilka svårigheter som kan uppstå inom det tvärprofessionella teamarbetet.

... Det är väl om någon är lite maktfullkomlig alltså att deras ord definitivt väger tyngst och som egentligen inte passar att jobba i team. Bristande ödmjukhet och lyhördhet, personens vilja ska ofta gå igenom och där man liksom inte lyssna på sina teammedlemmar. (Mona)

Utifrån organisationsteori beskriver Bolman och Deal (2012) att det inom en organisation inte är helt ovanligt att maktkonflikter uppstår (Bolman & Deal, 2012:238f). Som en följd av detta beskriver Erika som arbetar inom kuratorsmottagningen att det kan skapas intressekonflikter. Utifrån det politiska perspektivet kan det tvärprofessionella samarbetet bli likt en politisk arena där de allierade försöker styrka sina argument så att de framstår som legitima i förhållande till hur en viss problematik ska tolkas (ibid.). En följd av detta kan bli att teamdynamiken hamnar i obalans på grund av att teammedlemmarna befinner sig i över- och underordning (ibid.). Samtliga sjukvårdskuratorer beskriver att tiden i vissa avseende påverkar spelen i teamen negativt. Erika fortsätter med att berätta hur läkare tenderar att dominera diskussionerna med fokus på det medicinska vilket skapa mindre utrymme för att diskutera de psykosociala aspekterna enligt henne.

... Jag har lagt fram mina synpunkter om vad patienten klarar av och doktorn har haft en annan uppfattning. Doktorn envisas att patienten med utmattningsdepression skulle besöka sin arbetsplats en gång i veckan och jag som samtalat med henne, än så länge vet jag att hon överhuvudtaget inte kommer tillbaka till arbetslivet. Det är inte så lätt men det slutade med att doktorn bestämmer. (Erika)

Som Erika nämnde finns risken att vissa teammedlemmar blir maktfullkomliga och ivriga med att presentera sin professionella expertis som den ”rätta” tolkningen av en viss problematik. Vid dessa tillfällen upplever Erika att hon i sin professionella position hamnar i underordning gentemot läkaren som anses vara i överordning. I Garman et al (2009) studie presenteras liknande beskrivningar om att tvärprofessionella teamarbeten inom hälso- och sjukvård tenderar att präglas av en traditionell modell. I den traditionella modellen tilldelas den medicinska personalen en viss auktoritet, och som i detta fall är det inte helt ovanligt att läkare intar en överordnad position (Garman et al., 2009:830f). Professioner som inte ansvarar för det

medicinska ses mer som stödprofessioner inom hälso- och sjukvård (ibid.). Enligt Bolman och Deal (2012) handlar maktskillnaderna om att olika professioner tillhör antingen styrandegruppen eller påtryckningsgruppen. Professioner som tillhör styrandegruppen har genom alliansskapande och yrkesstatus försäkrat sina positioner. De professioner som tillhör påtryckningsgruppen har inte samma förutsättningar som de professioner som tillhör styrandegruppen (Bolman & Deal, 2012:238f). Sjukvårdskuratorerna som arbetar inom rehabiliteringen och habiliteringen upplever att balansen mellan professionerna i styrandegruppen och påtryckningsgruppen är mer jämlik. Även om de i sin profession tillhör en stödprofession beskrivs möjligheten att påverka styrandegruppen som fullt möjlig eftersom de arbetar på själva enheten. Enligt dem finns det förutsättningar i att delta i själva alliansskapandet. Sjukvårdskuratorerna som arbetar inom kuratorsmottagningen beskriver att maktskillnaderna mellan teammedlemmar i styrandegruppen och påtryckningsgruppen är mer påtaglig.

