



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Dörren på glänt

- **En kvalitativ studie av kuratorers upplevelser kring avslut av samtalskontakter inom hälso- och sjukvården**

Madeleine Imfeld & Carolina Schale

Kandidatuppsats (SOPA 63)
VT 2019
Handledare: Olof Pavalder

Abstract

Authors: Madeleine Imfeld & Carolina Schale

Title: Keeping the door ajar – A qualitative study of counsellors' experiences of termination in therapy within healthcare [Translated title]

Supervisor: Olof Pavalder

Assessor: Lotta Jägervi

This study examined how counsellors within Swedish health care experience termination of therapy. The study also examined the bonds which are established between counsellor and patient during the therapy sessions, specifically in which ways these bonds affected the counsellors' experiences of termination. The study was qualitative and carried out by semi-structured interviews with seven counsellors. The counsellors represented different areas within the specialised health care, where the duration of the therapy sessions could differ and where the reasons of termination could vary. To analyse our empirical data we have utilised the Attachment theory with focus on adult relationships, the caregiving system, secure base and separation. The study confirmed that emotional bonds are established towards the counsellor, as well as towards the patient, in the therapy relationship. These bonds may have affected the counsellors' experiences of termination in different ways. For some, the attachment bonds made the termination more difficult and caused feelings of grief and loss. Others argued that a strong bond made the termination easier due to the confidence that the patient was secure enough to cope outside therapy. The results also showed how crisis impacted the establishment of attachment bonds between patient and counsellor. The study concluded that the emotional bonds were not dependent on the duration of the therapy, but rather the patients' difficult situation or crisis and the availability of the counsellor. Finally, the study also showed how counsellors tended to keep the door ajar, as a way to avoid permanent separation.

Keywords; counsellor, health care, termination, attachment, caregiving system

Nyckelord; kurator, hälso- och sjukvård, avslut, anknytning, omvårdnadssystemet

Förord

Vår praktik som kuratorer inom hälso- och sjukvården väckte intresset för att fördjupa oss i kuratorns arbete och de utmaningar som kuratorn kan ställas inför. Det påverkade vårt val av uppsatsämne och innebär också att vi har haft med oss en viss förförståelse för kuratorns roll och verksamhetsområde. Vårt intresse för kuratorns arbete har vuxit under uppsatsskrivandet och framförallt under intervjuerna med våra respondenter. Vi vill verkligen tacka alla som ställde upp på att intervjuas. Era erfarenheter var givande och inspirerande både för uppsatsen och för vårt framtida yrkesliv som socionomer. Vi vill också tacka vår handledare Olof Pavalder som har gett oss råd på vägen och hjälp att hålla riktningen. Tack också till Christine Sandal som tagit sig tid att läsa igenom vår uppsats och ge oss feedback.

Madeleine & Carolina

Lund 24 maj 2019

Innehållsförteckning

1 Inledning	5
1.1 Problemformulering	5
1.2 Syfte	7
1.3 Frågeställningar	7
2. Bakgrund	7
2.1 Kurators roll i den medicinska kontexten och det läkande samtalet	7
3 Kunskapsläge	9
3.1 Avslut	9
3.2 Kurators upplevelse av avslut.....	10
3.3 Behov av vidare forskning	11
3.4 Litteratursökning	12
4. Teoretiska utgångspunkter	12
4.1 Anknäytningsteorin	12
4.1.1 Omvårdnadssystemet	13
4.1.2 Kuratorn som trygg bas och säker hamn	14
4.1.3 Separation.....	15
4.2 Teorins utmaningar och möjligheter	15
5. Metodologiska överväganden	16
5.1 Urval.....	16
5.2 Förförståelse	17
5.3 Semistrukturerade intervjuer	17
5.4 Bearbetning och kodning	19
5.5 Tillförlitlighet	20
5.6 Etiska överväganden.....	21
5.7 Arbetsfördelning.....	22
6. Resultat och analys	22
6.1 Kurators upplevelser av olika avslut	22
6.1.1 Ett tryggt avslut och modet att släppa taget.....	24
6.1.2 Dörren hålls på glänt	26
6.1.3 Den absoluta separationen	28
6.1.4 Det oplanerade avslutet och känslan av förlust.....	29
6.2 Kuratorn som patientens omvärld	32
6.2.1 Krisens betydelse för bandet	34
6.2.2 Starka band och personliga farväl	36
6.3 Kuratorn som omvårdnadsperson.....	39
7. Sammanfattande diskussion	42
7.1 Studiens bidrag och vidare forskning.....	44
8. Litteraturlista	46
9. Bilagor	49
9.1 Bilaga 1	49
9.2 Bilaga 2	51
9.3 Bilaga 3	52

1 Inledning

1.1 Problemformulering

Inom alla professioner där mötet med människor står i centrum är avslut oundvikligt och frekvent återkommande (Zilberstein, 2008: 301). Så är fallet för de flesta verksamma inom socialt arbete, liksom för kuratorn inom hälso- och sjukvården. Vare sig om det handlar om att avsluta kontakten med en brukare eller en patient, är avslutet viktigt att förhålla sig till (Bamford & Akhurst, 2014: 459). Men trots att avslutet är en naturlig del av en människobehandlande kontakt så är det ett fenomen som är underbeforskat. Författarna Bamford och Akhurst (2014: 461) menar att det finns få studier om avslut utifrån samtalsledarens eget perspektiv, där framförallt kuratorers erfarenheter av avslut av samtalskontakter har fått lite fokus i forskning.

Avslutet kan se ut på många olika sätt och kan användas eller hanteras olika, beroende på profession, bakgrund och vilka människor eller problematik man möter. Ett avslut kan ses som en ofrånkomlig realitet eller ett fundament för arbetet, men kan också användas som en funktion eller som ett mål. Hur avslutet än ser ut ger det en grund för reflektion och studiet av avslutet kan ge viktiga lärdomar. Woodend (2014: 189f) menar att genom att undersöka avslutet kan det både öppna upp för diskussion och öka vår förståelse kring hur avslut hanteras inom socialt arbete i allmänhet, och av kuratorer i synnerhet. Vi menar att det finns ett värde av att studera kuratorers upplevelser av avslut då kuratorn är en viktig representant för det sociala arbetet och utgör en betydande andel av verksamma socionomer i Sverige. Samtidigt är detta en yrkesgrupp som har fått lite uppmärksamhet inom forskningen (Blom et al, 2014: 17). Än mindre har forskats kring kuratorernas upplevelser kring avslut, trots att detta är en viktig del av människobehandlande arbete och därtill många gånger oundvikligt. En studie om hur kuratorn inom hälso- och sjukvården upplever avslutet kan även belysa hur olika typer av avslut påverkar kuratorn känslomässigt och professionellt. Det är viktigt att kuratorn kan förhålla sig till avslut och den känslomässiga påfrestning som det kan innebära. Holm (2009: 51) betonar vikten av att kuratorn kan behålla ett professionellt fokus och styras av det som gynnar patientens behov, inte av de egna känslorna och impulserna. En ökad kunskap kring kuratorers upplevelser av avslut har därför även betydelse ur ett patientperspektiv.

En av kuratorns viktigaste och mest centrala arbetsuppgifter är att hjälpa och stödja människor som befinner sig i en svår situation genom bearbetande samtal och med sig själv som verktyg (Forinder & Olsson, 2014: 38). I relation till detta är det viktigt att komma ihåg att det naturligtvis påverkar kuratorn att dagligdags träffa och arbeta med människor i kris. Inte bara genom att affekter smittar utan också för att medkänslan väcks. Detta kan lätt skapa oro och ångest, vilket ställer höga krav på kuratorns kapacitet och professionalitet (Kero, 2014: 88). Men det gör också att avslutet kan vara förknippat med ofrivillig kontrollförlust och känslan av att gå minste om en viktig relation.

För att lyckas hjälpa en människa i kris är det centralt att kuratorn etablerar en god kontakt med patienten som senare kan utvecklas till en trygg relation (Kero, 2014: 82). På många sätt påminner den behandlande relationen om en anknytningsrelation, menar bland annat Zilberstein (2008: 303). Kuratorn kan liknas vid en trygg bas och säker hamn för patienten, där kuratorn bidrar med emotionellt stöd och trygghet i en svår situation (Skourteli & Lennie, 2011: 20, Kero, 2014: 82). Vi ser därför möjligheten till viktiga lärdomar genom att integrera ett anknytningsperspektiv till samtalsrelationen och avslut av samtalskontakter, inte minst då separation är ett centralt begrepp inom anknytningsteorin (Akhurst & Dawson, 2015: 28).

Under stödjande kuratorssamtal skapas inte enbart band hos patienten gentemot kuratorn, utan också hos kuratorn gentemot patienten, som kan vara smärtsamma att bryta (Safran & Muran, 2000: 59). Många studier belyser att patienter ofta knyter an till sin samtalsbehandlare, men mindre har forskats på de känslomässiga band som kuratorn skapar i relation till patienten. Kopplat till anknytningsteorin handlar det om kuratorns omvårdnadssystem som gensvar på patientens anknytningsbeteende. Systemet för omvårdnad har fått långt från samma teoretiska uppmärksamhet som anknytningssystemet, vilket resulterar i att vi har mycket kunskap om hur människor uttrycker sitt anknytningsbehov, men jämförelsevis lite om hur vi svarar på andras behov genom olika omvårdnadsbeteenden (Collins & Ford, 2010: 236). Detta gäller inte minst i relationer mellan vuxna individer och i samtalsbehandlingar.

Genom vår studie vill vi därför uppmärksamma kuratorns omvårdnadssystem i relation till patienten, med fokus på upplevelsen av avslutandet av kontakten. Eftersom det generellt finns få studier kring upplevelser av avslut av samtalskontakter, menar vi att det finns behov av att utforska området närmare. Det finns än mindre forskning utifrån samtalsledarens eget perspektiv, där framförallt kuratorers perspektiv har fått lite fokus (Bamford & Akhurst, 2014: 461) Vi vill därför genom vår studie undersöka kuratorers egna upplevelser av avslut, samt

belysa de känslomässiga band som kuratorn skapar till sina patienter och hur kuratorn påverkas av att dessa band bryts vid avslutet.

1.2 Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur kuratorer inom hälso- och sjukvården upplever avslut av samtalskontakter. Syftet är också att undersöka vilka känslomässiga band som skapas hos kuratorn gentemot patienter i samtalsrelationen och hur dessa band påverkar kuratorns upplevelser av avslutet.

1.3 Frågeställningar

- Hur upplever kuratorer inom hälso- och sjukvården avslut av samtalskontakter?
- Vilka känslomässiga band skapas hos kuratorn gentemot patienter?
- Hur påverkas kuratorn av att dessa band bryts vid ett avslut?

2. Bakgrund

2.1 Kuratorns roll i den medicinska kontexten och det läkande samtalet

I detta avsnitt har vi valt att lyfta ett antal områden som vi anser är av särskild betydelse för att få en bättre förståelse av kuratorers upplevelser kring avslut. För det första kan den medicinska kontexten innebära utmaningar för kuratorn, att ofta ensam behöva stå upp för det psykosociala perspektivet och därtill dela processen kring en patient med andra professioner inom somatiken. För det andra belyser vi kuratorns funktion som kris- och samtalsstöd och vilken roll relationen spelar för det läkande samtalet.

På många sätt delar kuratorns roll fundamentala drag med socialt arbete som bedrivs på andra arenor. Blom et al. (2014: 18) menar att precis som andra socialarbetare möter kuratorn människor i kris, personer som har problem i sina nära relationer, missbruksproblematik och underskott på materiella resurser. Men det finns också viktiga skillnader. En sådan är den

medicinska kontexten, inom vilken kuratorn är det sociala arbetets representant och den enda professionen som utgår från ett holistiskt och psykosocialt perspektiv (Blom et al, 2014: 18). Till följd av detta kan kuratorns roll inom sjukvården ibland upplevas som ensam, där kuratorn kan behöva strida för sin plats och sitt synsätt. Samtidigt kan arbetet uppfattas som väldigt viktigt och många kuratorer känner att deras roll är både värdefull och värdeskapande.

Den medicinska kontexten har också en avgörande betydelse för vilka människor kuratorn träffar i sitt yrke. Personen i fråga är i första hand en patient inom den somatiska vårdens ramar och detta gör att kuratorn måste ta hänsyn till en komplex kombination av aspekter och dimensioner av människors liv, såsom sociala, kroppsliga, psykologiska, relationella och existentiella (Blom et al, 2014: 18). Vi menar att kuratorn därtill måste förhålla sig till att varken ha tolkningsföreträde i alla situationer eller helt kunna äga sin egen process eller relation till patienten. Detta innebär att kuratorn inte alltid kan ha kontroll över vilka prioriteringar som görs, sin egen samtalsprocess eller hur samtalskontakten ska avslutas.

Den medicinska kontexten bidrar också till att en stor del av många kuratorers arbete är mötet med människor som befinner sig i någon form utav kris, ofta som en följd av en akut situation där livet för en patient eller närstående drastiskt har förändrats (Kaiser, 2018: 35). Därför är en av kuratorns viktigaste och mest centrala arbetsuppgifter att hjälpa och stödja människor som befinner sig i en svår situation genom bearbetande samtal och samtalsbehandling (Forinder & Olsson, 2014: 38, Lundin et al. 2009: 35). Med sig själv som verktyg, sin kunskap om bland annat kris och sorg samt med sin relationella kompetens, kan kuratorn stödja patienten genom att både identifiera dennes omedelbara behov men också följa patientens process och hjälpa den drabbade att bearbeta och göra krisen begriplig (Forinder & Olsson, 2014: 38, Kero, 2014: 80). Utöver detta består en stor del av kuratorns uppgifter av att agera som patientens ställföreträdande hopp och att dela och bekräfta patientens sorg, rädsla och smärta, menar Holm (2009: 106). En viktig del i detta handlar om att härbärgera patientens känslor, vilket innebär att kuratorn står ut i och bär känslorna tillsammans med patienten (Semb, 2018: 172, Cullberg, 2003: 422).

För att lyckas hjälpa en människa i kris är det viktigt att kuratorn redan från början lyckas etablera en god kontakt som sedan kan utvecklas till en trygg relation. Denna relation kan ha en avgörande betydelse för huruvida en patient kommer att känna sig hjälpt av samtalen eller inte (Kero, 2014: 82). Undersökningar visar att samtalet har en läkande kraft och att det är

relationen mellan patient och samtalsledare som är mest betydelsefull i samtalsbehandlingar (Bamford & Akhurst, 2014: 460, Zilberstein, 2008: 303). Kuratorns roll inom den medicinska kontexten är alltså betydande för patientens upplevelse av samtalsprocessen och för dennes förmåga att gå vidare efter exempelvis en svår sjukdom eller kris.

