



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# **Defensivt och proaktivt gränsdragningsarbete -**

**En kvalitativ intervjustudie om hur hälso- och  
sjukvårdskuratorer formar sitt arbete**

Markus Wendel & Klara Lund

Kandidatuppsats SOPA 63  
HT 2019  
Handledare: Teres Hjärpe

# Abstract

Authors: Markus Wendel and Klara Lund

Title: Defensive and proactive boundary work - a qualitative interview study about how healthcare social workers shape their mission

[Defensivt och proaktivt gränsdragningsarbete – En kvalitativ intervjustudie om hur hälso- och sjukvårdskuratorn formar sitt arbete]

Supervisor: Teres Hjärpe

Assessor: Annika Capelán

The mission of healthcare social workers can be very inexplicit, both for other professions inside the walls of the hospital and for the healthcare social workers themselves.

The aim of this study was to look into how the mission of healthcare social workers is shaped through the proceedings around the initial contact with their patients. The chosen method was qualitative semi-structured interviews with eight healthcare social workers from four different cities in the south of Sweden. When analyzing our results, we used theories about professionalism and professional boundary work, as well as some basic theoretical understandings of street level bureaucrats' discretion and the accomplishment of professional jurisdiction. This study found that healthcare social workers mainly establish contact with patients through other professions remittance, when they observe a patient in need of contact, or by patients own request for contact. Healthcare social workers use limitation and boundary-making strategies to make their inexplicit mission clearer, both for themselves and to other professions. By these strategies they protect themselves from undesirable work coming to their desk and they also use these strategies to pick up desired work. With this study we attempted to highlight the consequences of such "limiting strategies" for both patients and for the mission of healthcare social workers.

Key words: hospital social work, healthcare social workers, professionalism, boundary work, discretion

## Innehållsförteckning

<b>Kapitel 1. Introduktion</b> .....	<b>1</b>
<b>Problemformulering</b> .....	<b>1</b>
<i>Syfte och frågeställningar</i> .....	3
<b>Kapitel 2. Tidigare forskning på området</b> .....	<b>4</b>
<i>Hälso- och sjukvårdskuratorn i ett historiskt perspektiv</i> .....	4
<i>Andra professioners definition av kuratorn</i> .....	5
<i>Komplicerande faktorer för kuratorns uppdrag</i> .....	6
Frivillighet.....	6
Den professionella ideologin och effektivitetskrav.....	6
Kuratorns arbetssätt.....	8
<b>Kapitel 3. Teori</b> .....	<b>9</b>
<i>Semiprofessionella, diskretion och autonomi</i> .....	9
Kuratorer som semiprofessionella.....	9
Kuratorer som gräsrotsbyråkrater.....	10
<i>Professionellt Gränsarbete</i> .....	11
Gränser och jurisdiktioner.....	11
Inomorganisatoriskt gränsarbete.....	12
<b>Kapitel 4. Metod och metodologiska överväganden</b> .....	<b>14</b>
<i>Val av metod</i> .....	14
<i>Urval och tillträde</i> .....	14
<i>Tillämpning av metod</i> .....	15
<i>Bearbetning av empirin</i> .....	16
<i>Tillförlitlighet och överförbarhet</i> .....	17
<i>Förkunskaper</i> .....	18
<i>Forskningsetiska överväganden</i> .....	18
Informationskravet.....	18
Samtyckeskravet.....	19
Konfidentialitetskravet.....	19
Nyttjandekravet.....	19
<b>Kapitel 5. Analys</b> .....	<b>20</b>
<i>Kuratorsuppdraget: Bredd, komplexitet och oförutsägbarhet</i> .....	20
Kuratorn och diskretionen.....	20
Arbetets komplexa och flexibla karaktär.....	22
Arbetets oförutsägbara karaktär.....	23
<i>Gränsdragningsarbete</i> .....	25
Defensivt gränsdragningsarbete.....	26
Ständig information och negerande marknadsföring.....	26
Patientens medgivande som krav.....	27
Problematiska kollegors gränsdragningsproblem.....	28
Proaktivt gränsdragningsarbete.....	29
Kurator på remiss.....	29
Uppsökande patientarbete.....	31

Göra en arbetsbeskrivning.....	33
Kuratorn som konsult .....	34
<b>Kap 6. Sammanfattande slutdiskussion .....</b>	<b>36</b>
<i>Ett arbete i förändring.....</i>	<i>36</i>
<i>Professionssträvan.....</i>	<i>37</i>
Avslutande kommentar .....	39
<b>Referenslista .....</b>	<b>40</b>
<b>Bilaga 1.....</b>	<b>43</b>
<i>Intervjuguide.....</i>	<i>43</i>
<b>Bilaga 2 .....</b>	<b>46</b>
<i>Informationsblankett.....</i>	<i>46</i>
<b>Bilaga 3 .....</b>	<b>47</b>
<i>Samtyckesblankett .....</i>	<i>47</i>

# Kapitel 1. Introduktion

## Problemformulering

När man drabbas av sjukdom och ohälsa kan livet komma att påverkas på många olika sätt. Förutom att den fysiska skadan eller sjukdomen behöver behandlas kan de fysiska eller psykiatriska besvären i sin tur medföra livsförändringar och andra behov kan komma att framträda (Lundin et al. 2019:13). Det kan förefalla givet vid sjukdom eller fysisk skada att exempelvis läkarens kompetens är användbar, eller att arbetsterapeuten kopplas in i ärenden där behov av fysisk rehabilitering uppkommer. Att vara sjukskriven och eventuellt inskriven på sjukhus under en längre tid kan dock också komma att påverka patientens ekonomi och emotionella liv, vilket aktualiserar behov av kuratorns kompetens. När den första kuratorn anställdes på ett sjukhus i Stockholm år 1914 var syftet att uppmärksamma patientens ekonomiska och sociala livssituation (Olsson 1999:88) Sedan den dagen har socialt arbete inom hälso- och sjukvården vuxit och blivit allt mer integrerat på arbetsplatserna. I dagsläget är det omkring 4500 socionomer som arbetar inom Sveriges landsting (Sveriges kommuner och regioner, 2018, tabell 5).

Med hänsyn till den medicinska kontexten som dominerar hälso- och sjukvården tenderar det sociala arbetet som utövas där att skilja sig något från rollen som socionomer har på exempelvis ett socialkontor (Blom et al., 2014:17–18). I socialtjänstens arbete med exempelvis barnavårdsutredningar är det socionomer som utför organisationens kärnsyssla, det vill säga utredningarna. I sjukhus-kontexten förefaller istället andra professioner mer självklara för kärnsysslan som är behandling av sjukdomen och kuratorns arbetsuppgifter är på ett sätt sekundära i förhållande till läkarens och sjuksköterskans uppdrag. Craig och Muskat (2013:8) beskriver kuratorns roll som problematisk just då denna tenderar att definieras av andra, baserat på den kunskap alternativt okunskap de besitter gällande kuratorns uppdrag. Detta påverkar således vilka ärenden kuratorn blir involverad i. I Sernbos (2019:201) avhandling skriver hon om kuratorer och deras vardagliga organisering av arbetet. I hennes etnografiska studie beskrivs ett konkret och illustrerande exempel på otydligheten kring kuratorns uppdrag. Det framkommer hur en kurator blir tillfrågad av en läkare vad hen gör mer än att vara patienten behjälplig vid färdtjänstansökningar. Kuratorns inte helt

definierade arbetsuppgifter kan således få effekten att det inte står klart när kuratorn ska komma i kontakt med patienter och hur denna kontakt skall tas. Beroende på de andra professionernas uppfattning kan det alltså variera i vilka sammanhang de föreslår en kontakt mellan patient och kurator.

I Sernbos (2019) avhandling synliggörs också ett flertal exempel på hur den initiala kontakten mellan kuratorn och patienten kan variera utifrån kuratorers olika sätt att själva tolka och definiera sina uppdrag. Sernbo (2019:164) beskriver exempelvis att kuratorer i olika utsträckning betonar vikten av frivillighet i vården. Bland annat beskrivs hur en kurator, Petra, inte på eget initiativ vill ta kontakt med en patient och presentera sig och sitt arbete. Petra menar att hon inte kan ”dyka upp som gubben i lådan!” om det inte funnits indicier på att hon är efterfrågad eller behövd (ibid). Hon ser det som en självklarhet att ett godkännande från patienten skall inhämtas innan kuratorn blir inkopplad, vilket sker genom andra professioners uppmärksammanden alternativt att patienten tar eget initiativ till kontakt. Sernbo (2019:165) beskriver detta arbetssätt som paradoxalt då kuratorerna positionerar sig utanför den självklara vården, ansvaret läggs på patienten som måste yttra sig inför andra professioner för att ta del av kuratorns psykosociala stöd. I McLeod och Sandén Erikssons (2002:162) studie framkommer dessutom att många av de patienter som tillfrågades saknade kunskap om att kuratorskontakt fanns att få och vad de i så fall kunde hjälpa dem med. Hur skall en patient i de här fallen aktivt kunna söka det psykosociala stödet? Utgår man från det Sernbo (2019:164-165) skriver om frivillighet i relation till kuratorns stöd där patienten antas inta den aktiva rollen i den initiala kontakten blir patientens okunskap dessvärre också en orsak till en utebliven kontakt med kuratorn.

Utifrån ovan berörda studier tenderar det råda otydlighet när patienter bör träffa en kurator vilket kan vara en potentiell utmaning för såväl kurator som patient. Det tycks dessutom kunna variera utifrån såväl andra professioners som kuratorers egna sätt att definiera och tolka uppdraget. Inom hälso- och sjukvårdsforskning har relativt få studier publicerats om det initiala mötet med patienten, de som finns fokuserar nästan uteslutande på kontakten mellan läkare och patient (Jakobsson 2007:542). Vi vill därför undersöka kuratorns arbete närmre, hur det definieras och formas genom hur det går till när den initiala kontakten mellan kuratorn och patienten aktualiseras. Genom att undersöka hur kuratorn kommer i kontakt med patienter och vad som påverkar detta förfarande önskar vi bidra med kunskap om hur kuratorns arbete formas och definieras.

## Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att med utgångspunkt i kvalitativa intervjuer med hälso-och sjukvårdskuratorer undersöka hur deras arbete formas genom hur de kommer i kontakt med sina patienter och de omständigheter som påverkar denna initiala kontakt. Följande frågor tar vi till hjälp för vårt undersökande:

- Hur beskriver hälso- och sjukvårdskuratorerna sitt uppdrag på tvärprofessionella arbetsplatser?
- Hur går det till när hälso- och sjukvårdskuratorns tilldelas ärenden?
- Hur konstruerar hälso- och sjukvårdskuratorerna gränserna för sitt eget arbete?

## Kapitel 2. Tidigare forskning på området

I sökningen efter tidigare forskning har vi använt oss av det digitala söksystemet Lubsearch. Vi har använt oss av sökorden: “social work” och hospital, “hospital social work” och Sweden\* samt “möten” och hälso- och sjukvård\* och därmed tillägnat oss både svensk och internationell forskning främst från socialt arbete och sociologi. Forskningen presenteras här under rubriker som representerar de huvudteman vi identifierat:

### Hälso- och sjukvårdskuratoren i ett historiskt perspektiv

Forskningen vi gått igenom visar enhälligt att kurators roll varit av svårdefinierad karaktär sedan dess uppkomst. Nedan presenterar vi en kort beskrivning av kurators framväxt inom sjukvården och belyser olika faktorer vilka synliggör just detta faktum. Denna forskning är viktig för vår studie då den belyser att det som idag uppfattas som en otydlighet i uppdraget kan hänföras till förutsättningarna kring uppdragets uppkomst från allra första början.

Det sociala arbetet inom hälso- och sjukvården etablerades under tidigt 1900-tal inom sinnessjukvården i Stockholm (Olsson 1999:87). En överläkare konstaterade ett behov av ytterligare en yrkeskategori som skulle bevaka patienternas intressen, under sjukhusvistelsen (Olsson 1999:83). Många patienter fick sin ekonomi raserad och det var således på de här grunderna kurators roll etablerades inom sjukvården (Olsson 1999:90-91). Arbetet kantades vid den här tiden av praktiska åtgärder vilket kunde innebära för kuratorn att tillhandahålla patienternas tillhörigheter under vårdtiden alternativt vara patienten behjälplig att införskaffa boende eller ekonomiska medel. Vidare fungerade kuratorerna som en råd- och stödfunktion för patienterna och dess anhöriga och framstod som experter som bistod läkarna med det sociala perspektivet. Arbetet utformades av kuratorn själv och under stor frihet. Ett par år senare etablerades kuratorsarbetet även inom kropps sjukvården, som idag kallas somatik (Olsson 1999:98). Med tiden kom allt fler kuratorer att etableras inom sjukvården och arbetet utvecklades därefter, friheten i utformandet fortsatte att betonas (Olsson 1999:158).

Olsson (1999:182–183) beskriver de första kuratorerna som strategiska i sitt arbete att etablera sig inom sjukvården. Flera exempel lyfts där kuratorn underordnat sig läkarna genom att låta de besluta om vilka patienter kuratorn skulle upprätta kontakt med samt att kuratorn lät sig acceptera de arbetsuppgifter vilka övriga professioner tilldelade kuratorn. Kuratorerna



tenderade även att använda sig av termer och begrepp likt läkarna till exempel ”diagnos istället för bedömning, anamnes istället för utredning och patient istället för klient” (Olsson 1999:183). Den ovan beskrivna anpassningen menar Olsson (1999:188–189) bidragit till att kuratorns starka ställning inom vården försämrats i takt med att yrket etablerats. Kuratorernas arbetsuppgifter lyfts vidare som en faktor vilken påverkat deras ställning inom vården då dessa tenderar att vara många och därtill otydliga (ibid).