5.4.1 Maktskillnader mellan professioner

Majoriteten av sjukvårdskuratorerna beskriver att de i vissa situationer upplever att det råder statusskillnader mellan de olika professionerna. Samtliga sjukvårdskuratorer betonar att läkaren har en stark position i det tvärprofessionella teamarbetet men även inom hälso- och sjukvård som område. Enligt dem tenderar läkaren att inta en ledande roll, samtidigt beskriver de även att läkaren har en beslutande funktion i teamet. Majoriteten av sjukvårdskuratorerna upplever att de är i beroendeställning gentemot läkaren, främst handlar det om intygsskrivande. I vissa avseende styr läkaren sjukvårdskuratorns arbete eftersom det är läkarna som delegerar arbetsuppgifter till samtliga professioner inom hälso- och sjukvård. Sjukvårdskuratorn som arbetar inom smärtrehabiliteringen uttrycker att läkaren har en annan auktoritet till skillnad från henne eftersom det är medicinskt ansvariga inom hälso- och sjukvård. Enligt sjukvårdskuratorn som arbetar inom minnesmottagningen söker människor sig till sjukhuset för en medicinsk problematik och inte huvudsakligen för att samtala med kuratorn. Ena sjukvårdskuratorn som arbetar inom barnhabiliteringen berättar att läkaren tenderar i vissa sammanhang att dominera teamdiskussionerna, något som majoriteten av sjukvårdskuratorerna instämmer i att det brukar ske. Ulla beskriver en konkret händelse där hon gentemot läkaren fick ta ett steg tillbaka.

Exempelvis läkaren som tycker att de vet lite mer än vad en socionom vet om depression och nedstämdhet. Det kan då vara svårt och komma med sitt om läkaren tycker annat om patienten och inte håller med om att personen verkar nedstämd. Man kan ju göra depressionsskalor på patienten som jag brukar göra och då är det inte så mycket att komma med liksom, då backar man lite. Läkaren har ju mer utbildning och så är det bara. (Ulla)

Sjukvårdskuratorerna som arbetar inom rehabiliteringen och habiliteringen upplever att det finns statuskillnader mellan dem och psykologer. Enligt dem skiljer sig statusen åt mellan det psykologiska och psykosociala. Mona som arbetar inom smärtrehabiliteringen berättar att en psykolog har en helt annan tyngd till skillnad från kuratorsprofessionen. Enligt henne visar de andra professionerna en annan respekt för psykologens kompetens. Vidare beskriver hon att andra professioner i teamet inte alltid tycker det är en självklarhet vad en sjukvårdskurator egentligen kan utföra för arbete. Hon berättar vidare att på smärtrehabiliteringen finns det två smärtteam, ena teamet arbetar hon i och i det andra teamet arbetar en psykolog. Hon betonar samtidigt under intervjun att både hon och psykologen utför samma arbetsuppgifter som exempelvis stödsamtal, gruppterapi, rådgivning etc. Skillnaden mellan henne och psykologen är att de tillhör två olika professioner. Karin beskriver att vissa teammedlemmar inte alltid förstår skillnaden på sjukvårdskuratorns arbetsuppgifter kontra psykologens. Hon beskriver att i vissa fall har hon behövt samtala med patienter med svår depression, något som inte hör till hennes arbetsuppgifter då hon endast behandlar patienter med lindrig depression. Vidare beskriver hon att teamkollegorna inte alltid tar hänsyn till detta. Enligt henne är de angeläget att en psykolog behandlar patienter med svår depression eftersom denna problematik kräver specialiserade kunskaper, något hon saknar.

Under intervjutillfällena framgår det att det råder vissa statuskillnader mellan olika professioner. Utifrån Brantes (2009) text kan dessa statuskillnader handla om att yrket tillhör en klassisk profession eller en semiprofession. Under intervjutillfällena berättas det att läkare och psykologer utifrån ett tvärprofessionellt sammanhang har stark yrkesstatus. Utifrån professionalisering tillhör dessa yrken de klassiska professionerna som belönas höga löner och yrkesstatus. (Brante, 2009:16f). Kuratorsyrket är däremot en semiprofession vilket innebär att yrket får mindre belöningar i form av löner och yrkesstatus (ibid). Klassiska professioner som läkaryrket har till skillnad från semiprofessioner dessutom högre yrkesautonomi, detta genom

att läkaren kan förhålla sig mer självständig eftersom de ansvarar för mycket av sitt kunskapsområde (det medicinska). Kuratorsyrket som semiprofession har inte liknande förutsättningar som klassiska professioner eftersom de är betydligt mer styrda (ibid.). I samband med denna kännedom blir det enklare att förstå hur det kommer sig att läkaren enligt sjukvårdskuratorerna har en viss yrkesauktoritet eftersom det har att göra med deras professionalisering.