3 Kunskapsläge

Under detta avsnitt presenteras ett urval av det befintliga kunskapsläget gällande avslutet i en samtalskontakt och kuratorers upplevelser kring avslut. Inledningsvis lyfter vi tidigare forskning om avslutet som process, medel och mål. Det råder viss konsensus inom forskarvärlden kring att avslutet är en viktig process som bör hanteras medvetet, men det finns delade meningar om hur avslutet ska användas i en samtalskontakt. Vidare presenterar vi tidigare forskning om kuratorns erfarenheter av avslut, där vi fokuserar på två artiklar som belyser att det finns flera faktorer som spelar in i kuratorns upplevelser kring avslut, däribland avslutets orsak.

3.1 Avslut

En central del av kuratorns arbete är att samtalskontakten med en patient vid något skede behöver avslutas (Bamford & Akhurst, 2014: 459). Det är en process som är viktig för både kuratorn och patienten. Avslutet kan vara planerat, överenskommet under samtalets gång, tvunget på grund av yttre omständigheter eller på grund av att relationen mellan kuratorn och klienten inte fungerar (Woodend, 2014: 2). En vanligt förekommande orsak till avslut inom hälso- och sjukvården, är även att patienten avlider. Oavsett anledning är avslut oundvikligt, ofta permanent och kan väcka känslor av förlust som kan behöva hanteras och bearbetas (Zilberstein, 2008: 301, Boyer & Hoffman: 1993: 271). Hur vi hanterar avslut är individuellt, och påverkas bland annat av avslutets orsak och våra tidigare erfarenheter (Bamford och Akhurst, 2014: 468).

Flera forskare lyfter vikten av att avslutet av samtalsbehandlingar och terapier hanteras medvetet och med försiktighet, främst för att kunna hjälpa patienten på bästa sätt. Forskarna Bamford och Akhurst (2014: 459) menar att trots försiktighet och medvetenhet så kan avslutet

röra upp känslor av oro och stress, både hos patienten och kuratorn (ibid). Safran och Muran (2000: 59) menar att eftersom det är en grundläggande del av människans natur att skapa band till andra individer, så är det naturligt att avbrott i relationer skapar oro. Också Binder, Haavind & Råbu (2013: 110) lyfter hur känslomässiga band skapas under stödjande kuratorssamtal, både gentemot kuratorn såväl som mot patienten, och att dessa band kan vara smärtsamma att bryta. När avslut ska planeras är det inte bara patientens situation och process som ska tas hänsyn till, utan även patientens relation och anknytning till terapeuten, andra typer av anknytningspersoner i en patients liv och patientens erfarenheter av tidigare förluster (Zilberstein, 2008: 301)

Det råder delade meningar inom forskningsvärlden kring hur ett avslut ska användas och förberedas. Avslutet kan användas strategiskt som en del av behandlingsarbetet, där det ses som ett tydligt mål. Avslut inom samtalsbehandlingar kan även ses som en möjlighet att bekräfta och sammanfatta arbetet som skett, samt öppna upp för möjligheten att prata om separationsproblem och vilka förluster det kan innebära (Zilberstein, 2008: 301). Forskarna Råbu och Haavind (2012: 109) menar att det är av stor vikt att terapins varaktighet tidigt och tydligt uttalas inom ramarna för samtalskontakten. Forskarna menar att det kan innebära ett stort orosmoment för båda parter om avslutet är något som förhandlas fram. Å andra sidan menar Bergmann (2010: 30) att ett fast datum för avslutet som ställs tidigt i relation snarare kan aktivera en sorgprocess. Utifrån detta synsätt är avslutet inte den sista fasen i en terapi, utan något som genomsyrar varje samtal, även om det ofta skapas en känsla av tidlöshet i samtalsterapin (Davies, 2010: 134).

3.2 Kuratorns upplevelse av avslut

Det finns begränsat med litteratur och forskning som belyser kuratorers egna erfarenheter och känslor kring att avsluta samtalskontakter (Bamford & Akhurst, 2014: 461). Men att kuratorn påverkas av avslut av samtalskontakter lyfts bland annat av studien '*She's not going to leave me*'- *counselors feelings on ending therapy with children* (ibid.). Artikeln handlar om skolkuratorers upplevelser kring avslut och belyser att det sista samtalet kan bli känsloladdat för både kuratorn och klienten (Bamford & Akhurst, 2014: 460). Hur kuratorer upplever avslut är brett varierande och i hög utsträckning beroende av vem kuratorn är, vem som varit patient och vilken form av kontakt som vuxit fram under behandlingens gång, samt hur avslutet har skett.

Författaren Woodend (2014: 129) skriver i *The long goodbye- An investigation of how personal, professional and social dimensions influence the creation of ending in psychodynamic counselling*, hur en del kuratorer inom psykodynamisk terapi beskriver hur de upplevt smärta och känslor av övergivenhet i samband med avslut. Vissa kuratorer såg avslutet som början på något nytt, och andra använde sig inte av ordet avslut utan såg händelsen snarare som en naturlig separation och en del kuratorer såg avslutet som att patienten ”lämnar boet”. Samma studie visar också att kuratorers känslor vid ett avslut kan ta sig fysiska uttryck såsom genom huvudvärk, annan smärta, oro eller ångest (Woodend, 2014: 179).

En annan förklaring till varför kuratorerna påverkas av avsluten menar författarna Bamford och Akhurst (2014: 468) är identifikation, där patienten på något sätt liknar kuratorn i exempelvis ålder och livssituation. Dock finns det en viktig skillnad mellan identifikation och överidentifikation, vilket innebär att en kurator blir alltför känslomässigt involverad i sin patient. Detta resulterar oftast i svårigheter att vara nära, lyssna och dela känslor menar Kero (2014: 89), vilket också kan innebära svårigheter i relation till avslutet.

Studien av Bamford och Akhurst (2014: 468) visar att orsaken till avslutet hade stor betydelse för kuratorns upplevelse. För snabba eller tidiga avbrott kan skapa känslor av chock och maktlöshet hos kuratorerna, vilket dels beror på det känslomässiga band som skapats i terapirelationen (ibid.). Även oplanerade avslut kan påverka kuratorerna, då det kan uppfattas som ett avvisande, enligt studien av Akhurst & Dawson. Studien visar att det är viktigt med “bekräftande avslut” med möjlighet till avrundning, samt att abrupta avslut kan skapa känslor av övergivenhet (Akhurst & Dawson, 2015: 28). Tydlighet och planering kan alltså ses som viktiga komponenter i avslut.

3.3 Behov av vidare forskning

Det bekräftas av tidigare forskning att kuratorn blir känslomässigt påverkad av att avsluta samtalskontakter. Flera faktorer spelar in i hur avslutet upplevs för kuratorn, där exempelvis identifikation med patienten, avslutets orsak och hur avslutet hanterades har stor betydelse. Synen på avslutet skiljer sig åt och det kan användas mer eller mindre medvetet och strategiskt under samtalsprocessen. Artiklarna som vi har hittat om kuratorns upplevelser av avslut belyser kuratorer inom skolan, samt kuratorer som arbetar med psykodynamisk terapi. Vad vi saknar

är mer forskning om avslut inom hälso- och sjukvården, med fokus på hur relationen påverkar kuratorns upplevelse, samt de känslomässiga band som kuratorn skapar till patienten. Inom hälso- och sjukvården finns det dessutom en mängd olika orsaker till avslut, vilket gör avslutet desto mer komplext och intressant att utforska närmare, menar vi.

3.4 Litteratursökning

Vi har främst använt databaserna LUBsearch och EBSCOhost för att hitta relevant litteratur till studien. Användbara sökord har varit: Counsellor, experience, termination, ending, attachment, separation, caregiving system och health care. Artiklarna har varit peer-reviewed och vi har strävat efter att använda litteratur som är relativt ny och aktuell. De studier vi har funnit har också bidragit till nya förslag på relevant litteratur, som har gett oss en bredare bild av kunskapsläget

4. Teoretiska utgångspunkter

Vi har valt anknytningsteorin som teoretisk ram till vår studie. Genom detta perspektiv menar vi att vi kan närma oss en förståelse kring hur kuratorer upplever avslut av samtalskontakter inom hälso- och sjukvården. Samtalsrelationen påminner på många sätt om en anknytningsrelation där patienten kan söka stöd och tröst hos kuratorn i en svår situation. Därtill kan kuratorn visa olika omvårdnadsbeteenden, såsom att bekräfta, spegla och härbärgera känslor. Anknytningsteorin är även relevant då separation är ett centralt begrepp inom teorin, där bandet i relationen påverkar upplevelsen av separationen.

4.1 Anknytningsteorin

Anknytningsteorin syftar till att förklara de känslomässiga band som skapas mellan individen och dess närmaste vårdare (Broberg, 2006: 21,13). Enligt teorin är anknytningen en omedveten och relationell process som uppstår i ett samspel mellan den ena individens anknytningssystem och den andres respons; omvårdnadssystemet. Teorin beskriver vidare hur anknytningen utvecklas till inre arbetsmodeller, som kan liknas vid mentala representationer av individen själv, viktiga närstående och samspelet dem emellan (Bowlby, 2010: 155, Broberg, 2006: 13). Individen bär alltså med sig erfarenheter av anknytning, som organiserar senare erfarenheter av

sociala relationer och blir en viktig beståndsdel i personlighetsutvecklingen (Skourteli, 2011: 21). Samtidigt är det viktigt att understryka att de anknytningsmönster som skapas under barndomen inte är fast fixerade, utan kan förändras senare i livet, exempelvis genom stödjande relationer (Kietaihl, 2012: 124).

Anknytningsteorin som förklaringsmodell och perspektiv är inte begränsad till spädbarnet och dess föräldrar. Det är en normal och hälsosam aspekt av mänskliga relationer under hela livet, där anknytningsbeteendet aktiveras även i vuxna relationer och används för att skapa band (Broberg, 2006: 59, Bowlby, 2010: 144ff, Frayley, 2019: 404). Att vi skapar känslomässiga band till andra individer är både livsviktigt för oss som människor och grundläggande för vår natur. Vidare är anknytning inte bara en viktig aspekt i relationer, utan även en drivkraft i utveckling och välmående, menar Kietaihl (2012: 124). Enligt anknytningsteorin kan en relation beskrivas som en anknytningsrelation om den ger upphov till närhetssökande, upplevs som en säker plats för tröst och stöd, används som en trygg bas utifrån vilken världen kan utforskas och därtill att det kan leda till separationsångest om anknytningspersonen är frånvarande (Howe, 2011: 18). På detta sätt skulle anknytningsteorin kunna användas för att förklara varför en allians kan fungera som en anknytningsprocess och bidra till trygghet, utveckling och framsteg.

Inom anknytningsteorin finns det fyra centrala begrepp som kan användas för att förstå och förklara både de band som byggs upp mellan en kurator och en patient och de känslor som kan uppstå vid ett avslut. Dessa begrepp är omvårdnadssystemet, trygg bas, säker hamn och separation.

4.1.1 Omvårdnadssystemet

Omvårdnadssystemet kan beskrivas som den respons som aktiveras av anknytningssystemet. Det är en biologisk strävan efter att ta hand om, trösta och skydda sitt barn (Howe, 2011: 16). Barnet signalerar sitt behov av närhet och beskydd och föräldern svarar genom ett eller flera omvårdnadsbeteenden (Broberg, 2006: 57). Sådana omvårdnadsbeteenden kan vara tröst, spegling och tolkning, lugnande om barnet är oroligt eller känslomässig näring (Bowlby, 2010: 33, 147). Omvårdnadspersonens känslomässiga relation kan beskrivas som en bindning som innehåller en skyddsaspekt och ett erbjudande om att fungera som ett anknytningsobjekt (Broberg, 2006: 209).

Det är omvårdnadssystemet som uppmärksammar individer på andras behov och motiverar oss till att skydda och hjälpa, även i senare relationer i livet (Collins & Ford, 2010: 236). Terapirelationen är ett exempel på en relation senare i livet som kan involvera omvårdnadssystemet, skriver Broberg (2006: 280f). Här kan exempelvis kuratorn fylla funktionen som patientens ställföreträdande anknytningsperson (ibid.). Att kuratorns omvårdnadssystem aktiveras av en patients anknytningsbeteende kan ses som en naturlig del av människans beteende. Kietaibl (2012: 125) beskriver hur kuratorer reagerar på patienter som professionella, men också som människor. Även om kuratorn är i sin professionella yrkesroll går det inte att bortse från mänskliga och personliga reaktioner, tankar och känslor gentemot en annan individ.

I relation till omvårdnadssystemet är det relevant att lyfta att det har bedrivits mycket forskning kring patientens eller klientens anknytningsbeteende, men kuratorns funktion som ställföreträdande eller reparerande anknytningsperson är mindre utforskad. Vi vet alltså en hel del om hur människor reglerar och uttrycker sitt anknytningsbehov, men jämförelse lite om hur vi svarar på andras behov, det vill säga omvårdnadssystemet som gensvar (Collins & Ford, 2010: 236).

4.1.2 Kuratorn som trygg bas och säker hamn

En av anknytningsteorins viktigaste byggstenar är begreppet trygg bas, utifrån vilken individen kan utforska världen (Bowlby, 2010: 33ff, Howe, 2011: 18). Under barnets uppväxt innebär den trygga basen ofta föräldern. I det läkande samtalet finns flera drag av en anknytningsrelation, där samtalsledaren ofta ses som en trygg bas för utforskande (Bowlby, 2010: 164, Skourтели, 2011: 20). Liksom en vårdnadshavare är kuratorn känslomässigt tillgänglig, reglerar känslor och erbjuder en lugnande närhet och en trygghet, som patienten kan utforska sina inre erfarenheter utifrån (Skourтели, 2011: 21). Härutöver kan kuratorn agera trygg bas genom att förutse hinder, ta bort dessa samt ge patienten perspektiv på sin livssituation (Feeney & Van Vleet, 2010: 227f).

Anknytningsteorin menar att just tillgängligheten och responsiviteten från en anknytningsperson är den viktigaste källan för en människas känsla av trygghet - och det är endast när en människa känner sig trygg kan hon eller han utforska effektivt, självsäkert och

självständigt. Detta förutsätter också en känsla av att anknytningspersonen kommer att finnas kvar, som en säker hamn, om behovet av tröst, närhet eller stöd skulle återkomma (Feeney & Van Vleet, 2010: 227f).