Kuratorns roll har alltså sedan dess uppkomst inneburit ett arbete kantat av stort handlingsutrymme. Kuratorns arbetsuppgifter har samtidigt varit svåra att definiera då den individuella kuratorn haft stort inflytande över det egna arbetet. I takt med att yrket etablerats inom sjukvården har dess ställning dock kommit att förändrats där en anpassning till sjukvårdens medicinska kontext förefaller vara en delvis bidragande orsak.

### Andra professioners definition av kuratorn

Vi har hittat flera studier som på olika sätt belyser att kuratorns uppdrag i stor utsträckning definieras och påverkas av andra professioners föreställningar om deras kompetens. Sernbo (2019:34) beskriver det som ett återkommande tema inom forskningen att många yrkesgrupper saknar kunskaper av relevans kring kuratorns arbetsuppgifter. Det här skapar diskrepans mellan andras tankar och förväntningar om kuratorns arbete gentemot kuratorernas egna tankar om sina arbetsuppgifter, menar Sernbo. Kuratorns roll bedöms och definieras av andra professionella genom interaktionen på sjukhusavdelningen. Definitionen tenderar att vila på den kunskap övriga professioner besitter beträffande kuratorns arbetsuppgifter. Craig och Muskat (2013:8) belyser även de att många professioner saknar kunskap om den variation av hjälp som kuratorn på sjukhusen kan ge. En viktig faktor menar de är de medicinska professionernas höga makt och status. Kuratorerna måste tydligare kunna beskriva sina uppgifter inom det medicinska området för att kunna få till en mer självklar roll inom hälso- och sjukvården.

I McLeod och Sandén Erikssons (2002:161) komparativa intervjustudie problematiseras, liksom av Heenan och Birell (2019: 1751) hur det sociala arbetet inom sjukvården definieras. De menar att definitionen av det arbete hälso-sjukvårdskuratorn utför alternativt förväntas utföra ligger i händerna på övriga professioner snarare än i organisationens och beskriver vidare hur detta kan få konsekvenser patienter.

Forskningen ovan visar alltså att det finns en grundläggande problematik i skillnaden mellan andra professioners beskrivning av kurators uppgifter och kurators beskrivning av den egna rollen. Effekten av detta beskrivs utifrån att patienter kan komma att gå miste om kuratorsvård då andra professioner saknar kunskap om kurators arbete.

## Komplicerande faktorer för kurators uppdrag

### Frivillighet

I Sernbos avhandling (2019:171) lyfter många av kuratorerna att de föredrar när patienten självmant velat upprätta kontakt alternativt att de via remiss tackat ja till kontakt med kurator. Det här går ihop med Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, 5 kap 1§) som bland annat innebär att vården ska “bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”. Sernbo (2019:165) problematiserar dock den frivillighet som innebär att patienten själv får avgöra när kuratorskontakt behövs då det fulla ansvaret läggs på patienten.

Sernbo (2019:171-172) beskriver att utifrån de fall då en remiss skickas från annan personal utan patientens godkännande upplever många kuratorer att motståndet till kontakten tenderar att vara större än i de fall där patienten aktivt tackat ja till kontakt med kurator alternativt själv efterfrågat den. Det här förfarandet kan komma att innebära att kuratorn blir beroende av att få remisser av andra professioner, vilka måste ha tid, lust och kunskap om vad remissen till kuratorn kan ge. Utifrån tanken om frivillighet i upprättandet av en kontakt blir då alternativet att patienten självmant efterfrågar en kuratorskontakt.

### Den professionella ideologin och effektivitetskrav

I fråga om kurators arbete i relation till organisationens effektivitetskrav har vi valt att fördjupa oss i tidigare forskning vilken även belyser just detta.

Evetts (2011:407) beskriver hur de professionellas egna ideologi länge varit utgångspunkten för professionalism vilket inneburit att en profession genom sin expertis och kunskap kunde äga ett visst arbetsområde. Evetts (2011:407) menar dock att man idag bör dela upp professionalism i två delar, yrkesprofessionalism och organisationsprofessionalism. Inom yrkesprofessionalismen sker styrning och kontroll till stor del av den egna professionen till skillnad från organisationsprofessionalism där styrning och kontroll övergått till allt mer utövas av organisationen. Inom organisationsprofessionalism sker professionaliseringen ovanifrån vilket innebär att arbetet genomsyras av organisationens mål (Evetts 2011:408). De

professionella förväntas agera i enlighet med organisationens mål och det arbete som tidigare varit uppbyggt på förtroende och kompetens konkurreras nu av mål om kostnadseffektivitet, hierarki och produktivitet (Evetts 2003:410–411; 2011:412). Organisationsprofessionalism innebär då att kuratorerna i sin arbetsroll tar mer ansvar för organisationen, dess ekonomi och resurshållning. Evetts (2011:408) menar på att människobehandlande organisationer tenderar att inte vara ämnade för den här typen av styrning och kontroll då arbetet är svårt att mäta och jämföra. Att arbetets prioriteringar sker till fördel för organisationens mål kan leda till att patienter försummas.

Hennan och Birell (2019:1750) skriver om hur kuratorn ställs inför utmaningar att bibehålla sin roll samtidigt som utrymme och resurser tvingar kuratorn att frångå denna. I en del fall upplevde kuratorerna i deras studie att de bidrog till att patienterna var kvar längre på avdelningen då de sociala dimensionerna i patientens liv inte var tillräckligt tillgodosedda, vilket i sin tur kunde skapa friktion mellan de olika professionerna. Kuratorerna betonar att de i de här situationerna inte får glömma sin roll och funktion och anpassa sig helt efter organisationens effektivitet, då professionens funktion förlorar sitt syfte.

Sernbo (2019:137-138) skriver om att kuratorns arbetsuppgifter i stundom, i alla fall av andra, kan uppfattas som en typ av välgörenhetsarbete som inte är direkt kopplat till sjukvården och patientens tillfrisknande. I den medicinska kontexten är värdet av arbetet som utförs sammankopplat med effektivitet och utskrivning. Det kan medföra att tidskrävande arbete, eller arbete som inte klart går att utvärdera i tid tenderar att göra att kuratorns arbete kan bli en typ av hemlighetsmakeri. Flertalet kuratorer vittnar om osäkerhet kring tiden som läggs på patienter och anhöriga som genomgått en livsförändring, exempelvis en kris. De kan uppleva det som att den typen av arbete inte går ihop med organisationens effektivitetskrav då det kan vara ett tidskrävande arbete. Det kan därför finnas en typ av hemlighetsmakeri kring hjälp som ges som inte är direkt kopplat till just påvisbart tillfrisknande eller utskrivning, i synnerhet om det är tidskrävande. Spitzer, Silverman och Allen (2015:198) skriver att sjukvårdens primära uppgift är att förbättra hälsan och öka funktionaliteten för patienterna. Kuratorns roll i detta är att tillgodose de psykosociala behov som kan tänkas stå i vägen för att uppnå förbättrad hälsa och funktionalitet. En tillfrågad kurator i Sernbos avhandling (2019:136-137) uppger att hon fått uppmaningar från sin chef om att begränsa antal ärenden och att sälla bort med hjärnan mer än med hjärtat för att underlätta vilka patienter man ska träffa och inte. Svårigheter att avgöra relationen mellan sociala problem och ohälsa kan dock vara problematisk. Är ohälsan orsaken till den dåliga ekonomin, eller kanske tvärtom? (ibid).

Forskningen ovan visar på hur kuratorns arbete och utformningen av detta även präglas av organisatoriska faktorer, faktorer vilka kan komma att påverka vården och yrkesgruppens egentliga syfte.

#### Kuratorns arbetssätt

I McLeod och Sandén Erikssons (2002:162) studie visade det sig att den ena målgruppen, vilken bestod av äldre patienter, sällan aktivt sökte kuratorns stöd. Detta framgick vara en orsak av att målgruppen till stor del saknade kunskap om vilket stöd kuratorn kunde erbjuda men så även kunskap om att det överhuvudtaget fanns en kurator att tillgå. Inom ramen för studien ändrade kuratorerna sitt arbetssätt genom att de nu presenterade sig och sin profession för alla nyinkomna patienter. Sedan genomfördes ytterligare intervjuer vilka visade en stor förändring där målgruppen nu fått till sig kunskap gällande kuratorn existens och stödmöjligheter. Andelen patienter som sökte kuratorns stöd var nu många fler. Det nya arbetssättet var dock tids- och resurskrävande. Man började istället med att ge information till övrig sjukvårdspersonal för att öka deras kunskap, kunskap de sedermera kunde föra vidare till patienterna. McLeod och Sandén Eriksson (2002:166) betonar vikten av att möjliggöra för åtkomsten till kuratorn sett ur patientens perspektiv då patienterna utan kunskap om kuratorns stöd försummas den vård de behöver. Denna forskning visar alltså att det finns ett utrymme för kuratorn att ändra sitt arbetssätt för att integrera kuratorns arbete som en självklar del i den medicinska vården.

## Kapitel 3. Teori

Vi har letat efter teorier och begrepp som kan hjälpa oss att förstå vad som händer kring formandet av kuratorns roll och uppdrag i interaktionen på avdelningarna. Vi har funnit några grundläggande professionsteoretiska utgångspunkter för att förstå vad som utmärker en profession, och mer specifikt själva uppdragsformandet genom begreppet gränsarbete.

### Semiprofessionella, diskretion och autonomi

#### Kuratorer som semiprofessionella

Begreppen legitimitet, auktoritet, förtroende och autonomi används för att beskriva vad som kännetecknar en professions villkor (Brante, 2014:19). Professioner kan förstås som expertkunskaper vilka bidrar till samhällelig utveckling genom olika innovationer och upptäckter. Utvecklingen sker främst genom forskning inom något professionsområde men där professionerna sedermera tillämpar de nyligen tillförda kunskaperna i det praktiska arbetet (Brante, 2014:15–16). De professionellas position kan förstås som eftersträvansvärd då denna position erhåller legitimitet genom utbildning och ett medlemskap i en yrkeskår vilken kollektivt besitter specialiserad kompetens. Den här yrkeskåren blir också ett bevis på den professionellas kompetens utan någon vidare individuell bedömning. Legitimiteten ligger till grund för professionens kollegiala förtroende (Brante, 2014:18–19).

Den professionella får också legitimitet utifrån dess expertkunskaper inom olika områden, områden vilka för patienten är osäkra (Brante, 2014:19-20). Den professionellas position bidrar även till att ge denna auktoritet som i sin tur påverkar relationen mellan den professionella och patienten. Patienten ställer sig ofta under och bortom den professionellas bedömningar och godtar de möjliga åtgärder den professionella föreslår. Vidare kännetecknas en profession av att denna har autonomi vilket innebär en möjlighet att ta självständiga beslut i frågor vilka rör den professionellas arbete. För att summera de fyra begreppen använder Brante begreppet diskretion vilket en profession tillskrivs på grund av dess säregna och specialiserade kunskap inom ett visst område. Mot bakgrund av professionens kompetens får denna förtroende att självständigt göra bedömningar och ta beslut vilka i slutändan skall gynna patientens bästa (ibid).

Brante (2009:30-31) skriver om semiprofessioner vilka han menar inbegriper bland annat socionomer. Han menar att det som skiljer semiprofessioner från de klassiska professionerna är bland annat att semiprofessioner har lägre autonomi gentemot politiker och andra professioner. De är fler till antalet och ökar i takt med utbyggnaden av välfärden samt att utbildningen i högre grad är mer tvärvetenskaplig och inte i lika hög grad specialiserad som en professionsutbildning. Lönen och statusen tenderar också att vara lägre. Brante (2014:72-73) utvecklar det här begreppet ytterligare och benämner nu semiprofessioner för nya professioner vilka han menar genomgått en professionalisering. Professionaliseringen innebär att vetenskap fått större utrymme och att utbildningarna blivit längre. Socionomer är exempel på en sådan yrkesgrupp som i takt med ett breddat välfärdssystem och ökade utbildningskrav genomgått professionalisering, detta för att passa in i de nya samhällskraven.

#### Kuratorer som gräsrotsbyråkrater

Lipsky (2010:3) skriver att socialarbetaren är en typisk gräsrotsbyråkrat vilket han menar är offentliga tjänstemän med diskretion som har direktkontakt med medborgare. Lipsky (2010:13-14) beskriver i sin tur begreppet diskretion som möjligheten att göra självständiga val i arbetsrollen, i mötet med medborgare, men inom organisatoriska ramar.

Gräsrotsbyråkraterns diskretion ger dem möjligheten att bestämma vilken mängd, sort eller form av hjälp som ska ges till de individuella medborgare de möter i sitt arbete. Exempel på diskretion är domaren i domstolen som har möjlighet att välja mellan en villkorlig dom eller att ge ett strängare straff i form av en fängelsedom. Trots gräsrotsbyråkraterns diskretion så är de ändå styrda av regler, policies, samhällsnormer och direktiv uppifrån i sina val för den enskilda medborgaren. Lipsky (2010:15) tar upp att det är förståeligt att fråga sig varför diskretion ska finnas och varför det inte går att formalisera mycket mer av det arbete som utförs? Det blir dock en omöjlighet att ta bort gräsrotsbyråkraterns diskretion då många situationer i dennes arbete är för komplicerade för att utarbeta manualer till. Poliser kan exempelvis inte ha färdiga manualer för hur de ska agera och ingripa mot medborgare då varje situation kan anses vara unik. Gräsrotsbyråkrater måste ta hänsyn till just den individuella människan som de har framför sig, det krävs en känslighet att göra olika val beroende på kontext och medkänsla för omständigheter kring den berörda individen. Diskretion skapar legitimitet för statens intervention och ger den berörda medborgaren hopp om att den få den hjälp som just denne behöver och att tjänstemannen den har framför sig har nyckeln till att ge just den hjälpen (ibid).