På flera enheter finns det anställda psykologer som i princip utför samma arbetsuppgifter som en sjukvårdskurator enligt både Mona och Kajsa. Båda sjukvårdskuratorer menar att psykologen möter en annan respekt från de andra professionerna även om sjukvårdskuratoren och psykologen utför liknande arbetsuppgifter. Utifrån Svenssons (2002) beskrivning kan dessa statusskillnader förklaras med att andra professioner inom en organisation ser psykologens kunskaper som mer legitima till skillnad från socionomens expertis. Aspekten om legitimitet kan förklaras med att psykologens examensbevis har en annan tyngd än socionomexamen (Svenssons, 2002:70f). Som en följd av detta är det inget konstigt att psykologen anses vara en mer etablerad profession, något Mona och Kajsa uttrycker är frustrerande eftersom de utför flera liknande arbetsuppgifter.

5.5 Professionsutveckling

Under intervjutillfällena beskriver samtliga sjukvårdskuratorer att i takt med samhällsförändringarna möter de allt fler personer med psykisk ohälsa. Vidare beskrivs det om att människor mår allt sämre, vilket sjukvårdskuratorerna dagligen märker av i det psykosociala arbetet. Sjukvårdskuratorerna i studien anser att det är viktigt att hänga med i utvecklingen. I förbindelse med detta beskriver de en önskan om att hälso- och sjukvård bör satsa mer på kuratorsverksamheten i form av vidareutbildningar för sjukvårdskuratorer. Sjukvårdskuratoren som arbetar inom rehabiliteringen berättar att hon tycker det är pinsamt att endast några enstaka kuratorer har någon form av vidareutbildning som steg 1 inom KBT eller annan terapeutisk inriktning. Av de sju sjukvårdskuratorer som intervjuats så har endast två av dem utbildat sig inom steg 1 (KBT). Monika som arbetar på barnhabiliteringen tycker att det är viktigt att vidareutbilda sig inom det terapeutiska eftersom samtalskontakten är den bärande faktorn i själva förändringsarbetet.

... Just stödsamtalen som är viktigast, det är så viktigt att möta människor på rätt sätt och med rätt verktyg. Jag tror också att yrkesrollen blir mindre diffus genom att styrka med att säga jag är samtalsterapeut och inte bara en ”fixare”.
(Monika)

Mona som arbetar inom smärtrehabiliteringen betonar vikten av att specialisera sig inom terapeutiska kunskaper eftersom socionomkunskaperna inte är tillräckliga för det psykosociala arbetet inom hälso- och sjukvård.

Jag tror att vi som sagt måste bli tydligare i vår profession och jag tror att risken är att man börjar rekrytera enbart psykologer. Så jag tror vi måste stärka oss kompetensmässigt med steg 1 utbildning till alla, vi måste få lite mer tyngd i professionen. [...] Vi skulle kanske behöva ha lite spetskompetens. Kanske lite mer än bara socionomutbildningen, jag tror att den är för bred och allmängiltig jag tror man behöver mer spets, lite mer specialisering. (Mona)

Sjukvårdskuratorerna i studien har noggrant följt debatten om en framtida legitimation, och majoriteten av dem föreställer sig att en legitimation på sikt kan förändra sjukvårdskuratorns position. Majoriteten av sjukvårdskuratorerna anser att en framtida legitimation skulle bidra med en viss pondus och en högre status utifrån ett tvärprofessionellt sammanhang. Vidare beskrivs det att en framtida legitimation skulle skapa fler förutsättningar för kuratorsyrket, professionen skulle få en annan tyngd i samband med de nya kunskaperna. Erika som arbetar inom kuratorsmottagningen berättar mer om de tankar hon har om en framtida legitimation.

Jag tror också det skulle ge oss en tydligare profil som skulle vara lättare att hänvisa till också i samarbetet med andra professioner. (Erika)