4.1.3 Separation

Anknytningsteorin i relation till samtalens avslut kan kopplas till begreppet separation, vilket är ytterligare en central byggsten i teorin och starkt kopplat till den trygga basen. En separation som sker ofrivilligt i en anknytningsrelation kan väcka obehagliga känslor hos båda parter, som en följd av de känslomässiga band som skapats i relationen, skriver Broberg (2006: 55). Författaren Karlsson (2012: 330) skriver också att en ofrivillig separation kan väcka reaktioner i tre faser. Den första fasen handlar om protest som är relaterad till separationsångest. Därefter följer förtvivlan på grund av sorg, och slutligen ett försvar i form av likgiltighet eller förnekande. Dessa reaktioner är ett resultat av att anknytningsbeteendet aktiveras vid en separation, menar Karlsson (2012: 330).

En intressant paradox vid separationer, är att en individ bara kan separeras på ett säkert sätt om individen först känt en säker anknytning (Woodend, 2014: 126). Vid avslutet och separationen mellan kuratorn och patienten underlättar det alltså om anknytningen mellan dem varit säker (Woodend, 2014: 126). Inom samtalsbehandling är en trygg relation och förtroende en del av målet i relationen mellan samtalsledaren och patienten. Det paradoxala är dock att det ofta är när närhet och förtroende har uppnåtts, som samtalsbehandlingar avslutas, menar Davies (2010: 135). Förlust och separation är på så sätt inte bara en möjlighet i relationen mellan kuratorn och patienten, utan en garanti. Relationen mellan kuratorn och patient är speciell på så sätt att båda arbetar mot målet att uppnå en förtrolig och trygg relation, i vetskapen om att separation är en oundviklig del av framgången (Davies, 2010: 135). Det är detta som kan ses som en motsägelsefull kärna inom samtalsbehandling, vilket också gör avslutet än mer komplext och viktigt att få större förståelse för.

4.2 Teorins utmaningar och möjligheter

Många delar av anknytningsteorin knyter an till viktiga delar av andra teorier och begrepp såsom Cullbergs kristeori, den terapeutiska hållningen och arbetsallians. De flesta av våra respondenter använde sig av dessa begrepp och teorier på ett sätt som vi också har kunnat

koppla till anknytningsteorin. Detta är möjligt på grund av att anknytningsteorin har ett brett användningsområde. Vi har också valt att inte använda oss av någon kompletterande teori då det är en spännande process att se hur långt en enskild teori kan bära i en analys av avslut. Däremot har det varit svårt att till fullo täcka de luckor som teorin har gällande omvårdnadssystemet i en vuxen relation i allmänhet och i en behandlingssituation i synnerhet. Det finns också mycket lite teoretisk grund för en analys av separation i en samtalsrelation. Det har försvårat för oss att det finns väldigt få studier som belyser omvårdnadspersonens upplevelser och hantering av separationer. Det finns en möjlighet att analysera upplevelser av avslutet utifrån kuratorns anknytningsmönster, men detta har inte varit vårt syfte. Vi menar att det finns utrymme för en teoriutveckling gällande omvårdnadspersonens känslor, reaktioner och upplevelser kring separationen, då det tydligt skiljer sig från när ett barn separeras från sin anknytningsperson.

5. Metodologiska överväganden

Vi har valt att använda oss av en kvalitativ forskningsmetod i form utav semistrukturerade intervjuer. Med vårt syfte att undersöka hur kuratorer upplever avslut av samtalskontakter har det fallit sig naturligt att välja en metod som fångar upp och lägger vikt vid just personliga beskrivningar och subjektiva uppfattningar (Bryman: 2011:340). Den semistrukturerade intervjuformen har gett oss möjlighet att fokusera på djupet snarare än på bredden, vilket också är meningen med vår studie.

5.1 Urval

Lind (2014: 130) menar att vid en kvalitativ studie är det viktigt att hitta intervjupersoner med så relevanta erfarenheter som möjligt. Till vår studie gjordes därför ett målinriktat urval, vilket Bryman (2011: 350) menar handlar om att strategiskt välja ut respondenter utifrån studiens syfte och frågeställningar. Intervjupersonerna har varit kuratorer inom hälso- och sjukvården som har erfarenhet av olika patientgrupper, olika typer av avslut och där tidslängden för samtalskontakten kan variera. Urvalet har avgränsats till kuratorer inom verksamhetsområden som vi tror kan bidra med värdefull empiri. På så sätt har det även funnits en bekvämlighetsaspekt i urvalet, samt praktiska och ekonomiska skäl till att avgränsa studien till ett visst område, vilket Eriksson- Zetterquist och Ahrne (2015:41) rekommenderar.

Vi kom i kontakt med respondenterna dels via sjukhusets växel och dels genom kontakter som vi fått genom vår praktik inom hälso- och sjukvården. På så sätt finns det en viss slumpmässighet i urvalet, samtidigt som vi har strävat efter att få en spridning i verksamhetsområden. Vi har utfört sex intervjuer med sammanlagt sju kuratorer. Detta visade sig vara tillräckligt då vi upplevde att svarsmönster återkom under de två sista intervjuerna, vilket vi också upplevde under såväl transkribering och kodning av materialet. Författarna Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015: 42) beskriver detta som teoretisk mättnad.

5.2 Förförståelse

Eftersom vi båda gjorde vår verksamhetsförlagda praktik som kuratorer inom hälso- och sjukvården hade vi med oss viss kunskap om och förståelse för kuratorns roll och arbete inom den medicinska kontexten. Däremot hade vi ingen tidigare erfarenhet av våra respondenters verksamhetsområden. Vi har varit medvetna om vår förförståelse och arbetat aktivt med att inte låta detta påverka våra frågor till respondenterna eller på förhand dra slutsatser som inte var grundade i empirin. Vi upplevde vår förförståelse som användbar i exempelvis intervjuerna, då respondenterna visste att vi hade tidigare erfarenheter av yrkesrollen och därför inte behövde gå in på bakgrund och grundläggande fakta, utan kunde fokusera på våra faktiska frågor kring deras upplevelser. Vår gemensamma förförståelse var också ett användbart verktyg under vår analys, då vi hade samma utgångspunkt både gällande empirin och teorin.

Under vår praktik deltog vi på olika föreläsningar av kuratorer, där bland annat sex av våra sju respondenter föreläste vid olika tillfällen. Dock har vårt urval främst utgått från verksamhetsområde, och inte vilka kuratorer vi tidigare har varit i kontakt med. Vi har aktivt valt att inte intervjua de kuratorer som vi hade nära kontakt med under praktiken, såsom exempelvis handledare.

5.3 Semistrukturerade intervjuer

Vid insamling av vår empiri användes en semistrukturerad intervjuform. Intervjuerna har utgått från en detaljerad intervjuguide som har varit indelad i följande fem teman: arbetsalliansen och strategier för detta, avslutet och strategier kring detta, copingstrategier och hur avslutet påverkar

kuratorn- privat och professionellt, anknytning (Se bilaga 1). Våra förberedda frågor var dock endast ämnade för struktur och riktning, snarare än som en strikt mall för samtalet. Våra olika teman i intervjuguiden gav oss en bredd i materialet, som sedan avgränsades när våra frågeställningar specificerades. Vi upplevde en viss svårighet med att styra frågorna i viss riktning och samtidigt lyckas hålla intervjun någorlunda öppen. Samtidigt gav den semistrukturerade intervjuformen oss friheten att följa respondenternas svar och ställa följdfrågor. Ahrne och Svensson (2015: 38) menar att just möjligheten att kunna ändra och anpassa frågorna och ordningsföljden utifrån situationen är en av den semistrukturerade intervjuens största fördelar.

En annan fördel med en semistrukturerad intervjuform har varit att vi på kort tid kunnat få ta del av flera kuratorers personliga upplevelser och berättelser, där både språkbruk och känslor har kunnat samlas in. Detta är fördelar som också lyfts av Ahrne och Svensson (2015: 53). Eftersom vårt fokus har legat på kuratorernas personliga upplevelser och tolkningar har vi sett intervjuformen som passande för vårt syfte. Samtidigt har vi varit medvetna om att intervjuerna inte kan ge en heltäckande bild av ett fenomen, utan handlar om individers personliga tolkningar. Därtill, menar Alvesson (2011 :28), att alla svar som ges under en intervju behöver ses och tolkas utifrån den specifika kontexten som intervjun utspelar sig i.

En intervjusituation är på många sätt komplex och vi har varit tvungna att förhålla oss till bland annat ramar, frågeställningar och etiska överväganden. Vid varje intervju har vi varit måna om att skapa en trygghet i rummet och strävat efter att intervjupersonen ska känna sig bekväm. Vi har också försökt vara medvetna kring vår egen påverkan på intervjupersonen och haft ambitionen att utforma frågorna på ett sätt så att våra eventuella förväntningar inte ska påverka respondenternas svar, vilket är utmaningar som även lyfts av författarna Svensson och Ahrne (2015: 19).

Av våra sex intervjuer har vi turats om att vara ansvariga för att leda samtalet och att observera. Vår sista intervju var med två kuratorer samtidigt, vilket gjorde det svårare för oss att hålla en riktning i samtalet och rättvist dela upp frågorna mellan kuratorerna, men som möjligtvis upplevdes som en mer jämlik intervjusituation. Under ett av våra samtal satt kuratorns praktikant med, vilket kan ha påverkat kuratorn gällande vilka svar och intryck kuratorn ville ge. Det finns en risk att situationen skapade en dubbel intervjuareffekt, där kuratorn kan ha påverkats av både vår närvaro och praktikantens. Enligt Bryman (2011: 224, 229) kan

intervjupersonen vilja ge en positiv bild av sig själv och tendera ge svar som uppfattas som socialt önskvärda.

5.4 Bearbetning och kodning

Som en del av vår kvalitativa forskningsprocess har vi valt att transkribera våra inspelade intervjuer. Dessa transkriberingar har varit vår huvudsakliga empiri för analys. Vi valde att transkribera intervjuerna ordagrant och hade med alla delar förutom inledningarna, eftersom vi då endast presenterade intervjuens upplägg. Både intervjuerna och transkriberingen gav oss tillfälle att fundera över teman och möjliga analyser, vilket gjorde att vår analys började redan under intervjuerna (Svensson & Ahrne, 2015: 24).

Empirin kodades utifrån en tematisk analys, vilket innebär en sökning av teman i texten genom noggranna läsningar, där exempelvis repetitioner, metaforer, likheter och skillnader kan utgöra olika teman (Bryman 2011: 528f). Vårt transkriberade material kodades utifrån ett antal kategorier som framkom och upprepades under intervjuerna och som var relevanta i relation till studiens syfte. Exempel på dessa kategorier var: kuratorn som omvårdnadsperson, synen på avslut, olika avslut, bra avslut, svåra avslut, kontroll(förlust), förväntningar, säker hamn (dörren på glänt), anknytning, vad kuratorn förlorar, kuratorns känslor, hur kuratorn hanterar känslor, organisationen, ramar och arbetsallians. Dessa kategorier fungerade som rubriker i ett analyschema som vi utformade, där vi samlade citat under varje kategori. Analyschemat skapade ordning och gjorde materialet överblickbart för att lättare synliggöra mönster, vilket rekommenderas av Svensson och Ahrne (2015: 23). Vårt skapade analyschema var också ett viktigt verktyg för att relatera vår empiri till vår teori, samt för att göra avgränsningar. Bryman (2011: 526) skriver att den inledande kodningen av stora mängder data kan medföra ett stort antal koder och kategorier. Vi upplevde en stor bredd av kategorier under vår analys, vilket medförde att exempelvis teman som 'arbetsallians' och 'hur kuratorn hanterar känslor' valdes bort.

En vanlig kritik mot kodning inom kvalitativ dataanalys är risken att kontexten går förlorad i det som sägs, enligt Bryman (2011: 526). När textstycken plockas från sitt sammanhang kan den sociala situationen tappas bort. Kodningen kan också innebära att informationen blir fragmenterad och att det "narrativa flytet" går förlorat (Bryman 526). En del av våra intervjupersoner svarade på våra frågor genom berättelser av olika upplevelser, vilket innebar

att delar av upplevelsen och sammanhanget gick förlorat under kodningen. Samtidigt kan det ställas mot fördelen att intervjupersonerna anonymiseras genom att kontexten skalas av, menar vi. Vidare kräver intervjupersonernas berättelser viss bearbetning, tolkning och reflektion, för att tydligare kunna presentera studiens resultat (Bryman 2011: 528).

När vi har använt citat från vår empiri har vi valt att göra mindre redigeringar, exempelvis genom att ta bort utfyllnadsord, för att göra citaten tydligare. Dock har vi varit noggranna med att inte ändra innebörden i citatet.

5.5 Tillförlitlighet

När det gäller kvalitativa metoders tillförlitlighet kan begreppen autenticitet, pålitlighet och träffsäkerhet användas (Lind, 2014: 132). Det handlar om äktheten i materialet, att studien har genomförts på ett konsekvent sätt och att underlaget faktiskt belyser det fenomen som avses i studien (ibid.). Vi har strävat efter att ge en så rättvis bild som möjligt av respondenternas olika upplevelser, synsätt och attityder, exempelvis genom att redogöra för när de varit samstämmiga och när det har funnits olika beskrivningar. Vi har även tänkt på att behålla citat i rätt sammanhang och kopplat till sin fråga. En viktig del har också handlat om att försäkra oss om att vi har förstått vad kuratorerna sagt och menat. Det gjorde vi under intervjuerna genom att sammanfatta deras svar emellanåt och be dem bekräfta om vi uppfattat dem rätt. Att vi har spelat in och transkriberat intervjuerna har också gjort det möjligt för oss att gå tillbaka och se vad som faktiskt sades.

För att empiriskt uppfatta kuratorernas upplevelser vid avslutande av samtalskontakter har ett stort mått av gemensamma tolkningar krävts. Detta är kopplat till intern reliabilitet, vilket enligt Bryman (2011: 352) handlar om att forskare är överens om hur empirin ska tolkas. Vi har varit medvetna om att våra tolkningar till viss del påverkats av vår förförståelse och tidigare praktik som kuratorer inom hälso- och sjukvården. Därför har vi valt att utföra samtliga intervjuer gemensamt, för att minska tolkningens subjektivitet. Detta har inneburit att vi har haft möjlighet att resonera kring hur vi uppfattat respondenternas svar och berättelser.

Vår empiri stärks även av den litteratur och forskning som vi har tagit del av, och är på sätt förankrad i teorier. Genom att koppla empirin till teoretiska perspektiv har vi kunnat bekräfta våra resultat och närmat oss mer objektiva slutsatser. Det är en del av begreppet triangulering,

vilket innebär att olika metoder eller typer att data kombineras för att fånga in ett fenomen och starkare kunna stödja sin tes (Svensson & Ahrne, 2015: 25). När det gäller studiens överförbarhet, vilket handlar om hur pass användbart resultatet är i andra miljöer och situationer, kan det vara svårt att uppfylla eftersom resultaten är subjektiva och det finns flera beskrivningar av samma verklighet (Bryman, 2011: 52)

5.6 Etiska överväganden

Vid planeringen och genomförandet av studien har vi förhållit oss till de etiska principerna som Bryman (2011: 131) beskriver som frivillighet, integritet, konfidentialitet och anonymitet. En viktig del av detta har handlat om att intervjupersonerna har varit medvetna om vad de har ställt upp till och har samtyckt till att delta. Detta beskriver Svedmark (2012: 101) som informerat samtycke, som är en sammanslagning av informationskravet och samtyckeskravet. Vid vår första kontakt med våra respondenter berättade vi i ett informationsmail (se bilaga 2) om syftet med undersökningen, hur intervjun skulle gå till och hur materialet skulle användas. Vi betonade även att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas.

