



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Mellan frustration och god relation

En studie om kuratorers arbete med tvångsvård inom  
psykiatrin

Saga Quednau & Klara Svensson

Kandidatuppsats SOPA63

VT 2020

Handledare: Annika Capelán

# Abstract

Authors: Saga Quednau and Klara Svensson

Title: Between frustration and good relations - A study on counselors' work with compulsory care in psychiatry.

Supervisor: Annika Capelán

Assessor: Eva Palmblad

The research of psychiatry counselors' work with compulsory care patients is very limited, if not non-existent. The aim of this study was therefore precisely that: to explore psychiatry counselors' view on their work with compulsory care patients. The main method chosen was a qualitative questionnaire with nine psychiatry counselors from predominantly the regions of Skåne, Stockholm and Västra Götaland. In analysing our results we applied the following theoretical approaches: the therapeutic alliance, theory of profession with Michael Lipsky's theory of street-level bureaucracy and the notion of interprofessional team. The study found that the therapeutic alliance is seen as very important in establishing a good relationship with patients and that the counselors' limited discretion regarding coercion enables a better relationship with the patient. The counselors value their wider perspective which includes social aspects as well as law and legislation, in addition to medical ones. They see this as an advantage in their work within psychiatric care, as the other staff at the workplace do not see the patient from this perspective, while it can at the same time create cultural clashes with the medical approach. This study has therefore attempted to highlight the challenges and opportunities that the psychiatry counselor can face within the work regarding compulsory care patients. The study concludes that more research on this subject is required to contribute with more knowledge about how compulsory care affects the work of the counselor and to open up for insights into how the Swedish compulsory law may actually affect patients.

Key words: counselor, psychiatry, LPT, compulsory care patients, the therapeutic alliance

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
Problemformulering .....	1
Syfte.....	3
Frågeställningar .....	3
Begrepps- och ordförklaringar .....	3
Bakgrund .....	4
Arbetsfördelning .....	5
<b>Tidigare forskning</b> .....	<b>6</b>
Hälso- och sjukvårdskuratorn i en historisk kontext .....	6
Kuratorer inom psykiatri .....	7
Yrkesroll och yrkesidentitet .....	9
Utmaningar för kuratorer .....	9
Tvångsvårdade patienter i Sverige .....	11
Sjuksköterskors upplevelser av arbetet med tvångsvårdade patienter .....	12
<b>Teori</b> .....	<b>13</b>
Professionsteori.....	13
<i>Professioner</i> .....	13
<i>Semiprofessioner</i> .....	14
<i>Gräsrotsprofessioner &amp; byråkrater</i> .....	14
Samarbete i team.....	15
<i>Tvårprofessionella team</i> .....	15
<i>Hinder i samarbetet</i> .....	15
Den terapeutiska alliansen.....	15
<b>Metod</b> .....	<b>17</b>
Val av metod och metodologiska överväganden .....	17
Urval .....	18
Tillämpning av metod .....	20
Bearbetning av materialet .....	21
Tillförlitlighet och äkthet .....	21
Förförståelse .....	22
Forskningsetiska överväganden .....	22
<b>Resultat &amp; analys</b> .....	<b>24</b>
Deltagarna.....	24
Kuratorns yrkesroll och arbetet med LPT-patienten.....	24
<i>Yrkesrollen utifrån att vara socionom</i> .....	25
<i>Tvångsvårdens påverkan på patienterna och hur kuratorerna förhåller sig till den</i> .....	<b>Fel!</b>
<i><b>Bokmärket är inte definierat.</b></i>	
Utmaningar .....	27
<i>Balansgång - att vara på patientens sida och vårdens sida</i> .....	29
<i>Paternalism och patientens självbestämmanderätt</i> .....	30
Allians med patienten .....	31
<i>Alliansens väsentlighet</i> .....	31
<i>Att skapa en allians</i> .....	32
<i>Svårigheter i alliansskapandet</i> .....	34
Samarbete och samverkan .....	35
<i>Samarbete professionerna emellan</i> .....	35
<i>Svårigheter i samarbetet</i> .....	37
<i>Samverkan med andra aktörer</i> .....	39
<i>Svårigheter i samverkan med andra aktörer</i> .....	39

<b>Diskussion .....</b>	<b>41</b>
<b>Referenslista .....</b>	<b>43</b>
<b>Bilagor.....</b>	<b>47</b>
Bilaga 1.....	47
Bilaga 2.....	50

# Inledning

## Problemformulering

Samhällsförändringar och förändringar i vården i Sverige under tidigt 1900-tal gjorde det tydligt att det fanns ett behov av personer med social kunskap i sjukvården (Olsson, 1999). År 1914 anställdes den första kuratorn i Sverige, Gertrud Rodhe, vid ett sjukhus i Stockholm. Hennes primära arbetsuppgift var att utreda de "sinnessjuka" patienternas ekonomiska och sociala situationer för att kunna skydda och bevaka deras rättigheter under vårdtiden. Det sociala arbetet började integreras på riktigt inom vården efter riksdagen år 1931 antog en ny stadga om att social hjälpverksamhet skulle ansluta med "sinnessjukhusen", och kuratorer började därefter anställas runt om i landet. Olsson (1999) förklarar hur kuratorns profession har förändrats genom tiderna där arbetsuppgifterna har gått från att förvalta patientens ägodelar till att samordna olika resurser och insatser.

Även om kuratorn inte har en naturvetenskaplig utbildning så kan denna yrkesgrupp befinna sig inom den medicinska världen och arbeta jämte medicinsk personal såsom läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal. Studier visar att socionomer värderar diskussioner och samarbeten på arbetsplatsen högt, och att de anser att alla professioner, inklusive den egna, har något värdefullt att tillföra sitt team (Davidson, 1990; Framme, 2014). Inom hälso- och sjukvården bidrar kuratorn till en helhetssyn på patienten med sin psykosociala kunskap, vilket innebär att de ser människan i sitt sociala, psykiska och fysiska sammanhang (Lundin, 2009). Kuratorn är även den enda professionen inom hälso- och sjukvården som har en teoretisk grund i socialt arbete, samt har utbildats i hur den offentliga lagstiftningen fungerar och det offentliga systemet är uppbyggt. De är den psykosociala experten och den uppenbara förbindelsen mellan vården och andra samhällsaktörer (SSR, u.å.).

Arbete med social hjälp vid psykisk ohälsa utgör ett av de största arbetsområdena för kuratorer inom hälso- och sjukvård (Öjehagen, 2014). Psykisk ohälsa är dessvärre ett av de största hälsoproblemen i Sverige idag. Vård och behandling för psykiskt sjuka ges inom olika vårdverksamheter såsom primärvården, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och rättspsykiatri. Inom samtliga av dessa verksamheter finns kuratorer anställda. Patientens

psykiska ohälsa kan komma att påverka kuratorns förutsättningar för att arbeta med patienten, vilket leder till att andra krav ställs på kuratorns kompetens (ibid.).

En del av de patienter som lider av allvarliga psykiska störningar kan tvingas ta emot vård mot sin vilja enligt tvångslagstiftningen LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård). Detta är i vissa fall nödvändigt för att hindra patienten från att skada sig själv eller andra, men innebär samtidigt ett stort ingrepp i integriteten och kan upplevas som mycket kränkande (1177, 2019). Enligt Socialstyrelsen (2018) vårdas i Sverige ca 12 000 personer per år enligt LPT. Många kuratorer som arbetar inom psykiatri kommer i sitt arbete i kontakt med dessa patienter där kuratorns roll bland annat kan handla om att ha motiverande samtal med patienten för att förändra deras livssituation (Öjehagen, 2014). Samtidigt måste kuratorn i sitt arbete förhålla sig till tvångsvårdens lagar och den påverkan tvångsvården har på patienten. Studier som undersökt patienters upplevelser av tvångsvård har kommit fram till att få patienter känner sig tillräckligt delaktiga i planeringen av deras vård och behandling (Kjellin et al., 2004; Wallsten, 2008). Socialstyrelsen (2013) understryker vikten av att framhäva brukarinflytandet inom psykiatri, bland annat genom att låta patienterna bli sedda och lyssnade på av personal. Brukarinflytandet kan även främjas genom att personalen lägger fokus på att bygga upp trygga och tillitsfulla relationer med brukaren (ibid.).

Det har gjorts ett fåtal studier kring hur vårdpersonal upplever arbetet med tvångsvårdade patienter. Olofsson och Norbergs (2001) skriver att läkare och sjuksköterskor finner det svårt att få kontakt med tvångsvårdade patienter. Likaså diskuteras det i två studier att sjuksköterskor ser skapandet av en god allians som viktigt i arbetet med tvångsvårdade patienter (Exner & Laatikainen, 2016; Mattsson, 2016). Författarna till dessa två studier poängterar även att det finns en brist på forskning inom detta område.

Relativt få studier har forskat om kuratorns perspektiv inom psykiatri och vi har inte funnit några publicerade studier kring kuratorers arbete med patienter som vårdas enligt LPT. Kuratorerna inom psykiatri arbetar utifrån en särskild utbildning och profession (socialt arbete) som de är ensamma om i teamet då övriga professioner har en medicinskt inriktad utbildning. Detta gör deras yrkesroll och arbetssituation inom tvångsvården unik. Vi vill därför undersöka just kuratorns arbete inom psykiatri närmare, och framförallt deras resonemang och beskrivningar kring arbetet med LPT-patienter. Genom att undersöka hur kuratorer beskriver sitt arbete med tvångsvårdade patienter önskar vi att bidra med kunskap

om hur tvångsvården påverkar kuratorernas arbete och att få ett annat perspektiv på hur LPT kan påverka patienter.

## Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka psykiatrikuratorers resonemang kring och beskrivningar av sin yrkesroll inom tvångsvården och arbetet med patienter som vårdas enligt LPT, för att få en ökad förståelse för kuratorns perspektiv på vad ett LPT-beslut kan innebära för patient och kurator.

## Frågeställningar

Våra frågeställningar är följande:

- Hur resonerar kuratorerna kring sin yrkesroll i relation till arbetet med tvångsvårdade patienter?
- Hur beskriver kuratorerna samarbetet med andra professioner kring de tvångsvårdade patienterna?
- Hur beskriver kuratorerna tvångets påverkan på patienterna och hur detta i sin tur påverkar kuratorns alliansskapande med patienten?

## Begrepps- och ordförklaringar

Här har vi valt att kort definiera och förklara några av de begrepp och förkortningar som förekommer i kommande avsnitt. Detta för att hjälpa läsaren att lättare förstå hela kontexten för vår studie.

*Psykiatri* är den verksamhet som behandlar patienter med psykisk ohälsa och psykiska störningar.

*Heldygnsvård* behandlar patienter med psykiatriska tillstånd på slutet vårdavdelning.

*Psykos* innebär att en person upplever verkligheten som annorlunda eller förändrad, och kan känna sig förföljd eller höra röster trots att ingen annan uppfattar det.

*LPT* står för Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (SFS 2019:876).

*LPT-patienter* benämner vi de patienter som vårdas på tvång enligt LPT.

*ÖPT* står för Öppen Psykiatrisk Tvångsvård där tvångsvård bedrivs i öppen form.

*HSL* står för Hälso- och Sjukvårdslagen som utgör de grundläggande lagarna inom all hälso- och sjukvård (SFS 2017:30).

*HSL-patienter* benämner vi de patienter som vårdas på frivillig basis.

## Bakgrund

De mänskliga fri- och rättigheterna är grundlagsskyddade i Sverige och får endast begränsas med stöd i lag och för vissa särskilda ändamål (Wallsten, 2017). LPT, lagen om psykiatrisk tvångsvård, utgör en sådan begränsning. Lagen innebär att en person kan bli vårdad mot sin vilja med syfte att förmå patienten att frivilligt kunna ta emot den vård hen bedöms vara i behov av. När en person blivit så pass sjuk att hen kan anses lida av en allvarlig psykisk störning kan detta begränsa eller helt slå ut hens förmåga att inse sitt eget bästa. I sådana fall kan en läkare efter en undersökning, med stöd av LPT, utfärda ett vårdintyg om allvarlig psykisk störning (1177, 2019). I vårdintyget beskrivs vilka skäl som finns för tvångsvård. Patienten måste vara svårt psykiskt sjuk, vara i stort behov av vård och motsätta sig frivillig vård för att bli tvångsvårdad. Om patienten vägrar bli undersökt eller blir våldsam har läkaren möjlighet att få hjälp av polisen som kan ta sig in i patientens bostad och ta med hen till läkarundersökningen. Om det inte skulle gå att genomföra en läkarundersökning får läkaren anteckna vad patientens närstående och andra personer i omgivningen berättar och vad läkaren själv kan se hos patienten (ibid.).

När patienten kommer till sjukvårdsinrättningen blir patienten undersökt på nytt och inom ett dygn ska en chefsöverläkare besluta om patienten behöver sluten psykiatrisk tvångsvård eller inte, detta beslut grundar sig på vårdintyget och undersökningen (1177, 2019). Läkaren som fattar beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård får inte vara samma som har utfärdat vårdintyget. Chefsöverläkaren ska vid jämna mellanrum pröva om det finns skäl för att avbryta tvångsvården då tvångsvården aldrig ska pågå längre än vad som är nödvändigt. Om chefsöverläkaren anser att tvångsvård inte längre behövs kan patienten vårdas på frivillig basis eller bli utskriven. Om chefsöverläkaren däremot anser att patienten behöver tvångsvård längre än fyra veckor ska detta prövas av förvaltningsrätten. Patienten har då rätt till ett offentligt biträde, det vill säga en jurist, eller en lämplig person som kan vara stödjande i



förvaltningsrätten (ibid.). Förvaltningsrätten kan besluta om fortsatt tvångsvård under högst fyra månader, därefter görs en prövning där de kan besluta om fortsatt tvångsvård med högst sex månader åt gången. Patienten kan på så vis vara under tvångsvård i flera år, men det är ovanligt. En patient som vårdas frivilligt inom den slutna psykiatrin kan efter beslut av chefsöverläkaren konverteras till psykiatrisk tvångsvård. Detta sker om chefsöverläkaren anser att tvångsvård är nödvändigt och kräver att en annan läkare har skrivit ett vårdintyg.

Inom den psykiatriska tvångsvården kan tvångsåtgärder utföras om det blir nödvändigt. Det kan handla om att patienten blir avskild från andra patienter eller hålls fastspänd (1177, 2019). Vårdpersonalen ska rapportera till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) om dessa tvångsåtgärder pågår över en viss tid. Detsamma gäller om patienten har fått läkemedel mot sin vilja. Tvångsåtgärder kan även handla om kroppsvisitation och hindrande av intag av narkotika eller alkohol. Som LPT-patient begränsas man även i sin rätt att röra sig fritt på sjukhuset. En chefsöverläkare kan ge tillstånd till permission, vilket innebär att patienten under en viss tid får vistas utanför sjukhuset helt själv eller med en anhörig. Chefsöverläkaren kan även besluta om att paket och brev ska kontrolleras. Detta för att kontrollera att paketen eller breven inte innehåller exempelvis narkotika eller andra föremål som kan skada patienten själv eller andra (ibid.).