Under intervjutillfällena betonar samtliga sjukvårdskuratorer att det är viktigt att lyfta fram frågan om en vidareutbildning för kuratorer inom hälso- och sjukvård. Socionomutbildningen är tvärvetenskaplig vilket innebär att kunskaperna är allmänna och inte särskilt specialiserade (Brante, 2009:16f). Enligt Mona är det önskvärt om fler sjukvårdskuratorer specialiserar sig inom det terapeutiska eftersom patientfallen blir allt mer komplexa enligt henne. Monika instämmer i detta eftersom hon tycker att det är viktigt att sjukvårdskuratoren använder sig av

rätt redskap vid komplexa patientsamtal. Mona berättar att hon känner en viss oro att det inom hälso- och sjukvård kommer rekryteras fler psykologer och allt mindre sjukvårdskuratorer i förbindelse till att patientfallen blivit mer komplexa. Enligt Mona kan denna risk minimeras om fler sjukvårdskuratorer specialiserar sig inom de terapeutiska som exempelvis steg 1 (KBT). Utifrån professionsteori skulle Monas resonemang kunna tolkas som att hon önskar att kuratorsyrket gör en form av stängning (social closure) (ibid:19f). Kuratorsyrket skulle kunna hävda sig mer inom det terapeutiska i syfte att göra en ”social closure”, alltså där yrket genom en specialisering ökar möjligheten att monopolisera vissa kunskaper. Genom att göra en stängning (social closure) finns möjligheten till att kuratorsyrket blir attraktivt och kvalificerat inom ett område som hälso- och sjukvård (ibid.).

Kuratorsyrket skulle enligt samtliga sjukvårdskuratorer få högre yrkesstatus om en framtida legitimation införs. Legitimitet kan aktualiseras genom att yrkena framhäver sig gentemot andra professioner i form legitimation enligt Svensson (2002). Sjukvårdskuratorn kan få en starkare yrkesposition inom hälso- och sjukvård om en legitimation införs (Svensson, 2002:70f; SOU 2014/15:17).

6. Sammanfattning och slutdiskussion

Studiens syfte var att undersöka vilka erfarenheter sjukvårdskuratorer har i samband med tvärprofessionella teamarbeten inom hälso- och sjukvård samt vilka faktorer de anser är viktiga för yrkets utveckling. Frågeställningarna i studien är grundade på hur sjukvårdskuratorn uppfattar sin professionella roll inom hälso- och sjukvård men även om vilka erfarenheter de har av det tvärprofessionella teamarbetet, och slutligen vilka faktorer kuratorerna anser är viktiga för att få en starkare yrkesposition.

Sjukvårdskuratorerna upplever att deras professionella expertis värdesätts, de känner att de som professionella hjälpare tilldelas en plattform i teamet. Studiens resultat visar vissa likheter med McLaughlins (2016) studie där det framgår att medicinsk personal värdesätter kuratorn och det psykosociala arbetet eftersom det anses komplettera det medicinska arbetet väl (McLaughlins, 2016:135f). Enligt sjukvårdskuratorerna uppfattas kuratorsrollen som otydlig och diffus utifrån ett tvärprofessionellt sammanhang. I samband med att det psykosociala arbetet omfattar ett stort utbud av tjänster är det inte alltid en självklarhet vad en sjukvårdskurator faktiskt gör, detta till

följd av kuratorns varierande arbetsuppgifter. Enligt Brante (2009) har detta att göra med att socionomyrket är tvärvetenskaplig vilket innebär att sjukvårdskuratorns kunskaper och resurser är allmänna alltså inte särskilt specialiserade (Brante, 2009:16f).

Studiens andra frågeställning handlar om vilka erfarenheter sjukvårdskuratorerna har om de förutsättningar och svårigheter som kan uppstå inom det tvärprofessionella teamarbetet. Förutsättningarna beskrivs vara att olika professioner kan samordna sin expertis och sina resurser vilket enligt samtliga sjukvårdskuratorer främjar patientens vårdprocess. I denna studie framgår det att sjukvårdskuratorerna upplever att det tvärprofessionella teamarbetet kan jämföras med ett pussel där varje profession står för en pusselbit. Detta innebär att varje pusselbit är viktig för att det tvärprofessionella samarbetet ska fungera. Vidare beskriver sjukvårdskuratorerna att teamdiskussionerna är givande eftersom de bidrar med en mer verklighetstrogen bild av patientens situation, något som de har nytta av i planeringen. Bolman och Deal (2012) beskriver i sin text att det är viktigt att det förs djupdiskussioner utifrån olika professionella ingångar eftersom det bidrar med större förståelse för en viss problematik. I välfungerande team bör teamdiskussionerna vara ömsesidiga (Bolman & Deal, 2012:238f).

