



**LUNDS**  
UNIVERSITET

## **Vad påverkar primärvårdskuratorns arbete?**

- Ett examensarbete om primärvårdskuratorns handlingsutrymme och gränsarbete.

Examensarbete på avancerad nivå

SAHS05 - Examensarbete för hälso- och sjukvårdskuratorsexamen

Samhällsvetenskapliga fakulteten

Författare: Sara Bäckström

Handledare: Stig Linde

Examinator: Alexandru Panican

## **Förord**

Stort tack till mina *respondenter* som generöst delat med sig av sin tid och sina tankar. Det har varit en ynnest att få möta er och ta del av era perspektiv.

Stort tack till min uppsats-handledare *Stig Linde* som med lugn och tålamod har guidat mig i detta arbete.

Stort tack till '*grupp 4*' - ni vet vilka ni är och utan er hade motivationen till att skriva detta arbete varit hälften så hög. Jag är så tacksam för att jag i sista sekund blev erbjuden en plats på kuratorsprogrammet så jag fick lära känna er.

Stort tack till min praktikhandledare *Sarah-Li Högstedt*. Tack för att du gjorde min praktikplacering fantastisk och för att vi har kunnat bolla om det mest; både detta arbete och annat.

Stort tack till *Emilie* för att jag fick låna dina språk-kunskaper. Alla skulle ha en vän som du.

## Innehållsförteckning

### Abstract

### Begrepp-lista

<b>1. Inledning</b>	1
<b>1.1 Problemformulering</b>	1
<b>1.2 Syfte</b>	2
1.2.1 Frågeställningar	2
<b>2. Bakgrund</b>	3
<b>2.1 Organisationen</b>	3
2.1.1 Primärvården som organisation	3
2.1.1.1 Primärvårdens uppdrag enligt lagstiftning	3
2.1.1.2 Primärvårdens uppdrag enligt Region Skåne	4
<b>2.2 Lagstiftning och riktlinjer</b>	5
2.2.1 Lagstiftning	5
2.2.2 Socialstyrelsens riktlinjer	6
<b>2.3 Primärvårdskuratorn som profession</b>	7
2.3.1 Historia	7
2.3.2 Yrkesroll	7
2.3.3 Utbildning och kompetens	8
2.3.4 Kuratorslegitimation	8
2.3.5 Arbetsbeskrivning och arbetsuppgifter	8
<b>3. Kunskapsläge</b>	9
<b>3.1 Primärvårdskuratorn</b>	10
3.1.1 Handlingsutrymme	10
3.1.2 Gränsarbete	11
<b>3.2 Socialt arbete i övrigt, handlingsutrymme och gränsarbete</b>	11
3.2.1 Socialtjänsten	12
3.2.2 Skolkuratorn	13
<b>4. Teoretiska begrepp</b>	14
<b>4.1 Handlingsutrymme</b>	14
4.1.1 Lipskys (2010) teori om handlingsutrymme	14
4.1.2 Johnsson, Laanemets & Svenssons (2012) teori om handlingsutrymme	15
<b>4.2 Gränsarbete</b>	16

4.2.1 Liljegrens (2008) teori om gränsarbete.....	17
<b>5. Metodologiska överväganden.....</b>	<b>17</b>
<b>5.1 Forskningsansats.....</b>	<b>17</b>
<b>5.2 Urval.....</b>	<b>17</b>
5.2.1 Kvalitativa intervjuer.....	17
5.2.2 Urval.....	17
5.2.3 Avgränsningar i urvalet.....	18
5.2.4 Genomförande av intervjuerna.....	19
<b>5.3 Empiri.....</b>	<b>20</b>
5.3.1 Bearbetning av empiri.....	20
5.3.2 Metodens förtjänster och begränsningar samt författarens förförståelse.....	20
<b>5.4 Studiens tillförlitlighet.....</b>	<b>21</b>
5.4.1 Reliabilitet.....	21
5.4.2 Validitet.....	22
5.4.3 Trovärdighet.....	22
<b>5.5 Etiska överväganden.....</b>	<b>22</b>
<b>6. Resultat och analys.....</b>	<b>23</b>
<b>6.1 Bakgrund respondenter.....</b>	<b>23</b>
<b>6.2 Vilka organisatoriska ramar påverkar primärvårdskuratorns handlingsutrymme? .....</b>	<b>24</b>
6.2.1 Lagar och riktlinjer.....	24
6.2.2 Korta vårdkontakter.....	25
6.2.3 Bemanning.....	26
<b>6.3 Finns det några andra faktorer som påverkar primärvårdskuratorns handlingsutrymme.....</b>	<b>27</b>
6.3.1 Primärvårdskuratorns chef .....	28
<b>6.4 Vilka uttryck tar primärvårdskuratorns gränsarbete?.....</b>	<b>29</b>
6.4.1 Intern samverkan.....	29
6.4.1.1 Läkare.....	31
6.4.1.2 Psykolog.....	32
6.4.2 Extern samverkan.....	34
6.4.2.1 Psykiatri.....	34
<b>7. Avslutande diskussion.....</b>	<b>36</b>
<b>Referenslista.....</b>	<b>38</b>