Patienten har möjlighet att överklaga chefsöverläkarens beslut om tvångsvård (Svenska domstolar, 2019). Överklagan skickas till förvaltningsrätten och därefter utser förvaltningsrätten ett offentligt biträde åt patienten. De kallar till en muntlig förhandling, som ofta hålls på patientens sjukhus, där både patienten och chefsöverläkaren får komma till tals och ge sin syn på situationen. Därefter beslutar förvaltningsrätten om patienten ska fortsätta vara intagen på tvångsvård eller inte. Patienten kan även överklaga förvaltningsrättens beslut, och den överklagan skickas i så fall till kammarrätten. Personalen på sjukvårdsinrättningen ska således informera patienten om hans rättigheter att överklaga (ibid.).

## Arbetsfördelning

Under arbetets gång har vi varit noga med att fördela arbetet jämnt mellan oss där vi båda har varit delaktiga i alla moment under studiens och skrivandets gång. Det finns ingen utmärkande skillnad i vår arbetsfördelning, men om vi ska framhäva något så har Klara arbetat mer med metod-avsnittet och Saga har arbetat mer med teori-avsnittet.

# Tidigare forskning

När vi har sökt efter tidigare forskning har vi använt oss av sökmotorerna LubSearch och Libris. De sökord vi har använt oss av är bland annat: kurator, psykiatrisk tvångsvård, LPT, counselor, compulsory care och Sweden. Genom dessa sökningar fann vi ett flertal artiklar med intressanta titlar, och genom dessa artiklars referenslistor kunde vi finna ytterligare relevant forskning. Artiklarnas abstract lästes igenom för att klargöra om innehållet var av relevans för vår studie. Därefter lästes resterande av artikelns innehåll och om den fortfarande var av relevans för arbetet så valdes artikeln ut som vår tidigare forskning. Totalt blev det 15 texter av både svensk och internationell forskning som vi valde att använda oss av, där de båda internationella artiklarna är från USA. Vi har valt att inkludera forskningsstudier på master och magisternivå då det funnits begränsad mängd forskning att tillgå inom vissa områden, och då vi funnit dessa studier högst relevanta för vår studies syfte. Forskningen presenteras nedan utifrån rubriker med närliggande teman, för att bygga upp en förståelse för vårt ämne inför analysen. En kort historik om kurators arbete följs av beskrivningar av deras yrkesroll och utmaningar inom hälso- och sjukvården idag. Sedan presenteras forskning kring patienters upplevelser av LPT och slutligen sjuksköterskors perspektiv på att arbeta inom tvångsvården.

## Hälso- och sjukvårdskuratorn i en historisk kontext

Följande avsnitt kommer att redogöra för uppkomsten av kuratorsverksamheten inom hälso- och sjukvården och hur kuratorsrollen förändrats genom åren. Detta är relevant bakgrundsforskning till vår studie då det ger en djupare förståelse för rollen som kurator och de motgångar och svårigheter professionen kan möta inom vården. Den historiska kontexten ger en inblick i hur kuratorsrollen påverkats av olika samhällsförändringar. Nyare forskning kring kuratorsverksamheten inom psykiatri i dag och under de senaste 20 åren kommer att presenteras under nästkommande rubriker.

Gertrud Rodhe anställdes som Sveriges första kurator år 1914. Hon arbetade på ett sjukhus och hade där till uppgift att utreda de psykiskt sjuka patienternas sociala och ekonomiska situationer (Blom et al., 2014). År 1931 antog Sveriges riksdag en ny stadga om social hjälpverksamhet inom "sinnessjukhusen", vilket ledde till att kuratorer började anställas på sjukhus runt om i landet (Lundin, 2009). Kurators arbete var under denna tid präglad av

mycket praktiskt arbete och kuratorn hade en stor frihet att själv utforma sitt arbete (Olsson, 1999).

Efter andra världskriget tog utvecklingen inom kuratorsverksamheten fart ordentligt. Kuratorerna fick en särskild administrativ organisation och deras arbetsuppgifter och samarbete med andra professioner expanderade (Blom et al., 2014). Fler och fler kuratorer anställdes inom hälso- och sjukvården och tyngdpunkten låg fortsatt på friheten i utformandet (Olsson, 1999). Under efterkrigstiden ökade även kuratorernas utbildningsnivå och efter hand togs olika typer av vidareutbildningar fram. Socialt arbete etablerades som akademisk disciplin år 1977 och därefter kunde socionomer även disputeras (Blom et al., 2014). Under 1980-talet skedde även stora omstruktureringar av hälso- och sjukvården samt inom vuxenpsykiatri. Omstruktureringarna ledde bland annat till att många sjukhus avskaffade kuratorernas egen organisation, vilket gav kuratorerna en svagare ställning (Olsson, 1999).

Olsson (1999) beskriver hur de första kuratorerna var taktiska i hur de etablerade sig inom hälso- och sjukvården. De valde ofta att underordna sig läkarna och de andra professionerna på arbetsplatsen. Många lät till exempel läkarna bestämma vilka patienter de skulle ha kontakt med och började även använda sig av medicinska begrepp likt läkarnas, till exempel 'anamnes' och 'diagnos'. Olsson förklarar att kuratorernas sätt att anpassa sig till de andra professionerna lett till att deras ställning inom hälso- och sjukvården försämrats med tiden. En annan faktor Olsson tar upp som haft betydande påverkan på kuratorernas status inom vården är deras många och otydliga arbetsuppgifter (1999).

Olsson (1999) gör en förenklad sammanfattning av kuratorns roll och arbetsuppgifter inom psykiatri genom tiderna. Rollen som kurator har gått från att handla om att förvalta och ta hand om patienternas ägodelar och försvara deras rättigheter, till att utföra sociala utredningar och förmedla samt samordna olika resurser och insatser. Tillslut vidare till att handla om både utrednings-, behandlings- och motivationsarbete (ibid).

## Kuratorer inom psykiatri

Under följande stycken presenteras forskning som på olika sätt berör kuratorns arbete inom psykiatri.

Öjehagen (2014) skriver i "Socialt arbete i hälso- och sjukvård" om kuratorns arbetsuppgifter inom vuxenpsykiatri. En stor del av psykiatrikuratorns arbete utgörs av terapeutiska,

motiverande och stödjande samtal. Samtalen är till för att försöka förändra problem som kan hindra patienten till ett fungerande liv och för att ge patienten en ökad förståelse över sin situation. Dessutom är det viktigt av kuratorn att undersöka patientens förmåga att sköta sitt hem, sig själv och att identifiera olika livsstilsproblem. Kuratorn kan då arbeta med patienten för att öka hens motivation och förmåga att hantera sitt vardagliga liv genom att arbeta med sociala färdigheter eller att förändra vissa livsstilar (Öjehagen, 2014).

Sjöström (2013) har i sin avhandling undersökt och jämfört vad olika professionella organisationer i Sverige och Tyskland använder för strategier för att främja sjukhuskuratorernas profession. Resultatet visade att svenska kuratorer inom psykiatri försöker smälta in och arbeta på liknande sätt som de andra professionerna på arbetsplatsen. Deras fokus ligger nämligen inte på att förbinda sjukvården och den sociala välfärden, utan fokuset ligger på konsultativa samtal och behandling. Detta kunde dels förklaras med att kuratorerna uppfattar att det terapeutiska arbetet har en högre status på arbetsplatsen, likaså att det sociala arbetet inte har ett klart fäste i den svenska hälso- och sjukvårdslagen (Sjöström, 2013).

Vad socionomerna gör för skillnad inom den psykiatriska tvångsvården är något Framme (2014) framför i sin artikel där hon har intervjuat socionomer i fokusgrupper. En aspekt är det vida perspektivet som socionomer tillför i den psykiatriska vården. Socionomerna strävar efter att uppmärksamma hela det komplexa systematiska sammanhanget som patienten lever i, som kan handla om att se "personen i situationen" och analysera och agera utifrån olika "nivåer". Detta kan förklaras med deras breda kunskapsbas om välfärdssystem, lagstiftning och vårdens uppbyggnad vilket kan tydliggöra varför deras helhetssyn är så unik inom vården. En annan synpunkt är socionomernas relationsskapande. De säger sig vara mer styrda av att försöka möta patienten på ett "mänskligt plan" för att skapa goda och hållbara relationer än att skapa relationer på de traditionella sätten inom vården. Vad Framme (2014) vidare tar upp är att socionomerna värderar olika former av diskussioner och samarbeten inom sina team väldigt högt. De anser att alla yrkeskategorier har något viktigt att tillföra och en stor del av kunskapen som används är gemensam för flertalet av de professioner som arbetar på samma arbetsplats. Dock tar socionomerna avstånd från det medicinska, individ- och sjukdomsinriktade synsättet som de ser som dominerande inom vården, där de bland annat beskriver det som att "de talar ett annat språk". De anser sig ha ett mer dialogiskt förhållningssätt som inte utgår ifrån diagnos för att förklara patientens problematik, vilket andra yrkesgrupper gör.

## Yrkesroll och yrkesidentitet

Detta avsnitt handlar om hur kurators yrkesroll och yrkesidentitet inom hälso- och sjukvården har framställts i tidigare forskning.

I en magisteruppsats från Göteborgs Universitet har Hanquist (2011) undersökt psykiatrikuratorernas yrkesroll och yrkesidentitet genom en intervjustudie. Resultatet visade att kuratorerna uppgav att deras status inom psykiatri är dålig. Några nämnda orsaker till detta är socionomutbildningens bredd och bristande kvalitet, att det är ett kvinnodominerande yrke och att de traditionella kuratorsuppgifterna har börjat tilldelas andra utförare. Författaren skriver även om den diffusa yrkesrollen. Kuratorerna beskriver sin roll inom psykiatri som öppen för tolkning och att de själva utformar sitt arbete, således har kuratorerna själva en klar uppfattning om vad deras roll kan innefatta. Däremot ger kuratorerna inte några klara beskrivningar av vilka normer och förväntningar som är knutna till yrkesrollen eller anger vad man i rollen som kurator bör och inte bör göra (ibid.).

I artikeln "Role blurring and the hospital social worker's search for a clear domain" från USA undersöker Davidson (1990) kurators roll och funktion på sjukhus och reflekterar över den noterade skillnaden mellan den självskrivna rollen och rollen som andra professionerna har gett kuratorn. Sjukhusteamets roller kan lätt överlappa varandra och kan på så sätt skapa konflikter om denna överlappning inte uppmärksammas av resterande professioner i teamet. Kuratorn kan då känna sig oviktig, frustrerad eller underminerad av andra professioner när arbetsuppgifterna som tillhör kuratorn och arbetsuppgifterna som tillhör andra yrkesgrupper är diffusa. Kuratorerna har på så sätt länge försökt hävda sin expertis och definiera sitt arbetsområde för att få erkännande från både andra kollegor och patienter. Därmed kan andra professioner uppfatta att kurators uppgifter inte tillhör dem, samtidigt som kuratorn själv har utökat sina arbetsuppgifter och rollförväntningar. Davidson (1990) skriver även att kuratorerna värderar samarbeten och kan se sig själva som de mest intressanta medlemmarna i ett team. Kuratorerna är uppspelta över att föra samman olika perspektiv, men de kan uppleva det som en börda när skiljaktigheter uppstår. För att uppnå ett gott samarbete krävs det att professionerna med relativt lika status erkänner och integrerar de andras mål och åsikter i sin egen planering.

## Utmaningar för kuratorer

Nedan följer ett avsnitt som kommer att belysa forskning gällande vilka utmaningar kuratorer inom hälso- och sjukvården kan stå inför.

En utmaning som kuratorer kan uppleva är i mötet med patienten. Öjehagen (2014) beskriver att psykisk sjukdom kan påverka patientens samspel med omgivningen. Detta påverkar således kuratorns arbete, vilket medför att kuratorn behöver vara extra lyhörd och insatserna som sker bör vara i samverkan med patienten, närstående och andra professioner som arbetar med patienten. Då psykisk ohälsa än idag är stigmatiserad så behöver kuratorn ge både patienten och dennes närstående särskilt stöd som är anpassat efter deras situation.

Öjehagen (2014) tar upp en annan utmaning som kuratorer kan möta inom sjukvården. I arbetet kan de möta personer som har bakgrund i andra länder och kulturer som kan ha en annan syn på psykisk ohälsa, hur den uttrycks och det sociala nätverkets roll i jämförelse med den svenska normen. I situationer som dessa krävs det att kuratorn är extra lyhörd och uppmärksam gentemot dessa patienter. Det innebär även att kunna initiera och informera om insatser för patienter med andra utgångspunkter och erfarenheter än vårt sociala system. Kuratorn bör ha en bred kulturkompetens för att förstå patientens behov och sociala situation utifrån ett kulturellt eller religiöst perspektiv. Detta ger kuratorn en ökad förståelse för patientens livssituation och hur ohälsan har uppstått, vilket kan öka möjligheten för patientens tillfrisknande (Morén et al., 2014).

Att socialarbetare inom hälso- och sjukvården har höga krav på sig är något som Gregorian (2005) beskriver i sin artikel från USA. Det ställs krav på socialarbetarens flexibilitet i den röriga sjukhusmiljön och att de ska arbeta på ett snabbt, effektivt och självständigt sätt. Socialarbetaren behöver även besitta specifika kunskaper om just det arbetsområde de är verksamma inom och förmedla helhetsperspektivet på patientens livssituation som den övriga sjukhuspersonalen kan glömma. Därefter tar Gregorian (2005) upp den hierarkiska och mansdominerade sjukhusmiljön som socialarbetaren befinner sig i och att de sällan är i toppen av skarorna i relation till de andra professionerna. Den låga statusen gör att socialarbetaren kan möta motstånd, exempelvis kan en socialarbetare som hoppas kunna upprätta en stödgrupp på sin avdelning inte göra det utan att först få stöd från professioner med högre status. Däremot de socialarbetare som arbetar med andra professioner och uppnår ett fungerande samarbete ökar sannolikheten för en ökad status och tillfredsställelse i arbetet.

## Tvångsvårdade patienter och vårdpersonal i Sverige

Följande stycken kommer att presentera forskning gällande svenska patienters upplevelser av tvångsvården, samt en jämförelse med vårdpersonalens uppfattningar.