Under intervjutillfällena framgår det att sjukvårdskuratorerna har en övervägande positiv syn på det tvärprofessionella teamarbetet, dock uttrycker de vissa svårigheter som kan uppstå i samverkan mellan de olika professionerna. I Garman et al (2009) studie beskrivs de tvärprofessionella teamen präglas av en traditionell modell inom hälso- och sjukvård. Detta innebär att de medicinska disciplinerna tenderar att dominera teamdiskussionerna (Garman et al., 2009:830f). Enligt samtliga sjukvårdskuratorer har dessa strukturer börjat luckrats upp till mer jämlika teamförhållanden. Dock närvarar statuskillnader i vissa situationer. Bolman och Deal (2009) talar om att statuskillnader uppstår vid alliansskapande och maktkonflikter. Utifrån det politiska perspektivet präglas det tvärprofessionella samarbetet av en styrande grupp och en påtryckningsgrupp (Bolman & Deal, 2012:238f). Under intervjutillfällena beskrivs det att läkaren i samtliga team tilldelas en ledande position vilket gör att sjukvårdskuratoren under vissa omständigheter hamnar i underposition gentemot läkaren.

Professionsteori talar om att statuskillnader mellan professioner har att göra med att de olika yrkena inte går igenom samma professionaliseringsprocess (Brante, 2009:16f). Läkaryrket tillhör en klassisk profession som på grund av lång yrkeshistoria och akademisk bakgrund belönas med höga löner och yrkesstatus (ibid.). Kuratorsyrket tillhör en semiprofession som har en betydligt kortare yrkeshistoria och akademisk bakgrund och som därmed inte belönas på

liknande sätt som de klassiska professionerna (ibid.). Läkaren är medicinskt ansvarig vilket gör att läkaren har en stark yrkesautonomi. Under intervjutillfällena beskriver samtliga sjukvårdskuratorer att läkaren är den som har en beslutandefunktion men även den som delegerar arbetsuppgifter till andra professioner i teamet.

Vidare beskriver samtliga sjukvårdskuratorer att kommunikationen mellan de olika professionerna bidrar både med förutsättningar och utmaningar. Bolman och Deal (2012) skriver om att diskussioner som förs mellan olika professioner kan liknas vid politiska arenor där allianser av professioner argumenterar och förhandlar om sina intressen. För de medicinska professionerna som tillhör styrandegruppen är det lättare att presentera sina resonemang som den ”rätta” tolkningen om en viss problematik (Bolman & Deal, 2012:238f). Kuratorsyrket som är en stödprofession inom hälso- och sjukvård anses tillhöra en påtryckningsgrupp. Majoriteten av sjukvårdskuratorerna berättar att de i vissa situationer upplever att professioner i den så kallade styrandegruppen inte alltid är lyhörda för de psykosociala aspekterna i patientens liv (ibid.).

Kommunikationsförhållandena ser olika ut beroende på om sjukvårdskuratorn arbetar inom själva enheten eller inom kuratorsmottagningen. Sjukvårdskuratorerna som arbetar inom rehabiliteringen och habiliteringen beskriver att de gynnas av att arbeta på själva enheten eftersom de kan ta del av daglig kommunikation. Lewin och Reeves (2011) tar i sin studie upp begreppen ”frontstage” och ”backstage” för att förklara hur olika professioner genom dessa kommunikationsformer säkerställer sina professionella positioner i ett tvärprofessionellt team. De sjukvårdskuratorer som arbetar inom själva enheten använder sig mycket av så kallad ”backstage” kommunikation där teammedlemmarna mer spontant har möjligheten att skapa allianser till varandra. Dessa sjukvårdskuratorer upplever att detta är något som gynnar deras arbete och att det skapar fler förutsättningar att påverka det tvärprofessionella teamarbetet (Lewin & Reeves, 2011:1595f).