### *Professionssträvan och diskretion*

Brante (2009:30-31) skriver om att socionomer är en semi-profession. Brante (2009:20-21) menar vidare att diskretion är något som professioner får tack vare sin specialiserade kunskap inom ett visst område. Lipsky (2010:15) är inne på att gräsrotsbyråkrater där socialarbetare ingår måste ha diskretion för att kunna ge individuell hjälp och för att arbetet är för komplext för att ta bort diskretionen. När Brantes och Lipskys resonemang sätts i ett sammanhang framstår en paradox som kuratorer har att förhålla sig till. Å ena sidan poängterar Lipsky (2010:15) att hög diskretion är en utmärkande och nödvändig omständighet för gräsrotsbyråkraternas möjlighet att ta sig an de komplexa ärenden de arbetar med och för att kunna erbjuda målgruppen individuell hjälp. Å andra sidan, om vi får tro Brante, behöver kuratorerna avgränsa denna diskretion och ruta in ett mer specifikt kompetensutövande, om de vill uppnå samma professionsstatus som exempelvis läkare.

### Professionellt Gränsarbete

#### Gränser och jurisdiktioner

Abbott (1988:40–41) beskriver begreppet jurisdiktion utifrån från två dimensioner vilka i huvudsak behandlar vilken profession som gör vad i ett samhälle och vilken kontroll de här professionerna har över dess arbetsuppgifter. Jurisdiktionsarbetet handlar om att försvara och motivera relevansen för en profession att äga specifika arbetsuppgifter eller arbetsområden. Detta görs genom abstraktion av arbetsuppgifter vilka skall framställas vara ämnade för berörd profession. Jurisdiktionsarbetet kan således förstås som en slags konkurrens mellan olika professioner och i de fall där en profession utökar dess jurisdiktion inskränker den samtidigt på någon annans (Abbott 1988:33–34).

Abbott (1988:41) lyfter exemplet diagnostisering för att illustrera sin poäng. Konstruktionen av specifika problem som tillhör specifika jurisdiktioner är en stor del av detta arbete. En patient tillskrivs olika kvaliteter likväl som andra kvaliteter avskrivs. Med hjälp av det här tillvägagångssättet lyfter professionen fram en sammantagen bild av en patient vilken motiveras vara ämnad för professionen och dess expertkunskap. Värt att tillägga är dock att det inte enbart rör sig om sjukvård utan de här begreppen berör alla yrken från läkare till arkitekt, förskolepersonal, jurister med mera. Ju mer specialiserad lösningen eller behandlingen av det berörda problemet är, desto större kontroll erhåller professionen över

problemet. Genom särskilt specialiserad kunskap blir det enklare för professionen att försvara denna, hävda sig själv och sin rätt att äga problemet (Abbott 1988:46). Det här kan förstås som något positivt på så sätt att professionen definierar ett problem som sitt eget där lösningen som kräver deras kompetens ses som den enda möjliga. Samtidigt bidrar en alltför specifik och tydlig gränsdragning till en större möjlighet till andra professioners ifrågasättande. Det här kan dock förstås utifrån en liknelse av en balansgång där så även otydliga abstraktioner av arbetsuppgifterna bidrar till ifrågasättande men då på grund av arbetets otydliga gränsdragning. Abbott (1988:59-60) beskriver hur jurisdiktionsarbetet inte enbart skall förstås i relation till andra professioner utan så även dess mottagare, det vill säga samhället. Det handlar således inte enbart om att motivera och avgränsa sitt arbete för att övertyga andra professioner om relevansen för professionens kunskap utan övertygelsen måste så även omfatta arbetets, som Abbott benämner det, publik.

För socionomers del ser jurisdiktionen olika ut beroende på arbetsroll och arbetsplats. Socionomer i en kuratorsroll har inte samma grad av jurisdiktion som till exempel barnavårdsutredare på socialtjänsten. När en orosanmälan görs enligt Socialtjänstlagen (2001:453) så är det självklart att det är socialtjänsten och socionomer i sin roll som barnavårdsutredare som ska utreda huruvida ett barn far illa eller ej. Gränsdragningen i arbetsuppgifter för barnavårdsutredare är gentemot andra professioner tydlig. Barnavårdsutredare har alltså en tydlig och avgränsad uppgift som initieras av en lag och som ingen annan profession kan göra anspråk på. Att kuratorn och barnavårdsutredaren arbetar utifrån olika lagar kan vara en orsak till att jurisdiktion skiljer sig åt och att det inte finns någon tydlig sådan för kuratorn. Barnavårdsutredarens arbetsuppgifter är lagstadgade och enligt Socialtjänstlagen är de tvungna att utreda om barn far illa om anmälan om oro inkommit. Kuratorn arbetar istället efter Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) och har skyldighet att följa den, däremot inbegriper lagtexten inte specifika arbetsuppgifter för kuratorn vilket kan vara orsak till att jurisdiktionen skiljer sig åt mellan de två socionomgrupperna.

#### Inomorganisatoriskt gränsarbete

Liljegren (2008:48) skriver i sin avhandling om gränsdragningar som sker mellan professionella som arbetar på olika enheter inom socialtjänsten. Han intervjuar personer som arbetar med försörjningsstöd samt personer som arbetar med någon typ av behandling. Med begreppet gränskonstruktion beskriver han hur dessa grupper avgränsar sig gentemot varandra och visar hur de olika grupperna ser på sin egen och på den andra gruppens roll.



Behandlingsgruppen beskrev exempelvis sitt arbete som komplicerat till skillnad från försörjningsstödsgruppens arbete som beskrevs som relativt enkelt. Försörjningsstödsgruppen hävdade i sin tur att deras arbete var lika svårt och komplicerat som behandlingsgruppens. Vidare skriver Liljegren (2008:49) att dessa gränsdragningar som görs på olika sätt mellan olika yrkesgrupper skapar en identitet för den egna gruppen. De konstruktioner som görs om den egna gruppen och om andra grupper kan också påverka statusen för yrkesgruppen. Han exemplifierar detta genom behandlingsgruppens beskrivning av försörjningsstödsgruppens lägre status och mindre komplicerade arbete. Om denna konstruktion befästs så kan följden bli att de får en underordnad position gentemot behandlingsgruppen. Försörjningsstödsgruppens handlingsfrihet kan i deras då underordnade position påverkas i samarbetssituationer med behandlingsgruppen som blir överordnade.

Liljegren (2008:55-56) skiljer på två typer av gränsarbeten, det sammanhållande och det särskiljande. Med det sammanhållande gränsarbetet menas att gränser ifrågasätts och att gränserna på så vis dekonstrueras. Det kan exempelvis innebära att en yrkesgrupp, ifråga om resurser, hävdar att de gör ett lika svårt och viktigt arbete som någon annan yrkesgrupp och därför borde ha till exempel lika lön. Det sammanhållande gränsarbetet kan alltså ses som att en yrkesgrupp hävdar att det inte finns någon skillnad gentemot en annan yrkesgrupp, kanske för att få ta del av den yrkesgruppens status eller resurser. Det särskiljande gränsarbetet handlar istället om framhålla skillnader gentemot andra yrkesgrupper, det kan innebära att man hävdar den egna yrkesgruppen som utförare av ett svårare arbete och därför är legitimerade, exempelvis, högre lön. Liljegrens sätt att analysera hur vissa professionella skapar gränser gentemot andra har varit en inspirationskälla för vårt undersökande av hur kuratorerna vi intervjuat försöker forma sitt uppdrag genom att dra olika typer av gränser. I hans studie är det gränser mellan socialarbetare med olika uppdrag som avses, men i vår studie är det kuratorn gentemot andra professioner som fokuseras.

## Kapitel 4. Metod och metodologiska överväganden

### Val av metod

Utgångspunkten för studien är hälso- och sjukvårdskuratorers upplevelser av forandret av deras arbete. Vi valde därför att genomföra kvalitativa intervjuer med hälso- och sjukvårdskuratorer (Kvale & Brinkman, 2009:15). Genom kvalitativa intervjuer hade vi möjlighet att be respondenterna att utveckla resonemang och överlag få tillgång till ett nyanserat material (Denscombe 2016:287). Metoden möjliggjorde vidare för oss att förklara frågorna om respondenterna inte förstått dem samt möjligheten att ställa fördjupande följdfrågor (Bryman, 2011:229).

Bryman skriver (2011:224) att en effekt som kan uppstå av intervjuer är att den som intervjuar ger svar som denne tror är socialt önskvärda, vilket vi inte kan utesluta, men något vi däremot förhåller oss reflekterande till. Bryman (2011:223 & 229) skriver också om den så kallade intervjuareffekten vilken vi noterade i ett sammanhang: när inspelningsinstrumentet stängts av, gav respondenten allt mer utförliga resonemang. Dessa resonemang vilka sades efter det att inspelningsinstrumentet stängts av har vi dock ej tagit tillvara på.

Initialt ämnade vi kombinera intervjuer med observationer av så kallade ronder för att *in action* se hur och när kuratorn kopplas in i patientärenden. Det visade sig svårt att få tillträde att genomföra dessa observationer. De tillfrågade kuratorerna betonade en ansträngd arbetsbelastning och sekretess som försvårande omständigheter och efter dessa besked tog vi beslut om att enbart genomföra intervjuer.

### Urval och tillträde

Vi tog kontakt med två kuratorer vi känner, dels för att fråga om de ville medverka och dels för att få kontaktuppgifter till fler kuratorer, ett slags bekvämlighetsurval (se Bryman 2011:194). Den här typen av urval kan komma att påverka resultatet på så vis att det inte går att generalisera då en eventuell population är omöjlig att utse. Att använda personer i sin närhet, säger ingenting om populationen. Respondenterna representerar emellertid väl den yrkesgrupp av kuratorer vi är intresserade av. Utöver detta skickade vi flertalet e-mail till kuratorsmottagningar på närliggande sjukhus. Bryman (2011:350) beskriver det här tillvägagångssättet som ett målstyrt urval, vilket är vanligt inom kvalitativ forskning. Sammanlagt genomförde vi intervjuer med åtta kuratorer från fyra olika sjukhus i

södra Sverige, sju kvinnor och en man. I några fall frågade vi enskilda kuratorer om de kunde tänka sig att fråga någon av sina kollegor om de också kunde tänka sig att medverka på en intervju. Detta tillvägagångssättet kan enligt Bryman (2011:196) beskrivas som ett snöbollsurval.

Alla intervjuer genomfördes på respektive arbetsplats, något som Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015:42) benämner är av relevans i de fall då intervjun berör respondentens arbete. En risk med att genomföra intervjuer på en arbetsplats kan vara att den som intervjuas uttrycker saker om sig själv för att till exempel framstå som en god medarbetare (ibid). Denna risk minskade förhoppningsvis då intervjuer genomfördes enskilt och att namnen fingerades.

Eriksson- Zetterquist och Ahrne (2015:42) skriver om att redan när 6-8 intervjuer av personer från en specifik grupp genomförts, så minskar risken att det material man fått in är alltför beroende av vem man intervjuade. Våra respondenter presenteras här i en tabell:

	Kuratorsmottagning	Enskild avdelning	Antal år inom yrket	Somatik	Psykiatri	Intervjuns längd
Lisa	<b>x</b>		6	<b>x</b>		46:32
Hanna		<b>x</b>	3		<b>x</b>	51:21
Jessica	<b>x</b>		5	<b>x</b>		43:06
Maja	<b>x</b>		7	<b>x</b>		44:44
Jonas	<b>x</b>		11,5	<b>x</b>		43:25
Lena		<b>x</b>	3,5	<b>x</b>		59:04
Stina		<b>x</b>	3	<b>x</b>		28:17
Pernilla	<b>x</b>		13	<b>x</b>		41:58

### Tillämpning av metod

Uppsatsen har två författare. I huvudsak har vi arbetat tillsammans. I den mån arbetet delats upp kommenteras det löpande i redogörelsen av tillvägagångssättet nedan. Vi genomförde intervjuerna var för sig, vilket underlättades av att intervjuguiden var semistrukturerad. Vi erhöll stöd i förutbestämda frågor men där möjlighet finns att frångå dessa eller ställa frågorna i annan ordning. Genom att förbereda ett antal teman och frågor i förväg kunde vi så långt det var möjligt säkerställa att intervjuerna skulle vara någorlunda enhetliga och att dessa täckte upp samma teman (jfr Bryman 2011:413- 416).

Vi utformade en intervjuguide (se bilaga 1) i vilken vi formulerade frågor med bakgrund i studiens syfte och frågeställningar. Inledningsvis formulerade vi bakgrundsfrågor vilka omfattade antal år inom yrket och organisationen samt utbildning. Nästföljande fråga var en inledande sådan där vår intention var att ge respondenten möjlighet att berätta fritt om sitt arbete. Vidare använde vi oss av frågor som sonderande och specificerande, de här används till fördel för att ställa frågor som fördjupar respondentens utsaga. En fördel som vi ser med vårt metodval är att vi kunde hålla frågorna i intervjuguiden relativt öppna vilket gjorde att respondenterna kunde prata om de som de ansåg vara viktigt. Vi gick i stundom utanför vår intervjuguide, det återfinns bland annat en variation mellan de följdfrågor som ställdes vilket gav en viss variation på svaren. Under bearbetningen av vår empiri höll vi oss medvetna om att ett svar som getts på en sådan följdfråga inte på något sätt är överförbar, däremot hjälpte de oss att få mer utförliga svar. Det faktum att vi genomförde intervjuerna var för sig kan också påverkat variationen av svaren vi fick in. Vår intention var att genomföra den första intervjun tillsammans där en av oss skulle intervjua och den andre observera, detta för att öka möjligheten att vi ställde frågorna på liknande sätt till alla respondenter. Denna första intervju blev dock inställd och vi hade efter det ingen möjlighet att genomföra någon intervju tillsammans. Däremot har vi genomgående haft en dialog angående frågorna och vad vi ämnar undersöka med dessa, på det här sättet har vi så långt det varit möjligt kunnat försäkra oss om att vi båda förstått frågorna och tolkat dessa på samma sätt.