## **Abstract**

**Titel:** What affects a primary care social workers job? A master's dissertation about primary care social workers' discretion and professional boundary work.

**Author:** Sara Bäckström

**Supervisor:** Stig Linde

**Assessor:** Alexandru Panican

The aim of this study was to examine how primary care social workers discretion and professional boundaries constructs in interaction with the primary care organization. More specifically it examines which legal, organizational and relational factors affects their work and how their professional boundaries appears. The result was conducted through interviews with nine primary-care social workers and one trade-union representant in southern Skåne, Sweden. Four themes were identified: legal and organizational framework, primary care social workers' manager, internal cooperation and external cooperation. The result was based on two theoretical approaches: Michael Lipsky (2010) and Johnsson et als. (2012) theories about discretion and Liljegrens (2008) theory about professional boundary work. The result shows that primary care social workers have many possibilities in using their discretion and not many legal, organizational or relational factors that limits it. The relationship with manager were a key aspect in using their discretion. Many responders spoke about having trust from their manager and very little management governance. The only organizational factor that limited the social workers negatively were resources and most of all staffing. This understaffing created feelings of inadequacy and not having enough time. It also created long queues to their services. The result also shows that primary care social workers need to set professional boundaries towards doctors the most. Doctors challenges the primary care social workers jurisdiction by assigning them tasks that they do not do. Another result is how hard it was for some patients to be accepted in the psychiatry care which led to the patients not getting the care that they needed. The responders gave several example of how they used their discretion to affect the criteria for accepting patients that the psychiatry care had. In doing so, the social workers challenges the psychiatry care organizational boundaries.

**Key words:** social worker, primary care, discretion, professional boundaries

**Begrepp-lista:**

**AKO:** Allmänläkarkonsult som jobbar för samverkan mellan primärvård och specialiserad sjukvård (Vårdgivare Skåne, 2021).

**Förebyggande och hälsofrämjande insatser:** Preventiva insatser som ska förbättra befolkningens hälsa både för individen och samhället i stort (Regionfullmäktige, 2020). Exempelvis rehabilitering och förebyggande rådgivning. (ibid.).

**Helhetssyn/helhetsperspektiv:** Att se människan i sitt sammanhang innefattar både psykiska, fysiska, sociala och existensiella faktorer (Lundin et al., 2009).

**Jurisdiktion:** Med jurisdiktion menas det område, den domän, vilken professionen gör anspråk på och har monopol över (Evetts, 2002). Den maximala jurisdiktionen innebär att professionen besitter ett territorium vilket den har ensamrätt i att utforska förhållanden, planerna och utföra tjänster samt kontrollera medlemmarnas utbildning (ibid.). Professioner kan konkurrera om jurisdiktionen över ett område genom att försöka ta monopol på det (Brante, 2009). Detta kan framför allt ske om professionerna ligger nära varandra (ibid.).

**KASAM** – Innebär att ha/ge känsla av sammanhang. En stark KASAM gör det möjligt för individen att klara utmaningar och kriser på ett konstruktivt sätt (Korp, 2016).

**Nära vård:** Hälso- och sjukvård som stora delar av befolkningen har behov av (Regionfullmäktige, 2020). Sker främst via primärvården, men primärvården samarbetar även med sjukhus och kommuner (ibid.).

**Person-centrerad vård:** Vård som utgår från patientens upplevelser samt patientens förutsättningar (Regionfullmäktige, 2020). Kan beskrivas som ett partnerskap mellan patienten och vårdgivaren där de sträva mot samma mål: bästa möjliga hälsa för patienten (ibid.).

**Psykosocial problematik:** Psykosociala problem innefattar problem av social, psykologisk, existentiell och emotionell karaktär (Allan, Craig, Frankford, Janz, Malek-Saniee, Schwartz, Yaworski & Williams, 2016). Psykosociala problem kan interagera med den fysiska hälsan genom att förstärka effekten av ett problem (Hook, 2004).