Sjukvårdskuratorerna som arbetar inom kuratorsmottagningen har inte liknade förutsättningar som de kuratorer som arbetar på själva enheten. Av praktiska skäl kan inte dessa sjukvårdskuratorer delta i någon större utsträckning inom det tvärprofessionella teamarbetet. Sjukvårdskuratorerna från kuratorsmottagningen har mer ”frontstage” kommunikation som sker mer sporadisk och inte särskilt regelbundet. De är medvetna om att detta är något som kan påverka deras professionella position i vissa situationer, och enligt dem fungerar teamen bra även om det inte alltid kan vara tillgängliga. Sjukvårdskuratorerna värdesätter tryggheten och

närheten till sina kuratorskollegor eftersom de delar samma yrkesidentitet och professionella värderingar (Brante, 2009:16f). Tillsammans kan kuratorskollegorna stödja varandra i yrkesutövningen och de intervjuade sjukvårdskuratorerna från kuratorsmottagningen ser detta som en möjlighet för dem att stärka sin position inom hälso- och sjukvård.

Under flera intervjutillfällen har majoriteten av sjukvårdskuratorerna berättat om att de ofta inta en ”fixarroll” utifrån ett tvärprofessionellt sammanhang när deras huvuduppgift främst gäller samtalskontakten. Olsson (1990) skriver i sin text att den dåtida kuratorsrollen beskrevs vara en ”fixare” vilket kan förklaras utifrån en historisk kontext (Olsson, 1990:88f). Samtliga sjukvårdskuratorer tycker att denna syn på yrkesrollen fortfarande lever kvar. Vidare beskrivs det även att kuratorsrollen i vissa situationer uppfattas som otydlig. Majoriteten av sjukvårdskuratorerna beskriver att kuratorsrollen kan bli mer tydlig om fler kuratorer specialiserar sig inom det terapeutiska, genom att stärka sig kompetensmässigt inom exempelvis steg 1 (KBT) eller i en annan terapeutisk inriktning. Patientfallen beskrivs vara mer komplexa. Trots detta har inte sjukhuset som sjukvårdskuratorerna arbetar på budgeterat en kostnad för utveckling av kuratorsverksamheten. Specialisering anses vara något som är viktigt för att kuratorsverksamheten ska kunna hantera den nya utvecklingen av psykisk ohälsa. Genom att göra en så kallad stängning (social closure) kan kuratorsverksamheten bli mer attraktiv och kvalificerad inom ett område som hälso- och sjukvård (Brante, 2009:19f). I samband med detta kan kuratorsverksamheten göra en god utveckling eftersom yrket kan representera en tydligare profil.

Samtliga sjukvårdskuratorer beskriver sina förhoppningar om att en framtida legitimation kan stärka kurators professionella status inom hälso- och sjukvård. Socialutskottet skriver i sin utredning att detta är något som är möjligt eftersom införandet av legitimation både stärker kuratorsrollen och skapar fler förutsättningar för det psykosociala arbetet (SOU 2014/15:17). Med ytterligare 30 högskolepoäng är grundtanken att sjukvårdskuratorn ska bli mer kvalificerad inom ett område som hälso- och sjukvård (ibid.). Majoriteten av sjukvårdskuratorerna beskriver att en framtida legitimation är bra för utvecklingen av kuratorsverksamheten.

Avslutningsvis är det viktigt att fortsätta forska om sjukvårdskuratorer inom hälso- och sjukvård eftersom det kan göra en stor skillnad för kuratorsverksamheten. Ett förslag på en sådan studie hade exempelvis kunnat handla om införandet av legitimation gjort någon skillnad för kuratorsyrket inom detta arbetsfält. Under studiens gång väcktes ett annat intresse nämligen att det hade varit intressant att undersöka mer djupgående vilka skillnader som finns i själva

yrkesutövningen när en sjukvårdskurator har vidareutbildat sig kontra kuratorer med endast socionomutbildning.

7. Referenslista

- Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2011) "Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt". I Göran Ahren & Peter Svensson (red.): *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.
- Ahrne, Göran & Eriksson-Zetterquist, Ulla (2011) "...Att fråga folk". I Göran Ahren & Peter Svensson (red.): *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.
- Aspers, Patrik (2007) *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber.
- Bolman, Lee G. & Deal, Terrence E (2012) *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Brante, Thomas (2009) "Vad är en profession? – Teoretiska ansatser och definitioner" I Lindh, M, (red): *Profession och vetenskap: idéer och strategier för ett professionslärosäte – artiklar sprungna ur en seminariereserie vid Högskolan i Borås* (Vetenskap för professioner nr 8) Borås: Högskolan i Borås.
- Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Garman, N. Andrew, Leach, C. David, & Spector, Nancy (2006) *Worldviews in collision: conflict and collaboration across professional lines*, Journal Of Organizational Behavior, 27, 7, pp. 829-849.
- Kalman, Hildur & Lövgren, Veronica (2012) "Etik i forskning och etiska dilemman". I Hildur Kalman & Veronica Lövgren (red.): *Etiska dilemman*. Malmö: Gleerups.
- Lewin, Simon, & Reeves, Scott (2011) *Enacting "team" and teamwork: Using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards*, Social Science & Medicine, 72, 10, pp. 1595-1602.
- Lewin, Simon. & Reeves, Scott (2004) *Interprofessional collaboration in the hospital: strategies and meanings*, Journal Of Health Services Research & Policy, 9, 4, pp. 218-225.
- Lundin, Annika; Benkel, Inger; de Neergaars, Gerd; Johansson, Britt-Marie; Öhrling, Charlotta (2009) *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.