Konfidentialitetskravet handlar om hur datan hanteras och presenteras (Kalman & Lövgren, 2012: 13). Här informerades våra respondenter om att de inspelade intervjuerna förvaras så att obehöriga inte kan få tillgång till dem och att intervjupersonerna avidentifieras. Varken kuratorernas namn, kön, verksamhetsområde eller kommun som de arbetar i nämns i studien, för att svaren ska vara anonyma. Vi informerade även om att uppgifterna som samlas in bara kommer att användas till vår studie, vilket uppfyller den forskningsetiska principen nyttjandekravet (Bryman, 2011: 132). Vi sammanfattade de etiska principerna i vårt första informationsmail, vilket deltagarna samtyckte till via mail. Respondenterna fick även skriva under en samtyckesblankett (se bilaga 3).

Både i utformningen av intervjufrågorna och under samtalen har vi behövt balansera närheten till intervjupersonerna för att kunna ta del av deras upplevelser, och samtidigt respektera deras integritet. Vår ambition var att tydligt ta ansvar för samtalet så att respondenterna inte kände att de behövde dela med sig av för känslosamma eller privata tankar eller upplevelser. Vid intervjuernas avslut berättade vi om hur studien kommer att gå vidare, vilket rekommenderas av Kalman & Johansson (2012:45), samt att deltagarna kan få ta del av den färdiga uppsatsen.

5.7 Arbetsfördelning

Som två författare till uppsatsen har vi främst sett fördelar, då vi har kunnat utmana och vidareutveckla varandras tankar, fått fler perspektiv och kunnat effektivisera arbetet. En stor del av processen har handlat om att gemensamt diskutera fram en forskningsfråga, teorier och själva utformningen av uppsatsen. Det har varit tidskrävande att diskutera mycket sinsemellan under processen, men har samtidigt hjälpt oss att hålla riktningen i uppsatsen. Intervjuerna genomfördes tillsammans, vilket var en styrka då vi kunde jämföra hur vi uppfattat respondenternas svar och lättare kunde följa upp intressanta spår. Tidsbegränsningen och praktiska skäl har gjort att vi även har delat upp vissa arbetsuppgifter. Vi har delvis letat litteratur och tidigare forskning individuellt, där vi delgett för varandra det som varit relevant. Vi har transkriberat hälften av intervjuerna var. Skrivarbetet har skett både tillsammans och på varsitt håll, där vi har justerat och utvecklat alla delar tillsammans. På så sätt har uppsatsen vuxit fram genom att växla individuellt och gemensamt arbete. Texten präglas på så sätt av bådas våra tankar, ord och insatser.

6. Resultat och analys

I detta avsnitt presenterar vi resultatet av vår empiri, där vi valt att väva samman resultat och analys för att göra innehållet mer lättillgängligt. Inledningsvis beskriver vi olika typer av avslut som kuratorn ställs inför i sin roll inom hälso- och sjukvården. Därefter presenteras kuratorers olika upplevelser av och syn på avslut av samtalskontakter. Vidare lyfter vi generella och specifika erfarenheter kring avslut som upplevts som trygga eller svåra. I nästa stycke går vi djupare in på den anknytning som sker i samtalsrelationen och kuratorernas olika associationer till att patienter knyter an. Därefter fokuserar vi på de band som skapas hos kuratorn och hur dessa påverkar upplevelsen av avslutet. Slutligen fördjupar vi oss i kuratorns olika omvårdnadsbeteenden och på vilka sätt dessa kan ta sig uttryck.

6.1 Kuratorns upplevelser av olika avslut

Kuratorn inom hälso- och sjukvården måste förhålla sig till avslut som sker på en mängd olika sätt. Det kan handla om planerade avslut där patienten är färdigbehandlad, avslut som sker som

en konsekvens av att patienten avlider eller flyttas till en annan avdelning eller oplanerade avslut då patienten slutar att höra av sig. De olika avsluten kommer att presenteras närmare under detta avsnitt. Inledningsvis belyser vi hur kuratorerna i vår studie såg på och upplevde avslut av samtalskontakter i allmänhet.

Våra intervjuer visade inte på någon generell upplevelse hos respondenterna gällande avslut av samtalskontakter, utan tvärtom skilde sig upplevelserna och synen på avslut markant mellan olika kuratorer. Några beskrev avslut som svårt och jobbigt, medan andra uttryckte att avslut är något positivt, ett resultat av en förändring. Nedan följer två citat som belyser skillnaden i synen på avslutet mellan två kuratorer:

Men avslut är alltid svårt. Det är svårt när de dör, och det är svårt när de inte hör av sig.

Ofta tycker jag att avslut är positivt, många gånger, just att: Vad bra att jag inte behövs mer.

Det finns olika anledningar till att synen på och upplevelserna kring avslut varierar hos våra respondenter. En förklaring kan ligga i kuratorns verksamhetsområde, vilket avgör vilken typ av patienter och vilka utmaningar kuratorn möter, samt hur långa samtalskontakterna vanligtvis är. Det visade sig även vara stor skillnad mellan att träffa patienter i en krissituation eller patienter som är kroniskt sjuka. Därtill kunde även patientens sjukdomsprocess påverka kuratorns syn på och upplevelser av avslut, samt kuratorns arbetslivserfarenhet. En av kuratorerna med lång arbetslivserfarenhet kunde se slutet på samtalsprocessen redan vid första mötet med en patient, eftersom kuratorn kunde förutse ungefär vilken typ av avslut som väntade. Detta kan ses som ett uttryck för att avslutet kan vara närvarande redan i början av samtalskontakten. Oavsett verksamhetsområde visade vår studie att det vanligaste avslutet sker odramatiskt och som en följd av att en patient är färdigbehandlad och inte längre är aktuell för behandling. Detta avslut sker ofta planerat och under samförstånd.

Det som kan sägas är gemensamt för kuratorerna är att samtliga beskrev avslutet som en viktig del av processen, en naturlig del av deras arbete och något som måste förberedas noga för att lyckas genomföras på ett tryggt sätt för patienten. Även forskarna Bamford och Akhurst (2014: 459) betonar vikten av att hantera avslut medvetet och med försiktighet för att hjälpa patienten på bästa sätt. Tryggheten i avslutet kan också kopplas till anknytningsteorins trygga bas, som

även handlar om att förbereda individen på att tryggt och säkert våga lämna anknytningspersonen. Genomgående var att en säker separation var något att sträva efter vid avslutet av samtalskontakten, enligt kuratorerna.

Våra intervjupersoner hade delade meningar kring hur avslutet på bästa sätt kan användas i samtalskontakten. Avslutet hanterades också olika medvetet och strategiskt. Kuratorernas svar skiljde sig gällande synen på om det bör finnas en tydlig tidsram för när samtalskontakten ska avslutas, eller om avslutet är något som ska förhandlas fram under processens gång, vilket belyses av följande citat:

Då kan det vara skönt med ett litet riktmärke. Att jag erbjuder det här och sen stämmer vi av...

Spontant tänker jag; vilken stor frihet vi har i jobbet att utforma avslutet. Att det finns väldigt få restriktioner kring det [...] Och vilken skillnad det är gentemot om man har det väldigt strikt såhär; vi träffar alla fem gånger eller vi träffar alla tio gånger. Jag är personligen glad över att det är väldigt fritt. Sen kan det finnas en viss frustration när man själv kanske känner sig lite osäker: ska jag fortsätta eller ska jag inte fortsätta? Så har man inga enkla svar på det utan man får liksom reflektera, kanske diskutera med en kollega.

I likhet med exempelvis studierna av Zilberstein (2008) och Råbu och Haavind (2012) bekräftades att avslutet ofta användes på olika sätt, exempelvis som ett strategiskt mål eller medel. Vi anser att båda synsätten kan beskrivas vara uttryck för omvårdnadssystemet. Kuratorn i det första citatet som tydligt använde avslutet som ett mål tog ansvar för kontakten genom att förbereda patienten på en vardag utan kuratorn som trygg bas. Kuratorn i det andra citatet, som ville låta patienten vara här och nu genom att inte planera ett avslut och stressa patienten, kan å andra sidan sägas vara inkännande och mån om att låta processen ta sin tid.

6.1.1 Ett tryggt avslut och modet att släppa taget

När kuratorerna beskrev en positiv upplevelse av ett avslut, lyfte de flesta att de hade fått följa hela patientens process, vare sig det har handlat om att följa patienten tills dess att den flyttas till en annan avdelning, blivit frisk eller tills att patienten avlidit. Också tidigare forskning visar att det är av stor betydelse för ett bra avslut att kuratorer upplever viss kontroll över timing och process (Akhurst & Dawson, 2015: 27). Samma studie visar också att det är viktigt för båda parter att ha tid och möjlighet att reflektera över relationen och själva avslutet (ibid.). Känslan

av kontroll och möjligheten att ta ansvar för helheten, har framkommit i studien som en viktig variabel för kuratorns omvårdnadssystem och möjligheten att kunna skapa en trygg bas för patienten.

En annan viktig faktor som återkom under intervjuerna gällande positiva upplevelser av avslut var att patienten hade blivit färdigbehandlad i kuratorns samtalskontakt, att det skett en tydlig förändring och att patienten fått nya perspektiv på sin livssituation. Nedan följer två citat från samma kurator som tydligt beskriver hur patienten genomgått en förändringsprocess och att kuratorn känner sig tillfreds med sin insats:

För mig är bra avslut när jag ser resultaten av vårt arbete. Har patienten genomgått en förändring eller inte?

Från det här: 'Aldrig mer', till att: 'Jag har börjat söka jobb, jag är nöjd med mitt liv nu'...

I citatet ovan hade patienten gått från att fokusera på begränsningar och svårigheter till att våga utmana sig själv i en ny livssituation. Utifrån anknytningsteorin kan patientens förändringsprocess ses som ett resultat av en trygg anknytningsrelation med kuratorn, vilket ofta krävs för att våga söka hjälp och ta emot stöd. En stark anknytning i samtalsrelationen kan vara en viktig faktor för resultatet av samtalsbehandlingen, vilket bland annat betonas av Kietabl (2012: 122, 126). Vidare tolkar vi det som att kuratorn har kunnat fungera som den trygga bas som kan vara nödvändig för att patienten ska våga utforska vilka möjligheter som kan finnas i livet utanför och efter samtalskontakten. Liksom Feeney och Van Vleet (2010: 227) skriver, kan konceptet om en trygg bas ge en teoretisk förståelse för hur människor kan växa som ett resultat av att vara anknuten till någon. Här har kuratorn troligtvis haft ett accepterande och uppmuntrande förhållningssätt, med fokus på att patienten så småningom ska stå på egna ben. Det var återkommande under våra intervjuer att kuratorerna såg att ett viktigt syfte med samtalskontakten var att stärka patienten till att framöver klara sig utan kuratorn, vilket visas av citaten nedan:

...när patienten säger att: 'jag tror faktiskt inte att jag behöver komma till dig mer' - Jättebra!

Då tror jag att man som patient och jag känner att det finns en trygghet i att: 'OK, jag litar på dig i att jag klarar mig själv'. Det vi har kommit fram till är:

'Du har funnits, du har hjälpt mig med det jag behövde hjälp med. Jag är trygg med din bedömning att jag klarar mig själv'.

Här beskrivs att både kuratorn och patienten hade fått en tillit till att patienten känner trygghet och har fått verktyg nog att fortsätta livet utan stödet från samtalskontakten. Kuratorns roll som trygg bas har då handlat om att trösta och ge stöd i en svår situation, men också att hjälpa patienten att våga utforska och ta sig vidare i livet efter exempelvis en svår sjukdom eller kris (Bowlby, 2010: 164, Skourteli, 2011: 20). Ett positivt avslut kunde därför beskrivas som ett resultat av att patienten känt sig trygg nog, och fått tillräckligt med verktyg för att inte längre vara beroende av kuratorn.

Vidare resonerade våra respondenter kring den balans som måste finnas mellan att vara en trygg bas för patienten och att samtidigt sträva efter att patienten ska klara sig utan kuratorsstödet. Ett flertal kuratorer menade att detta inte är problemfritt. En kurator, i citatet nedan, lyfte svårigheterna med att patienter ibland blir alltför beroende av dem, och att det då kunde vara svårt att hjälpa patienterna att våga gå vidare utan samtalskontakt:

Jag kan tycka att det är jobbigt i vissa sammanhang när, jag tänker framför allt på anhöriga, när de tror att de är mer beroende av en än vad de är. För det är ju min uppgift att införliva trygghet och liksom att de måste gå vidare.

Citatet visar tydligt att kuratorn såg det som sin uppgift att trygga patienten i att våga lämna samtalskontakten, men att det också kunde upplevas som en utmaning. Detta är ett exempel på den paradox som den trygga basen innebär och som kuratorn måste förhålla sig till; nämligen att de band som vi skapar med andra samtidigt är förutsättningen för att vi ska bli självständiga och våga röra oss bort från våra anknytningspersoner (Safran & Muran, 2000: 31). Det är alltså en balans i att som kurator både finnas tillgänglig och vara en trygg person som patienten kan knyta an till, och samtidigt rusta patienten till att känna trygghet i att lämna kuratorn och bli självständig (Feeney & Van Vleet, 2010: 58, Kaiser, 2018: 219).

6.1.2 Dörren hålls på glänt

Återkommande i våra intervjuer var hur kuratorerna beskrev att de trots avslutad samtalskontakt ofta uppmuntrade patienter att återkomma vid behov och på så sätt höll kuratorn dörren på

glänt. Nedan följer ett citat där en kurator beskrev vikten av att vara tillgänglig och att inte försvinna helt för patienten efter avslutet:

Jag tror att det finns ett syfte i att känna: Okej människan finns kvar, om jag behöver henne. Att jag känner: hon finns om jag behöver henne. Det räcker.