Wallsten, Kjellin och Sjöberg (2009) diskuterar att en stor del av den svenska forskningen kring tvångsvård har utgått från det så kallade Tvångsvårdsprojektet som pågick runt införandet av den nya tvångsvårdslagstiftningen (LPT) år 1992. Projektet inkluderade fem av Sveriges län och sammanlagt intervjuades cirka 500 tvångsvårdade och icke-tvångsvårdade patienter samt deras anhöriga. Studierna undersökte deras attityder till och upplevelser av den psykiatriska vården (ibid). I sin avhandling har Wallsten (2008) undersökt och sammanfattat resultaten från två av de studier som ingick i Tvångsvårdsprojektet. De två studierna genomfördes år 1991 respektive 1997-1999. Wallsten kommer i sin avhandling fram till två centrala slutsatser. För det första kan patienter och personal inom psykiatri förstå samma situationer eller företeelser på väldigt skilda sätt. Till exempel fanns det inget samband mellan patienternas subjektivt upplevda förbättring och den förbättring som uppmätts med hjälp av skattningsskalor. Det rådde även låg överensstämmelse mellan patienternas egna angivelser av tvångsåtgärder (t.ex. fastspänning) och vad som gick att utläsa i deras journaler. Wallstens andra slutsats är att patienternas upplevelser av och attityder till tvångsvården var relativt opåverkade av själva tvångsvårdslagstiftningen. I studierna upplevde få patienter delaktighet i vården, men både patienter och anhöriga var generellt sett positivt inställda till tvångsvården (ibid).

Det finns ett begränsat antal nyare forskningsstudier som berör svenska patienters upplevelser av tvångsvård. Ett exempel är Olofsson och Norbergs (2001) studie där man intervjuat patienter, sjuksköterskor och läkare inom den svenska psykiatri. Studiens resultat var bland annat att läkarna och sjuksköterskorna fann det svårt att få kontakt med patienterna, medan patienterna önskade mer mänsklig kontakt med läkare och sjuksköterskor. Sjuksköterskor och läkare uttryckte att de kände sig mer bekväma med tvånget gentemot patienter som de kände, och att tvånget då blev mindre kränkande för patienterna. Patienterna uppgav att mänsklig kontakt hade en förmildrande effekt på obehagskänslor och fick dem att känna sig tryggare med tvånget.

I en annan svensk studie intervjuades cirka 300 patienter och 160 anhöriga gällande deras upplevelser av användandet av tvång inom den psykiatriska vården (Kjellin et al., 2004).

Studien kom bland annat fram till att många patienter kände sig kränkta under intagningsprocessen och upplevde att psykiatrin använde tvång som inte var lagstadgat. Endast ett fåtal av de patienter och anhöriga som intervjuades kände sig delaktiga i planeringen av vård och behandling. Trots detta ansåg majoriteten av patienterna att de hade blivit väl bemötta av personalen både vid inskrivning och under hela vårdtiden, samt att deras psykiska hälsa hade förbättrats vid utskrivning (ibid).

## Sjuksköterskors upplevelser av arbetet med tvångsvårdade patienter

Vi har inte funnit någon tidigare forskning som studerat just kuratorernas upplevelser av att arbeta med LPT-patienter. Dock finns det ett par magister- och masteruppsatser som undersökt hur sjuksköterskor upplever arbetet med tvångsvårdade patienter, denna forskning kommer att presenteras i följande avsnitt.

I en magisteruppsats från högskolan i Borås har Exner och Laatikainen (2016) undersökt svenska sjuksköterskor upplevelser av att vårda patienter enligt LPT. Studien bygger på intervjuer med åtta sjuksköterskor som jobbar inom psykiatrin. Studiens resultat visar bland annat hur viktig den vårdande relationen mellan sjuksköterska och patient är för att skapa trygghet och främja patientens hälsa. I situationer där tvångsåtgärder blir oundvikliga upplever sjuksköterskorna skuld- och skamkänslor. Hur man ska kombinera tvångsåtgärder med en vårdande och trygg relation upplevs som ett svårt etiskt dilemma. I uppsatsen påpekar Exner och Laatikainen även att det finns en brist på forskning angående sjuksköterskors, och andra professionellas, upplevelser av att vårda patienter på tvång och kring vårdrelationens betydelse i mötet med tvångsvårdade patienter (ibid).

Mattsson (2016) undersöker också, i sin masteruppsats, sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av vårdarbetet med tvångsvårdade patienter. I likhet med Exner och Laatikainens resultat (2016) kommer även Mattsson fram till att sjuksköterskor upplever skapandet av en allians med patienten som en förutsättning för att kunna uppnå tvångsvårdens mål. Mattssons studie visar även på vikten av kommunikation och att information som ges till patienterna anpassas efter individens förutsättningar och förståelse. Mattsson instämmer även med Exner och Laatikainen angående avsaknaden av tidigare forskning kring ämnet (ibid).



# Teori

I detta kapitel presenteras teorier och begrepp som kan hjälpa oss att förstå kuratorns arbete inom tvångsvården och arbetet med tvångsvårdade patienter. Nedan presenteras professionsteoretiska begrepp för att förstå hur kuratorerna resonerar kring sin yrkesroll inom tvångsvården. Ytterligare teoretiska utgångspunkter är tvärprofessionella team och den terapeutiska alliansen för att förstå hur kuratorerna beskriver samarbetet med de andra professionerna respektive hur kuratorerna resonerar kring alliansskapandet med patienterna.

## Professionsteori

### *Professioner*

Brante (2014) är en av flertalet forskare som diskuterat hur professionsbegreppet bör definieras. Enligt Brante har professionerna som gemensamt att de grundar sig i en akademisk utbildning och bygger sin praktik på vetenskaplig kunskap och forskning. Professioner kan förstås som olika expertkunskaper som bidrar till samhällets utveckling genom fynd och innovationer (ibid).

Brante (2014) presenterar fem begrepp som kan användas för att beskriva professioners förutsättningar. *Legitimitet* är något som tilldelas den professionella eftersom hen tillhör en yrkeskår som kollektivt besitter en unik kompetens och kunskap. Den enskilde professionella har genomgått utbildning, testats och examinerats, och på så vis är dennes skicklighet garanterad av yrkeskåren. Legitimiteten hör ihop med *förtroendet*, vilket bygger på och bevaras av att man inom de flesta professioner betonar en strikt yrkesintegritet, kollegialitet, etiska regler och altruism. *Auktoritet* är en form av makt som den professionelle besitter i mötet med sina klienter. Auktoriteten är en form av makt som bygger på expertkunskap och innebär oftast att klienten frivilligt underordnar sig den professionelles beslut. Professionella besitter även en viss *autonomi* vilket innebär att yrket karaktäriseras av självstyre och att man har mandat att fatta självständiga beslut gällande interna frågor. Författaren påpekar dock att professionernas autonomi är relativ och att det finns stora skillnader i graden autonomi mellan olika professioner. Slutligen sammanfattar Brante (2014) de föregående begreppen med begreppet *diskretion*. Professionella kan genom att de äger diskretion, inom vissa begränsningar, handla efter eget tycke och behag. Diskretionen hänger alltså ihop med

auktoriteten att på egen hand bedöma och ibland bestämma vad som ska ske med en annan individ i ett visst avseende. Diskretion får man som professionell eftersom att man besitter en specifik skicklighet och kunskap inom sitt område (ibid).

### *Semiprofessioner*

Semiprofessioner är ett begrepp Brante (2009) använt sig av för att beskriva professioner som har sin grund i en mindre specialiserad, tvärvetenskaplig utbildning. Dessa semiprofessioner erhåller till följd av detta en lägre status och lön, och har även en mer begränsad autonomi gentemot andra professioner och beslutsfattare. Socionomer är ett exempel på en grupp som räknas till semiprofessionerna. Antalet semiprofessioner har ökat allt eftersom välfärden utvecklats och byggts ut (ibid). Brante (2014) har använt ytterligare ett begrepp för att beskriva dessa professioner; nya professioner. Nya professioner utgörs enligt Brante av äldre yrken som professionaliserats genom förlängda utbildningar och ett ökat inslag av vetenskap. Några exempel på nya professioner är sjuksköterskor, lärare och även socionomer (ibid).

### *Gräsrotsprofessioner & byråkrater*

Brante (2014) beskriver att professioner som arbetar på individnivå med existentiella bekymmer och sociala problem, som bland annat socialarbetare gör, även kallas för gräsrotsprofessioner. Lipsky (2010) använder begreppet gräsrotsbyråkrater vilket han beskriver som offentligt anställda som i sitt arbete har diskretion och direktkontakt med sina klienter. En gräsrotsbyråkrat har möjlighet, genom sin diskretion, att göra självständiga val kring vilken hjälp och hur mycket hjälp hans klient ska få. Denna diskretion begränsas dock av den egna organisationens ramar och regler och även av direktiv från högre instanser och samhällsliga normer (ibid). Lipsky har diskuterat att ett typiskt dilemma för gräsrotsbyråkrater uppstår då man vill vara medmänniska till de klienter man möter men samtidigt måste representera organisationen (Svensson et al., 2008). Vissa handlingar och val kan utifrån organisationens synvinkel vara rationell, men i mötet med klienten kan samma handling bli väldigt underlig och ibland motsägelsefull. Ett exempel på detta, som Svensson et al. (2008) beskriver, är när socialarbetaren måste neka sin klient missbruksbehandling då hen ej uppfyller organisationens krav på nykterhet. Utifrån organisationens synvinkel är detta ett logiskt krav med syfte att resurserna läggs på de som är motiverade och bäst kan tillgodogöra sig behandlingen. I socialarbetarens möte med den missbrukande klienten som ber om hjälp känns detta krav mindre logiskt och svårt att förena med medmänsklighet (ibid).

## Samarbete i team

### *Tvårprofessionella team*

Svensson et al. (2008) beskriver hur samarbete alltid har varit en central del i socialt arbete. Ett fungerande samarbete kan leda till att organisationen får en ökad legitimitet, ekonomiska fördelar och främst av allt gynnar det brukarna som är i behov av hjälp. Samverkan sker ofta genom att professionella organiserar sig i olika team. Professionella team finns både mellan organisationer och inom organisationer. Ett team definieras som en grupp professionella med olika kunskap och kompetenser som jobbar tillsammans mot ett gemensamt mål.

Tvårprofessionella team är team som består av representanter från flera olika professioner och yrkeskategorier.

### *Hinder i samarbetet*

Ett för löst sammanhållet team kan innebära svårigheter i samarbetet (Svensson et al., 2008). En svårighet som ofta uppstår handlar om språkliga förvirringar. Varje enskild profession har ett eget "fikonspråk" som består av ett unikt vokabulär. Ett exempel på detta är det medicinska språket som innehåller många medicinska begrepp och latinska ord som kräver specifika kunskaper för att kunna förstås. Även socialarbetare har sitt eget språk. Om det dessutom finns team-medlemmar med andra modersmål kan detta leda till oklarheter och missförstånd. Ett annat hinder som är vanligt förekommande i teamarbete är att det uppstår konflikter och fejder mellan de olika professionerna. Det kan leda till att någon profession tvingas resignera och låta de/dem med högre status och makt bestämma i frågan (ibid).

## Den terapeutiska alliansen

För att definiera relationen mellan en behandlare och en brukare i en behandlingssituation så kan begreppet *den terapeutiska alliansen* användas. Bordin (1979) började under 1970-talet att vidareutveckla alliansbegreppet. Definitionen inkluderade en ömsesidig överenskommelse mellan behandlaren och klienten om behandlingens mål och metoder. Författaren skriver att samarbetet mellan behandlare och klient baseras på tre faktorer; *band*, *mål* och *uppgifter*. *Band* är det känslomässiga bandet mellan behandlare och klient, *mål* är en överensstämmelse om behandlingens mål och *uppgifter* är de överenskomna metoderna och uppgifterna i behandlingen. Bordins teori är att kvaliteten på alliansen mellan behandlare och klient är

viktigare för terapins verkningsgrad, än valet av själva terapimetoden. Bordin påpekar dock att denna teori ännu inte gått att bevisa eller motbevisa (ibid).

Den stora betydelsen av en terapeutisk allians i behandlingsarbetet har medfört försök att definiera vilka faktorer som är viktiga i skapandet av en god allians mellan behandlare och klient. Tre faktorer som Johansson (2006) skriver om är *terapeutfaktor*, *patientfaktor* och *interpersonella faktorer*. *Terapeutfaktorer* kan beskrivas som terapeutens ålder, kroppspråk, kön, genuinitet, erfarenhet, social färdighet och personlighetsdrag. *Patientfaktorer* kan vara patientens kön, ålder, utbildning, diagnos och problemtyngd. Motivationen och personligheten hos patienten är också väsentlig samt dennes förväntningar och medvetande om sitt eget inre. *Interpersonella faktorer* kan röra sig om patientens tidigare relationer och erfarenheter. Johansson (2006) skriver att de interpersonella faktorerna är av störst betydelse när det gäller patientens inflytande i alliansskapandet, där patientens förmåga att skapa en relation är mer betydelsefull än dennes diagnos och problemtyngd. Terapeutens inverkan på alliansen är också av stor betydelse. Några terapeuter är bättre på att skapa en allians med patienter, än andra terapeuter, och de viktigaste faktorerna gällande detta är deras förhållningssätt. Förhållningssätt som utmärker terapeuter som har större förmåga att skapa allianser är; flexibel, intresserad, bekräftande, trygg, avspänd, trovärdig, empatisk, respektfull och alert (ibid).

# Metod

## Val av metod och metodologiska överväganden

Då vårt syfte är att undersöka psykiatrikuratorers resonemang kring och beskrivningar av att arbeta inom tvångsvården och med patienter som vårdas enligt LPT, har vi valt att göra en kvalitativ studie. Kvalitativa studier har en kunskapsteoretisk ståndpunkt vilket betyder att tyngden ligger på att förstå den sociala verkligheten i relation till hur relevanta deltagare tolkar denna verklighet (Bryman, 2018), därav är en kvalitativ ansats mest lämplig för vår studie.

Om vi istället hade valt att utgå från en kvantitativ metod med enkäter i vår studie hade vårt insamlade material blivit annorlunda. I kvantitativa studier ligger fokus på kvantifiering av data och analys, och de utgår ifrån den naturvetenskapliga modellens tillvägagångssätt och normer (Bryman, 2018). Denna metod hade bland annat kunnat hjälpa oss att förstå om och hur faktorer som kuratorernas ålder, kön och yrkeserfarenhet påverkar deras syn på arbetet med LPT-patienter. Vårt syfte med denna studie är dock inte att förstå hur sådana faktorer påverkar kuratorernas syn, utan att förstå hur kuratorerna resonerar kring och beskriver sitt arbete inom tvångsvården. Vårt kvalitativa metodval passar därav till vårt syfte och frågeställningar då vi önskar gå mer på djupet för att få en inblick och förståelse för deltagarnas personliga upplevelser och tankesätt.