### Bearbetning av empirin

Intervjuerna spelades in med deltagarnas samtycke och transkriberades därefter i direkt anslutning till intervjuerna (jfr Öberg 2015:63). Vi transkriberade var och en de intervjuer vi själva genomfört. Vi valde vi att ta bort ord som "mm" eller "ja" som vi som intervjuare la till i bakgrunden samt när respondenterna lade till liknande ord så som "eh". Det gjorde vi för att materialet skulle bli mer lättläst (jfr Kvale och Brinkman 2009:199).

Under bearbetningen läste vi först materialet var för sig utan förutbestämda koder med utgångspunkt i vår teori. Inför andra läsningen formulerade vi gemensamt koder. Vi gav koderna färger vilket Aspens (2011:185) kallar för ett kodschema med följande koder: *proaktivt gränsarbete, defensivt gränsarbete, det autonoma uppdraget, det komplexa/flexibla uppdraget, det oförutsägbara uppdraget, det breda uppdraget, det otydliga uppdraget, allians* och *professionssträvan*. Andra läsningen genomförde vi var för sig, vi markerade de olika koderna i vår empiri och genomförde sedan en tredje läsning men denna gång läste vi igenom

och kodade materialet gemensamt. Vi gick igenom en intervju i taget och markerade koder med hjälp av färgpennor. Vi gjorde även små noteringar när vi såg tydlig koppling till vår valda teori.

### Tillförlitlighet och överförbarhet

Bryman (2011:351–352) betonar relevansen av reliabilitet och validitet inom kvalitativ forskning, även om det förekommer viss diskussion kring detta. Rör det sig om mer än en forskare är det viktigt att dessa resonerar och kommer överens om hur det insamlade materialet skall tolkas, vilket Bryman (ibid) benämner intern reliabilitet. I bearbetningen av vårt material har vi haft en ständig dialog, både kring vårt teorival och hur vi med hjälp av denna skall tolka respondenternas utsagor. Vi har genomfört kodningen gemensamt och i arbetet med detta har vi fört diskussion kring hur vi ska koda materialet. Vidare beskriver Bryman (2011:351-352) vikten av god överensstämmelse mellan empiri och teori, detta benämns som intern validitet. När vi formulerat analysen och presenterat studiens resultat har vi genomgående varvat empiri och teori, med förhoppning att kunna förmedla dessa med relevanta och tydliga kopplingar. I fråga om studien går att replikera samt om de resultat som framkommit går att generalisera beskriver Bryman (2011:352) att det är särskilt svårt inom den kvalitativa forskningen. Studier vilka ämnar undersöka sociala miljöer innebär ett forskningsområde vilket är ständigt föränderligt och de urval som görs inom den kvalitativa forskningen tenderar därför ofta att vara begränsade och anpassade till specifika miljöer (ibid).

Lind (2014:131-132) använder sig istället av begreppen pålitlighet, autenticitet och träffsäkerhet. Pålitlighet handlar om transparens om hur studiens undersökning gått till väga. Vad gäller äktheten i det insamlade materialet är det en fråga om autenticitet. Träffsäkerhet innebär att forskaren samlar in relevant material i relation till det studien ämnat undersöka. I avsnittet ovan vilket berör bearbetningen av vårt material beskriver vi hur vi transkriberat de inspelade intervjuerna, de transkriberade intervjuerna bildar ett utskrivet material vilket vi kan visa upp och styrka studiens äkthet. Med syfte att öka pålitligheten har vi noggrant redovisat studiens arbetsförlopp, från metod till genomförande. Träffsäkerheten för studien har vi strävat att uppnå, framförallt genom utformandet av en intervjuguide. Den blev ett verktyg för att besvara studiens frågeställningar och syfte.

Slutligen en aspekt som på gott och ont kan komma att påverka tolkningen och kodningen av materialet är forskarens förförståelse för de fenomen som studeras. Medvetna om detta väljer vi att vara transparenta med den förkunskap och förförståelse vi haft på området och diskuterar dem mer utförligt i nästa stycke.

### Förkunskaper

Inom socionomprogrammets ramar gjorde Klara praktik hos en kurator inom hälso- och sjukvården, varför hon har fördjupad kunskap och insyn i kuratorns dagliga arbete. Markus hade inte samma erfarenheter eller insyn i kuratorernas arbete. Det behöver inte vara något negativt, förhoppningen var snarare att våra olika förkunskaper möjliggjort för oss att se olika aspekter i materialet. Aspers (2011:38-39) beskriver förkunskaperna som nödvändiga samtidigt som dessa kan innebära både för- och nackdelar för forskaren. Desto större kunskap om det forskaren ämnar undersöka desto bättre förståelse har hen gällande det som sker, varför det sker samt eventuella värderingar med mera. Med denna förkunskap riskerar dock forskaren att missa viktiga delar vilka utifrån dess förkunskaper förefaller vardagliga eller oproblematiska. Praktiken utspelade sig på platsen där en av de kuratorer vi intervjuat arbetar varför Klara redan hade kunskap om kuratorns arbete och professionens arbete i stort. Bryman (2011:213) skriver att en alltför bra relation kan göra att svaren utformas för att vara den som intervjuar till lags. Detta tog vi i beaktning och Klara har därför inte intervjuat kuratorn som hon var bekant med.

### Forskningsetiska överväganden

Nedan har vi reflekterat över eventuella etiska dilemman i vår undersökning. Vi resonerade att kuratorer varken är en utsatt grupp eller att det vi talar om, deras arbete, är av känslig karaktär. Trots att vi gjort denna bedömning har vi ändå genomgående tillämpat vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer, då kuratorernas deltagande inte på något sätt skall komma att påverka dem. Nedan följer en förklaring på hur vi tillämpat de fyra kraven i just vår studie.

### Informationskravet

Vetenskapsrådet (2002:7) menar på att alla deltagare i studier har rätt att få information om studiens syfte och all övrig information som kan påverka viljan till deltagande. Inför genomförandet av intervjuerna formulerade vi och gav ut en informationsblankett till

respondenterna (se bilaga 2). Den bestod av information om studien, dess syfte, användningsområde samt vad ett eventuellt deltagande skulle innebära.

#### Samtyckeskravet

Vidare formulerade vi en samtyckesblankett (se bilaga 3) vilken respondenterna fick skriva under innan intervjuens genomförande, denna blankett syftade till att säkerställa att respondenten tagit del av relevant information om studien, deltagandets villkor samt respondentens samtycke till deltagande. I vetenskapsrådet (2002:9) kan vi läsa att deltagande i undersökningar alltid är frivilligt och att i de fall där det krävs en aktiv insats av de som deltar skall det alltid inhämtas ett samtycke till deltagandet.

#### Konfidentialitetskravet

Kuratorer anser vi inte tillhöra en känslig gruppen, ändock har vi varit noga med att det inte ska gå att härleda information varken till individen eller till dennes arbetsplats.

Vetenskapsrådet (2002:12) skriver just att alla uppgifter om personer som deltar i studier ska behandlas med konfidentialitet och på ett sätt så att ingen otillbörlig kan komma åt dem.

#### Nyttjandekravet

Om nyttjandekravet skriver vetenskapsrådet (2002:14) att insamlade uppgifter om enskilda enbart får användas till det ändamål forskningen syftar till. Vi gav deltagarna information om att de uppgifter vi får in enbart kommer att användas till vår studie. När vår studie är avslutad och vi inte längre är i behov av uppgifterna så kommer de att raderas.

## Kapitel 5. Analys

Inledningsvis i denna analys återges en bild av kuratorns arbete inom tvärprofessionella verksamheter, detta för att inför den fortsatta analysen få förståelse för hur kuratorns uppdrag och roll formas utifrån dess sammanhang. Vi har delat upp kuratorns arbete i olika delar, baserat på respondenternas berättelser om sitt arbete. Vidare kommer analysens andra del, gränsdragningsarbete, särskilt beröra den initiala kontakten där vi synliggör olika strategier för hur kuratorn avgränsar och formar sitt arbete.

### Kuratorsuppdraget: Bredd, komplexitet och oförutsägbarhet

#### Kuratorn och diskretionen

Tidigare forskning beträffande kuratorers arbete inom hälso- och sjukvården ger en samstämmig bild av ett arbete som präglas av autonomi (Olsson 1999; Sernbo 2019). Merparten av kuratorerna i vår undersökning uppger också att de i hög grad själva bestämmer vad de ska göra på jobbet. I intervjun med Hanna uppger hon att "Det är väl egentligen, alltså det korta svaret på det är ju att jag bestämmer vad jag ska göra". Respondenterna pratar om frihet under ansvar, självständigt arbete och fria tyglar när de ombeds beskriva kuratorsrollen. Maja framför att: "[...] med de kliniska kontakterna, där jag lägger upp utifrån min förmåga, behandlingskontakten, det terapeutiska arbetet, vad jag tycker som ska ingå i det". Lipskys (2010:13-14) beskrivning av diskretion som möjlighet att göra självständiga val i sin arbetsroll, möjligheten att kunna bestämma mängd, sort och form för den hjälp som ska ges – dock inom organisatoriska ramar som kan se olika ut – överensstämmer väl med den beskrivning kuratorerna ger. Läs exempelvis Jessicas resonemang här:

Hur du ska lägga upp ditt jobb tycker jag, det är väldigt flexibelt där kan du bestämma väldigt mycket själv, du planerar själv hur dagarna ska se ut, hur du tänker dig, hur mycket du ska va inne på sjukhuset och hur mycket här och så, så att upplägget i alla fall tycker jag att man har mycket frihet över att själv planera utifrån hur man ja hur man jobbar [...]

Det Lipsky (2010:13-15) beskriver som diskretion kan alltså anses vara hög hos kuratorerna. I ovanstående citat är det snarast autonomi i positiv bemärkelse som framkommer genom hur Jessica använder ord som "frihet" och "flexibilitet". I andra sammanhang framkommer en mer nyanserad bild där autonomi visar sig kunna vara både till fördel och nackdel för den verksamma kuratorn och för patienten. Vad gäller kuratorns förhållanden betonar exempelvis Pernilla dessa för- och nackdelar på följande sätt: "Sen är vi relativt chefslösa. Så det är väl på



gott och ont det också. Vi har inte någon som kan hjälpa oss att driva våra frågor men vi har inte heller någon som petar för mycket”. Det som i ena fallet innebär frihet och flexibilitet innebär i andra sammanhang alltså avsaknad av stöd och ledning.

### Arbetets breda karaktär

Att kuratorns arbetsroll är bred förefaller tydligt. Ibland beskrivs den egna rollen som en konsult gentemot annan vårdpersonal. Kuratorn får agera som ett bollplank som man kan bolla idéer med, främst kring frågor som inte rör det medicinska (ur intervju med Hanna). Kuratorn beskrivs också få agera som en extern handledare, inte bara rörande patientärenden utan också när det kommer till personalen. När personal upplever något som jobbigt eller svårt är det kuratorn som finns där. I patientkontakten kan det handla om både mer akuta fall eller långvariga kontakter i form av terapeutiska samtal. Vidare nämner flertalet kuratorer att de ofta kopplas in av övrig personal i frågor rörande patientens ekonomi och boendesituation. Jessica ringar här in den breda rollen: “Jag skulle nog vilja säga att vi har en lite såhär multifunktion jämfört med dom andra och då tänker jag att, vi har ju, först och främst är vi ju de som har den här breda, bredden är ju vår spetskompetens”.

Det kan förstås som positivt att kuratorsrollen är bred då kuratorn har möjligheten att hjälpa till med mångt och mycket som kan verka gynnande för patienten och dennes medicinska behandling. Jonas illustrerar detta genom ett exempel där han beskriver olika lager av problem en patient kan ha. Utöver den fysiska ohälsan kan de ha problem i en nära relation, bilen behöver lämnas in på verkstad och hunden är sjuk. När det finns ett flertal lager av problem som bekymrar patienten kan det göra behandlingen och att prata om denna svårare, då patienten har mycket annat att tänka på. Bredden i kuratorsuppdraget kan utifrån det här förstås som viktigt och Lipsky (2010:15) betonar gräsrotsbyråkratens diskretion som nödvändig för att kunna ge adekvat individanpassad hjälp. Det krävs kontextbunden känslighet kring den hjälpsökande människans individuella förutsättningar. Mycket kan falla inom det psykosociala perspektivet och kuratorn tycks vara ensam om att arbeta utifrån detta perspektiv.

## Arbetets komplexa och flexibla karaktär

Alltså mitt uppdrag är ju att utgå från det psykosociala perspektivet, att någonstans koppla de medicinska förutsättningarna och de somatiska svårigheterna som patienterna har, ja men hur påverkas patienten? Ja psykologiskt men även socialt utifrån det sammanhang patienten ingår i [...] att se vad är det som, vad är det för sammanhang patienten befinner sig i, hur påverkas den av sjukdomen men även förmedla det till övriga yrkesgrupper som kanske har väldigt mycket fokus på det medicinska, att ja men detta och detta gör det svårt för patienten att följa ordination [...] och då är det ju viktigt att lyfta, att vad beror det på, att olika orsaksförklaringar och kanske då gå in som konsult för hur kan vi möta patienten där, utifrån patientens aktuella situation, så att vidga perspektivet från att inte bara utgå från det medicinska utan även andra faktorer påverkar i allra högsta grad rehabilitering och ja hur man, hur följsam man upplevs vara i behandlingen (Intervju med Maja).