Utifrån vår tolkning kan kuratorernas benägenhet att vilja hålla dörren på glänt tydligt kopplas till anknytningsteorins begrepp om säker hamn och kan ses som ett omvårdnadsbeteende. När kuratorn har lyckats etablera en trygg relation med en patient och samtalskontakten skall avslutas, kan det vara viktigt för patienten att veta att kuratorn inte kommer att försvinna. Detta kan beskrivas som en säker hamn, som finns kvar om behovet av tröst, närhet eller stöd skulle återkomma (Feeney & Van Vleet, 2010: 227f). Om dörren inte stängs helt lämnas patienten med en trygghet att de är välkomna tillbaka. Att kuratorerna höll dörren på glänt, både för patientens och sin egen skull, går emot tidigare forskning som visar på hur kuratorer kan undvika att erbjuda patienten fler samtal eller ytterligare kontakt, som ett sätt att skydda sig själv och sina känslor (Bamford & Akhurst 2014: 460). Vår studie visade tvärtom, att samtliga av våra respondenter erbjöd patienterna att de kunde höra av sig vid behov. Kuratorerna beskrev hur det ofta upplevdes som tryggt även för dem själva att inte stänga dörren helt. Avslutet upplevdes också som mer positivt när det inte var absolut och permanent. I kontrast till dörren som står på glänt beskrivs i citaten nedan en sorg över att inte få finnas till hands för patienten:

Det kan ju vara lite sorgligt för mig också, för att: 'Jaha nu ska inte jag få jobba vidare med detta' och även om patienten faktiskt har blivit jättemycket bättre, det kan ju vara en lyckad samtalskontakt, men där kan jag ju ändå känna att: "Ja men vi kanske kan boka in ett till samtal ändå!"

Jag visste att flera patienter skulle komma med återfall och så skulle jag inte vara där. Det knep i mig.

Kuratorerna gav här uttryck för en önskan om att få finnas kvar för patienterna och att få träffa dem igen. Även om den säkra hamnen främst är en trygghet för patienten, visar alltså vår studie att känslan av att kunna finnas tillgänglig också gör någonting för kuratorn. Det kan tolkas som att även kuratorn känner en trygghet och ett lugn i att få finnas tillgänglig för en patient, och att motsatsen kan skapa känslor av vemod eller olust. I citatet ovan beskrevs det som att "det knep" i kuratorn, att inte få finnas kvar. Det kan också handla om att det band som byggts upp är starkt och att det har skapats en nära relation som är svår att släppa. Således skulle dörren på glänt också kunna sägas ge kuratorn en möjlighet att inte behöva hantera ett definitivt avslut.

Många av våra respondenter återkom också till värdet av att få svar på frågan och funderingen om: Vad hände sen? Eftersom kuratorn inte får lov att läsa en patients journal efter avslutad kontakt kunde det ofta finnas en undran, nyfikenhet eller en oro kring hur det gick för patienten efter avslutet. Därför menade många kuratorer att en påhälsning, ett telefonsamtal eller annat meddelande efter avslutad samtalskontakt var en positiv del av ett avslut. En kurator beskrev det på följande vis:

Sen är det så att de ringer via växeln ibland till mig, och berättar om hur det går och så [...] bara berätta att det här och det här har hänt. Och det var jätteskönt! Det var jättefint.

Att kuratorn uppskattade att få höra från patienten kan ses som att kuratorn fick sin nyfikenhet eller oro stillad, eller att kuratorn fick bekräftelse i sin professionella roll. Men det kan också tolkas som att ett avslut upplevs som positivt när det inte behöver vara en absolut separation, och att dörren som hålls på glänt också kan skänka kuratorn viss glädje och lugn.

6.1.3 Den absoluta separationen

Inom hälso- och sjukvården är ett vanligt förekommande avslut för kuratorer att en patient avlider. Ett sådant avslut kan vara mer eller mindre förutsägbart, och kan ibland väcka svåra känslor hos kuratorn. Avslutet handlar då om en separation som är absolut och permanent, vilket innebär att all möjlighet till uppföljning försvinner, samt möjligheten för kuratorn att få finnas kvar som en säker hamn för patienten. Citaten nedan belyser en kurators tankar kring avslut till följd av döden:

Jag vet att det här kommer inte att gå, utan det kommer att bli ett avslut. Och då måste jag bearbeta det [...] att patienten inte kommer att överleva.

Det kan ju vara väldigt svårt att gå på semester när man vet att en av ens patienter är jättejättesjuk och man vet inte om [...] är den borta när jag kommer tillbaka?

När avslut var en konsekvens av en patients död uttryckte kuratorn i citatet känslor av sorg och ovisshet, eftersom tidpunkten för avslutet då är svår att förutsäga, samt på vilket sätt som avslutet sker. Under våra intervjuer framkom också att det kunde upplevas som en

kontrollförlust för kuratorer när en patient plötsligt avlider. En kurator beskrev en situation med ett plötsligt dödsfall på följande sätt:

...det var jätteröigt. Och så med de små barnen. Vi trodde att han skulle leva en månad till ungefär [...] Det var jättetraumatiskt. För alla.

Kuratorn beskrev hur en patient plötsligt dog och att det låg en sorg och frustration i att kuratorn inte hade hunnit få in familjen i det palliativa tänket eller haft kontroll över avslutet. På så sätt framtogs både familjen och kuratorn ett tryggt och planerat avslut. Detta är ett tydligt exempel på ett otryggt avslut till följd av en osäker separation. Men också avslutet som sker till följd av döden kunde väcka olika känslor hos våra respondenter. Under en av våra intervjuer beskrev en kurator hur hon kände lättnad när en patient som hade fått utstå mycket lidande under sin sjukdom äntligen fick somna in. Det kan också tolkas som att kuratorn haft tid och möjlighet att förbereda sig mentalt på att det kommer att bli ett avslut med patienten, vilket skulle kunna underlätta bearbetningen av att patienten går bort.

Den absoluta separationen som följd av att en patient avlider kunde alltså skapa olika känslor hos kuratorerna, såsom sorg, ovisshet, kontrollförlust och lättnad. Känslorna berodde till stor del på hur förberedd kuratorn, patienten och dess anhöriga varit på avslutet. Detta kan tolkas som att kontroll över processen och trygghet är viktiga faktorer i hur kuratorerna upplever ett avslut som är en konsekvens av döden.

6.1.4 Det oplanerade avslutet och känslan av förlust

Under våra intervjuer beskrevs också andra avslut som upplevdes som svåra av kuratorerna, däribland de avslut som var oplanerade. Några exempel på oplanerade avslut var när en patient slutade att höra av sig eller bad om en annan kuratorskontakt då patienten upplevde att personkemin inte stämde. Våra respondenter menade att ett oplanerat avslut på detta sätt kunde väcka många frågor och funderingar kring vad som gick fel och om kuratorn hade kunnat göra något annorlunda. Följande citat lyfter tankar hos två kuratorer efter ett plötsligt eller oväntat avslut:

...det är ändå frågor; 'varför?', som inte besvarades också. Det kändes inte bra. För man vill veta iallafall [...] för att växa i sin profession också. Man vill veta vad det var som inte funkade.

Vad är det som gör att du inte svarar eller varför vill du inte komma.? Upplevde du någonting i min kontakt, att jag inte visade intresse eller förstod dig, eller vad det nu kan vara...

En möjlig anledning till det oplanerade avslutet på patientens initiativ kan vara att det inte har etablerats en allians, vilket kan försvåra anknytningsprocessen för patienten och möjligheten att skapa en trygg relation med kuratorn. Ett oplanerat avslut kan också ses som en osäker separation, där bandet inte har hunnits skapas, vilket kan göra att upplevelsen av avslutet blir negativ (Woodend, 2014: 126). Det kunde skapa frågor och funderingar hos kuratorn, men också en känsla av otillräcklighet i den professionella rollen. Detta stämmer också överens med tidigare forskning som visar att oplanerade avslut kan skapa känslor av misslyckande eller ge dåligt professionellt självförtroende (Woodend, 2014: 32, Bamford & Akhurst, 2014: 467). Det kunde också handla om att kuratorn inte kunnat motivera patienten till förändring, vilket en kurator formulerade på följande vis:

De patienter som inte vill få behandling är jättesvåra att avsluta. Där känner man verkligen att man är kass på att motivera.

I citatet ovan berättade en kurator att det fanns ett mönster i de avslut som upplevdes som svåra, vilket var när patienterna inte ville ta emot hjälp och när kuratorn kände sig missnöjd med sin insats. Att känna sig otillräcklig i sin yrkesroll och att inte lyckas motivera en patient till förändring eller utforskande skulle också kunna tolkas som en sorg hos kuratorn över att ha gått miste om möjligheten att få vara en trygghet, där patienten inte har tagit emot erbjudandet om en trygg bas. Vidare kan det tolkas som att kuratorn upplevde en förlust av något som aldrig blev av. En kurator beskrev det i termer av att förlora både en människa i sitt liv och möjligheten att påverka och sätta igång ett förändringsarbete hos patienten.

I relation till det oplanerade avslutet lyfte ett antal av våra respondenter också en viss frustration över att inte få feedback på sitt arbete och att inte få bekräftelse från patienten. Det kunde beskrivas av två kuratorer på följande sätt:

Jag kanske också har behov av att träffa och höra... att bli bekräftad i min känsla att jag är speciell.

För mig är det viktigt att sista kontakten, när vi avslutar så att säga, att jag får någon form utav... inte feedback på vad jag har gjort bra, men alltså vad de upplevt har varit till hjälp för dem. [...] lite av en utvärdering på något sätt: blev det som du tänkte dig här nu?

Önskan att få feedback kan ses som en önskan om att få bekräftelse på ett personligt plan, men också att det kan ge möjlighet till att utvecklas professionellt. Detta bekräftas också i litteraturen, där bland annat Akhurst och Dawsons (2015: 28) studie visar på vikten av "bekräftande avslut" med möjlighet till avrundning, då abrupta avslut kan skapa känslor av övergivenhet hos kuratorn.

Ett övergripande tema i relation till de avslut som kuratorerna upplevde och beskrev som svåra, är en känsla av förlust. Dessa känslor lyfts också i tidigare forskning, bland annat av studien av Binder, Haavind & Råbu (2013: 277) som menar att avslut i samtalskontakter ofta väcker känslor av förlust och separation. I relation till detta återkom kuratorerna till känslan av kontrollförlust som en svårighet med avslut. En kurator beskrev sin upplevelse av att inte ha kontroll över processen eller känna sig färdig med sitt arbete på följande sätt:

Vi är liksom inte färdiga. Vi är fortfarande mitt uppe i en förändringsprocess och de är liksom sköra och det känns etiskt inte rätt att avsluta kontakten.

Visst är det lite jobbigt. När man har lite kontrollbehov också och vill kunna från början till slut äga sin egen process. Men här måste jag ju dela med mig åt det medicinska. Och det måste ju gå före, tyvärr, många gånger.

Kontrollförlusten beskrevs bland annat som en konsekvens av den medicinska kontexten, där kuratorn varken har tolkningsföreträde eller äger processen kring sin patient. Det innebär också att kuratorerna inte kan ha ett helhetsansvar för patienten, vilket är en viktig del av en framgångsrik anknytningsprocess. Många kuratorer lyfte det svåra i avslutet när en patient var medicinskt färdigbehandlad, men det psykosociala behandlingsarbetet inte var avslutat. I många av dessa fall lämnas kuratorn inte bara med en känsla av otillräcklighet, utan också en tomhetskänsla och en vilja att veta hur det gick sen. En kurator beskrev det som att hon ville "Se filmen ända till slutet". Vi menar att detta kan ses som ett omvårdnadsbeteende, där kuratorn vill ha kontroll och ta ansvar över hela situationen. Omvårdnadsbeteendet kan också ses i engagemanget och önskan om att patienterna ska bli redo att stå på egna ben och känna trygghet nog att klara sig utan kuratorn.

Vad som utmärkte avslut som upplevdes som svåra var att kuratorn kände en förlust eller inte hade kontroll över processen, vare sig det handlade om att patienten avled, slutade att höra av sig eller flyttades från den medicinska avdelningen och kuratorns ansvarsområde. Den svåra

upplevelsen av avslut lyftes också när kuratorn inte kunde motivera patienten till förändring eller när förändringsarbetet upplevdes som ofärdigt. Kuratorn hade då inte fått ta ansvar för hela processen och avsluta samtalskontakten på ett tryggt sätt.

6.2 Kuratorn som patientens omvärld

I detta avsnitt går vi djupare in på den anknytning som sker i samtalsrelationen och kuratorns tankar kring att patienter knyter an. Vidare presenterar vi vilka faktorer som kan påverka bandet som skapas samt hur detta band påverkar kuratorns upplevelse av avslutet.

Att det kan skapas känslomässiga band i relationen mellan kurator och patient bekräftades av samtliga kuratorer under våra intervjuer och de beskrev att patienter på olika sätt kunde knyta an till dem. Detta visar att anknytningsbeteendet även kan aktiveras i vuxna relationer och användas för att skapa band, vilket även lyfts av bland annat Frayley (2019: 404). Vad som däremot varierade bland våra respondenter var synen på, och associationerna till att patienter knyter an, samt vilka känslor som kunde väckas hos kuratorn. Genomgående var dock att kuratorn kände sig viktig och betydelsefull för patienten. De betonade även vikten av att vara medveten om sin position, sitt bemötande och det ansvar som det innebär att vara en potentiell anknytningsperson. Många kuratorer framställde bandet som en viktig del i relationen och något som gynnade kuratorns arbete och möjligheten till förändring hos patienten. Två kuratorer beskrev sina upplevelser kring att patienter knutit an till dem på följande vis:

Vad bra, då har vi en bra utgångspunkt för att kunna jobba vidare. [...] ibland känns det som ett väldigt stort ansvar [...] att oj liksom, här kommer människor och berättar om det som är allra svårast för dem och det känns som ett stort ansvar att göra något bra av det. Jag vet inte om man kan säga att det känns läskigt ibland, men man kan slås av det på något sätt.

Jag tänker dels att det absolut kan skapa prestationsångest, det kan ju bygga på det här med ambitionerna. Viljan att göra mer. Sen är det klart att... Det kanske är den delen som också gör att man faktiskt ändå vill jobba som kurator. [...] Att få lov att möta patienter som vågar öppna sig på det sättet för en som dom kanske inte har gjort för någon annan. Det tycker jag är en väldigt stor ära.