På grund av den rådande situationen i samhället med COVID-19 fick vi planera om vår studie från intervjuer på plats. Därav valde vi att istället samla in vårt datamaterial genom ett kvalitativt frågeformulär. Med ett kvalitativt frågeformulär kan deltagaren svara på studiens frågor i sin egen takt och tid, vilket vi har i åtanke i dessa tider när arbetsrutinerna kan ändras. Frågeformuläret minskar även risken att vi som intervjuare påverkar deltagaren som i sin tur kan påverka hur deltagaren svarar på frågorna. Under studiens gång erbjöd vi dock även telefonintervjuer till deltagarna. Anledningen till att vi valde att erbjuda telefonintervjuer var att vi skulle vara flexibla om en deltagare önskade att svara på frågorna muntligt istället för skriftligt. På så vis öppnade vi upp för fler intresserade att ha möjlighet att ställa upp, genom att de erbjöds möjlighet att välja en metod som passade dem bäst, med tanke på tid och arbetsbelastning. Av våra nio deltagare var det bara en som valde att svara på frågorna genom en telefonintervju istället för det kvalitativa frågeformuläret. Detta innebär att vårt

datamaterial består av två olika insamlingsmetoder, dock ser vi inte detta som ett hinder i vår studie eller för vårt resultat. Alla deltagarna svarar på samma frågor såväl i det kvalitativa frågeformuläret som i telefonintervjun och alla tillåts att svara fritt på frågorna. Då vi var medvetna om att deltagarnas svar i tal kontra text kan skilja sig åt, var vi noga med att presentera citaten från telefonintervjun på ett liknande sätt som övriga citat i analysen. Formuleringarna på svaren blir ofrånkomligen annorlunda då man i tal pratar mer “vardagsspråk” och använder ljud som “eh” och “mm”, medans i skrift uttrycker man sig mer grammatiskt korrekt, och har tid att tänka igenom svaren på ett annat sätt. Nu i efterhand när vi fått in vårt datamaterial och sett att efterfrågan på telefonintervjuer inte var så stor, ser vi att vi hade vi kunnat välja att använda oss av endast en av metoderna istället. Vi valde trots detta att behålla och använda oss av svaren från telefonintervjun, då vi ansåg att de var intressanta och användbara i vår studie.

I ett kvalitativt frågeformulär tillåts deltagaren att svara på frågorna på egen hand, vilket både kan ses som en svaghet och styrka. Svagheten är att vi inte är närvarande för att hjälpa deltagaren om den har några funderingar över formuleringen av frågorna eller om de inte förstår dem (Bryman, 2018). Samtidigt finns inte intervju-effekten som kan medföra att man som deltagare vill imponera på intervjuaren med sina svar eller att deltagaren underrapporterar känsliga ämnen (Bryman, 2018; Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2016).

En svaghet med telefonintervjuer är att samtalen kan bli mer formella och det krävs mer av intervjuaren för att samtalet ska flyta på och inte stanna av (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2016). I själva telefonsamtalet och inspelningen av samtalet kan det även uppstå tekniska problem som man som intervjuare måste förhålla sig till (Bryman, 2018). Bryman (2018) skriver dock att telefonintervjuer kan betraktas som en effektiv metod utifrån den stora mängden data som intervjupersoner kan ge i förhållande till den tids- och kostnadsbesparing forskare gör. Detta kunde vi se i svaren från telefonintervjun då de blev något rikare på data än svaren från frågeformulären. Dock blev det ingen markant skillnad då vi hade detta i åtanke redan innan vi genomförde intervjun, och förhöll oss till detta genom att låta bli att ställa många följdfrågor.

## Urval

Under den verksamhetsförlagda praktiken på socionomprogrammet hade Saga sin praktik hos två kuratorer inom psykiatrin. Dessa två kuratorer var Sagas handledare och de förklarade

under praktiken att om Saga skulle vilja skriva sin C-uppsats om psykiatrikuratorer så kunde de tänka sig att ställa upp som deltagare. Vi började därmed att ta kontakt med dessa två kuratorer med en förfrågan om de ville medverka i vår studie, och för att få kontaktuppgifter till fler kuratorer. Detta gav oss en möjlighet att direkt få kontakt med psykiatrikuratorer som skulle vilja medverka i vår studie. En begränsning i detta kan dock vara att deltagarens svar eventuellt påverkas av relationen de har till författaren, till exempel genom att deltagaren anpassar sina svar utifrån vad den tror/vet att författaren är ute efter. Att vi kontaktade två kuratorer vi kände är enligt Bryman (2018) ett bekvämlighetsurval och ett sådant urval kan påverka resultatet på så vis att det blir svårare att generalisera då populationen inte blir representativ. Då det bara var två kuratorer som vi valde att fråga direkt, och då vårt syfte inte är att generalisera över en större population utan att lyfta kvalitativa aspekter, så anser vi inte att detta har påverkat vår studie märkbart. Dock kan vi inte utesluta att relationen till dessa kuratorer kan ha påverkat deras svar, även om vi själva inte sett någon märkbar påverkan.

Då detta tillvägagångssätt inte genererade så många deltagare (tre stycken) valde vi att även skriva till enhetschefer inom psykiatrin. Vi sökte på internet efter psykiatriska avdelningar inom Sveriges alla regioner och valde att kontakta de enhetschefer som vi fann kontaktuppgifter till. Vi valde enhetschefer då de var vår närmaste länk till kontakt med kuratorer inom psykiatrin. Detta resulterade i att vi mailade 36 enhetschefer i främst regionerna Skåne, Stockholm och Västra Götaland. När vi mailade enhetscheferna uppdaterade vi innehållet i mailet och lade till att telefonintervju kunde vara ett alternativ för den som önskade det. Detta resulterade i att tre kuratorer kontaktade oss och valde att delta i studien. Detta tillvägagångssätt är ett målstyrt urval och är ett vanligt urval i kvalitativ forskning (Bryman, 2018). Ett annat målstyrt urval vi utförde var att vi gick med och lade upp ett inlägg i en Facebook-grupp vid namn "Kuratorer inom hälso- och sjukvård". Det gjorde vi för att få direkt kontakt med kuratorer inom vår målgrupp. Efter att ansökan i gruppen blev godkänd lade vi upp ett inlägg om att vi sökte deltagare till vår studie och att de som var intresserade kunde skriva till Klara via ett privat meddelande på Facebook eller via mail, då det var Klara som skrev inlägget. Genom denna Facebook-grupp fick vi direktkontakt med tre kuratorer som ville delta i studien. Vid varje kontakt med en enhetschef eller kurator framförde vi att de gärna fick vidarebefordra vårt e-mail eller kontakta oss om personer som skulle kunna vara intresserade av att delta i vår studie. Bryman (2018) beskriver detta som ett snöbollsurval.

När man har intervjuat runt sex till åtta personer ur en specifik grupp så minskar risken att det insamlade materialet är beroende av enskilda individers personliga erfarenheter och uppfattningar (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2016). Vårt mål var att få åtta till tolv deltagare för att uppnå ett så representativt urval som möjligt, vilket vi uppfyllde då vi fick nio deltagare som ställde upp.

## Tillämpning av metod

Då vår främsta metod är i form av ett kvalitativt frågeformulär började vi med att skriva frågor som passar vår studie och syfte. Frågorna var skrivna utifrån en semistrukturerad struktur där deltagarna har möjlighet att svara på frågorna utan att det blir för inramat. Det blev totalt 16 frågor som bestod av mestadels öppna frågor (se bilaga 1). Vi delade upp frågorna i teman för att både underlätta för oss när vi ska bearbeta materialet och för deltagarna när de besvarar frågorna (Bryman, 2018). Vi utformade även ett informationsbrev där vi skrev om studiens syfte och metod samt deadline för inlämning (se bilaga 2).

När en kurator tog kontakt med oss via mail eller Facebook och skrev att de var intresserade av att medverka i studien gjorde vi en vidare bedömning angående bästa sätt att kommunicera och skickade därefter frågeformuläret i form av ett word-dokument till deras mail. Det stod även i mailet att de kunde skriva till oss om de hade några frågor, och att de hade möjligheten att själv bestämma hur de ville skicka tillbaka svaren. Antingen kunde de skicka det ifyllda formuläret tillbaka till oss via mail eller skicka formuläret via post till en av våra adresser. Å ena sidan resonerade vi kring att det inte är lika säkert rent konfidentialitets-mässigt att samla in deltagarnas svar via mail. Å andra sidan är vi medvetna om hur besvärligt det kan vara att skriva ut sina svar, köpa frimärke och posta brevet, och på så sätt är det smidigare att skicka svaren över mail. Därav gav vi deltagarna själva möjligheten att bestämma på vilket sätt de ville och kunde föra över svaren till oss utifrån vilket sätt som kändes mest bekvämt för dem, också med tanke på kraven på sekretess. Inga personuppgifter varken om kuratorerna själva eller om deras patienter har efterfrågats i frågeformuläret eller går att härleda i studien. Se vidare resonemang om detta under Forskningsetiska överväganden. Vi fick tillbaka svar både genom mail och post. De svar som vi fick via post skrevs in exakt som de var formulerade i ett dokument på datorn så vi båda kunde ta del av materialet.

En deltagare valde att svara på frågorna via telefon och det var Klara som höll i telefonintervjun med deltagaren. Klara höll ensam i intervjun då det var hon som deltagaren



kontaktat via mail angående att delta, och det blev även kort varsel inför intervjun. Vi ansåg även att vi inte behövde vara två intervjuare då vi inte ville ställa följdfrågor, därför krävdes inte att en andra person lyssnade in och kom fram med ytterligare frågor. Samtalet spelades in efter samtycke från intervjupersonen då det är svårt att hinna skriva ner alla svar som deltagaren säger samtidigt som man håller fokus på det deltagaren säger. Frågorna som ställdes var samma frågor som i frågeformuläret och Klara försökte att inte ställa för många följdfrågor just för att de olika insamlade materialen skulle vara så lika som möjligt inför analysen.

## Bearbetning av materialet

Telefonintervjun transkriberades för att lättare kunna analyseras, vilket gjordes direkt efter samtalet. Allt som sades i intervjun skrevs ner, där det som var svårt att höra markerades med (???) och pauser markerades med (...). Intervjuaren, Klara, gick under benämningen “K” och den som blev intervjuad betecknades som “D” för deltagare. För att göra texten mer lättläst togs ljud såsom “eh” och “mm” bort i avsnittet resultat och analys.

Efter hand som vi fick in svar från våra deltagare läste vi igenom dessa för att bli bekanta med materialet och lade in alla deltagares svar i ett gemensamt dokument. Under första bearbetningen av vårt material läste vi var för sig på våra datorer och fetstilade citat eller kommenterade på sidan av dokumentet de utsagor som vi fann intressanta utifrån vårt syfte och frågeställningar. Detta benämner Rennstam och Wästerfors (2016) som initial kodning. Efter den första läsningen träffades vi och formulerade koder tillsammans, utifrån de mönster vi såg under den första läsningen. Detta beskriver Rennstam och Wästerfors (2016) som en fokuserad kodning. Koderna vi formulerade var: relationen till patienten, kurators egna roll, andra professioner inom verksamheten, tredje parter utanför verksamheten och vi-känsla. Vi gav koderna olika färger och läste igenom materialet en gång till. Vi kodade var för sig, men vi satt i samma rum vilket möjliggjorde att vi kunde prata med varandra för att vara säkra på att vi kodade på liknande sätt. Om vi fann några intressanta kopplingar mellan citaten så gjorde vi kommentarer i vårt dokument.

## Tillförlitlighet och äkthet

Inom både kvantitativ och kvalitativ forskning är kvaliteten på den gjorda undersökningen ett viktigt kriterium. Den kvantitativa forskningen använder sig av begreppen reliabilitet och

validitet för att mäta kvaliteten, däremot diskuterar flera kvalitativa forskare om relevansen gällande dessa begrepp inom kvalitativa studier (Bryman, 2018). I Bryman (2018) tas Lincoln och Guba upp, vilka är två författare som anser att kvalitativ forskning ska värderas och bedömas utifrån andra begrepp än den kvantitativa. De begreppen är tillförlitlighet och äkthet, vilka vi kommer att bedöma vår studie utifrån, för att mäta kvaliteten.

Vi har varit transparenta med hur vi har gått tillväga gällande alla faser i forskningsprocessen såsom metodval, urval, forskningsfrågor, kodning och beslut som vi har gjort. På detta sätt ökar vi pålitligheten, som enligt Bryman (2018) är ett delkriterium för tillförlitlighet. Ett annat delkriterium är trovärdighet, vilket handlar om hur väl resultatet representerar en trovärdig tolkning av materialet (Bryman, 2018). För att öka trovärdigheten har vi genomgående under studien reflekterat över vårt material för att medvetandegöra om våra personliga åsikter har påverkat vår tolkning av empirin. Ytterligare har vi varit noga med att inte anpassa vår empiri efter våra teorier. En aspekt av äkthet är om undersökningen ger en rättvis bild av deltagarnas åsikter och uppfattningar (Bryman, 2018). Genom att citera deltagarnas svar återger vi exakt vad de har berättat och inte bara vår tolkning av deras svar. Vi har även låtit bli att ta åsikter ur deras kontext utan att förklara varför, för att försäkra oss om att deras åsikt uppfattas rätt.

## Förförståelse

Intresset för kuratorers arbete med LPT väcktes under socionomutbildningens femte termin då Saga utförde sin praktik hos två sjukhuskuratorer inom psykiatri. Detta medförde fördjupade kunskaper kring psykiatri-kuratorernas arbete, LPT-processen och gav även en inblick i de dilemman dessa kuratorer kan möta i sitt arbete med tvångsvårdade patienter. Detta inspirerade och gjorde oss båda nyfikna på att studera detta närmare. De fördjupade kunskaperna ledde till att Saga lättare kunde förstå kuratorernas svar då hon redan kände till kontexten för svaren. Klara hade inte samma kunskaper och erfarenheter av kuratorernas arbete inom hälso- och sjukvården, utan hade kunskaper om LPT från juridikterminen på socionomprogrammet. Våra olika förkunskaper möjliggjorde att vi kunde se deltagarnas svar utifrån olika perspektiv.

## Forskningsetiska överväganden

Vi har utgått från Vetenskapsrådets (2002) skrift om forskningsetiska principer. Nedan kommer en redogörelse för hur vi har tillämpat de fyra forskningsetiska principerna i vår studie.

*Informationskravet* handlar om att alla deltagare i studien ska få information om studiens syfte och vilka villkor som ställs på deltagaren. Det handlar även om att deltagarna ska upplysas om att deras medverkan är frivillig och kan avbrytas när som helst (Vetenskapsrådet, 2002). Vi skickade ut ett informationsbrev till alla vi kontaktade gällande vår studie, inklusive våra deltagare. Informationsbrevet innehöll information om studiens syfte och utformning, samt förtydligande av att deltagandet i studien var frivilligt.