Att kunna vara flexibel i sin roll som kurator kan utifrån ovan citat förstås som viktigt. Det utmärkande för just psykosocialt arbete är att det är kontextberoende och kan innebära insatser av olika karaktär och att möta patienten utifrån den ”aktuella situationen” i Majas ord. Det kan innebära allt ifrån att stödja och följa upp den medicinska behandlingen till stödjande samtal om det psykiska måendet, vara behjälplig i kontakt med andra myndigheter och rent praktiska ärenden. Att arbetet dessutom skiljer sig beroende på avdelning och vilken patientgrupp man arbetar med framkommer av flera kuratorer i vår undersökning. Maja exemplifierar just detta:

Det är ju också kopplat till just att det är olika mottagningar och då blir det ju ibland lite annat fokus [...]. Jo men jag kan ju säga som så att generellt så säger vi ju då att vi kan ha vissa samtal med anhöriga i samband med att patienten är inläggande och då kan man erbjuda ex antal anhörigsamtal för att stötta utifrån att den anhöriga tycker det är svårt med makens eller makans sjukdom, [...] till exempel kognitiv medicin, då är det ju minnesmottagningen då är det ju de som är under utredning för demens och annat, där har den kuratorn som är kopplad till den mottagningen majoriteten anhörigsamtal för då är det ju ett annat uppdrag. (Intervju med Maja)

Kuratorer beskriver också hur ärenden kan bli hur stora som helst genom att nya riskfaktorer framkommer i samtal med patienter. Hanna beskriver hur hon upptäcker nya uppdrag medan hon redan är inne i ett ärende. Ett stödjande samtal kan utvidgas till att bli barnsamtal alternativt familjesamtal eller så aktualiseras behov av kontakt med andra myndigheter, en kontakt i vilken kuratorn kan vara behjälplig som stöd. Att patienten kan behöva stöd och hjälp på flera punkter illustrerar arbetets komplexa karaktär. Arbetet omfattas av sådana komplicerade situationer som kräver känslighet och flexibilitet för att kunna ge den individuella hjälp patienten söker och det är således utifrån de här faktorerna Lipsky (2010:15) hävdar gräsrotsbyråkratens diskretion som nödvändig.

## Arbetets oförutsägbara karaktär

Det framkommer att kuratorns arbete i hög grad formas situationellt, beroende på vad som uppstår i mötet med patienten kan den hjälp som ges se olika ut.

Och i de samtalen vet jag aldrig vad som kommer. För att det är en patient jag aldrig träffat innan, vilket också gör att ibland så dyker det upp saker som man inte trodde. Exempelvis att man varit utsatt, nu senast var det incest som hen aldrig hade pratat med någon om. Man fick ett förtroende och det bara kom, och då får man ju ändra fokus på samtalet helt, och släppa det som var tänkt och liksom bemöta det du får i knäet (Intervju med Lena)

Att det oförutsägbara kan inträffa i kuratorns möte med patienten gör också att det blir svårare att helt och hållet ringa in kuratorsuppdraget. Lipsky (2010:15) är inne på att det inte går att formalisera för mycket av gräsrotsbyråkratens arbete, detta för att arbetet i mångt och mycket är komplex och varje möte med en människa är unikt och inte något annat möte likt. Gräsrotsbyråkrater måste dessutom ta hänsyn till de specifika omständigheter som gäller för just den individ som den för tillfället försöker att hjälpa. Även Jonas beskriver möten med patienter som oförutsägbara:

När jag möter en patient så har jag alltid ett vitt ark framför mig. Du kan veta att det är en man eller kvinna, du vet en viss ålder, sen vet du inte mer. Egentligen, jo att de kom in, till exempel av en hjärtinfarkt, och via akuten och det och det har hänt medicinskt också hamnade de på avdelning. Men sen kan det ju finnas mycket mer ju, bakomliggande. (Intervju med Jonas)

Jonas tar alltså oförutsägbarheten som en utgångspunkt i sitt arbete, vilket blir extra tydligt genom det ”vita ark” han säger sig ha med sig till mötet. Detta är en viktig aspekt som kan sättas i relation till senare tids krav på standardisering av samtalsarbete (se t.ex. Ponnert & Svensson 2016).

## *Otydlighet och effektivitetskrav som den fria kuratorsrollens utmaningar*

Ovan har vi beskrivit kuratorernas upplevelser av kuratorsuppdragets varierande karaktär. Möjligen blir detta ett dilemma för kuratorn då det riskerar att göra rollen otydlig för både kuratorn själv såsom för andra professioner. Kuratorns autonomi möjliggör för dem att bestämma över sin arbetssituation vilken samtidigt åsamkar en variation mellan kuratorernas arbetssätt. Jonas illustrerar detta genom att säga att “Jag brukar säga att det enda vi har gemensamt ja det är socionomutbildningen. Resten är vi olika personer”. Utformningen av kuratorns arbete påverkas i sin tur av uppdragens komplexa och oförutsägbara karaktär vilka

förutsätter att arbetets uppdragsområde är brett och flexibilitet för att kunna möta uppdragens variationer. Exemplet nedan illustrerar just detta.

Om jag kan ta ett exempel med en patient som var så himla orolig för att hon blev inlagd och tiden för att deklarerat var snart ute och jätteorolig för att missa det för man kan ju få rätt så mycket böter om man missar deklARATIONEN. Och då ringde de ju mig för det är en praktisk, och jag kom ju dit och jag hjälpte patienten att ringa, komma fram till skatteverket, det tog ju 40-45 minuter och det är ju, alltså är det en fråga för kuratorn? Både och men samtidigt jag är nog den enda som skulle ha den tiden att sitta och, och vi fick det ordnat hon fick liksom skjuta fram det och så släppte ju jättemycket stress för den patienten, så att det kan va alltså blandat men givetvis oro och ångestproblematik men också som sagt praktiska frågeställningar. (Intervju med Jessica)

I citatet ovan frågar sig Jessica om det är en kuratorsuppgift att hjälpa patienten med deklARATIONEN? Mycket stress släppte för patienten som fick hjälp med deklARATIONEN och måhända kunde denna ta emot behandling och hjälp lättare när stressen lättade. Den hjälpsökande människan förväntar sig en typ av skraddarsydd hjälp, vilken förutsätter att den hjälpsökande innehar diskretion (Lipsky, 2010:13–15). Kuratorns breda och således flexibla uppdrag kan utifrån det här förstå vara gynnande för patienten, den ämnar få den hjälp den bäst behöver. Det kan vidare förstå vara gynnande även för kuratorn då denne kan forma hjälpen som ges efter vad kuratorn anses vara bäst, grundat på sin utbildning och erfarenhet inom yrket. Men hur påverkar arbetets varierande karaktär samarbetet mellan kurator och övriga professioner inom hälso- och sjukvården när det ena gången anses vara nödvändigt att hjälpa till med en patients deklARATION medan det i ett annat läge och kontext inte anses vara nödvändigt? I intervju med Hanna beskriver hon hur andra professioner tenderar att initiera kontakt mellan kurator och patient i ärenden vilka inte är ämnade för kuratorn:

[...] så det kan ju också påverka liksom att när personal har missuppfattat vad jag gör och vad jag kan hjälpa till med, säkert i ren välmening liksom så men då påverkar det ju också att antingen så blir det ju kanske en besviken patient eller så känner jag mig otillräcklig i mitt, i vad jag gör och inte gör och kan göra, hjälpa till med. (Intervju med Hanna)

Flertalet kuratorer beskriver hur de blir tilldelade uppdrag från andra professioner vilka inte tillhör kuratorns arbete. Möjligen kan man förstå det som att kuratorsrollens varierande karaktär således bidrar till att denna även blir otydlig. Craig och Muskat (2013:8) betonar vikten av att kuratorn måste ringa in sin roll och uppdrag bättre och med det få en mer självklar roll inom hälso- och sjukvården. Utifrån ovan beskrivning av kuratorns arbete torde

det vara en svår uppgift, ska det exempelvis stå i en arbetsbeskrivning att kuratorn kan hjälpa patienter med att deklarerera?

En annan framträdande faktor som komplicerar kuratorns uppdragsformande är att deras arbete ofta inte går ihop med de effektivitetskrav som genomsyrar mycket av den medicinska vården (Sernbo 2019). Den goda vården och kostnadseffektiviteten kan dock komma att krocka ibland, som Hanna beskriver så här:

Det kan vara svårt att veta ibland när man ska avsluta ett stödjande samtal, liksom vissa kan ju ligga här i flera månader och ska man då träffas i flera månader alltså det kan vara ibland svårt att liksom känna att, ja nu är vi färdigpratade liksom som för vissa har ju problem och har haft väldigt länge liksom. (Intervju med Hanna)

Sernbo (2019:137-138) skriver om värdet av snabb utskrivning och att kostnadseffektivitet genomsyrar den medicinska kontexten. Det arbete som kuratorn gör för patienter som inte är helt lätt att utvärdera eller som är väldigt tidskrävande kan därför tendera att bli en typ av hemlighetsmakeri.

\*

Ovan beskrivning av kuratorns arbete syftade till att återge en bild av kuratorns arbete inom den tvärprofessionella verksamheten, hälso- och sjukvården. Arbetet präglas av autonomi vilken förstås vara fördelaktig för att fånga upp patienternas varierade behov. Samtidigt kan man förstå det som att arbetets varierande karaktär mynnar ut i ett uppdrag vilket i, huvudsak utifrån, uppfattas som otydligt där det inte är givet vad kuratorn gör alternativt inte gör. Har kuratorn möjlighet att påverka detta och på så vis minska otydligheten för den egna arbetsrollen? Detta ska vi undersöka i analyskapitlets andra del.

### Gränsdragningsarbete

Det breda arbetsområdet tycks alltså skapa otydliga gränser gentemot kuratorns kollegor. Kuratorerna beskriver otaliga exempel på situationer där de tilldelas arbetsuppgifter som kan anses falla utanför ramarna för kuratorns arbete och handlingsutrymme. För att svara mot dessa förväntningar beskriver de hur de utvecklar strategier för att avgränsa sitt arbete. Nedan kommer vi beskriva olika gränsdragningsstrategier vilka kuratorerna använder arbetet för att forma sin arbetsroll och sitt uppdrag.

### Defensivt gränsdragningsarbete

Kuratorerna beskriver för det första några olika vad vi kallar för defensiva eller försvarande gränsdragningsstrategier för att avgränsa sitt arbete från de uppgifter vilka de blir tilldelade men vilka de inte anser sig ämnade att lösa. Dessa strategier tillämpas i situationer där konkreta anspråk görs på deras arbetstid.

### *Ständig information och negerande marknadsföring*

[...] att vi ständigt måste informera och jag säger marknadsföra oss för vårdpersonalen, ja man har ju fått många lustiga frågor faktiskt, speciellt också från läkare, då patienten saknar ett personnummer; -kan du ordna det? [frågar läkaren], nej det kan jag inte. Och det här med patienten har inget boende det fixar kuratorn, nej det gör vi inte, inte så att jag tror nog att det är luddigt för dem vad vi sysslar med, en del har stenkoll då blir man jätteimponerad men många har inte det. (Intervju med Jessica)

Citatet ovan illustrerar en situation vilken många av kuratorerna beskrivit som ständigt återkommande. De tilldelas olika arbetsuppgifter vilka faller utanför ramarna för kuratorernas eget uppfattade arbetsområde. Det kan handla om patienter med undermålig ekonomi, bostadslöshet, patienter som saknar personnummer eller allmänt komplexa situationer vilka kuratorn förväntas lösa. I de här situationerna betonar en av kuratorerna vikten av att vara tydlig gentemot de andra professionerna ifråga om vad kuratorn gör men så också vad kuratorn inte gör, “[...] det handlar om allting från att när de ringer, när de mejlar mig, när vi sitter i möten, framför patienten, det är liksom, att hela tiden jobba med, vad gör jag, och vad gör jag inte?” (Intervju med Hanna). Detta förfarande kan förstås vara en defensiv gränsdragningsstrategi vilken används för att minska dessa förslag utifrån från andra professioner. Det handlar om att bemöta dessa förväntningar från andra professioner genom att ständigt informera, eller ”marknadsföra” sitt uppdrag. Kurators autonomi blir särskilt tydlig i relation till denna defensiva gränsdragningsstrategi då den bygger på att kuratorn gör en bedömning och tar beslut om vad som är en kuratorsuppgift eller inte. Denna möjlighet att själv påverka sin arbetsroll och ta egna beslut stämmer väl överens med Lipskys (2010:13-14) begrepp diskretion. Här används den för att avgränsa uppdraget gentemot andra professioners anspråk.

Hanna berättar vidare att hon allt mer sällan blir inkopplad i den här typen av ärenden och poängterar att hon tror att det har att göra med att hon blivit tydligare med att det inte är hennes uppgift. Däremot har hon handskats med de här förväntningarna tidigare. Exempelvis

beskriver hon situationer där de andra professionernas förväntningar även uttalats inför patienten:

Men när de liksom redan har bestämt lite vad jag ska göra och när jag ska träffa patienten att det liksom, det blir svårt att backa för mig då för att då kanske de har lovat att ja "Hanna" ska hjälpa dig söka bostad och sen kanske jag går in där och säger ja fast jag ringer ju inte till några bostadsbolag eller så eller skickar mail utan det är ju något du får göra själv och sen stöttar jag dig. Jaha, men de sa ju att du skulle hjälpa mig? Så hamnar man liksom, kommer man in fel i ärendet liksom och det känns som det blir en besvikelse ibland [...]. (Intervju med Hanna)

Citatet ovan inleds med att kuratorn beskriver sin upplevelse av att andra professioner gjort en bedömning och tagit beslut om vad kuratorn skall göra. De har i samtal med patienten informerat om ett visst stöd patienten kan förvänta sig av kuratorn, förväntningar vilka inte stämmer överens med det stöd kuratorn faktiskt kan tillgå patienten. När Abbott (1988:40-41) beskriver begreppet jurisdiktion betonar han den kontroll professionen har över dess egna arbetsuppgifter. Utifrån citatet ovan blir det tydligt att andra professioner tidigare tagit roder över denna kontroll vilket i sin tur försatt kuratorn i en situation där alliansen med patienten sätts ur spel då kuratorn inte kan leva upp till det andra professioner lovat. Hanna, men också andra kuratorer beskriver att det successivt skett förändring vad gäller den här typen av uppdrag och man kan då förstå det som att denna defensiva gränsdragningsstrategi där kuratorn genom att informera och tacka nej till uppdrag "skyddat sig" från "angrepp", har varit en framgångsrik strategi i kuratorns arbete med att forma sin roll.