Här beskrevs det som positivt att patienten knyter an, där kuratorn verkar syfta på att bandet kunde underlätta och möjliggöra en välfungerande samtalskontakt. Även forskaren Kietaibl (2012: 126) betonar att en stark anknytning är en viktig faktor när det gäller resultatet av en

terapi, eftersom det kan bidra till att stärka alliansen. Kuratorn som står för första citatet ovan upplevde samtidigt ett stort och nästan läskigt ansvar i att bli en så viktig person i patientens liv. Detta skulle kunna tolkas som prestationsångest eller en stark önskan om att kunna ta vara på sin möjlighet att hjälpa patienten. Att kuratorn kunde uppleva prestationsångest när en patient knyter an var återkommande i flera intervjuer. Samtidigt kunde det också beskrivas som en ära och något som gav mening till kuratorsyrket. Att få vara en anknytningsperson och att få det förtroende som det innebär kunde alltså ses som ett stort och hedrande ansvar. Dock är det inte oproblemiskt att en patient knyter an vid en samtalsrelation och det kräver eftertanke och medvetenhet hos kuratorn. Vid en intervju ställde vi frågan om kuratorn känner att patienter knyter an i relationen. Kuratorn svarade då:

Absolut. Och sen är det är också ett moment att ifrågasätta [...] i de mörkaste stunderna för patienterna så kan jag vara länken till omvärlden, men inte själva omvärlden. Men patienten ser mig som en omvärld. Där är det en sådan diskrepans i vad jag ser mig som och vad patienten ser mig som. Och det är jättesvårt att bryta där, eller avbryta, för det kan ju vara traumatiskt för patienten också. Att det är så pass för honom eller henne, att jag finns i hennes liv då, som trygg bas. Men [...] jag vet att jag är bara ett litet sandkorn i hela den här öknen av patientens problem eller det som går att få.

Här lyfte kuratorn vikten av att vara vaksam och försiktig när patienten knyter an, samt att vara medveten om sitt förhållningssätt. Att vara som "en hel omvärld" för en patient upplevdes enligt kuratorn som ett stort ansvar som måste hanteras varsamt. När patienten är i en svår situation eller skör period i livet blir det desto viktigare hur kuratorn hanterar relationen och avslutet. Patienten har sökt sig till den trygga bas som kuratorn erbjuder, och här har kuratorn det största ansvaret för hur relationen och avslutet hanteras, menade flera av våra respondenter. Kuratorn i citatet ovan har också en realistisk syn på relationen, och ser sig själv mer som en "länk till omvärlden" eller ett "sandkorn i öknen" av all hjälp som finns att få, medan patienten ser kuratorn som sin omvärld.

Detta påminner också om den ojämlika relationen som en anknytningsrelation innebär. Patienten knyter an och är beroende av kuratorn på ett helt annat sätt än vad kuratorn är beroende av patienten. Relationen är också ojämlik på så sätt att kuratorn är den som ger, och patienten tar emot, vilket även Broberg (2006: 57) skriver i relation till föräldern och barnet. I ljuset av detta är det naturligt att våra resultat visar hur kuratorns syn på sin egen roll och det band som skapas ofta skiljde sig markant från hur patienten såg på kuratorn. Nedan följer ett citat som belyser hur ojämlikheten kunde uppfattas av en kurator:

Mm, jag är kanske lite mer som såhär: Vad vill han eller hon få ut av mig nu eftersom du knyter an så...Jag kan nog vara lite mer på min vakt att: Jaha, är detta ett, inte ett spel, nu låter ju det hemskt, men är detta... en medveten strategi från patientens sida att: Om jag betar mig såhär eller säger såhär så kanske jag får mer hjälp.

Kuratorns association till anknytning var förknippad med utnyttjande, där anknytningen mer sågs som en medveten strategi från patientens sida för att få ut så mycket som möjligt av kuratorskontakten. Detta kan också ses utifrån det faktum att relationen är ojämlig gällande givande och tagande, där denna kurator uppfattade det som betungande. Oron för att bli utnyttjad kunde bidra till att kuratorn blev vaksam gentemot ett eventuellt anknytningsbeteende, snarare än att uppmuntra beteendet för att etablera en trygg allians.

Citaten som presenterats under detta avsnitt visar på bredden och variationen i kuratorers syn på att patienten knyter an, samt vilka olika associationer och känslor som det kunde väcka hos kuratorn. Vår studie visar också att patientens anknytningsbeteende kunde användas olika strategiskt i samtalsrelationen. Anknytningen kan ses som en viktig faktor och tillgång i förändringsprocessen och vara något som uppmuntras av kuratorn, men också vara något som kan ifrågasättas eller vara vaksam gentemot.

6.2.1 Krisens betydelse för bandet

Något som visade sig ha stor betydelse för bandet som skapas i samtalsrelationen var att patienten ofta befinner sig i någon form av kris. Trots att samtalskontakten många gånger kan vara kort, menade flera av kuratorerna att patienterna ofta knyter an väldigt snabbt. Att patienten knyter an fort är på många sätt en omedveten överlevnadsstrategi från patientens sida. Situationen kan vara kaotisk för patienten och mycket information ges av många olika professioner. I detta kaos kan kuratorn, som ofta är den enda psykosociala representanten på vårdavdelningen, bli en symbol för trygghet, stabilitet och kontinuitet. Kuratorn får ofta en tolkande roll gentemot patienten under en pågående kris, i den mening att medicinsk information kan göras mer förståelig liksom sammanhanget. En kurator beskrev anknytningen som skapas under en kris på följande vis:

Vissa har ju ett enormt behov av att knyta an [...] De kommer med händerna liksom, ska hålla i en för att de är i sådan chock [...] I det här kaoset som är,

när du är ineliggande till exempel, om du kanske flyttas mellan avdelningar [...] Du är inte hemma i din trygga vrå. Då tror jag att det är jätteviktigt att ha den där personen som känner en, som man har knutit an till i det här och kan guida en vidare.

Vad man behöver då är ju information och att bara känna att man har någon att hålla i. Någon som lyssnar, som finns, som även tar in information och transkriberar den nästan...

Detta antyder att krisen kan påskynda anknytningsprocessen, mycket på grund av det stora behov av stöd som patienten har och kuratorns tydliga roll och tillgänglighet som kris- och samtalsstöd. Det kan också kopplas till att anknytningsbeteendet aktiveras när en person upplever behov av hjälp och söker närhet och stöd (Broberg et al. 2013: 289). Som en reaktion på att patienten knyter an under krisen, beskrev en kurator sig bli en stabilare, för att kunna hjälpa patienten på bästa sätt, samt att ge råd, information och närhet. Kuratorn kunde också fungera som en viktig länk mellan läkaren och patienten, och omtolka vad den medicinska personalen sagt.

Krisen gör också kuratorns funktion som omvårdnadsperson och trygg bas väldigt tydlig. Under krisen finns kuratorn tillgänglig både fysiskt och känslomässigt och orkar ta in patientens svåra situation, samtidigt som kuratorn har kunskaper och verktyg att tolka patientens känslor för att sedan "lämna tillbaka" i en bearbetad form. Detta är både spegling och en normalisering som kan ge trygghet för en person i kris. På så sätt gör kuratorn, liksom föräldern, världen och situationen både mer förståelig och hanterbar för patienten i en kaotisk situation (Skourteli, 2011: 21). En kurator speglar också patienters känslor med både kroppsspråk och ord vilket kan hjälpa patienter att formulera och hantera sin sorg och rädsla. Vidare agerar kuratorn också säker hamn genom att stanna kvar och fortsätta att dela känslor, kompletterat med att ge patienten eller dess närstående verktyg att hantera både vardagen och tankarna kring framtiden. När en kurator ger en patient nya perspektiv på sin livssituation, kunde det beskrivas på följande sätt:

Och det kommer inte att vara såhär jämt. Det tycker jag är viktigt. *Idag* är det såhär, men det kommer inte vara såhär hela tiden nu. Nej. Det är bara just nu.

Kuratorn visar alltså på att det finns vägar ut ur det som kan upplevas som kaotiskt. I detta ingår att ge patienten nya perspektiv, hopp och tillförsikt, vilket Feeney & Van Vleet (2010: 227f)

menar är en central funktion för den trygga basen. Det ligger också stor tröst i att ge patienten ett annat perspektiv på sin situation och hopp om framtiden.

6.2.2 Starka band och personliga farväl

Under våra intervjuer framgick det tydligt att band även kunde skapas hos kuratorn gentemot patienten. Många av respondenterna beskrev dessa band som nära, starka och känslomässiga. Återkommande var också att kuratorn sade sig kunna tänka på patienter även efter att samtalskontakten var avslutad, vilket kan tyda på att relationen har fått stor betydelse för kuratorn också på ett personligt plan:

Jag tänker absolut att det är patienter som kan följa med en hem både när man har samtalskontakterna pågående och lång tid efter, och det beror kanske just på det här att man bygger ett ganska nära band liksom. Även om jag sitter där som professionell kurator så blir det på något sätt ett ganska starkt band.

Här var det tydligt att kuratorn möter patienter i en professionell yrkesroll, men samtidigt också som människa, där personliga tankar och känslor finns med. Att kuratorn skapar band kan ses som en följd av att få vara del av en viktig relation eller anknytningsprocess. Det är en grundläggande egenskap hos människan att skapa band till andra individer, menar Broberg (2006: 59), vilket också gör det naturligt att kuratorn i en samtalskontakt får känslomässiga band gentemot patienten. När dessa band ska brytas vid avslutet av samtalsrelationen kan det skapa blandade känslor hos kuratorn. Två kuratorer beskrev hur ett starkt band i relationen kunde göra att känslorna förstärktes överlag och i sin tur även gjorde avslutet mer känslolöst:

Usch, det kan vara ganska jobbigt faktiskt. Jag tänker både i förhållande till samtalskontakten i sig att det kan vara jobbigt för patienten att avsluta, men jag tänker också att det kan vara jobbigt för en själv att avsluta en kontakt för jag lär ju också känna patienten, och ibland så har man ju faktiskt byggt en väldigt bra och fin relation där jag då kanske faktiskt kan få vara ett bra stöd.

Det fanns ju någonting skönt i att avsluta de kontakterna också, där det hade varit lite starkare band. Jag tänker att det är kanske förknippat med lite starkare känslor generellt, alltså man har haft den här anknytningen och kanske då fått igång sitt omvårdnadssystem [...] Det kan ju kännas starkare, de här mer sorgliga känslorna, men också tillfredsställelsen i att det här blev något bra, nu är vi färdiga och det känns bra.

Kuratorerna menade att avslutet kunde upplevas som svårare eller mer känslösamt just på grund av det band som hade skapats mellan dem och en patient och att kuratorn fått lära känna patienten. Det tyder på att det är en förlust av mer än en patient, och att det även kan handla om en förlust av en personlig relation. Avslut av samtalskontakter kan alltså trigga både komplexa och intensiva känslor hos kuratorn, såsom förlust och sorg, vilket även bekräftas av studien av Boyer och Hoffman (1993: 271). I det andra citatet tolkar vi det som att kuratorn kunde uppleva avslutet som sorgligt på ett personligt plan, troligtvis eftersom kuratorn hunnit bli fäst vid patienten. På ett professionellt plan verkade det dock finnas en tillfredsställelse över resultatet av samtalskontakten och att avslutet kunnat ske tryggt och framgångsrikt.

Under våra intervjuer framkom att kuratorn kunde bli mer berörd av en del patienter och knyta starkare band till vissa, än till andra. I relation till detta är det intressant att ta upp ett citat som belyser en kurators reflektion kring de patienter där det skapas ett starkt band och där det inte gör det. Kuratorn resonerar också kring hur långt man faktiskt kan gå i en professionell relation, samt var gränsen går för det band som skapas i relationen:

Det finns alltid vissa patienter som man blir mer eller mindre berörd av. Och det är oftast kanske dem som man blir mer berörd av som man tänker mer på. Sen får man ju fundera på dem som jag inte blir lika berörd av, vad står det för? Och jag tänker framförallt nu när jag ska sluta att jag kan tänka: 'Gud skulle jag ha gett mitt privata telefonnummer till någon, för det känns ju ...ooh... dom kan jag ju inte släppa.' Och det vill man ju fundera kring: Vad är det som gör att jag känner så starkt för den här personen?

Kuratorn verkar ha skapat ett personligt band till vissa patienter, och instinktivt inte velat släppa dem och nästan velat lämna sitt privata telefonnummer. Samtalsrelationen hade blivit viktig även för kuratorn, vilket kan ha gjort känslorna svårare vid avslutet. Forskare menar att både skapandet och brytandet av anknytningsrelationer kan skapa väldigt intensiva känslor hos en individ, samt att det är några av människans starkaste emotionella upplevelser (Zilberstein, 2008: 304, Fraley, 2019: 401). Att kuratorn upplever starka känslor och en ovilja att avsluta relationen kan alltså ses som en naturlig följd av när det funnits starka band som är känslösamma att bryta. Det kan också kopplas till kuratorns vilja att hålla dörren på glänt för att slippa en absolut separation.

Vår studie visar att en faktor som påverkade bandet som skapades hos kuratorn var identifikation och kuratorns eget bagage och bakgrund, vilket återkom i flera intervjuer. Det

skapades starkare band till patienter som liknade kuratorn i exempelvis ålder och erfarenheter, samt till patienter som följt med under en längre tid. Nedan beskriver två kuratorer hur bandet i relationen stärktes av att patienter liknar dem själva:

Det här bandet, det skapas ju hos mig i alla fall mer utifrån vad jag själv har i min rygsäck, i mitt bagage - kan jag identifiera mig med patienten, med hennes historia eller hans historia eller situation? [...] Då stärks det här bandet eftersom man verkligen känner vad du pratar om.

Nu jag har två patienter som jag tycker är svåra att avsluta [...] och det är patienter i samma ålder som mig själv och som jag har haft kontakt med länge

Citaten kan tolkas som att det är lättare att känna empati till personer som går att identifiera sig med och som kuratorn hunnit lära känna mer på djupet och kanske fått en mer personlig relation till. Även studien av Bamford och Akhurst (2014: 468) bekräftar att kuratorerna påverkas starkast av de patienter som liknar dem mest, vilket i artikeln beskrivs som empatisk identifikation. Några av våra intervjupersoner menade också att identifikation med patienten och det starka band som detta innebär också påverkade avslutet, då separationen kunde upplevas som svårare.

Samtidigt menade flera kuratorer att ett starkt band i samtalsrelationen många gånger kunde underlätta avslutet. Det berodde delvis på den trygghet och förtroende som hunnit skapas i relationen och att båda parter upplevde att patienten fått tillräckligt med stöd för att kunna klara sig utan kuratorn. Att ett starkt band gör att avslutet känns lättare bekräftar antagandet inom anknytningsteorin att en separation bara kan ske på ett säkert sätt om det först har funnits en säker anknytning i relationen (Woodend, 2014: 126). Tryggheten kunde även kopplas till tillit, att båda parter litade på bedömningen att patienten kunde klara sig utan kuratorn. Den trygga anknytningen och det starka bandet handlade också om att förhållandet hade varit bra och att det inte funnits frågor och oklarheter kvar vid avslutet. En av respondenterna gjorde en liknelse mellan avslutet i samtalskontakten och ett dödsfall:

När man känner att det har varit en god anknytning och liksom när det har gått bra, ja då är det lättare att släppa. Ungefär så som man säger kanske när en person går bort, att ofta är det lättare för den personen som är kvar om det har varit ett bra förhållande, än om det finns väldigt mycket ouppklarat. Då blir det ofta starkare sorg och mycket oklarheter och många frågor kvar. Och jag tror man kan dra lite paralleller här. Har det varit en god anknytning och man känner att: här har vi gjort ett bra gemensamt arbete, då känns det bra. Man är rätt så nöjd. Det blir ett bra avslut.