Gällande *samtyckeskravet* skriver Vetenskapsrådet (2002) att deltagaren själv har rätt att bestämma över sin medverkan. Som tidigare beskrivet skickade vi ut information om att deltagandet i studien var frivilligt. De som valde att delta fick även information om att de när som helst kunde välja att avbryta sitt deltagande om de skulle vilja det.

Vetenskapsrådet (2002) skriver att *konfidentialitetskravet* handlar om att alla uppgifter om personerna i studien ska behandlas med konfidentialitet och att personuppgifter ska förvaras på ett sätt så att obehöriga inte kan ta del av dem. De insamlade svaren från våra deltagare har vi sparat ner utan att märka dem med namn eller andra personuppgifter. Vi har alltså helt anonymiserat de uppgifter vi fått in från våra deltagare. För att öka deltagarnas trygghet har vi även gett dem som alternativ att skicka in sina svar via mail eller via vanlig post, detta då vi inte har full kontroll över vem som kan ta del av uppgifterna när dessa skickas via email och kan då inte garantera konfidentialitet. Alltså fick deltagarna alternativet att skicka in sina svar via post, om de själva såg detta som en bättre lösning.

*Nyttjandekravet* står för att de insamlade uppgifterna om enskilda personer endast får användas för forskningsändamålet (Vetenskapsrådet, 2002). Vi kommer inte att använda oss av materialet för något annat syfte än just vår studie. När vi inte längre är i behov av uppgifterna, efter vår studie är avslutad, kommer vi att radera alla insamlade uppgifter från våra enheter.

# Resultat & analys

Följande avsnitt presenteras resultatet av vår studie och en analys av resultatet. Resultatet är uppdelat i fyra huvudrubriker där den första handlar om kuratorns roll och arbetsuppgifter inom tvångsvården samt kuratorns beskrivningar av hur tvångsvården påverkar patienten. Sedan följer ett avsnitt om vilka utmaningar kuratorerna kan möta i sitt arbete. Vidare berör vi kuratorns relation till patienten och alliansskapandet. Avslutningsvis behandlas kuratorernas samarbete och samverkan med arbetskollegor och aktörer från andra verksamheter.

## Deltagarna

Vi har valt att benämna våra nio deltagare utifrån D (för deltagare) och en siffra, där den första benämns som D1 och den sista benämns som D9. Våra deltagare består av både kvinnor och män. Dock ser vi inte att det är relevant att uppge deras kön i vår resultatdel då vi varken har ställt frågor utifrån könstillhörighet eller fokuserat på könsrelaterade skillnader i vår studie. För att avidentifiera så mycket som möjligt har vi valt att benämna dem med det könsneutrala "hen" i texten. Åtta av våra deltagare har jobbat som kuratorer inom psykiatri i 1 till 4,5 år medans en har jobbat i 36 år. Samtliga deltagare har i grunden en socionomutbildning och fyra av dem har även läst andra relevanta kurser och vidareutbildningar. De vidareutbildningar och fristående kurser som nämns är: Sociologi A, ASI, MI, Beardslees familjeintervention, Bildterapi, Gruppleदारutbildning, KBT steg 1, Genus och sexologi, Psykosocialt behandlingsarbete, PDT steg 1, Familjeterapi steg 1 och Socialrätt. Hur stor del av deltagarnas arbete som rör LPT-patienter varierar mellan en liten del till nästan allt arbete. De flesta uppger att antalet LPT-patienter de möter i sitt arbete varierar från vecka till vecka.

## Kuratorns yrkesroll och arbetet med LPT-patienten

### *Arbetsuppgifter*

I svaren beskriver samtliga kuratorer sina arbetsuppgifter på liknande sätt. D4 sammanfattar arbetsuppgifterna på detta sätt: *Ex. Hjälper till med frågor kring ekonomi, stödbehov utanför avdelningen, stöd till anhöriga och andra sociala frågor kring patienten.* Som citatet framför så är det främst praktisk hjälp, information och samtal som kuratorerna förmedlar ingår i deras arbete. Kuratorerna förklarar att de får stå i mycket praktisk hjälp, som exempelvis att ta

kontakt med andra aktörer såsom socialtjänsten och försäkringskassan eller se över akuta situationer gällande ekonomi eller barn. Att motivera patienten under tvångsvårdens gång och att ta emot övriga insatser samt att erbjuda stödjande samtal är också en del av arbetet.

Vad som är vanligt förekommande i kuratorernas uttalanden är att de ger mycket information till patienterna. Informationen kan handla om lagstiftningen, ekonomi, behandlingar, rättigheter eller överklagande. Informationen lämnas i syfte att informera patienten om vilka alternativ hen har om olika insatser och motivera patienten till att ta emot hjälp från andra aktörer. Patienterna har även rätt att få information om sina rättigheter som att kunna överklaga läkarens beslut om tvångsvård. Kuratorerna beskriver också att information om LPT och tvångsåtgärder kan hjälpa patienter som är oroliga över att bli tvångsvårdade, där D3 beskriver att: *Jag informerar. Jag tänker så att om man ger information så kan man minska den känslan av maktlöshet [...] att den inte är så total.*

Öjehagens (2014) beskrivningar av psykiatrikuratorns arbetsuppgifter är liknande kuratorernas beskrivningar i vår studie. Författaren inkluderar motiverande och stödjande samtal och undersökning om patienten behöver praktisk hjälp som arbetsuppgifter. Den diffusa rollen för sjukhuskuratorer som flera av de artiklar vi presenterat tidigare (Davidson, 1990; Olsson, 1999) nämner är dock inte något som är utmärkande i vår undersökning. Kuratorerna som deltagit i vår studie framstår som tydligt klara över vilka arbetsuppgifter både de och de andra professionerna har på arbetsplatsen. Flera av kuratorerna betonar att det är läkaren som fattar alla beslut om LPT, därav har de inget med det att göra. Den diffusa rollen kan på så sätt kännas mindre påtaglig för våra deltagare som ju befinner sig inom den psykiatriska tvångsvården, vilket är en säregen arena i jämförelse med andra sjukhuskuratorers arbetsområden. Då vår studie inte är jämförande mellan avdelningar går det inte att säkert veta, men det skulle kunna vara så att det inom psykiatri finns tydligare lagar och riktlinjer för kuratorsverksamheten jämfört med inom övrig hälso- och sjukvård. Vad vi också får ha i åtanke är att den forskning som beskrivit kuratorernas roll inom sjukvården som diffus är gjord på 90-talet och det kan ha hänt mycket på området under de senaste tjugo åren.

### *Yrkesrollen utifrån att vara socionom*

Alla kuratorer i vår studie har en socionomutbildning, vilket de ser som något som format deras yrkesroll inom psykiatri. Utbildningen ser kuratorerna som gynnande i deras arbete vilket D3 förklarar såhär: *Men just att man har en sorts grundsyn att kunna se det här med strukturer, att kunna se en individ ur flera olika perspektiv, att inte bara se det strikt juridiskt*

*eller medicinskt [...]. Utöver det egna arbetet anser kuratorerna att den syn man har som socionom är viktig i vården i allmänhet. D2 konstaterar: Att kunna se patienten genom "socionomglasögonen" tror jag är en väldigt viktig del av mitt arbete. Ingen annan i personalen ser på patienten på det sättet. Det är viktigt att se patienten i sin helhet, inte bara i sin sjukdom. Att kuratorerna känner att de tillför något inom vården som socionomer är liknande resultat som andra artiklar (Framme, 2014; Gregorian, 2005) beskriver, där socionomerna anser att deras helhetssyn och breda kunskapsbas tillför ett viktigt perspektiv i vården.*

Utöver "socionomglasögonen" beskrivs den juridiska kunskapen som man erhåller genom socionomutbildningen som en utmärkande och viktig del av yrkesrollen. D8 skriver att: *Det förväntas ju också av oss kuratorer att vi ska kunna en hel del om det juridiska. Vi är ju den enda yrkesgrupp som har juridik i vår grundutbildning.* Vidare förklarar D8 att hen har föreläst för övrig personal på sin avdelning om LPT. Juridikterminen är en återkommande faktor som kuratorerna tar upp som har givit dem kunskaper inför att arbeta med LPT-patienter. Till exempel förklarar D9 att juridikterminen ger en förståelse för hur man kan tolka för övrigt ganska fyrkantiga lagtexter och lagparagrafer.

Kuratorerna förklarar att socionomperspektivet de tillför i vården är viktigt och att det förväntas av kuratorerna att veta mycket om juridik. Här tydliggörs kuratorsprofessionens *legitimitet* (Brante, 1979). Kuratorerna ser sin legitimitet som viktig och gynnande i deras arbete då de kompletterar de andra professionerna på arbetsplatsen och har andra förutsättningar för att hjälpa patienten. Deras helhetsperspektiv och den juridiska kunskapen är kompetenser de är ensamma om inom vården, vilket gör dem unika inom psykiatrin. Dessa kunskaper är av särskild relevans för en kurator att ha i arbetet med LPT-patienter då patienterna 'hålls på plats' av en paragraf och en dom enligt lagstiftning. Socionomprofessionen räknas som en *semiprofession* vilket grundar sig i en bred och tvärvetenskaplig utbildning (Brante, 2009). I vår studie framkommer detta som något kuratorerna ser som gynnande i sitt arbete, då det medför att de kan ta till de så kallade "socionomglasögonen" vilka ger dem möjlighet att se situationer och problem ur flera olika perspektiv än den övriga personalen.

### *Kuratorernas förhållningssätt till och syn på tvångsvårdens påverkan på patienten*

Att bli tvångsvårdad är ett stort integritetskränkande ingrepp som självfallet påverkar

patienterna på olika sätt och likaså kuratorernas arbete. Flera av kuratorerna upplever att patienterna blir frustrerade och arga, främst över tvångsåtgärder såsom inlåsning, begränsningar och medicinering. Wallsten (2008) beskriver i sin studie att patientens egna upplevelser av tvångsåtgärder inte stämde överens med det som stod i journalen. En av kuratorerna, D8, beskriver att hen brukar gå igenom journalanteckningar med patienten: *Inte så sällan har jag läst journalen från inläggningstillfället tillsammans med patienten för att dels reda ut en del frågor patienten har, minnet sviktar kanske från den akuta fasen, men också som ett led i bearbetningen och skapa sammanhang.* D8 hjälper alltså patienten att förstå vad som står i journalen och kan på så sätt se om patientens egna upplevelser stämmer överens med journalen. Frustration kan dessutom ligga i att patienterna känner sig omyndigförklarade eller att personalen inte lyssnar på dem. Flera artiklar (Kjellin et al., 2004; Wallsten 2008) belyser att tvångsvårdade patienter inte känner sig delaktiga i vården. Kuratorerna framhäver att det är viktigt att i mötet lyssna på patienten samt att bekräfta och validera patientens känslor.

Kuratorerna förklarar även att en frustration kan ligga i att patienten inte har sjukdomsinsikt, vilket till exempel är vanligt hos psykotiska patienter. Det kan handla om att patienten tycker att psykiatrin har fel eller ser personalen som onda. Denna patientgrupp beskrivs som en svårare patientgrupp att möta där D5 skriver att: *Det påverkar mitt arbete såklart i att det är mentalt tyngre att vårda personer mot sin vilja som är rädda för sina liv och tror att jag är en del av en utarbetad plan för att plåga patienten på olika vis.* En psykisk sjukdom kan påverka patientens samspel med omgivningen vilket således påverkar kuratorns arbete då kuratorn behöver vara mer lyhörd (Öjehagen, 2014).

Patienterna kan även känna en maktlöshet eller en oförståelse över LPT-beslutet. Kuratorerna beskriver vikten av att i sådana situationer ha informerande samtal med patienterna. D3 menar att information om patienternas rättigheter kan avdramatisera situationen och ge patienterna en känsla av att fortfarande ha ett eget liv. Kuratorerna berättar att det även finns de patienter som inte alls påverkas av att bli tvångsvårdade. Kuratorerna resonerar kring att en del av patienterna känner sig trygga av att bli tvångsvårdade då det innebär att de inte kan skada sig själva och får möjlighet att vila ut och slippa ansvara för sitt eget liv på samma sätt.

## Utmaningar

*Att anpassa sig eller framföra sin åsikt?*

Att besluta om en patient ska tvångsvårdas eller inte ingår i överläkarens arbetsuppgifter. Det är läkaren som har skyldighet och mandat att fatta dessa beslut. Hur kuratorerna resonerar kring detta och hur de väljer att hantera det i sitt arbete är något som skiljer sig lite åt mellan våra deltagare. Flera av kuratorerna uttrycker vikten av att man som kurator anpassar sig efter och förhåller sig till läkarens beslut oavsett om ens egna åsikt stämmer överens med läkarens eller ej. D1 beskriver detta så här: [...] *det är inte alltid helt enkelt när jag som kurator t ex inte håller med läkarens bedömning om tvångsvård, men jag försöker att förhålla mig utifrån hur situationen ser ut och göra min del i detta.* D9 resonerar på ett liknande sätt:

*Det gäller att anpassa sig efter hur andra professioner bedömer patientens tillstånd vilket man inte alltid kan hålla med om, och förutsättningarna kan förändras snabbt. I vissa fall kan man ha en helt annan uppfattning om en patients tillstånd än läkare har exempelvis men man har ingen beslutsrätt kring detta.*

Detta sätt att anpassa sig efter andra professioners beslut och bedömningar liknar det Olsson (1999) beskriver att kuratorer gjort sedan de började etablera sig inom hälso- och sjukvården (Olsson, 1999). Detta har hjälpt dem bli integrerade i vården men samtidigt försämrat deras ställning och status (ibid). Även Sjöström (2013) skriver att kuratorerna inom psykiatrin försöker smälta in i och arbeta på liknande sätt som de andra professionerna på arbetsplatsen. Anpassningen kan även tolkas utifrån begreppet *auktoritet* (Brante, 2014). Läkarna besitter i frågan om beslut om tvångsvård en auktoritet i förhållande till patienten som kuratorn saknar. Därmed är läkarens *autonomi* (ibid) mer omfattande i förhållande till kuratorns, vilket medför att kuratorerna underordnar sig läkaren och anpassar sig efter dennes beslut.