McLaughlin, John (2016) *Social work in acute hospital settings in Northern Ireland: The views of service users, carers and multi-disciplinary professionals*, Journal Of Social Work, 16, 2, pp. 135-154.

Molyneux, Jeanie (2001) *Interprofessional teamworking: what makes teams work well?*, Journal Of Interprofessional Care, 15, 1, pp. 29-35.

Olsson, Siv (1999) *Kuratorn förr och nu: Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*. Diss. Göteborgs universitet. Göteborg: Kompendiet AB.

PSL 2010:659 *Patientsäkerhetslag*.

Rennstam, Jens & Wästerfors, David (2011) ”Att analysera kvalitativt material”. I Göran Ahren & Peter Svensson (red.): *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Robertz, Carl-Johan (2016) *Projekt Hälsostaden* [<http://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/projekt-halsostaden/>]. Hämtat: 2016-11-05]

SOU 2014/15:17 *Legitimation för kuratorer inom Hälso- och Sjukvård*. Vällingby: Elanders. [<http://data.riksdagen.se/fil/95%20p1360E5-2180-41C0-BC30-9EA540E681C2>]. Hämtat: 2016-11-03]

SOU 2010:65 *Kompetens och ansvar: Betänkande av 2009 års behörighetsutredning*. Stockholm: Fritze. [<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/153666>]. Hämtat: 2016-11-05]

Svensson, Lennart G (2002) *Professionella villkor och värderingar – en sociologisk studie av akademiker i 1990-talets Sverige*. Rapport nr 126. Göteborg: Sociologiska Institutionen, Göteborg Universitet.

Thylefors, Ingela (2007) ”Babels torn – tvärprofessionella team”. I Ingela Thylefors (red.): *Arbetsgrupper – från gränslösa team till slutna rum*, Stockholm: Natur & Kultur.



LUNDS
UNIVERSITET

Valmire Ademi: xxxxxxxxx@gmail.com

Tel: xxxxxxxxxxxx

Bilaga 1 - Informationsmail

2016-11-01

Socialhögskolan
Lunds universitet

Hej!

Mitt namn är Valmire Ademi socionomstudent från Lund universitet som i skrivande stund arbetare med min C-uppsats. Under vårterminen 2016 gjorde jag min praktik på sjukhuset du arbetare i. I samband med mina erfarenheter ifrån praktiktiden väcktes ett stort intresse för de psykosociala arbetet samt de förutsättningar och utmaningar som kuratorn möter i de dagliga arbetet med tvärprofessionella team. Genom detta mail vill jag uttrycka min tacksamhet över att du väljer att medverka i min studie.

Syftet med denna studie är att undersöka dina erfarenheter av tvärprofessionella team och samarbetet med andra professioner. Intervjun ger möjligheten för dig som yrkesverksam sjukhuskurator att dela med dig av dina tankar, känslor och upplevelser av ditt psykosociala arbete inom hälso- och sjukvården. Under intervjun avser jag att lyfta ett antal samtalsteman om bland annat din yrkesroll inom hälso- och sjukvård, det tvärprofessionella teamarbetet, det psykosociala arbetet samt dina föreställningar om framtiden för din yrkesprofession. Intervjun kan även bidra med att du som professionell hjälpare får möjligheten att reflektera över din yrkesroll och det arbete du utför.