Detta beskriver hur viktig den trygga anknytningen i relationen är och att avskedet kan vara lättare om relationen varit bra och om frågor har klarats ut. Det kan också göra att avslutet känns mindre sorgligt. För kuratorns del verkade det också handla om att känna sig tillfreds med sitt arbete i samtalskontakten och den relation som har skapats, vilket också gjorde det lättare kunna släppa patienten och känna att även avslutet blev bra. Det kan också tolkas som att kuratorn kände en tillfredsställelse i att ha kunnat samarbeta med patienten under hela processen.

6.3 Kuratorn som omvårdnadsperson

Utöver att kuratorn kan skapa känslomässiga band till sina patienter, kan kuratorns omvårdnadsbeteende även ta sig uttryck på flera andra sätt, vilket presenteras under detta avsnitt. Liksom en förälder, erbjuder kuratorn i en samtalskontakt bland annat tröst, bekräftelse och praktisk hjälp, och kan på många sätt liknas vid en omvårdnadsperson för patienten. Under våra intervjuer upplevde vi att kuratorn ofta hade ett starkt känslomässigt engagemang och medkännande gentemot sina patienter, vilket i detta fall är en förutsättning för omvårdnadssystemet. Det var tydligt att patienter kunde väcka känslor hos kuratorn, vilket kunde ta sig uttryck i olika tröstande beteenden och en vilja att hjälpa och stötta. Detta beskrevs av två olika kuratorer på följande sätt:

Jag tillåter mig att gråta tillsammans med patienten, inte böla kanske, men gråta och hålla dem i handen. Eller kommer fram och kramar lite så här, eller tar min stol och sätter mig bredvid.

Man får sådana känslor att man vill hjälpa och trösta och stödja och sådär. Om någon är väldigt ledsen till exempel så lever man sig ju in i det och vill hjälpa till att ta hand om det. Så, ja absolut, det väcker mycket omvårdnadskänslor.

När kuratorn gråter tillsammans med patienten kan det ses som ett uttryck för att kuratorn bekräftar patientens reaktion, snarare än att kuratorn har blivit överväldigad och inte kan hantera känslan i rummet. Genom att kuratorn sätter sig bredvid patienten erbjuder kuratorn inte bara närhet och tröst, utan visar sig också tillgänglig och kapabel att dela patientens känslor och svåra situation. Omvårdnadsbeteendet som kuratorn visar gentemot sin patient kan på många sätt härledas ur det emotionella engagemang som ligger i att vilja erbjuda omvårdnad som svar på behovet av tröst, vilket Broberg skriver om (2006: 158, 210).

En viktig del i kuratorns omvårdnad och som återkom i flera intervjuer, var att kuratorn ofta härbärgerade patientens känslor. Att härbärgera innebär att kunna bära känslor åt en annan, vilket är viktigt för att kunna vara ett stöd för en annan person, menar Semb (2018: 172). Samtidigt är det också viktigt att understryka att härbärgering också innebär att inte lamslås av samma känslor som patienten har (Cullberg, 2003: 422). I relation till den kris som en patient kan befinna sig i under en samtalskontakt, kan härbärgering innebära att kuratorn erkänner, tolererar och uthärdar känslor av smärta och sorg som den krisdrabbade kan uttrycka, skriver Kero (2014: 85). På så sätt innebär härbärgering att patienten blir "mentalt buren" av kuratorn (ibid). I flera av våra intervjuer uttryckte kuratorerna att de bär patientens känslor, orkar lyssna och står ut i känslorna:

Jag står ut i de sammanhang där många andra kanske inte kan.

Man har orkat stå bredvid liksom i det. Orkat lyssna och vara där i alla känslor.

Härbärgerande kan ses som en del av omvårdnadsbeteendet, vilket finns både i relationen mellan barn och föräldrar och i terapirelationen. Cullberg (2003: 422f) skriver att det härbärgerande förhållningssättet hos en terapeut kan liknas vid föräldrarnas hållning när barnet slagit sig och söker tröst. Eftersom föräldern inte har orsakat barnets smärta, belastas inte föräldern av barnets reaktion. Det finns alltså inget skuldförhållande som står i vägen för tröst och närhet och därför kan föräldern ta emot barnets känslor och låta det gråta ut (Cullberg, 2003: 422f). På motsvarande sätt beskrev flera av våra intervjupersoner att de kan ta emot, bekräfta och normalisera en patients känslor. Att härbärgera en patients känslor kan också ses som ett sätt att skapa en trygg bas, menar Broberg et al. (2013: 294). Det är alltså en viktig och central del i bandet som skapas i samtalsrelationen.

Ytterligare omvårdnadsbeteenden som kuratorerna beskrev var att känna in patientens känsloläge, vara närvarande och befinna sig där patienten är, i nuet. Det handlar om att följa patientens process och att inte rusa mot avslutet, menade några av respondenterna. Detta beskrevs tydligast i relation till de patienter som befinner sig i en pågående kris, där patienten kan behöva gå igenom olika stadier i krisprocessen. Det handlade även om att finnas tillgänglig, och att vänta tills det att patienten var redo att ta emot stöd. Exempelvis kunde en kurator boka in nya tider med en patient som ansåg sig inte behöva stöd i nuläget, som en försäkran om att finnas tillgänglig som säker hamn om och när behovet skulle uppstå. Denna kurator kände sjukdomsförloppet väl och visste att det var av stor vikt att inte släppa taget om patienten. Här

var kuratorns tidigare erfarenheter av sjukdomsförloppet eller reaktioner i krissituationen avgörande för att kunna möta patientens behov.

I relation till detta kunde kuratorns omvårdnadsbeteende ta sig uttryck genom det ansvar som kuratorn känner och tar för patientens mående och den psykosociala processen. En kurator uttryckte detta på följande sätt:

Jag tänker att det inte bara är ett känslomässigt stöd. Jag tänkte på det du sa, att ligga ett steg före för att kunna få in rätt insatser [...] Just det här att förutse hinder och ta bort det, så mycket som möjligt.

Detta citat belyser hur kuratorn tog ansvar för patientens situation genom att ligga ett steg före. En del i detta handlade om att förutse och ta bort hinder för patienten och att ge insatser i rätt tid, vilket även bekräftas av Feeney och Van Vleet (2010: 228). Kopplat till detta beskrev också kuratorer balansgången mellan att befinna sig i nuet och samtidigt tänka framåt på patientens kommande behov. Att kuratorn ligger ett steg före patienten och förutser behov kan också ta sig i uttryck i praktisk och handfast hjälp, där kuratorn kunde se till patientens basala behov. Exempelvis kunde kuratorn ge patienten mat eller dryck:

Det kan ju vara så att det handlar om: Har ni fått någon mat? Har ni inte ätit någonting? Och så går man och... kan ni fixa lite mackor och kaffe? Vi måste ha i dem lite mat här. Vätska. Drick lite till.

Detta understryker också vikten av kuratorns kunskaper inom socialt arbete, holistiska perspektiv och rollen som psykosocial expert inom vården. Kuratorn är mer än en samtalskontakt och kan därför också agera omvårdnadsperson, trygg bas och säker hamn på många olika sätt. I den trygga och läkande relationen erbjuder kuratorn inte bara samtalsbehandling och emotionellt stöd i svåra situationer, utan också bland annat praktisk hjälp och närhet. Kuratorn tar hänsyn till flera aspekter i patientens liv, såsom det sociala, kroppsliga, relationella och psykologiska, vilket gör att omvårdnadsbeteenden kan ta sig många olika uttryck.

7. Sammanfattande diskussion

Syftet med studien har varit att undersöka hur kuratorer inom hälso- och sjukvården upplever avslut av samtalskontakter. Syftet var också att undersöka vilka känslomässiga band som skapas hos kuratorn gentemot patienter i samtalsrelationen och hur dessa band påverkar kuratorns upplevelser av avslutet. Detta har vi undersökt genom kvalitativa intervjuer med sju kuratorer inom sex olika verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården.

Våra resultat visar att avslutet är en betydelsefull del av kuratorns arbete och något som kan väcka många och starka känslor, vilket även bekräftas av tidigare forskning (Zilberstein, 2008: 301, Boyer & Hoffman: 1993: 271, Bamford & Akhurst, 2014: 459). Respondenterna gav samstämmigt en bild av avslutet som en viktig del av samtalsprocessen, som behöver förberedas för att avslutet ska kunna ske tryggt. Kuratorernas upplevelser av avslut såg olika ut beroende på verksamhetsområde, längden på samtalskontakten, samt om patienten befann sig i en krissituation eller var kroniskt sjuk. Våra resultat visar också på ett antal upplevelser som kuratorerna hade gemensamt gällande avslut, exempelvis att känslan av kontroll över samtalsprocessen var något positivt. Denna upplevelse av kontroll är också starkt sammankopplad med kuratorns vilja att ta ett helhetsansvar för patientens psykosociala behandling. Detta visade sig ha betydelse för kuratorns möjligheter att vara en omvårdnadsperson och kunna agera trygg bas för patienten. Flertalet respondenter beskrev också värdet av ett sammanfattande avslut, där kuratorn kunde få bekräftelse på att patienten fått nya perspektiv på sin livssituation och genomgått en förändring. Detta ligger också i linje med studien av Akhurst och Dawson (2015: 28), som visar på vikten av ”bekräftande avslut”, med möjlighet till avrundning.

Känslan av kontrollförlust var en viktig variabel i relation till de avslut som kuratorerna beskrev som svåra. Denna kontrollförlust beskrevs tydligast i relation den medicinska kontexten och kuratorns upplevelse att inte äga sin egen process med patienten. Också de avslut som är oplanerade var återkommande som en typ utav avslut som upplevdes som svåra, vilket även tidigare studier visar (Bamford & Akhurst, 2014: 468, Akhurst & Dawson, 2015: 28). Dessa avslut tenderade att väcka många funderingar hos kuratorn kring vad som hade gått fel och om kuratorn hade kunnat göra något annorlunda. I relation till de oplanerade avsluten lyfte också flera kuratorer en frustration över att inte få feedback på sitt arbete. Också i de fall där ett avslut

var en följd av ett plötsligt dödsfall återkom känslan av kontrollförlust, men också en sorg över att det innebar en absolut separation.

Tidigare forskning visar att kuratorer, som en strategi för att skydda sig själva känslomässigt, tenderar att undvika att erbjuda patienter möjligheten att komma tillbaka efter avslutad samtalskontakt (Bamford & Akhurst 2014: 460). Våra resultat visar snarare på motsatsen. Under våra intervjuer uppgav samtliga respondenter att de var positiva till att erbjuda ytterligare samtalsstöd vid behov efter avslutad samtalskontakt. Detta beskrevs vara för patientens skull, men också för att det kändes tryggt att som kurator få finnas kvar som säker hamn och att avslutet på så sätt inte blev absolut. Detta tema var så återkommande under intervjuerna att vi skapade kategorin "viljan att hålla dörren på glänt". Vi anser att det finns en stark koppling mellan kuratorernas vilja att hålla dörren på glänt och anknytningsteorins begrepp om säker hamn och att det är ett tydligt omvårdnadsbeteende. Att dörren hålls på glänt kan beskrivas som en symbol för att det har skapats starka band i relationen mellan kurator och patient.

Det blev tydligt under våra intervjuer att kuratorn skapar band till patienter och att en anknytningsrelation etableras i samtalskontakten, vilket flertalet av respondenterna beskrev. Detta var ett förväntat resultat, dock förvånades vi över den bredd och variation gällande vilka associationer och känslor som kunde väckas av att patienter knyter an till kuratorn. Anknytningsbeteendet hos patienten kunde både ses som en positiv och viktig faktor i förändringsprocessen, men också som något att ifrågasätta, vara vaksam kring och hantera varsamt. Anknytningen kunde också användas olika strategiskt i samtalsrelationen och uppmuntras i olika grad.

Hur banden som skapas i relationen påverkade avslutet var olika för olika kuratorer. Starkare band kunde i vissa fall göra avslutet mer känslösamt. En del kuratorer beskrev att det kunde vara svårare att släppa patienten om de hade fått en personlig relation och ett starkt band, vilket då var förknippat med en större sorg och förlust på ett personligt plan. Ofta kunde kuratorerna identifiera sig på olika sätt med de patienter som lämnat störst känslomässigt avtryck och som var svårast att släppa. I studien av Bamford och Akhurst (2014: 468) beskrivs detta som empatisk identifikation. Andra menade att den starka anknytningen kunde underlätta avslutet, eftersom det då funnits en trygghet i att patienten fått tillräckligt med stöd för att klara sig utan kuratorn. Vi menar att detta också kan ses som ett uttryck för en tillfredsställelse på ett professionellt plan, där kuratorn känt sig nöjd med sin insats och fått slutföra sitt

förändringsarbete på ett framgångsrikt sätt. Patienten har då också tagit emot kuratorns erbjudande om en trygg bas och säker hamn och kuratorn har fått vara den omvårdnadsperson som en samtalsrelation kan erbjuda (Zilberstein, 2008: 303).

Vår studie visade på flera exempel där kuratorn fått fungera som trygg bas och säker hamn för patienten, exempelvis genom att kuratorn fanns tillgänglig och härbärgerade patientens känslor. Många kuratorer lyfte också den utmaning och balansgång som det innebär att vara en trygg bas för patienten och samtidigt sträva efter att patienten ska klara sig själv, vilket kuratorerna såg som ett viktigt syfte med samtalskontakten. Det visar också på det paradoxala som en trygg bas innebär; att banden som skapas samtidigt är förutsättningen för att bli självständig och våga röra sig bort från anknytningspersonen (Feeney & Van Vleet, 2010: 227f).