### *Patientens medgivande som krav*

En annan defensiv strategi vi identifierat i vårt material är att neka eller beskriva motvilja mot kontakt som inte initierats eller efterfrågats av patienten själv. Detta betonande har olika skäl. I citatet ur Lisas intervju som följer här, är det att motverka bilden av en kurator vars tid man kan använda efter eget tycke:

[...] så att arbetssättet vet jag inte om, just det här med att få patientens godkännande det handlar väl också om att legitimera vår kontakt med patienten, att vi inte bara som yrkesgrupp bara är någon som kommer in och är ett sällskap utan att patienten behöver vara medveten om också att de tackar ja till en kontakt som är där för deras skull och att vår tid är viktig för annan personal, att vi inte bara har all tid i världen utan de faktiskt också resonerar kring oss som de gör med andra yrkeskategorier. Att man ringer och avbokar oss när, när patienten är upptagen och fick en akut röntgentid, att man då ringer och avbokar vårt samtal och inte bara låter det passera. (Intervju med Lisa).

I intervju med Jonas betonas också vikten av patientens medgivande då han menar att han aldrig skulle upprätta en kontakt om medgivande inte var fastställt. Sernbo (2019:171) lyfter

att merparten av kuratorerna i hennes studie också betonar vikten av att patienten efterfrågat kontakten med kuratorn innan kontakt initieras. En fråga som uppstår är varför patientens medgivande är så viktigt här? I citatet ovan betonar Lisa patienters och andra professioners respekt för kuratorns arbete, där denna defensiva gränsdragningsstrategi bidrar till detta. Vidare berättar Lena om en incident där hon gått in i en kontakt utan patientens medgivande vilket slutade med att hon lämnade patientens rum med en kaffemugg kastad efter sig. Incidenten illustrerar något alla kuratorer i våra intervjuer betonat, nämligen alliansen. Kuratorn är beroende av den allians som finns mellan sig själv och patienten, något som är svårt att åstadkomma om man initierar en kontakt mot patientens vilja. Genom att efterfråga patientens medgivande avgränsar kuratorn sitt arbete i fråga om vilka ärenden kuratorn går in i eller ej och minimerar således risken att bli inkopplad i de ärenden där det finns risk att en eventuell allians påverkas.

#### *Problematisera kollegors gränsdragningsproblem*

Vad som även kan förstås vara en defensiv gränsdragningsstrategi är när en av kuratorerna beskriver hur hon själv arbetar mer selektivt och avgränsat i relation till andra kuratorer. Lena beskriver till exempel vid ett tillfälle att hon upplever att vissa kuratorer betar sig som samariter, att de skall göra allt för sina patienter. Lena menar att hennes arbete skiljer sig från dessa kuratorers och poängterar vikten av att patienterna själva gör det de har förmåga att klara av. Genom att beskriva sitt arbetssätt och skillnader i detta gentemot andra kuratorer dras en gräns ifråga om vad hen gör och inte gör. Liljegren (2008:48) beskriver detta som gränsdragning på individnivå vilket innebär att man konstruerar tydliga gränser mellan sig själv och andra. I Lenas gränsdragning legitimeras hennes arbetssätt genom att betona vikten av att patienten själv får uppleva att de klarar av att hantera olika motgångar. Det kan skapa problem för kuratorer om några agerar som samariter och hjälper till med allt möjligt, snarare än att försöka ringa in kuratorsuppdraget. Att inte kunna göra gränsdragningar för kuratorsuppdraget bidrar till att uppdraget förblir svårt att tydligt definiera. Lena menar på att det är förståeligt att inte en läkare vet vad kuratorn gör när kuratorn på en avdelning hjälper till med allt möjligt.



## Proaktivt gränsdragningsarbete

Utöver de defensiva strategier som hittills illustrerats har vi även funnit strategier av mer proaktiv karaktär. Med proaktiva menar vi strategier som bortom konkreta situationer av försvar ämnar föregripa och förhindra oönskade händelser. Dessa beskrivs nedan:

### *Kurator på remiss*

I intervjuerna återkom beskrivningar av ett arbetssätt gällande den initiala kontakten mellan kurator och patient som särskilt fördelaktigt, nämligen att denna till största del initieras genom remisser, antingen från andra professioner alternativt via patienten själv. Dessa remisser erhåller inga formella krav utan kan ske skriftligt såväl som muntligt. Att initiera och förespråka det här arbetssättet kan förstås som en proaktiv gränsdragningsstrategi på så vis att kuratorn gör en tydlig gränsdragnings i fråga om hur hen kommer i kontakt med sina patienter.

Läs Majas resonemang här:

Mm jag skulle vilja säga att nu är det ju eftersom vi är så få på plats så har vi ökat kravet på skriftliga remisser för att också personal ska tänka igenom verkligen och beskriva tydligt att vi får en bra bild kring varför en patient behöver kuratorskontakt, att det inte blir det här att ja men en kurator bara, att man inte, ja men att det blir mer grundat, att tidigare var det fler muntliga remisser och kanske inte alla gånger lika fullt befogat med en kuratorskontakt, att det kunde handla om andra saker så ja det har skett en förändring över tid. (Intervju med Maja)

Den proaktiva gränsdragningsstrategin blir särskilt tydlig i citatet ovan där Maja poängterar att deras arbetssätt vad gäller att initiera kontakt med patienten enbart efter det att remiss inkommit också är ett arbetssätt vilket hjälpt kuratorerna att ”skydda sig” mot de uppdrag vilka faller utanför kuratorns arbetsområde. Det torde således förstås som en framgångsrik strategi där kuratorn drar gränser för att forma sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Genom att öka kravet på remisser betonar Maja att professionerna tvingas tänka efter innan remiss lämnas till kuratorn där det är av vikt att ett behov är aktualiserat.

Som redan poängterats beskriver många av kuratorerna det här tillvägagångssättet som fördelaktigt. Lisa poängterar en av dessa fördelar, nämligen att det funnits ett professionellt samtal mellan patienten och annan sjukvårdspersonal. Därefter kopplas kuratorn in när en bedömning gjorts gällande behov om kuratorskontakt. Även Jonas betonar detta som en fördel och beskriver det tvärprofessionella arbetet vilket fungerar som allra bäst ju fler professioner som ser patienten och dess behov.

Kuratorerna belyser emellertid inte enbart fördelar med det här tillvägagångssättet. Maja beskriver hur det också bidrar till att kuratorerna blir beroende av att de andra professionerna

tar sig tid och uppmärksammar patientens psykosociala behov där professionernas kompetens även blir avgörande. Vilka signaler bör de vara uppmärksamma på och vilket stöd kan kuratorn erbjuda? Att de andra professionerna besitter kompetens gällande svar på dessa frågor blir särskilt viktigt i förhållande till denna proaktiva strategi då denna innebär att kontakt mellan kurator och patient initieras utifrån en bedömning vilken är gjord utanför kuratorernas profession. I Sernbos (2019:34) avhandling belyser hon just de andra professionernas kunskap gällande kuratorns kompetens. Denna kunskap tenderar att variera i förhållande till den kompetens kuratorn faktiskt besitter och definitionerna vad gäller kuratorns arbete skiljer sig därför åt. Ytterligare tidigare forskning problematiserar de övriga professionernas ibland ofullständiga kunskap beträffande kuratorns arbete. Försämrad vård för patienterna kan då komma att bli en effekt då okunskapen gör att kuratorskontakt inte erbjuds (Heenan & Birrel, 2019:1751, McLeod & Sandén Eriksson, 2002:161). Möjligen blir denna proaktiva strategi ett problem i förhållande till målgruppen. Kontakt mellan kurator och patient initieras genom andra professioner samtidigt som att många kuratorer uppger att det kan finnas bristande kunskap från andra professioner om vad kuratorn gör.

Även om kuratorn genom denna proaktiva strategi avgränsar sitt arbete och skyddar sig gentemot olika uppdrag blir de ändå beroende av annan personal vilken i interaktion med patienten gör en bedömning, är det här en uppgift för kuratorn? Det är även de andra professionerna vilka definierar kuratorns uppdrag inför patienterna vilket man kan förstå vara en typ av gränsdragning gällande kuratorns arbete. De övriga professionerna gör bedömningar gällande behov om kuratorskontakt utifrån dess kunskap om sitt eget och andra professioners kompetensområde. Dessa gränser menar Liljegren (2008:48) ofta sker utifrån synen på den egna respektive den andra yrkesgruppens arbete. Det blir avgörande om yrkesgruppen i fråga tycker att den andra yrkesgruppens arbete är relevant för att hjälpa patienten. Vidare betonar Liljegren (ibid) hur dessa gränsdragningar även kan komma att påverka yrkesgruppens status, beroende på hur den ena yrkesgruppen definierar den andra kan det innebära att en eventuell syn om ett mindre värdefullt arbete även får effekten av att yrkesgruppen får en underordnad position. I fråga om vem som gör vad inom en organisation handlar om den jurisdiktion vilken en yrkesgrupp har beträffande vissa arbetsuppgifter vilket Abbott (1988:48) liknar med att äga ett arbetsområde där man innehar kontroll över dess arbetsuppgifter. Det är således frågan om kuratorn innehar kontroll vad gäller dess arbetsområde och de ärenden hen blir inkopplad i då de bedömningar som görs utifrån denna proaktiva strategi sker på grundval av andra professioner. Maja problematiserar det här tillvägagångssättet ytterligare och beskriver

sin upplevelse av att även patienterna ibland saknar kunskap om vad kuratorn gör vilket i sin tur påverkar att de tackar nej till det stöd som erbjuds. Det här är även något Jonas beskriver “Och ibland frågar jag patienten. Vad tror du en kurator gör? Vissa har inte någon aning egentligen, mer än att de vet att de kan få stöd”. I McLeod och Sandén Erikssons (2002:162) studie uppmärksammade de just det här, patienterna saknade kunskap både vad gäller kuratorns existens men också kompetensområde. Vidare betonar de vikten av att patienterna erbjuds möjlig åtkomst gällande kuratorns stöd då de i annat fall försummas den vård de har rätt till (McLeod & Sandén Eriksson, 2002:166).

### *Uppsökande patientarbete*

Vi beskrev ovan att kuratorerna säger sig gärna komma i kontakt med sina patienter via remiss. I intervju med Maja illustrerar hon dock en tanke om ett annat och lite motsägelsefullt tillvägagångssätt nämligen att kuratorn själv presenterar sig och definierar sitt arbete inför patienten. ” [...] om vi hade kunnat nå ut och kunnat möta patienterna på egen hand och kunnat få ett ansikte till vem jag är, jag kan förklara med egna ord vad jag gör så finns det ju, då kan patienten lättare ta ett beslut vad hen tackar ja eller nej till.” Det här tillvägagångssättet visar sig för Stina vara ett utarbetat arbetssätt genom vilket hon initierar kontakt med patienterna.

Ja, jag jobbar uppsökande [...] de kan säga så här att “du, hon på rond 5. Alltså vi upplever att hon skulle behöva kurator, hon har sådan ångest varje kväll, men vi föreslår kurator alltid, men hon vill inte ha det.” Då kan jag mycket väl, liksom bara knacka på “hej hej, förlåt, jag är kuratorn, jag brukar gå en liten runda. Jag skulle bara se hur du har det och du kanske inte alls är intresserad av kurator” också börjar man ändå och där känner man också jättesnabbt när man går över tröskeln där “nej kom inte hit” eller så blir det bara, oftast blir det “ja men kom du in en liten stund om du vill, jag har inget och prata om”. Det säger de ju ofta men sen så sitter man ändå där en halvtimme också frågar man om man får komma tillbaka imorgon och det får man ju oftast göra. Så på det viset, det är samma våra patienter som kommer hit här och får behandling där går jag också ibland runt lite, när jag vet, när jag hört att “den familjen där har det nog varit lite mycket i” och sådär. Men de vill sköta det inom familjen, då kan jag mycket väl gå in och “hej hej, jag ska bara så ni har ett ansikte, jag är kurator” också lämnar jag visitkort och det är ju mycket lättare att ringa mig om man sett mig. Det är ju liksom, det är ju folk som jag tänkt ibland att “oh de här kommer inte att ringa” och sen så ringer dem och säger “ja hej, och ja det kändes så skönt att se dig och veta vem du var, vi har gått förbi ditt kontor” eller “vi har hört att de pratat om att det finns kurator men vi har inte vetat vem det var”. Och sen ringer de mig. (Intervju med Stina)

Genom att själv initiera kontakt med patienten möjliggör kuratorn för att också själv definiera sitt arbete då hon med egna ord kan berätta om det stöd som erbjuds. Det här tillvägagångssättet kan således förstås utifrån att vara en proaktiv gränsdragningsstrategi där kuratorn formar sitt arbete genom att muntligen beskriva och erbjuda det stöd vilket faller inom ramen för hur kuratorn definierar sitt arbete. Det möjliggör vidare för kuratorn att göra

en egen bedömning ifråga om vilket stöd patienten torde vara i störst behov av. Man kan utifrån det här förstå det som att det här tillvägagångssättet så även bibehåller kuratorns diskretion då särskilt i relation till det faktum att kuratorn har möjlighet att styra över vilket stöd patienten ifråga blir erbjuden (Lipsky, 2010:13–14), en bedömning vilken sker på grundval av kuratorns kompetens. Lipsky (2010:15) betonar särskilt vikten av diskretion i relation till det stöd eller den insats som erbjuds då det är en fråga om att yrkesgruppen tar beslut gällande detta utifrån en tillit till deras kompetens och förmåga att avgöra vad som är bäst för patienten. Utifrån ovan diskussion angående jurisdiktion kan man med denna proaktiva gränsdragningsstrategi även förstå det som att kuratorn med hjälp av denna bibehåller en kontroll över sina arbetsuppgifter då arbetet definieras och formas av henne själv (Abbott, 1988:48).