Intervjun beräknas pågå mellan cirka 45 minuter och en timme. Under intervjun kommer samtalet spelas in i syfte att underlätta efterarbetet och öka tillförlitligheten i denna studie. När samtalet transkriberats klart kommer det inspelade samtalet raderas. I denna studie kommer du vara helt anonym alltså kommer privata uppgifter som namn behandlas med största konfidentialitet. Ditt namn kommer därmed inte framgå i texten. Deltagandet är helt frivilligt vilket innebär att du kan avbryta samtalet helt eller välja att inte svara på en specifik fråga.

Skulle du behöva ställa eventuella frågor får du gärna höra av dig till mig. Jag hoppas du tycker detta ska bli intressant och det ska bli ytterst trevligt att träffas för ett samtal. Du får gärna höra av dig om du är intresserad av själva resultatet från studien. Själva studien beräknas vara klar vid slutet av januari 2017. C-uppsatsen kommer även publiceras vid Lunds universitets databas för publikationer.

Med vänlig hälsning

Valmire Ademi
xxxxxxxxx@gmail.com

Tel: xxxxxxxxxxxx



Bilaga 2 – Intervjuguide
2016-11-01

LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan
Lunds universitet

Bakgrundsfrågor

- Ålder?
- När tog du din socionomexamen?
- Vilka arbetserfarenheter har du sedan tidigare som socionom?
- Hur länge har du arbetat som sjukhuskurator inom hälso- och sjukvård?
- Vilka avdelningar/mottagningar arbetar du i dagsläge med och har du sedan tidigare arbetat i en annan avdelning/mottagning?
- Vilka teammedlemmar finns med i teamet du medverkar i?
- Har du några andra vidareutbildningar?

Kuratorns yrkesroll och det psykosociala arbetet

Huvudfrågor:

- Kan du berätta kort om dina arbetsuppgifter inom de psykosociala arbetet?
- Hur skulle du för dem andra professionerna beskriva om din yrkesroll och om verksamheten du arbetar i?
- Hur uppfattas dina professionella expertis av de andra teammedlemmarna samt vilka förväntningar möter du från exempelvis läkare, sjuksköterska etc.?
- Upplever andra professioner på sjukhuset en otydlighet för dina arbetsuppgifter?

Tvärprofessionella team och funktion

Huvudfrågor:

- Vilka uppgifter har teamet du medverkar i samt vilka mål har ni med ert teamarbete?

Möjligheter i tvärprofessionella team inom hälso-och sjukvård

Huvudfrågor:

- Hur anser du att de tvärprofessionella samarbetet fungera?
- Vilka faktorer anser du är viktiga för ett välfungerande samarbete?
- Vilka möjligheter erbjuder de teamarbete för ditt arbete?

Svårigheter i tvärprofessionella team inom hälso-och sjukvård

Huvudfrågor:

- Vilka svårigheter kan uppstå i ett tvärprofessionellt teamarbete samt vilka orsaker är vanligast för att samarbetet ska försvåras eller inte fungera?
- Har du erfarenheter utav intressestrider som uppkommit i samband med samarbetet exempelvis att olika professioner är oeniga om något?
- Vilka begränsningar kan uppstå för ditt arbete i ett sådant teamarbete?

Legitimitet, makt & roller inom tvärprofessionella team

Huvudfrågor:

- Hur resonera du kring legitimitet och makt utifrån teamsamarbetet, finns det hierarki av roller?

- Finns det situationer där någon speciell profession i teamet ha tolkningsföreträdare?
- Hur ser teamstrukturen ut finns det tilldelade roller, finns det någon ledare?

Kommunikation inom hälso-och sjukvård

Huvudfrågor:

- Hur ser kommunikationen mellan professionerna?
- Finns det någon påverkan i kommunikationen genom att befinna sig på själva avdelningen/mottagningen eller på en annan plats på sjukhuset?

Föreställningar om framtiden

Huvudfrågor:

- Skulle kuratorns yrkesprofession kunna få en starkare position inom hälso-och sjukvård och ifall ja hur skulle det kunna gå till?
- Vilka föreställningar har du om en framtida legitimation tror du införandet av det skulle förändra kuratorns förutsättningar i de tvärprofessionella teamarbetet och inom hälso- och sjukvård som område?
- Vilka utmaningar står sjukhuskuratorn inför framtiden enligt dig?

Avslutande ord

- Finns det något vi glömt bort eller något du vill tilläga?