Det finns dock en kurator som skiljer sig från övriga i vår studie. Detta då hen uttrycker vikten av att i vissa fall stå fast vid sin åsikt om LPT-beslutet och försöka påverka läkaren i beslutsfattandet. D6 berättar att:

*Jag upplever att enda gången det är svårt är när jag tycker att patienten borde vårdas under LPT men att läkare (vanligtvis på sluten avdelning) inte anser detta. Lyckligtvis har det bara skett 2 gånger under mina 2 år, en gång så gick det bra, en annan gång gick det dåligt. Jag kan inte ge fler detaljer än så kring när det gick dåligt, men jag tar med mig erfarenheten och kan förhoppningsvis nästa gång göra ett starkare jobb. Läkaren har alltid högsta mandat och sista ordet, men dom behöver hjälp från övriga professioner för att komma fram till ett så*



*rättssäkert och patientsäkert beslut som möjligt. Jag hanterar detta som allt annat - genom konstruktiv självkritik och bättre förfarande nästa gång en liknande situation uppstår.*

Citatet visar hur en händelse kring en LPT-patient har fått kuratorn att reflektera över sin egen legitimitet och kunskap. D6 har kommit fram till att hen kunnat göra mer för att försöka påverka läkaren till ett beslut som hade gynnat patienten. Medans de andra kuratorerna framhåller vikten av att anpassa sig efter läkarens beslut och inte sätta sig emot detta, visar citatet ovan att denna kurator fått tänka till om sin egen legitimitet och kunskap. Utan att vi behöver ha tillgång till detaljerna kring händelsen kan vi förstå att hen fått ett annat perspektiv på sin auktoritet som kurator, alltså den makten hen som professionell besitter som grundar sig i expertkunskap (Brante, 2014). Det D6 uttrycker pekar mot att hen nu anser, trots att beslut gällande LPT är läkarens arbetsuppgift, att även hen som kurator har auktoritet nog att komma med viktiga synpunkter och perspektiv som leder till att bästa möjliga beslut fattas. Detta blir även tydligt i följande citat av D6: *För mig som kurator i förhållande till LPT så skulle jag definiera den tysta kunskapen som min förmåga att se patientens behov och kunna förmedla detta till läkaren på ett sätt som tas emot som ett kompetent inlägg i LPT-bedömningen.* Detta citat liknar även det som Davidson (1990) framför i sin studie: att kuratorer tenderar att försöka hävda sin expertis för att få erkännande från andra kollegor. I citatet kan man utläsa att D6 försöker hävda sin expertis för läkaren och visa sig kompetent, och på så sätt även hävda sin legitimitet (Brante, 2014).

### *Balansgång - att vara på patientens sida och vårdens sida*

Ett liknande dilemma som kuratorerna tar upp, som också rör att anpassa sig eller att framföra sin åsikt, är att både vara på patientens sida och vårdens sida i mötet med patienten. D9 förklarar att: *Det är en balansgång att vara både på patientens sida samtidigt som vårdens, en del patienter vill ha bekräftelse på att de blir illa eller felbehandlade.* Vidare skriver D9 att man som kurator ska visa att man är på patientens sida samtidigt som man i arbete måste värdera det patienten säger och diskutera motsägelsefulla uttalanden. Balansgången kan dessutom handla om att patienten inte anser att läkaren har gjort rätt beslut och att kuratorn då måste förhålla sig till detta. D6 skriver att:

*Jag ser det också som självklart att validera patienten om den uttrycker att tvånget är orättvist. Som kurator kan man tillåta sig att "vara lite mindre fyrkantig" mot patienten, men viktigt är att alltid stå bakom läkarens beslut. Det är en balanserad finkänslighet som vi*

*behöver lära oss för att patienten ska känna sig så trygg som möjligt, trots att den befinner sig under tvång.*

Flera kuratorer betonar likt D6 att i sådana situationer är det viktigt att stå bakom läkarens beslut i mötet med patienten, oavsett vad man själv anser om beslutet. Det handlar både om att inte gå in i resonemang kring läkarens beslut med patienten, men även att det är viktigt att stå bakom läkarens beslut för att visa att man som kurator har förtroende för vården som man själv representerar. I sådana situationer försöker kuratorerna istället lyssna på patienterna, validera deras känslor och informera om deras rättigheter. Den svåra balansgången mellan att vara medmänniska samtidigt som man representerar sin organisation är ett dilemma som Lipsky tar upp som något *gräsrotsbyråkrater* ofta möter i sitt arbete (Svensson et al., 2008). Beslut om LPT eller tvångsåtgärder kan ses som rationella utifrån organisationens synvinkel, men när kuratorn möter patienten kan detta kännas underligt för kuratorn, om hen exempelvis inte anser att läkarens beslut är rätt. Den balansgång Lipsky tar upp handlar om att som medmänniska vilja bekräfta patientens syn på att LPT-beslutet är fel eller att tvångsåtgärderna var obefogade, men som en representant för organisationen kan man inte göra det. Det är viktigt, speciellt när det gäller LPT-patienter, att man förmedlar att man är trygg i sin roll som representant för psykiatri och visar att man själv har förtroende för vården som patienten i flera fall redan är negativt inställd eller misstänksam mot.

### *Paternalism och patientens självbestämmanderätt*

*Mina mål är densamma med alla patienter, men när det gäller de tvångsvårdade patienterna försöker jag bevaka deras egna intressen lite extra och försöker vara vaksam på att vården inte är för färgad av paternalism. Patienten har rätten att välja att leva ett liv som vi själva inte skulle vilja ha, patienten har förmågor att själv ta ansvar för sitt liv i stort och smått och hur stort stöd denne skall erbjudas måste vara individuellt, bara för att någon vårdas på tvång betyder det inte att vi ska ordna allt i dennes liv. (D5)*

Citatet ovan berör ett ämne som flera av de andra kuratorerna också nämner, nämligen paternalism. Paternalism handlar om en attityd som "trampar" på en annan persons åsikt eller vilja. Det bygger på antagandet att en person med större makt är mer förmögen att skydda och främja en persons liv än personen själv (NE, 2019). D5 förklarar att hen är vaksam över om vården är paternalistisk och andra kuratorer kommenterar att man som kurator inte ska ta över för mycket utan försöka respektera patientens vilja. Patientens självbestämmanderätt begränsas såklart när hen vårdas under LPT. Kuratorerna uttrycker att det då blir extra viktigt

att bevaka patientens självbestämmanderätt så mycket som möjligt och låta patienten själv bestämma över de delar av sitt liv som hen fortfarande har rätt att bestämma över, exempelvis vilka insatser från andra aktörer hen vill ta emot. Dock ser även flera av kuratorerna ett dilemma i detta. D4 beskriver att svåra etiska frågor kan uppstå i arbetet med LPT-patienter:

*Ex. En patient som synligt behöver hjälp i hemmet efter utskrivning men vägrar att vi kontaktar kommunen eller en patient som har obetalade räkningar men inte vill ha hjälp med detta. Där kan det vara svårt att dra gränsen mellan vilka konsekvenser patientens beslut får för den längre fram och dennes rätt till självbestämmande.*

Självfallet är det svårt att se en patients liv falla isär, men man har som kurator ingen rätt eller makt att göra något åt det om patienten inte själv vill. Som i tidigare stycke kan även detta kopplas till det Lipsky (2010) skriver om att gräsrotsbyråkrater ofta vill vara medmänniskor. Det dilemma som vi ser här gällande paternalism: mellan att vara medmänniska och att låta patienten ha sin självbestämmanderätt och att göra något åt patienten som hen inte har samtyckt till men som hen skulle kunna uppskatta på sikt. Trots detta dilemma får inte kuratorerna ta kontakt med andra aktörer utan patientens samtycke, vilket kan tolkas som att deras *diskretion* begränsas utifrån organisationens och högre instansers regler (Lipsky, 2010). Patientens självbestämmanderätt anses av kuratorerna vara en av de faktorer som väger tyngst i arbetet med patienter som vårdas under LPT, även om kuratorerna kan se ett etiskt dilemma gällande det.

## Allians med patienten

### *Alliansens väsentlighet*

I kuratorernas svar återkom resonemang kring skapandet av en god relation eller allians med patienten som en väldigt viktig del i arbetet med tvångsvårdade patienter. Gällande hur tvångsvården påverkar patienten och kuratorns arbete skriver D8 att: *Men återigen, i allt arbete med patienten, är kvaliteten i relationen mellan patient och behandlare, helt avgörande, det är den som bär.* Som citatet beskriver så ses en god relation med patienten inte bara som viktig, utan helt avgörande i arbetet med patienten. Kuratorns arbete inom tvångsvården är att stödja och motivera patienten, och detta blir svårt när relationen mellan kuratorn och patienten sviktar. Relationen mellan kuratorn och patienten kan ses utifrån deras *band* (Bordin, 1979). Det känslomässiga bandet kuratorn och patienten har är något som

kuratorerna ser som viktigt och strävar efter då det stärker alliansen. Tidigare studier visar att sjuksköterskor inom psykiatrin anser att relationen är avgörande i arbetet med LPT-patienten (Exner & Laatikainen, 2016; Mattsson, 2016), vilket överensstämmer med vad kuratorerna tycker. Betydelsen av relationen i kuratorernas arbete kan även ses utifrån Bordins (1979) resonemang kring att kvaliteten på alliansen kan vara viktigare än själva terapins utformning.

### *Att skapa en allians*

Det finns flera viktiga egenskaper och förhållningssätt som kuratorerna ska beakta i mötet med patienterna. Kuratorerna tar upp att en förståelse för patienternas frustration och vad det innebär att vara tvångsvårdad är viktigt att tänka på när de möter sina patienter. D6 förklarar nedan ytterligare faktorer som är viktiga:

*Att ge extra tid för patienten att uttrycka sig om sin situation och stötta patienten i att uttrycka behov av stöd i form av samhällsinsatser, exempelvis boendestöd, hemsjukvård, etc. I mån av tid så försöker jag alltid att träffa patienter som är inlagda på psykiatrisk avdelning så ofta som möjligt. Detta ser D6 som hjälpsamt för patienten vilket även Olofsson och Norberg (2001) belyser i sin studie. Författarna skriver att patienterna önskade mer mänsklig kontakt med personalen och att den mänskliga kontakten fick dem att känna sig tryggare med tvånget. Enligt Framme (2014) lägger socionomer fokus på att möta patienten på ett mänskligt plan för att skapa goda relationer, vilket vi också kan utläsa ur citatet ovan. Den mänskliga kontakten och de andra faktorerna som deltagarna tog upp kan ses som förhållningssätt som kuratorn använder sig av för att stärka den terapeutiska alliansen (Johansson, 2006). Den mänskliga kontakten som kuratorerna utövar kan ses utifrån förhållningssättet empatisk, då kuratorerna träffar patienterna i syfte att hjälpa och stötta dem i en utsatt situation. Den empatiska sidan kan även ses i kuratorernas förklaringar kring vikten av att förstå patienternas frustration och tvångsvårdens påverkan på patienterna. Bekräftande är ett annat förhållningssätt kuratorerna uppvisar då de ofta förklarar att de validerar patientens känslor. Då kuratorerna även avsätter tid för att lyssna på patienterna så visar de även att de är intresserade. Att vara empatisk, bekräftande och intresserad är alla*

förhållningssätt som kuratorerna visar att de använder sig av, och anser vara viktiga i deras möte med patienterna. Detta visar att kuratorerna medvetet arbetar på ett sätt som gynnar skapandet av en god allians med patienterna. I citatet nedan beskriver D8 en fördel som kuratorerna har i alliansskapandet med patienten:

*En fördel jag har som kurator är att jag inte är den som fattar besluten om LPT, som jag skrivit tidigare, utan kan då få en mer positiv kontakt med patienten. Dessutom har jag en fördel som kurator av att de praktiska sociala åtgärderna för patienten, såsom t.ex. att se till att patienten får en inkomst, är positiva delar som uppskattas efter hand och att vi inte behöver ha tvånget i förgrunden.*

Att kuratorns arbetsuppgifter inte innefattar samma möjlighet att utföra tvångsåtgärder som övriga professioners, benämns av flera kuratorer som en fördel i relationskapandet med patienten. Kuratorerna upplever att beslut om tvångsvård och utförandet av tvångsåtgärder (exempelvis fastspänning eller avskiljning) påverkar den övriga vårdpersonalens relation till patienten, främst läkarens relation till patienten. Detta är något som Exner och Laatikainen (2016) betonar då sjuksköterskor upplever ett etiskt dilemma gällande att skapa en trygg relation med patienten samtidigt som de utför tvångsåtgärder. Patientens möte med kuratorn blir således en mindre negativt upplevd händelse då mötet inte innehåller tvångsåtgärder. D7 förklarar: *Att träffa kuratorn för att prata om ekonomi eller diverse andra omständigheter i livet är inte lika hotfullt som att prata om diagnos och medicin.* Kuratorn har som *gräsrotsbyråkrater* (Lipsky, 2010) en begränsad diskretion och saknar därmed möjligheten att besluta om eller utföra tvång då de inte besitter de specifika kompetenserna och kunskaperna som läkarna och sjuksköterskorna har. Den begränsade diskretionen gällande tvång möjliggör en bättre relation mellan patient och kurator än mellan patient och läkare. Fördelen som kuratorerna har kan även ses som den *auktoritet* (Brante, 2014) som kuratorn (inte) utövar. Auktoriteten blir inte lika framträdande i mötet med patienten då kuratorn inte besitter någon makt att varken utföra tvångsåtgärder eller ta kontakt med andra aktörer utan patientens samtycke. Grunden för byggandet av en god relation mellan kuratorn och patienten blir på så vis mer fördelaktig då kuratorn lättare kan bygga upp ett förtroende och få kontakt med patienterna än den övriga vårdpersonalen.

### *Svårigheter i alliansskapandet*

Skapandet av en allians kan även vara ansträngt och försvåra kuratorernas arbete. Främst handlar det om patientens förutsättningar och erfarenheter som kan försvåra skapandet av en allians. Som tidigare beskrivet kan några patienter, framförallt de med psykosjukdom, se personalen som onda vilket påverkar kuratorns arbete och även alliansskapandet. D9 förklarar att:

*Främst blir vi inom vården symbol för något ont och som har makt över en persons frihet, påverkar arbetet på det sättet att man måste arbeta med att bygga upp förtroende och kunna komma framåt. Jag brukar försöka lägga ner lite mer tid på LPT-patienter om det är möjligt att samtala, i vissa fall får man avvakta tills patienten mår bättre och då prata om LPT och tvångsvård.*

På liknande sätt skriver D2 att patientens sjukdomstillstånd kan påverka arbetet: *Sen kan det ibland vara svårt för mig att göra ett "fullgott" arbete men det beror då oftast på att patienten är såpass sjuk att det inte går att samtala med patienten.* Diagnos och problemtypngd kan ses som *patientfaktorer* i skapandet av en fungerande allians mellan patienten och kuratorn (Johansson, 2006). Patientens sjukdomstillstånd påverkar således kuratorernas arbete och förutsättningar att skapa en allians med patienten. Främst handlar det om att kommunikationen påverkas då det uppstår en svårighet att få kontakt och samtala med patienten. Utan kommunikation, och förtroende, blir det svårare för kuratorerna att samarbeta med patienten och komma överens om behandlingens *mål* och *uppgifter*, och inte minst att skapa det känslomässiga *bandet* som är så viktigt i alliansen (Bordin, 1979).