När vi valde anknytningsteorin som teoretisk ram för vår studie hade vi inledningsvis funderingar kring om det hinner skapas känslomässiga band i relationen mellan kuratorn och patienten, eftersom samtalskontakten inom hälso- och sjukvården inte alltid är så långvarig. Samtalskontakten har inte heller samma uttalade syfte som kan finnas inom exempelvis psykoterapi, där målet för behandlingen är att erbjuda patienten möjlighet att rekonstruera inre arbetsmodeller av sig själv och omgivningen (Broberg et al. 2013:288). Därtill används anknytningsteorin främst till längre terapibehandlingar, i de studier som analyserar samtalsrelationer utifrån ett anknytningsperspektiv. Det fanns därför en viss osäkerhet gällande till vilken grad som anknytningsteorin var applicerbar i samtalskontakten inom hälso- och sjukvården. Dock har studien visat att processen att skapa band påskyndas till stor del av att patienten kan befinna sig i en krissituation och därför har ett större behov av att knyta an. Detta bekräftade att anknytningsteorin är användbar även i kortare kontakter. Vår slutsats är att det inte är längden på kontakten som är avgörande för de band som skapas, utan vad syftet med relationen är, vilken situation som patienten befinner sig i, samt att kontakten med kuratorn ofta har ett uttalat syfte som kris- och samtalsstöd.

7.1 Studiens bidrag och vidare forskning

Vår studie har gett lärdomar och en fördjupad kunskap om hur kuratorer inom hälso- och sjukvården upplever olika typer av avslut, utifrån ett anknytningsperspektiv. Eftersom avslut

generellt har fått lite fokus i forskningen, framför allt utifrån kuratorers perspektiv, har vår studie medfört ett bidrag till att fylla denna kunskapslucka. Vidare har studien uppmärksammat omvårdnadssystemet inom anknytningsteorin och hur detta kan ta sig uttryck hos kuratorn i en samtalsrelation.

Vår studie visar att det både finns underlag och anledning till vidare forskning på kuratorers upplevelser kring avslut. Kuratorer har fått lite fokus i tidigare studier, trots att de utgör en betydande andel av verksamma socionomer i Sverige, vilket pekar på relevansen av vidare forskning på yrkesgruppen (Blom et al, 2014: 17). Vidare förekommer avslut som en följd av en mängd olika orsaker inom hälso- och sjukvården, vilket gör avslutet komplext och relevant att utforska vidare. Vi menar också att vår studie visar på behovet av ytterligare teoriutveckling gällande omvårdnadssystemet inom anknytningsteorin, inte minst med fokus på separationens betydelse för och uttryck hos omvårdnadspersonen.

8. Litteraturlista

Ahrne, G. & Svensson, P. (red.) (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber AB.

Akhurst, J. & Dawson, D. (2015) 'I wouldn't dream of ending with a client in the way he did to me': An exploration of supervisees' experiences of an unplanned ending to the supervisory relationship. *Counselling & Psychotherapy Research*, 15 (1): 21-30.

Alvesson, M. (2011) *Intervjuer: genomförande, tolkning och reflexivitet*. Stockholm: Liber AB.

Bamford, J. & Akhurst, J. (2014) "She's Not Going to Leave Me"- Counsellors' Feelings on Ending Therapy with Children. *British Journal of Guidance & Counselling*, 42 (5): 459-471.

Bergmann, M. (2010) There is no end of the line: Terminating the interminable. I: J. Salberg (Red.) *Good Enough Endings: Breaks, Interruptions, and Terminations from Contemporary Relational Perspectives*. New York: Routledge.

Binder, P-H, H. Haavind, M. Råbu (2013) Negotiating ending: A qualitative study of the process of ending psychotherapy. *European journal of psychotherapy and counselling*, 15 (3): 274-295.

Blom, B., Lalos, A., Morén, S., Olsson, M. (2014) Hälso- och sjukvården – en central arena för socialt arbete. I: Lalos, A. & Blom, B. (red.) (2014). *Socialt arbete i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bowlby, J. (2010) *En trygg bas: Kliniska tillämpningar av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur & Kultur.

Boyer, P. A. & Hoffman M. A. (1993) Counselor affective reactions to termination: Impact of counselor loss history and perceived client sensitivity to loss. *Journal of Counseling Psychology*, 40 (3): 271-277.

Broberg, A. (2006) *Anknytningsteori: betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Andra uppl. Stockholm: Liber AB.

Collins, N. L. & Ford, M. B. (2010) Responding to the needs of others: The caregiving behavioral system in intimate relationships. *Journal of Social & Personal Relationships*, 27 (2): 235-244.

Cullberg, J. (2003) *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur & kultur.

Davies, M. J. (2010) Transformations of desire and despair: Reflections on the termination process from a relational perspective. I: J. Salberg (Red.) *Good Enough Endings: Breaks, Interruptions, and Terminations from Contemporary Relational Perspectives*. New York: Routledge.

- Eriksson-Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2015). Intervjuer. I: Ahrne, G. & Svensson, P. (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber AB
- Feeney, B. C. & Van Vleet, M. (2010) Growing through attachment: The interplay of attachment and exploration in adulthood. *Journal of social and personal relationships*, 27 (2): 226-234.
- Forinder, U. & Olsson, M. (2014) Teorier och metoder i kuratorsarbetet. I: Lalos, A. & Blom, B. (red.) (2014). *Socialt arbete i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fraley, R. C. (2019) Attachment in adulthood: Recent developments emerging debates, and future directions. *Annual review of psychology*, 70: 401-422.
- Holm, U. (2009) *Det räcker inte att vara snäll: Om empati och professionellt förhållningssätt inom människovårdande yrken*. Stockholm: Natur och kultur.
- Howe, D. (2011) *Attachment across the Lifecourse; A brief Introduction*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Kaiser, N. & Lundberg, M. (red.) (2018) *Psykologi för vårdprofessioner*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kaiser, N (2018) Social- och grupp psykologi. I: Kaiser, N., Lundberg, M. (red.) *Psykologi för vårdprofessioner*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kaiser, N (2018) Utvecklingspsykologi- om trygghet och närhet. I: Kaiser, N., Lundberg, M. (red.) *Psykologi för vårdprofessioner*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kalman, H. & Lövgren, V. (red.) (2012) *Etiska dilemman. Forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Kalman, H. & Johansson, S. (2012) Vad ligger i begreppet forskningsperson? Skydd av försöksperson respektive skydd av informanternas integritet. I: Kalman, H. & Lövgren, V. (red.) (2012). *Etiska dilemman. Forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Kalman, H. & Lövgren, V. (2012) Etik i forskning och etiska dilemman. En introduktion. I: Kalman, H. & Lövgren, V. (red.) (2012). *Etiska dilemman. Forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Karlsson, L. (2012) *Psykologins grunder*. Femte uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Kero, A. (2014) Socialt arbete vid kris och sorg. I: Lalos, A. & Blom, B. (red.) (2014). *Socialt arbete i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kietaibl, C. M. (2012) A review of attachment and its relationship to the working alliance. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 46 (2): 122-140.
- Lalos, A. & Blom, B. (red.) (2014) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lind, R. (2014) *Vidga vetandet. En introduktion till samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Lundin, A., I. Benkel, G. de Neergaard, B-M. Johansson, C. Öhrling (2009) *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Råbu, M. & Haavind, H. (2012) Coming to an end: A case study of an ambiguous process of ending psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12 (2): 109-117.

Safran D. J. & Muran, C. (2000) *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford Press.

Salberg, J (Red.) (2010) *Good Enough Endings: Breaks, Interruptions, and Termination from Contemporary Relational Perspectives*. New York: Routledge.

Semb, O (2018) Psykodynamiskt perspektiv- det omedvetna och mänskligt beteende. I: Kaiser, N., Lundberg, M. (red.) *Psykologi för vårdprofessioner*. Stockholm: Natur & Kultur.

Skourteli, M. C. & Lennie, C. (2011) The therapeutic relationship from an attachment theory perspective. *Counselling Psychology Review*, 26 (1): 20-33.

Svedmark, E.I. (2012) Att skydda individen från skada. En forskningsetisk balansakt. I: Kalman, H. & Lövgren, V. (red.) (2012). *Etiska dilemman. Forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Svensson, P. & Ahrne, G. (2015): Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I: Ahrne, G. & Svensson, P. (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber AB

Woodend, N. J (2014) *The long goodbye. An investigation of how personal, professional and social dimensions influence the creation of endings in psychodynamic counselling*. University of the West of England, Bristol. Tillgänglig: [2019-04-02].

Zilberstein, K. (2008) Au Revoir: An attachment and loss perspective on termination. *Clinical Social Work Journal*, 36 (3): 301-311.

9. Bilagor

9.1 Bilaga 1

Intervjuguide

Inledning och presentation

- Presentera oss
- Syftet med studien
- Intervjuns upplägg
- Inspelning
- Aidentifiering
- Finns inget rätt eller fel

Bakgrund om respondenten

- (Ålder)
- (Verksamhetsområde)
- Beskriv ditt arbete - vad är meningsfullt/ svårt med kuratorsrollen.
- Hur ser du på att arbeta inom den medicinska kontexten? Svårigheter/ möjligheter?

Arbetsalliansen och strategier för detta

- Tankar kring att skapa ett gott samarbete eller en allians i arbetet med en patient?
 - Hur gör du detta? Kan du ge ett exempel på när ett samarbete har fungerat? När det inte har fungerat?
 - Ser du det som en strategi eller som ett resultat? Mål eller medel?
 - På vilka sätt försöker du bidra till att stärka arbetsalliansen?
 - Använder du några specifika verktyg eller knep för att skapa en allians med en patient?
 - Förhåller du dig till närhet och distans i relation till dina patienter?

Avslutet och strategier kring detta

- Vilka är dina spontana tankar kring **avslut** av samtalskontakter?
- (Spelar avslutet en central roll?)
- Vilken roll spelar avslutet i ditt arbete - positivt och/eller negativt och/ eller neutralt?
- Använder du dig av avslutet som en del av arbetet - som ett mål som är närvarande under varje samtal? Eller finns det en känsla av tidlöshet kring samtalet?
- Skulle du säga att det finns ett typiskt bra avslut?
 - (Hur skulle du beskriva det?)
 - Kan du ge något exempel på när ett avslut har känts bra?
- Hur skulle du beskriva ett mindre bra avslut?
 - Exempel på när avslut har känts mindre bra?
- Finns det personer som är svårare att avsluta samtal med än andra?
- Vanligaste orsaken till avslut?

- Hur skulle du beskriva skillnaden i upplevelsen av avslut när orsaken varit pga att patienten blir frisk/ dör?
- Har du varit med om något oplanerat avslut?
 - Av vilken anledning?
 - Hur upplevde du det?
- Brukar du erbjuda ytterligare samtalstillfällen vid det avslutande samtalet? Varför/ varför inte?
- Påverkas avslutet av hur bandet mellan dig och din patient har sett ut (Lättare/ svårare?- På vilket sätt?) (Kopplat till anknytning och arbetsallians)
- Tror du att det medicinska sammanhanget och kontexten kan påverka din syn och upplevelse av avslut av patienterna?
 - Tidsplan- Finns det en bestämd tid för samtalsrelationen?

Copingstrategier och hur avslutet påverkar kuratorn - privat och professionellt

- Vilka känslor kan väckas hos dig vid avslut?
- Hur hanterar du dessa känslor?
- Kan känslorna/ upplevelsen av avslut få fysisk påverkan? (Huvudvärk etc.?)
- Har du tillgång till handledning?
 - Har handledning betydelse för dig, när det kommer till att hantera avslut?
- Har du något annat stöd för att hantera avslut?
 - Arbete
 - Privat
- Upplever du att det finns strategier som du skulle vilja/ behöva utveckla mer?

Anknytning

- Tänker du på vilka band som knyts i ditt arbete med patienter?
 - Använder du anknytningsteorin i ditt arbete? (Kuratorn som trygg bas och säker hamn)
 - Har du någon gång märkt att en patient knyter an till dig?
 - Hur, när, på vilka sätt?
- Tänker du i termer av omvårdnad, i relation till patienten? (Har du upplevt att ditt omvårdnadssystem har aktiverats i relation till en patient?)
 - Hur, när, på vilka sätt?
- Upplever du att relationen med en patient är ojämlig på något sätt? (Gällande givande/tagande)
- Kan du känna att du förlorar något vid ett avslut?
- Upplever du att du kan få ut något av relationen med patienten?
- Skulle du säga att din arbetslivserfarenhet påverkar hur du ser på din profession?
 - Hur länge har du arbetat som kurator? Hur länge på denna avdelning?
 - Vidareutbildning? KBT eller psykodynamiskt?

Avslutning

- Finns det något du vill tillägga eller förtydliga som vi glömt att fråga om?
- Intervjuerna kommer att avidentifieras.
- Läs arbetet när det är färdigt?

9.2 Bilaga 2

Hej!

Vi heter Madeleine Imfeld och Carolina Schale och studerar vår sjätte termin på socionomprogrammet vid Socialhögskolan i Lund. Under våren skriver vi vår kandidatuppsats, vilken handlar om kuratorers upplevelser kring avslut av samtalskontakter. Syftet är att undersöka hur kuratorer inom hälso- och sjukvården upplever och påverkas av avslut, samt vilka strategier som används för att hantera dessa.

För att undersöka detta är vår förhoppning att kunna intervjua ungefär sju kuratorer inom olika verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården. Vi skulle varmt uppskatta om vi fick tillfälle att intervjua Dig för att höra om Dina erfarenheter kring avslut i rollen som kurator.

Intervjun kommer att öppna och utgå från ett antal frågor, men ge utrymme för att vi tillsammans kan utforma hur intervjun utvecklas. Samtalet planeras att ta ungefär en timme. Vår förhoppning är att Du kan finna tid för intervjun redan under april månad.

Redan nu vill vi vara tydliga med att intervjun är frivillig och Du kan avbryta Ditt deltagande när Du vill. Du som deltar i undersökningen kommer att vara helt anonym, liksom Din arbetsplats. Vi kommer att spela in intervjun för att kunna transkribera samtalet. Efter transkriberingen kommer vi att radera intervjun. Vi kommer att återkoppla undersökningens resultat till Dig och uppsatsen kommer också att publiceras elektroniskt i sin helhet via Lunds Universitet.

Vi hoppas naturligtvis att vår studie kommer att kunna vara givande också för våra deltagare.

Tveka inte att höra av Dig om Du har några frågor eller funderingar.

Hoppas Du vill medverka i vår studie!

Med vänliga hälsningar,

Madeleine Imfeld & Carolina Schale

ide13mim@student.lu.se ca4582sc-s@student.lu.se

0725-161820 0704-465767

Handledare: Olof Pavalder, olof.pavalder@soch.lu.se

9.3 Bilaga 3



Samtycke till att delta i studien

Jag samtycker till att delta i studien och har förstått studiens syfte, samt vad mitt deltagande innebär. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Personuppgifter kommer att avidentifieras och information som framkommer under intervjun kommer bara att användas till studien. Intervjun spelas in och materialet hanteras varsamt och oåtkomligt för obehöriga. Jag är medveten om att uppsatsen publiceras elektroniskt i sin helhet via Lunds Universitet.

Namnsteckning: _____

Tack för ditt deltagande!

Carolina Schale & Madeleine Imfeld