Även om detta tillvägagångssätt beskrivs ha sina fördelar, framläggs också nackdelar som gör att flera respondenter väljer att inte arbeta så. Lena beskriver att det uppsökande arbetet hade varit det mest fördelaktiga för patienterna men på grund av en hög arbetsbelastning finns inte denna möjlighet och kontakt med patienterna initieras därför efter det att ett behov uppmärksammas. Jessica berättar vidare om den förändring som skett på den kuratorsmottagning inom vilken hon arbetar. Idag initieras kontakten med patienten enbart via remiss, till skillnad från tidigare när den initiala kontakten så även skedde genom kuratorns uppsökande arbete. Detta kom att visa sig vara resurskrävande och i fråga om effektivitet är det idag ett arbetssätt vilket inte används. I intervju med Lisa betonas detsamma. Hon uttrycker att ”vi måste hushålla mer med vår tid”. Kuratorns roll kan således förstås hamna i konflikt med organisatoriska resurs- och effektivitetskrav. Heenan och Birell (2019:1750) betonar vikten av att kuratorn i sådana situationer ständigt måste påminna sig om sin funktion, då det annars finns en risk att kuratorn anpassar sitt uppdrag allt mer efter organisationens vision snarare än professionens vilken till slut kan komma att innebära att kuratorns funktion förlorar sitt syfte. Evetts (2011:407) beskriver detta utifrån att professionalismen kommit att ändras då de professionellas egna ideologi nu konkurrerar med organisationens ideologi vilket i sin tur påverkar arbetet för de verksamma. Ovan beskrivs ett arbetssätt vilket utifrån patientens bästa kan ses som fördelaktigt där kuratorn genom uppsökande arbete formar sitt arbete och de professionella ideologiska värdena får ett stort utrymme men merparten kuratorer betonar dock att detta arbetssätt inte är förenligt med effektivitet.

### *Göra en arbetsbeskrivning*

Ytterligare ett sätt att gränsa av sitt arbete är att göra tydliga arbetsbeskrivningar. I intervju med Lena berättar hon att hon tillsammans med sin kollega formulerat vad de tycker skall ingå i deras arbetsuppgifter. Vidare berättar Lena att arbetsbeskrivningen har bidragit till en förändring vilken innebär att det blivit tydligare för kollegorna i de tvärprofessionella teamen vad kuratorn gör men också vad hon inte gör. Det här är även något Hanna belyser men hon betonar särskilt vikten av arbetsbeskrivningen i förhållande till sig själv då den varit till stor hjälp för henne att avgränsa sitt arbete.

Ja framförallt för mig själv. Det har blivit lättare för mig att sätta gränser för detta gör jag och detta gör jag inte [...]. Så att jag tycker att jag blivit tuffare och stått på mig mer. Också för att jag blivit mer säker i min roll men mycket på grund av uppdragsbeskrivningen tror jag, jag tror att det är jätteviktigt att man har det. (Intervju med Hanna)

Att formulera en arbetsbeskrivning kan således ses som en proaktiv gränsdragningsstrategi med vilken kuratorerna har möjlighet att själva bestämma vilka arbetsuppgifter vilka tillfaller kuratorn eller inte. I förebyggande syfte förtydligar de sitt arbete för de andra professionerna inom de tvärprofessionella teamen och minimerar risken att utsättas för yttre angrepp i fråga om ärenden och uppdrag vilka faller utanför ramen för kuratorns arbete. Att tydligare definiera och formulera kuratorns roll beskriver Craig och Muskat (2013:8) som viktigt för att denna skall bli självklar, liksom övriga professioner inom hälso- och sjukvården.

Vidare kan denna proaktiva gränsdragningsstrategi också förstås som en strategi för att stärka professionens anseende. Abbott (1988:46) beskriver hur otydliga gränser i fråga om arbetsuppgifter riskerar att ge upphov till ett ifrågasättande av andra professioner utifrån. Olsson (1999:188-189) framhåller kuratorns arbetsuppgifter och beskriver hur dessa genom historien varit många och otydliga. Arbetsbeskrivningen förtydligar och ramar in kuratorns arbetsområde vilket kan förstås påverka kuratorernas uppdrag då det blir tydligare för övriga kollegor vilken yrkeskategori som förväntas arbeta med det specifika arbetsområdet. Liljegren (2008:49) menar på att de gränsdragningar som görs gentemot andra yrkesgrupper medverkar till ett identitetsskapande för den egna gruppen. Då kuratorn innehar denna möjlighet att själv utforma sin arbetsbeskrivning kan man dock ana viss variation bland de olika arbetsbeskrivningarna där en enhetlig bild av kuratorns arbete inom hälso- och sjukvården är obefintlig. Att kuratorerna har individuella arbetsbeskrivningar kan alltså förstås som en försvårande faktor för att kuratorer som grupp ska kunna skapa en gemensam identitet. Lena beskriver en tanke om att det borde formuleras en enhetlig arbetsbeskrivning av kuratorsrollen

inom regionen, något hon menar hon på skulle varit gynnande för patienten om denna oberoende av vilken avdelning den tillhör vet vilken typ av stöd den kan få av kuratorn.

### *Kuratorn som konsult*

I intervju med kuratorerna framkommer det att flertalet av dem arbetar på kuratorsmottagningar, vilket innebär att de sitter gemensamt med andra kuratorer och agerar likt konsulter till de avdelningar dit de är kopplade. Detta betonar de som positivt då det underlättar proaktiv gränsdragning för att förtydliga kuratorsuppdraget inför sig själva och andra professioner. Maja beskriver hur de från hennes kuratorsmottagning ständigt arbetar med att uppnå just samsyn gällande deras uppdrag, arbetsuppgifter och vad de ska respektive inte ska göra. Detta är även något Lisa beskriver och hon betonar det som fördelaktigt att vid behov ha möjlighet till dialog kuratorerna emellan gällande vilka ärenden som är relevanta eller ej. Exempelen ovan kan förstås som försök till att just ringa in sitt uppdrag genom att kuratorerna i dialog med varandra diskuterar vad som är relevanta ärenden eller inte, vilket överensstämmer med Craig och Muskat (2013:8) som betonar vikten av att kuratorn tydliggör sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

Jessica betonar det som fördelaktigt att arbeta på avdelningen likt en konsult, detta för att kuratorns kompetens framhävs då övrig hälso- och sjukvårdspersonal kontaktar kuratorn när osäkerhet kring patientens psykosociala livssituation uppstår. Man tar då hjälp av kuratorn och dess kompetens, genom att rådfråga hur man bör gå vidare med ett ärende. Kuratorn kontaktas även i de fall där behov av reflektion hos hälso- och sjukvårdspersonalen uppstår. I citatet nedan beskriver Maja ytterligare en fördel med att kuratorerna är positionerade tillsammans på en mottagning, nämligen att eventuella hierarkiska strukturer är lättare att förhålla sig till.

Vi har ju en annan ingång, vi jobbar ju inte på klinik på det sättet utan vi kommer ju in som konsulter så vi påverkas inte av det här och fördelen är ju att vi har varandra eftersom vi är en mottagning, så den här kollegiala handledningen gör ju, är ju väldigt hjälpsam att förhålla sig till den här hierarkiska strukturen och hur ska vi gå åt en läkare som kanske har en viss bedömning eller så att det underlättar men absolut att det finns en tydlig hierarki som gör sig väldigt uttalad i vissa situationer (Intervju med Maja).

Brante (2014:19-20) skriver att just läkare är en klassisk profession med hög status. Professionsperspektivet utifrån Brante (2009:30-31) menar på att socionomer är semi-professionella och att det ofta visar sig genom att semi-professionella oftast har mindre autonomi gentemot politiker men även andra professioner. Exemplet med Maja ovan kan då

ses som en fördel för kuratorerna, de kan arbeta tillsammans för att bättre kunna förhålla sig till de rådande hierarkiska strukturerna och för att kunna gå emot läkare som har en annan bedömning än vad kuratorerna har.

## Kap 6. Sammanfattande slutdiskussion

Genom att rikta vår blick mot den initiala kontakten mellan kurator och patient har vi fått möjlighet att undersöka hur kuratorns arbete inom hälso- och sjukvården formas. Ovan har vi illustrerat de gränsdragningsstrategier som kuratorer beskrivit för oss. Strategierna är både av defensiv och proaktiv karaktär och de båda kan förstås vara nödvändiga utifrån en önskan om att förtydliga kuratorns roll och arbete inom hälso- och sjukvården. Nedan kommer vi diskutera dessa gränsdragningsstrategier med hjälp av professionsteori och tidigare forskning.

### Ett arbete i förändring

I intervju med kuratorerna har flertalet noterat att det skett en förändring där kunskapen om vad kuratorn gör alternativt inte gör har blivit allt tydligare i samarbetet med övriga professioner. Den förändring som skett kan förstås vara en effekt av det gränsdragningsarbete verksamma kuratorer dagligen gör i kontakten med övriga professioner. De rutar in sitt arbetsområde och förtydligar det uppdrag som för många framstått som det motsatta. Inledningsvis i analysen beskrev vi hur kuratorns arbete delvis är av oförutsägbar karaktär och i förhållande till detta blir det särskilt nödvändigt att kuratorns arbete så även präglas av flexibilitet för att kunna möta det oförutsägbara i mötet patienten. Som kurator inom hälso- och sjukvården innehar arbetet stor diskretion vilket möjliggör för kuratorn att möta patienternas varierade behov (Lipsky, 2010: 15). Men vad händer med diskretionen när kuratorn successivt rutar in sitt arbete genom tydliga arbetsbeskrivningar och hur påverkar detta målgruppen, det vill säga patienterna? Vi kan enbart spekulera i svaret på denna fråga men möjligtvis bidrar kuratorernas gränsdragningsstrategier till både för- och nackdelar vilka drabbar både yrkesgruppen och patienterna.

Med hjälp av att formulera en arbetsbeskrivning och genom att muntligen informera om vad eller vilka uppdrag kuratorns roll innefattar förtydligar kuratorn sitt arbete inför övriga professioner. Det kan få positiva effekter att andra professioner tydligare vet när kuratorn ska kopplas in och möjligen blir det lättare att uppmärksamma problematik hos patienter om de vet vad kuratorn kan hjälpa till med. Men vad händer då med de arbetsuppgifter vilka inte omfattas av denna arbetsbeskrivning? Kuratorn ringar in sitt arbete och den breda arbetsrollen kan komma att smalnas av till den grad att viss problematik hos patienter inte längre anses vara en uppgift för kuratorn, även om det skulle kunna vara gynnande för patienten. Om de problem patienter uppvisar inte ingår i den arbetsbeskrivning kuratorerna upprättat och inte



heller är problem som andra professioner anser att de kan hjälpa till med, riskerar patienten att stå utan hjälp.

Ovan beskrev vi också hur merparten av kuratorerna i vår undersökning initierar kontakt med patienterna först efter det att remiss från övrig hälso- och sjukvårdspersonal inkommit. Denna proaktiva gränsdragningsstrategi kan förstås utifrån att avgränsa kuratorns arbete ifråga om hur kontakt med patienterna initieras. Genom krav på remiss tvingas övriga professioner säkerställa att behov av kuratorskontakt är aktualiserat. Samtidigt förlitar sig kuratorerna på övriga professioners kunskap beträffande kuratorns uppdrag och kompetens, kunskap vilken flertalet kuratorer och så även tidigare forskning hävdar ibland är undermålig. Vad händer då i de fall där ansvar ligger på övriga professioner att uppmärksamma och bedöma patientens behov gällande kuratorskontakt när kunskap om vad detta stöd innebär saknas? Detsamma gäller den defensiva gränsdragningsstrategin där patientens medgivande efterfrågas. Genom att initiera kontakt med patienten först efter det att patientens medgivande lämnats avgränsar kuratorns sitt uppdrag från de ärenden där motivation och vilja till kuratorskontakt inte finns. Återigen förlitar kuratorerna sig på övriga professioners kunskap och därmed definition av kuratorns arbete och en bedömning i fråga om kuratorskontakt skall initieras eller ej sker på grundval av de andra professionernas kunskap.

Vidare beskriver kuratorerna ytterligare en gränsdragningsstrategi vilken innebär att de utgår från en kuratorsmottagning och arbetar likt konsulter mot olika avdelningar. Frågan är, går vi mot en framtid där kuratorerna i större utsträckning sitter själva på en avdelning och vad skulle det i så fall innebära? Finns det med det en risk att kuratorerna rutar bort sig själva från patienterna? Att kuratorerna fysiskt är längre ifrån övriga professioner kan påverka kunskapen hos övriga professioner om vad kuratorn gör, då de inte längre har lika nära till dialog i exempelvis korridoren. Det blir i så fall viktigare för kuratorerna att förmedla till övriga professioner vad deras uppdrag är för att de ska veta när de ska koppla in kuratorn. Fördelen med att kuratorerna sitter på en egen avdelning kan i sin tur bli att de lättare att få till en samsyn av kuratorsuppdraget genom kontinuerliga dialoger. Kuratorernas samsyn om sitt uppdrag kan i sin tur underlätta när kuratorerna ska förmedla för andra professioner om vad deras uppdrag innebär.