Kuratorerna tar även upp att patienters tidigare erfarenheter inom tvångsvården har en påverkan på alliansskapandet. Patienter som inte har tvångsvårdats tidigare kan känna sig mer oroliga och det finns även de som inte känner till att det finns en LPT-lag och blir upprörda över detta. Å andra sidan förklarar D1 att även patienter med tidigare erfarenhet av tvångsvården kan vara en utmaning:

*Det finns även vissa patienter som kanske har varit inom den psykiatriska heldygnsvården vid många tillfällen och som föredrar att tvångsvårdas av olika anledningar. Dessa patienter kan ibland vara en utmaning att bemöta som kurator då de inte alltid vill ta*

*ansvar för sina egna liv och praktiska saker som behöver ordnas med trots att de har förmågan till detta.*

Likaså kan erfarenheter av andra kulturer och länder vara ett hinder i alliansskapandet. D9 brukar fråga patienten om hen är medveten att hen vårdas på tvång och förklarar att: *Vissa är väldigt medvetna medan andra inte uppfattat eller förstått vad det innebär, patienter med ursprung i andra länder är inte lika medvetna eller förstår innebörden av att vara tvångsvårdad upplever jag.* Som Öjehagen (2014) beskriver kan personer från andra länder ha en annan syn på psykisk ohälsa än den svenska normen. Patientens erfarenheter av tvångsvård eller andra kulturer kan förstås som de *interpersonella faktorerna* i den terapeutiska alliansen (Johansson, 2006). De interpersonella faktorerna är av stor betydelse, till och med större än patientens diagnos, när det gäller skapandet av alliansen (ibid). I mötet med patienten måste kuratorn förhålla sig till de interpersonella faktorerna vilka är individuella för varje patient. Mattsson (2016) betonar vikten av kommunikation och att informationen som ges till patienterna ska anpassas efter individens förutsättningar och förståelse. Kunskaper om hur tidigare erfarenheter påverkar patienten är således viktiga för kuratorn för att lättare kunna skapa en god allians med patienten.

## Samarbete och samverkan

### *Samarbete professionerna emellan*

Kuratorerna arbetar inom psykiatri jämfört med andra professioner som bland annat läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal. Flera av kuratorerna betonar vikten av att samarbetet dem emellan fungerar bra. D2 skriver att: *Min upplevelse är att samarbetet över professionsgränserna är otroligt viktigt, oavsett om patienten LPT-vårdas eller ej. Jag tycker att det fungerar väldigt bra på vår avdelning.* D5 beskriver ett välfungerande samarbete på sin avdelning och poängterar att samarbetets kvalitet beror på den goda arbetsrelationen hen har till de andra professionerna, vilket kan vara personbundet. När kuratorerna i vår studie resonerar kring samarbetet på sina arbetsplatser beskriver de flesta det utifrån att de arbetar i team med övriga professioner på arbetsplatsen, alltså i *tvärprofessionella team* som består av representanter från flera olika yrkesgrupper (Svensson et al., 2008). D4 beskriver teamarbetet på följande sätt:

*I övrigt arbetar jag nära sjuksköterskor, skötare och läkarna och vi pratar mycket med varandra gällande bemötande, attityder, vardagsfrågor kring alla patienter. Det hjälper ofta att prata ihop sig och känna att man är ett team där vi hjälps åt för att göra det så bra som möjligt för våra patienter.*

Kuratorn beskriver här arbetet i team som positivt både för hen själv i sitt arbete och för patienterna. Ett *team* är en grupp professionella som jobbar tillsammans mot ett gemensamt mål (Svensson et al., 2008). Utifrån citatet kan man tolka det som att teamets gemensamma mål är att göra det så bra som möjligt för patienterna.

Ett gott samarbete och goda relationer till arbetskollegorna kan hjälpa kuratorerna i arbetet med tvångsvårdade patienter. Flera kuratorer poängterar att i arbetet med LPT-patienter lyfts det fler etiska och juridiska frågor än i arbetet med HSL-patienter, och att det då är viktigt att diskutera dessa aspekter med arbetskollegorna. D4 beskriver att: *[...] själva tvångsaspekten leder till en del etiska frågor som vi bollar med varandra.* Davidsson (1990) skriver att kuratorer tycker om att föra samman olika perspektiv i samarbeten, vilket vi även kan se här som utmärkande. Att diskutera och "bolla idéer" med de andra professionerna gällande etiska eller juridiska frågor kring LPT-patienter hjälper kuratorerna att se en situation från olika perspektiv. Kuratorer tycker att alla professioner har något viktigt att tillföra i diskussioner (Framme, 2014), därmed är det viktigt och intressant att föra samman olika perspektiv för att lösa svåra frågor. Även om kuratorn har *autonomi* gällande sina interna frågor (Brante, 2014), så är det betydelsefullt att kunna diskutera med de andra professionerna för att understödja fattandet av trygga beslut rörande LPT-patienter.

Utöver råd och diskussioner är likaså emotionell stöttning i arbetet viktigt. Gällande vart kuratorn vänder sig när de behöver hjälp och stöttning i arbetet svarar D1 att:

*Till kollegor på avdelningen eller till kuratorskollegor på andra avdelningar. Ibland vänder jag mig till sjukhusjuristerna om det rör sig om juridiska frågor kring tvångsvård. Den stöttning jag får från dessa parter är alltifrån konkreta råd till känslomässig stöttning när det behövs.*

Som tidigare beskrivet kan arbetet med tvångsvårdade patienter vara mentalt tungt och de etiska aspekterna kan vara svåra att hantera, därmed är det väsentligt i dessa lägen att kuratorn får stöd i sitt arbete. Med ett gott samarbete ökar chansen att kuratorerna även kan få stöttning i arbetet med tvångsvårdade patienter. Fungerande samarbeten ökar även kuratorers



tillfredsställelse i arbetet (Gregorian, 2005), alltså ger stöttning i arbetet en ökad trivsel för kuratorn vilket i sin tur ger dem bättre förutsättningar att hjälpa patienterna. Både Davidsson (1990) och Framme (2014) skriver i sina studier att kuratorer värderar samarbeten och diskussioner högt, vilket vi även kan konstatera gäller kuratorerna i vår studie.

Gällande samarbetet med de andra professionerna beskriver kuratorerna även att de är involverade i de andras arbete. Flera av kuratorerna uttrycker att de arbetar i team där de bland annat är involverade i läkarens beslut gällande LPT. D8 förklarar att: *Hela tiden som tvånget löper på har överläkaren en skyldighet att fundera på om tvånget verkligen behövs, för det kan ju avslutas när som helst under perioden. Därför pågår en ständig dialog med oss andra i teamet där vi delar intryck om hur patienten mår och fungerar.* Kuratorernas övervägande positiva beskrivningar av samarbete, goda relationer och involvering tyder på att kuratorerna ser sin professionsroll i förhållande till arbetet med LPT-patienter som betydelsefull. Den lägre statusen för kuratorer som flera artikelförfattare (Gregorian, 2005; Hanquist, 2011; Olsson, 1999) beskriver och som även utmärker semiprofessioner som kuratorerna räknas till (Brante, 2009) är inget framträdande i våra deltagares beskrivningar. Den stora omfattningen av samarbete med de andra professionerna som kuratorerna beskriver kan ha ökat deras status på arbetsplatsen, vilket Gregorian (2005) även poängterar i sin artikel.

### *Svårigheter i samarbetet*

Några av våra deltagare beskriver hinder de stött på arbetsplatsen och hur dessa lett till ett försämrat samarbete professionerna emellan. D5 beskriver att: *Samarbetet mellan professionerna är tidvis ansträngd eftersom att det finns en stor kulturkrock mellan socionomernas arbetsfält och synsätt och hälso- och sjukvårdspersonalens roll och synsätt.* Detta liknar de fejder mellan professioner som Svensson et al. (2008) beskriver som ett vanligt förekommande hinder i tvärprofessionellt teamarbete. Dessa fejder kan leda till att en profession tvingas ge med sig och låta en annan professions synsätt ta över. Utan att vi vet exakt vad kulturkrockarna handlar om så kan vi förstå att *legitimiteten* hos socionomerna och sjukvårdspersonalen krockar. Som tidigare skrivet värderar kuratorerna sitt helhetsperspektiv högt och ser detta som en tillgång inom psykiatri då ingen annan i personalen har det synsättet. Det kan finnas en frustration från kuratorernas sida när sjukvårdspersonalen inte ser patienten i sin helhet, vilket kuratorerna själva ser som viktigt i mötet med LPT-patienten. På

samma sätt kan sjukvårdspersonalen tycka att kuratorernas synsätt inte är det mest optimala utifrån det medicinska synsättet. Socionomens och sjukvårdspersonalens olika kunskaper och kompetens av att arbeta med LPT-patienter kan på så sätt krocka och medföra svårigheter i samarbetet. Kuratorernas avståndstagande från det medicinska synsättet liknar det Framme (2014) kommit fram till i sin studie. Hon diskuterar hur kuratorer inom psykiatri ofta väljer att ta avstånd från det medicinska och sjukdomsinriktade synsättet. Detta då de värderar ett mer dialoginriktat synsätt som inte utgår ifrån diagnos för att förklara patienternas problematik. Detta blir väldigt tydligt i D5s beskrivning av kulturkrocken mellan de två olika synsätten på hans arbetsplats.

Kuratorerna beskriver att de får stöd i arbetet med LPT-patienter från olika håll och från flera av professionerna på arbetsplatsen. D2 skriver att: *På vår avdelning finns en hög kompetens/kunskap.* Däremot finns det en kurator som säger det motsatta. Under frågan kring vart kuratorerna vänder sig till när de behöver hjälp och stöttning i arbetet med tvångsvårdade patienter, förklarar D9 att:

*Det absolut vanligaste är att man vänder sig till andra kuratorskollegor och diskuterar detta på handledning eller kuratorsmöten exempelvis. På avdelningen är det ingen som jag vänder mig till för att få stöttning i detta, det finns en allmänt låg kunskap om LPT, tvång och makt bland övrig personal upplever jag.*

Den låga kunskapen bland övriga professioner på kuratorns avdelning gör att D9 föredrar att ta hjälp av personer inom den egna professionen framför att gå utanför professionsgränserna, trots att kollegorna från övriga professioner ständigt är tillgängliga på avdelningen där hen jobbar. Självfallet försvåras samarbetet om man som kurator känner att man inte kan diskutera vissa situationer med de övriga professionerna då de inte har tillräckligt med kunskap om ämnet. D9 skriver även att vissa i personalen är rädda för att gå ut med LPT-patienter och därför undviker detta. Trots att vi inte vet varför vissa i personalen känner rädsla inför detta så kan vi försöka förstå det som ett resultat av den bristande kunskap kring LPT och LPT-patienter som D9 beskriver. Utifrån detta kan vi se att vårdpersonalens *legitimitet* (Brante, 2014) möjligtvis inte innefattar kunskaper om LPT i lika stor utsträckning som kuratorns. Den bristande kunskapen om LPT har både negativa konsekvenser för patienterna och samarbetet på arbetsplatsen.

De flesta av kuratorerna svarade, likt D9, att de främst vänder sig till andra kuratorer för stöd i

arbetet kring LPT-patienter. Att kuratorer går till den egna professionen kan alltså bero på att det är svårt att förstå varandra över professionsgränserna. Varje profession har sitt eget specifika "fikonspråk" som skiljer sig från de andras (Svensson et al., 2008). Framme (2014) skriver också att socionomerna inom psykiatrin anser att de talar ett annat språk än vårdpersonalen. Därför kan kuratorerna uppleva att det är lättare att kommunicera med och förstå andra kuratorer då deras *legitimitet* (Brante, 2014) innefattar liknande kunskaper, och de väljer därför att främst vända sig till dem för stöd.

### *Samverkan med andra aktörer*

Flera kuratorer uttrycker att samverkan med andra aktörer i arbetet med LPT-patienter är viktigt. Detta då målgruppen skiljer sig från HSL-patienter på så sätt att de är sjukare, vilket leder till att patienterna ofta behöver mer stöttning från olika samhällsaktörer och därför kräver arbetet med LPT-patienter en högre grad av samverkan med andra aktörer utanför den egna verksamheten. Detta blir tydligt i våra deltagares svar. D2 skriver till exempel att: *Ofta har LPT-patienterna ganska stort behov av stöttning även utanför sjukvården och samverkan med andra aktörer är väldigt viktigt.* Aktörer som nämns är bland annat socialtjänsten och socialpsykiatrin. D6 skriver att:

*Jag upplever att ett större samarbete sker med socialpsykiatrin i de fall patienter vårdas eller har vårdats under LPT. De patienter är oftare i behov av mer stöd än andra patienter och socialpsykiatrin är de som kan stå för detta stöd. Kuratorn brukar traditionellt vara den som främst står för det samarbetet (om det finns en kurator inkopplad).*

### *Svårigheter i samverkan med andra aktörer*

En svårighet som kuratorerna upplever i mötet med andra aktörer gäller aktörernas begränsade kunskap om LPT. Främst gäller detta socialtjänsten. D3 beskriver det som att:

*[...] ibland när vi har suttit på vårdplanering, som inte heter det längre utan SIP-möte, på avdelningen när det gäller ÖPT-patienter som ska konverteras till LPT vid utskrivning så känns det inte riktigt som kommunen, alltså, socialtjänsten, biståndsenheten, försörjningsstöd, har så bra koll på LPT och vad LPT innebär.*

Den begränsade kunskapen hos aktörerna är något som kuratorerna måste förhålla sig till i sitt arbete. Detta visas genom att kuratorerna får informera aktörerna om LPT och dess betydelse.

D2 uppger att: *Jag har en lapp vid mitt skrivbord med sekretessbrytande paragrafer som jag direkt kan informera ex socialtjänsten om ifall att de börjar prata om sekretess.* Vad D3 poängterar är att de personer som kuratorerna samverkar med runt tvångsvårdade patienter har samma grundutbildning som kuratorerna, det vill säga socionomutbildningen. Trots detta så har både psykiatrikuratorerna och professionerna inom socialtjänsten olika kunskaper och kompetenser inom socialt arbete fast de har samma grundutbildning. Detta kan förstås utifrån begreppet *semiprofessioner* (Brante, 2009). Socionomutbildningen är en mindre specialiserad och tvärvetenskaplig utbildning, vilket ger upphov till en bred utbildning där socionomer kan arbeta inom flera olika arbetsområden. De olika kompetenser och kunskaper som socionomerna genererar inom olika arbetsområden, uppstår således främst genom praktiska erfarenheter på respektive arbetsplats. Psykiatrikuratorerna upplever ett försvårat samarbete med andra aktörer då professionerna där har genererat andra kunskaper som möjligen inte inkluderar kunskaper om LPT i samma utsträckning. *Legitimiteten* (Brante, 2014) är alltså densamma för socionomerna inom socialtjänsten och psykiatrin, men den unika kunskapen och kompetensen inom respektive professionsinriktning skiljer sig åt.

# Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka psykiatrikuratorers resonemang kring och beskrivningar av sin yrkesroll inom tvångsvården och arbetet med patienter som vårdas enligt LPT, för att få en ökad förståelse för vad ett LPT-beslut kan innebära för patient och kurator. Genom vår studie med våra nio deltagande psykiatrikuratorer har vi lyckats uppfylla vårt syfte och fått svar på våra frågeställningar.

Vår första frågeställning rörde kuratorernas resonemang kring sin yrkesroll i relation till arbetet med LPT-patienter. En slutsats här var att kuratorerna upplever att deras *legitimitet* (Brante, 2014) som kurator inom den psykiatriska tvångsvården bygger på kompetenser de fått genom socionomutbildningen, vilka även gynnar dem i arbetet med LPT-patienterna. Kuratorerna diskuterar dels “socionomglasögonen”, förmågan att kunna se saker ur ett helhetsperspektiv, och dels deras juridiska kompetens som de två huvudsakliga unika förmågorna de besitter som gör dem essentiella inom tvångsvården. Den breda utbildningen som utmärker *semiprofessioner* (Brante, 2009) ser socionomerna alltså som gynnande i sitt arbete inom tvångsvården då det gett dem förmågan att se situationer ur flera olika perspektiv.

Vår andra frågeställning handlade om kuratorernas samarbete med andra professioner i arbetet med tvångsvårdade patienter. I kuratorernas beskrivningar av samarbetet med representanter från andra professioner på avdelningen går det att utläsa att kuratorerna arbetar i *tvärprofessionella team* (Svensson et al, 2008). Några kuratorer framför här att en svårighet i samarbetet mellan professionerna på avdelningen är att de upplever kulturkrockar mellan det egna synsättet som socionom och övriga personalens medicinska synsätt. Alltså kan de unika “socionomglasögonen” å ena sidan ge kuratorerna *legitimitet* (Brante, 2014) inom psykiatrin. Å andra sidan skiljer sig denna legitimitet från vårdpersonalens legitimitet, vilket medför svårigheter i samarbetet dem emellan då de kunskaper och kompetenser de olika professionerna bygger på är olika och kan därav krocka.

Vår sista frågeställning rörde kuratorernas beskrivningar av tvångets påverkan på patienterna och på alliansskapandet mellan dem. Något vi tyckte var särskilt intressant var att kuratorernas begränsade *diskretion* (Brante, 2014) gällande tvång möjliggör skapandet av en bättre relation och allians med patienten. Kuratorerna ser detta som något positivt och gynnande i arbetet eftersom byggandet av den *terapeutiska alliansen* (Bordin, 1979) med patienten underlättas, och som vi har konstaterat är en god allians något av det viktigaste i

kuratorernas arbete med LPT-patienter. Detta är intressant då den begränsade *diskretionen* även kan leda till att kuratorn upplever ett dilemma mellan att anpassa sig till läkarens bedömning eller att uttrycka sin åsikt och försöka påverka beslut kring tvångsvård. Ett liknande dilemma för kuratorerna är balansgången mellan att vara på patientens sida och vårdens sida, vilket tydliggör det dilemma som *gräsrotsbyråkrater* (Svensson et al., 2008) ofta stöter på i mötet med patienten då man vill vara medmänniska och samtidigt representera organisationen.

Med denna studie har vi bidragit med en inblick i psykiatrikuratorernas arbete med tvångsvård och tvångsvårdade patienter, ett forskningsområde som tidigare varit relativt outforskat. Genom studien har vi fått en början till en förståelse för den unika roll kuratorn spelar i arbetet med tvångsvårdade patienter. Vi har även fått syn på flera av de svårigheter och utmaningar dessa kuratorer ställs inför i sitt arbete och hur de hanterar dessa. Vår studie är dock begränsad då vi endast haft ett fåtal deltagare och då studien utförts under begränsad tid med begränsade resurser, vilket leder till att vårt resultat blir svårare att generalisera.

Vi vill gärna se fler och större forskningsstudier på området då det finns en stor kunskapslucka att fylla. Något som hade varit intressant hade varit att utföra en liknande studie ur brukarnas perspektiv. Att undersöka hur tvångsvårdade patienter ser på kuratorns yrkesroll hade varit ett intressant och värdefullt tillägg. Man hade kunnat undersöka hur patienten upplever alliansen med kuratorn respektive med övriga professioner på avdelningen. Ett annat intressant perspektiv hade varit de övriga professionerna inom psykiatrin och deras syn på psykiatrikuratorn. Särskilt läkarens syn på kuratorns roll gällande tvångsvård hade varit spännande att undersöka. Kanske hade man kunnat utforska hur mycket vikt läkaren lägger vid kuratorns input och åsikter när läkaren fattar beslut om tvångsvård, och hur läkaren resonerar kring vad kuratorn kan och inte kan bidra med i detta arbete.

# Referenslista

1177 (2019) Lagen om psykiatrisk tvångsvård. (<https://www.1177.se/Skane/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/lagar-i-varden/lagen-om-psykiatrisk-tvangsvard/>) Hämtat: 2020-04-28.

Akademikerförbundet SSR. Kurator inom hälso- och sjukvård. (<https://akademssr.se/yrkesfragor/socionom/kurator-inom-halso-och-sjukvard>) Hämtat: 2020-04-14.

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

Bordin, Edward S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3):252 – 260.

Brante, Thomas. (2009). Vad är en profession? Teoretiska ansatser och definitioner. I: Lindh, Maria (red.) *Vetenskap för profession*. Högskolan i Borås, (15-34).

Brante, Thomas (2014) *Den professionella logiken. Hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället*. Stockholm: Liber.

Bryman, Alan. (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Davidson, Kay W. (1990) Role Blurring and the hospital social worker's search for a clear domain. *Health Social Work*, 15 (3):228-34.

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2016) Intervjuer. I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.

Exner, Elena & Tuija Laatikainen (2016) *Sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård : En intervjustudie*. Magisteruppsats. Högskolan i Borås.

Framme, Gunilla (2014) Vad gör socionomerna för skillnad i den psykiatriska vården? *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2: 86-104.

Gregorian, Camille. (2005) A Career in Hospital Social Work: Do You Have What It Takes? *Social Work in Health Care*, 40 (3): 1-14.

Hanquist, Lisa. (2011). *Psykiatrikuratorers yrkesroll och yrkesidentitet - En intervjustudie om kuratorer inom psykiatrin som vidareutbildat sig i psykoterapi*. Magisteruppsats. Göteborgs universitet.

Johansson, Håkan. (2006). *Therapeutic alliance in general psychiatric care*. Lund: Lunds universitet.

Kjellin, Lars, Kristina Andersson, Erik Bartholdson, Inga-Lill Candefjord, Helge Holmstrom, Lars Jacobsson, Mikael Sandlund, Tuula Wallsten & Margareta Östman (2004) Coercion in psychiatric care patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric service, *Nordic Journal of Psychiatry*, 58 (2): 153-159.

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

Lundin, Annika, Inger Benkel, Gerd de Neerdard, Britt-Marie Johansson & Charlotta Öhring (2009) *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Mattsson, Annika (2016) *Omvårdnad av patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) inom psykiatrisk slutenvård: Sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter : En kvalitativ intervjustudie*. Masteruppsats. Högskolan Dalarna.

Morén, Stefan, Björn Blom, Ann Lalos & Mariann Olsson (2014). Socialt arbete i hälso- och sjukvård - villkor och utmaningar. I: Lalos, Ann, Björn Blom, Stefan Morén & Mariann Olsson (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Författarna och Natur & Kultur.

Nationalencyklopedin. Paternalism.

(<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/paternalism>) Hämtat: 2020-05-14.

Olofsson, Britta & Astrid Norberg (2001) Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (1): 89-97.

Olsson, Siv (1999) *Kuratoren förr och nu - Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*. Doktorsavhandling. Göteborgs Universitet: Institutionen för socialt arbete.



Rennstam, Jens & David Wästerfors (2016). Att analysera kvalitativt material. I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)*.

SFS 2019:876. *Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård*.

Sjöström, Manuela (2013) *To Blend in or Stand out? Hospital Social Workers' Jurisdictional Work in Sweden and Germany*. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet: Samhällsvetenskapliga fakulteten.

Socialstyrelsen (2013) Att ge ordet och lämna plats - vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård (<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2013-5-5.pdf>) Hämtat: 2020-05-20.

Socialstyrelsen (2018) Förbättrad uppföljning av tvångsvården - alternativa metoder för att samla in data. (<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-12-32.pdf>) Hämtat: 2020-04-14.

Svenska domstolar (2019) Psykiatrisk tvångsvård. (<https://www.domstol.se/amnen/tvangsvard/psykiatrisk-tvangsvard/psykiatrisk-tvangsvard/>) Hämtat: 2020-04-28.

Svensson, Kerstin, Eva Johnsson & Leili Laanemets (2008) *Handlingsutrymme - Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. (<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>) Hämtat: 2020-04-14.

Wallsten, Tuula (2008) *Compulsory psychiatric care : perspectives from the Swedish Coercion Study : patient experiences, documented measures, next of kins' attitudes and outcome*. Doktorsavhandling. Uppsala universitet.

Wallsten, Tuula, Lars Kjellin & Rickard L Sjöberg (2009) Det respektfulla tvånget. Evidens och etik i psykiatrisk tvångsvård. *Läkartidningen*, 106 (11):750.

Wallsten, Tuula (2017) *Psykiatrisk tvångsvård : kliniska riktlinjer för vård och behandling*. Stockholm: Gothia Fortbildning AB.

Öjehagen, Agneta (2014). Socialt arbete och psykisk ohälsa. I: Lalos, Ann, Björn Blom, Stefan Morén & Mariann Olsson (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Författarna och Natur & Kultur.

# Bilagor

## Bilaga 1

### Frågeformulär

På grund av den rådande situationen i samhället har vi valt att samla in vårt empiriska material till denna kvalitativa studie genom detta frågeformulär istället för att genomföra intervjuer. Detta då du kan besvara frågorna i lugn och ro när det passar dig. Vi är ute efter dina reflekterande svar och resonemang så ta din tid att besvara frågorna, utveckla gärna dina svar så mycket som möjligt. Har du några funderingar kring frågorna så får du gärna höra av dig till oss.

#### **Bakgrund**

1. Hur länge har du jobbat som kurator inom psykiatri?
2. Vilken eftergymnasial utbildning samt eventuell vidareutbildning har du?

#### **Arbetsuppgifter och arbetsrutiner**

3. Hur stor del av ditt arbete rör tvångsvårdade patienter?
4. Vart vänder du dig om du känner att du behöver stöttning och hjälp i ditt arbete med tvångsvårdade patienter? På vilket sätt stöttar detta dig?
5. Hur ser samarbetet med de andra professionerna på din arbetsplats ut rörande LPT-patienter? Hur skiljer det sig från arbetet med övriga patienter?

#### **Kunskap och kompetens**

6. Vad besitter du för kompetens/kunskap för att kunna arbeta med tvångsvårdade patienter?  
Hur har du införskaffat denna kompetens/kunskap?

7. Hur ser du på skillnaden mellan kunskap och kompetens när det gäller arbetet med LPT-patienter?

### **Rollen som kurator**

8. Skulle arbetet som kurator på något sätt vara lättare utan LPT?

9. Skulle arbetet som kurator på något sätt vara svårare utan LPT?

10. Anser du att din roll och dina arbetsuppgifter som kurator ser annorlunda ut när ditt arbete rör en tvångsvårdad patient? Vilka skillnader upplever du?

11. Vad är enligt dig det viktigaste att tänka på som kurator i mötet med patienter som vårdas på tvång?

### **Mötet med patienterna**

12. Hur ser du på de förutsättningar och mål du har i ditt arbete med LPT-patienter, och skiljer de sig från de förutsättningar och mål du har med andra patienter?

13. Upplever du att du stöter på svårigheter i ditt arbete med tvångsvårdade patienter som du ej stöter på i arbetet med patienter som vårdas på frivillig basis? I så fall; vilka är dessa svårigheter och i vilka situationer uppstår dem? Hur hanterar/förhåller du dig till dessa svårigheter?

## **Processen runt LPT-patienter**

14. Vad 'gör' LPT (tvånget) med patienten och hur påverkar det ditt arbete?

15. Processerna runt LPT är invecklade och inkluderar ett flertal olika instanser, är detta något som påverkar dina möjligheter att utföra ditt arbete?

## **Avslutning**

16. Är det något som du vill tillägga som tidigare frågor inte har berört?

Tack för din medverkan!

## Bilaga 2

### Informationsbrev

#### **Till dig som är kurator inom psykiatri**

Informationsbrev och förfrågan om medverkan i en kvalitativ studie om kuratorers arbete med tvångsvårdade patienter.

Vi heter Klara Svensson och Saga Quednau och vi läser till socionomer vid Lunds Universitet. I utbildningen ingår det att göra ett examensarbete, vilket är anledning till att denna studie kommer genomföras.

Du tillfrågas härmed att delta i ovannämnda studie.

Syftet med studien är att undersöka kuratorers upplevelser och erfarenheter av att arbeta med patienter som vårdas enligt LPT. Vi är intresserade av hur kuratorns arbete med tvångsvårdade patienter skiljer sig från arbetet med patienter som vårdas på frivillig basis, vilka svårigheter som upplevs i detta arbete och hur man hanterar dessa svårigheter. Vi hoppas även kunna belysa dilemman som kuratorer har inblick i när det gäller just psykiatrisk tvångsvård.

Deltagandet i studien innebär att ett frågeformulär kommer skickas till dig via mail med ett antal frågor som du ska besvara. Frågeformuläret beräknas ta omkring 30-45 minuter att svara på. Skicka gärna svaren så fort du har möjlighet till detta, dock senast onsdagen den 15:e April. Om frågeformulär inte skulle passa så kan vi även erbjuda en telefonintervju med samma frågor. Vi hoppas även att det finns möjlighet för oss att återkomma med kompletterande frågor i efterhand om det uppstår ett behov av detta.

Frågeformulären kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att svaren kommer att aidentifieras och behandlas i enlighet med Vetenskapsrådets etiska riktlinjer för forskning inom samhällsvetenskap. Din medverkan är frivillig och kan när som helst avbrytas. Som deltagare i studien kommer du bli erbjuden att ta del av studiens resultat.

Din erfarenhet och syn på LPT är värdefull och vi hoppas att du ställer upp. Är du intresserad att delta i denna studie vänligen kontakta någon av nedanstående studenter via e-post. Har du några frågor så hör gärna av dig till oss eller vår handledare.

Lund 2020-04-02

**Studerande**

Klara Svensson

[klara.svensson.3537@student.lu.se](mailto:klara.svensson.3537@student.lu.se)

Saga Quednau

[saga.quednau.7335@student.lu.se](mailto:saga.quednau.7335@student.lu.se)

**Handledare**

Annika Capelán