### Professionssträvan

De gränsdragningsstrategier vi beskriver ovan kan både förstås utifrån ett sätt för kuratorerna att strukturera upp och ringa sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Samtidigt kan det också

förstås utifrån att vara en kamp eller strävan mot att bli en egen profession. Brante (2014:15–16) skriver att som yrkesgrupp kan det förstås som eftersträvansvärt att räknas som en profession då de genom den positionen ger legitimitet. Ovan beskriver vi kuratorns uppdrag vara av delvis bred karaktär, men vad har då kuratorns breda uppdrag för inverkan på kuratorers status och för kuratorer som profession? Brante (2009:30–31) menar på att socionomer är en semi-profession dels för att de har lägre autonomi gentemot andra professioner och att de är mer tvärvetenskapliga än specialiserade professionsutbildningar. Det breda kuratorsuppdraget tenderar således att inte räknas som en profession på grund av dess bredd och de tvärvetenskapliga kunskaper som socionomerna i kuratorsrollen besitter. Man kan också se kuratorsrollen utifrån Abbott (1988:40–41) som skriver om graden av jurisdiktion handlar om en professions kontroll över specifika arbetsuppgifter, ju högre grad av jurisdiktion desto mer givna är specifika arbetsuppgifter för professionen. Abbott (1988:46) skriver vidare att om lösningen eller den behandling som ska ges för att lösa ett problem är mer specialiserad så tenderar kontrollen över just de arbetsuppgifterna som ska lösa problemet att öka för den professionen som kan hävda att just de är bäst på det området.

Kuratorns breda uppdrag kan sägas både påverka graden av jurisdiktion och om kuratorn betraktas som en egen profession eller ej. Bredd av arbetsuppgifter och jurisdiktion är inte förenliga med varandra, ju fler och breda ens arbetsfält är desto svårare tenderar det att vara givet att det är just den egna arbetsgruppen som ska utföra uppgifterna. På samma sätt kan strävan efter att göra vissa arbetsuppgifter givet den egna arbetsgruppen ses som ett sätt att försöka stärka jurisdiktionen. Att kuratorerna genom sina gränsdragningsstrategier både lyckas stöta bort oönskat arbete såsom att tillägna sig önskade arbetsuppgifter kan beskrivas som ett jurisdiktionsarbete vilket Abbott (1988:33–34) menar är en professions kamp för att framställa just den egna professionens relevans att lösa vissa arbetsuppgifter. Olsson (1999:182-183) skriver om att kuratorn, historiskt sett, underordnat sig läkarna genom att låta dem ta beslut om vilka patienter de ska träffa, de har också låtit sig acceptera de arbetsuppgifter andra professioner överlätit till kuratorn. Genom de defensiva och proaktiva gränsdragningsstrategierna vi beskrivit ovan kan man förstå det som att kuratorerna avgränsar och således förtydligar, både för sig själva och övriga professioner, vad som ingår i kuratorns uppdrag eller ej. Genom att själva formulera vad som ingår i uppdraget och hur kontakt mellan kurator och patient skall initieras kan man förstå det som att kuratorerna tar ett historiskt avstamp där de nu mer inte underlåter sig till att låta andra professioner bestämma vad kuratorn skall göra. Samtidigt kan man förstå det som att några av

gränsdragningsstrategierna så även bidrar till att påverka strävan efter att bli en profession i negativ bemärkelse, till exempel den proaktiva gränsdragningsstrategin vilken innebär kontakt med patienten initieras först efter det att remiss inkommit. Detta för att den kontroll över arbetsuppgifterna vilken utifrån Abbotts (1988:48) teori om jurisdiktion anses vara viktig, tilldelas de övriga professionerna vilka förväntas upptäcka och uppmärksamma patientens psykosociala mående och livssituation. Det är således de övriga professionerna, i relation till denna gränsdragningsstrategi, vilka innehar kontroll över när kontakt mellan kurator och patient initieras.

#### Avslutande kommentar

Vår undersökning har gett insikt i fråga om hur kuratorns arbete formas genom den initiala kontakten mellan kurator och patient. Samtidigt har ytterligare en frågeställning aktualiserats hos oss. Det hade varit av vidare intresse att undersöka patienternas erfarenheter av den initiala kontakten mellan kurator och patient, hur kontakten initierats och patienternas upplevelse av det här förfarandet. Genom att tillvarata patienterna perspektiv och erfarenheter hade vi såldes kunnat jämföra dessa med kuratorernas upplevelser. Stämmer kuratorernas föreställningar överens med hur patienterna önskar att kontakt med kuratorn skall initieras?

## Referenslista

Abbott, Andrew Delano (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: Univ. of Chicago Press

Aspers, Patrik (2011). *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*. 2.uppl. Malmö: Liber

Blom, Björn, Ann Lalos, Stefan Morén & Mariann Olsson (2014) *Hälso- och sjukvården - en central arena för socialt arbete*. I: Lalos, Ann, Blom, Björn, Morén, Stefan & Olsson, Mariann (red.) (2014). *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: Villkor, innehåll och utmaningar*. 1. utg. Stockholm: Natur & Kultur

Brante, Thomas. (2009). Vad är en profession? Teoretiska ansatser och definitioner. I L. Maria (Red.), *Vetenskap för profession* (15-34).

Brante, Thomas (2014). *Den professionella logiken*. Stockholm: Liber.

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

Craig, Shelley L & Muskat, Barbara (2013). Bouncers, Brokers, and Glue: The self-described Roles of Social Workers in Urban Hospitals. *Health & Social work*, 38, 1, 7-16.

Denscombe, Martyn (2016) *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson - Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2015) Intervjuer. I: Ahrne, Göran & Peter Svensson (red). *Handbok i kvalitativa intervjuer*. Stockholm: Liber.

Evetts, Julia (2003). The sociological analysis of professionalism. *International Sociology*, 18, (2), 395-415

Evetts, Julia (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*, 59 (4), 406-422

Heenan, Deirdre & Derek Birell (2019). Hospital-Based Social Work: Challenges at the Interface between Health and Social Care, *British Journal of Social Work*, 49 (7), 1741–1758

Jakobsson, Ulf (2007) Möten och bemötande i hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift*. 84(6):66-66.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Enskede: TPB

Liljegren, Andreas (2008) *Professionellt gränsarbete - socionomexemplet*. Institutionen för socialt arbete. Göteborg: Göteborgs universitet.

Lind, Rolf (2014). *Vidga vetandet*. Lund: Studentlitteratur.

Lipsky, Michael (2010). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. 30th anniversary expanded ed. New York: Russell Sage Foundation

Lundin, Annika, Inger Benkel, Gerd de Neergaard, Britt-Marie Johansson & Charlotta Öhrling (2019). *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Tredje upplagan Lund: Studentlitteratur

Mc Leod, Eileen & Birgitta Sandén Eriksson (2002). Hospital social work in Sweden and the UK: access to chances of physical health and well-being. *European journal of social work*, Vol. 5 (2):159-169.

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

Ponnert, Lina & Kerstin Svensson (2016). Standardisation—the end of professional discretion? *European Journal of Social Work*. May-Jul2016, Vol. 19 (3/4):586-599

Sernbo, Elisabet (2019). *Med avstegen som arbetsplats: en etnografisk studie av hälso- och sjukvårdskuratorns arbete*. Diss. Göteborg: Göteborgs universitet

SFS (2001:453) Socialtjänstlag.

SFS (2017:30) Hälso- och sjukvårdslag.

Spitzer, William, Ed Silverman & Karen Allen (2015). From Organizational Awareness to Organizational Competency in Health Care Social Work: The Importance of Formulating a “Profession-in-Environment” fit. *Social work in health care*; 54 (3): 193-211.

Sveriges kommuner och regioner (2018) Tabell 5. Anställningar och faktiska årsarbetare efter AID-etikett.

[\[https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/personalstatistik/personalenisiffror/tabellerlandstingsanstalldpersonal2018.27838.html\]](https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/personalstatistik/personalenisiffror/tabellerlandstingsanstalldpersonal2018.27838.html) Hämtat: 2019-12-02]

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> Hämtat: 2019-11-20]

Öberg, Peter (2015) Livshistorieintervjuer. I: Ahrne, Göran & Peter Svensson (red). *Handbok i kvalitativa intervjuer*. Stockholm: Liber.

# Bilaga 1

## Intervjuguide

### Bakgrundsfrågor

- Antal år inom yrket?
- Antal år inom organisationen?
- Vad har du för utbildning?

### TEMA 1: KURATORN I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSTEAMET

- Vill du berätta lite om ditt arbete? Vad gör du på jobbet? (Obs, de inte ska berätta om organisationen utan vad själva de faktiskt gör under en arbetsvecka).
- Hur skulle du beskriva din funktion/ditt uppdrag på avdelningen i förhållande till de andra yrkesgrupperna?

### TEMA 2: GRÄNSDRAGNING OCH GRÅZONER

- Hur bestäms det vad kuratorn ska göra?
- Går det att påverka uppdraget som individuell kurator? Kan man göra på olika sätt? Hur? Ge exempel!
- Finns det gråzoner mellan kuratorns uppdrag och andras? Ge gärna exempel!
- Finns det olika åsikter på avdelningen kring vad kuratorn gör/ska göra? Ge gärna exempel!

### TEMA 3: MER KONKRET KRING FÖRSTA KONTAKTEN

- Hur kommer du i kontakt med de patienter du möter i ditt arbete? Utgå från deras svar i följdfrågorna.

- (Om flera sätt finns) Vilket av de här tillvägagångssätten är det vanligast förekommande i ditt arbete?
  - Vad beror det på?
- I de fall där du som kurator tar kontakt med en patient, vad ser du för fördelar alternativt nackdelar med det här tillvägagångssättet?
- I de fall där du som kurator kommer i kontakt med en patient genom någon annan profession, vad ser du för fördelar alternativt nackdelar i det här tillvägagångssättet?
- I de fall där du som kurator kommer i kontakt med en patient genom att patienten själv tar kontakt, vad ser du för fördelar alternativt nackdelar i det här tillvägagångssättet?
- Har den initiala kontakten skett på det här sättet sedan du började arbeta här?
  - Om ja, hur kommer det sig att du gör på just det här sättet?
  - Om förändring har skett, hur gick det till?
  - Av vilken orsak skedde förändringen?
- Upplever du som enskild kurator ha möjlighet att påverka hur kontakt med patienten initieras?
- (Om flera kuratorer) Upplever du att den initiala kontakten sker på samma sätt som du beskrev för övriga kuratorer på den här avdelningen?
  - Om nej, hur skiljer det sig?
  - Hur kommer det sig?
- Vilka faktorer avgör om kuratorn ska kopplas in utifrån: (obs, vänta med att ge alternativen, låt dem först säga vad de tänker, sedan kan ni fråga om de andra)
  - Dig själv, när känner du att du vill ta kontakt?
  - Andra professioner, när skickar de remiss eller uppmanar dig till att ta kontakt med patienter?
  - Från patienten själv, när tar dessa oftast kontakt?



- Upplever du att det görs likvärdiga bedömningar från dig som kurator och från andra professioner när en kuratorskontakt bör tas?

### **Den fortsatta kontakten**

- Upplever du att beroende på hur den initiala kontakten tas har påverkan på den fortsatta kontakten mellan dig och patienten?
  - Om ja, hur?

### **TEMA 4: SAMARBETE PÅ AVDELNINGEN**

- När är det svårt att hävda sin roll/plats på avdelningen som kurator?
- När kommer kuratorns kompetens som bäst fram i samarbetet?
- Skulle du säga att det finns en hierarki mellan de olika professionerna och hur ser den ut i så fall?

### **Avslutande frågor**

- Är det något du tycker jag har missat att ta upp vad gäller hälso- och sjukvårdskuratorns initiala kontakt med patienten?
- Vill du tillägga något?

## Bilaga 2

### Informationsblankett

#### **Nedan följer information om medverkan i kandidatuppsats**

Vi är två studenter som går på socionomprogrammet på Lunds Universitet, Markus Wendel & Klara Lund. Vi står nu inför att skriva vår kandidatuppsats med vilken vi vill titta närmare på hälso- och sjukvårdskuratorns arbete.

Studien syftar till att undersöka hur kuratorsrollen och kuratorsuppdraget formas genom den initiala kontakten mellan hälso- och sjukvårdskuratorn och patienten. Med den initiala kontakten menar vi det första inledande möte som sker mellan kuratorn och patienten. Detta kommer genomföras genom intervjuer och observationer. Målgruppen för undersökningen är hälso- och sjukvårdskuratorer. Intervjuerna kommer att spelas in.

Studien kommer att genomföras i enlighet med forskningsetiska principer vilka innebär att medverkan sker på frivillig grund och att deltagandet när som helst kan avbrytas utan att behöva ge en anledning till det. De uppgifter vi får tillhanda kommer enbart används till denna studie samt att uppgifterna kommer att hanteras konfidentiellt. Uppgifterna kommer att avidentifieras så att ingen utomstående kan härleda svaren till enskild deltagare eller dennes arbetsplats.

## Bilaga 3

### Samtyckesblankett

#### Samtycke till deltagande i kandidatuppsats

Nedan ger du ditt samtycke till att delta i vår studie som berör den initiala kontakten mellan hälso- och sjukvårdskuratorn och patienten. Läs igenom följande punkter noggrant och skriv under för att ge ditt medgivande till delaktighet i studien.

Jag samtycker till:

- Att jag tagit del av information om studien, dess syfte och omfattning.
- Att jag deltar frivilligt och att jag när som helst har möjlighet att avbryta min medverkan utan att behöva ge en anledning till det.
- Att de uppgifter jag lämnar enbart används till denna studie samt att de uppgifter jag lämnar kommer att hanteras konfidentiellt.
- Att de uppgifter jag lämnar kommer att avidentifieras så att ingen utomstående kan härleda svaren till mig eller min arbetsplats.

.....

Ort/datum/år

.....

Namnteckning

.....

Namnförtydligande

.....

Namnteckning student

.....

Namnförtydligande student

.....

Namnteckning student

.....

Namnförtydligande student

.....

Namnteckning handledare

.....

Namnförtydligande handledare