**Psykosocial anamnes:** Utredning av den psykosocial situationen hos en patient (Lundin et al., 2009). Innehåller både uppgifter om en patientens sociala situation (ekonomi, familj, arbete etc) och även patientens tankar och upplevelse av sin situation (ibid.).

**Salutogent förhållningssätt** - Perspektiv med helhetssyn på människan som fokuserar på vilka faktorer som orsakar och påverkar hälsa mer än själva sjukdomen i sig (Korp, 2016).

## **1. Inledning**

Det har skett en ökning av patienter som söker för psykiska ohälsa inom primärvården vilket har lett till ett ökat krav på att vårdcentraler ska möta detta behov (Reneland, 2006, Ekelund Nordberg, 2016, Lundin et al., 2009). Cirka 30–40 % av primärvårdens patienter söker för någon form av psykisk ohälsa och många av dessa patienter har även problem av en psykosocial karaktär (ibid.). Människor som befinner sig i utsatta situationer drabbas hårdare och mer frekvent av ohälsa. Det finns flera studier som visar på samband mellan fysisk och psykisk ohälsa och socioekonomisk utsatthet (Forinder & Olsson, 2014, Akademikerförbundet, 2020, SOU 2016:2, Malmö Stad, 2013). Om dessa problem ej uppmärksammas kan det leda till hinder i rehabiliterings-processen för en patient (Reneland, 2006). Detta då sociala faktorer kan spela en avgörande roll för diagnosen och behandlingen (Harris, McGregor & Mercer, 2016). För att primärvården ska kunna ge en god vård till alla patientgrupper behövs en yrkesgrupp med ett brett holistiskt synsätt som jobbar med dessa frågor i organisationen (Akademikerförbundet, 2020, Ekelund Nordberg, 2016). En yrkesgrupp med kunskap och medvetenhet kring hur en persons sociala livssituation och hälsa påverkar varandra är primärvårdskuratorn (Akademikerförbundet, 2020, Ekelund Nordberg, 2016). Ett psykosocialt förhållningssätt blir allt viktigare inom primärvården och därmed är primärvårdskuratorns kompetens centralt för att det behovet ska och tillgodoses (Auerbach, Berman, Berett-Abebe, Donelan, & Maramaldi, 2020, Allan et al, 2016, Forinder & Olsson, 2014, Cooper & Rock, 2000, Bikson, Blue-Howells, McGuire & Seldin-Sommer, 2009, Harris et al., 2016, Beddoe, Döbl & Huggard, 2017). Det finns även forskning som pekar på att psykosociala interventioner genom en primärvårdskurator bidrar till ökad kvalitet och kostnadseffektivitet inom organisationen (Cooper & Rock, 2000). I takt med att det finns ett ökat behov av primärvårdskuratorn inom primärvården behövs det även forskning som uppmärksammar vad som påverkar primärvårdskuratorns arbete, vad som underlättar primärvårdskuratorns arbete samt vilka utmaningar den måste hantera. Ett sätt att göra det är att undersöka primärvårdskuratorns handlingsutrymme och gränsarbete.

### **1.1 Problemformulering**

Yrkesverksamma i primärvården har krav på sig att möta människors behov (Johnsson et al., 2012), och samtidigt finns det organisatoriska ramar som de är styrda av. Dessa kan vara lagstiftning, riktlinjer, uppdrag från sin verksamhet samt förväntningar från chef/kollegor och andra myndigheter. Detta kommer påverka hur den enskilde yrkesverkamme tolkar och formar sin roll men även hur den tolkar och formar sitt handlingsutrymme. Organisationen sätter ramar och gränser men den yrkesverksamma kan, genom sitt handlingsutrymme, påverka de organisatoriska ramarna. Den yrkes-

verksammas handlingsutrymme konstrueras på så vis i samspel mellan organisationen och professionen. Att hantera osäkerheten i yrkesrollen utifrån detta spänningsfält mellan individ, organisation och profession är en utmaning (ibid.). Detta är vad Lipsky (2010) och Johnsson et al. (2012) benämner som gräsrotsbyråkratens inbyggda dilemma. Primärvårdskuratorn är en profession som dagligen måste hantera detta dilemma. Den måste göra bedömningar både utifrån patienters behov och utifrån de organisatoriska ramarna som finns. Hur primärvårdskuratorn väljer att nyttja sitt handlingsutrymme är av betydelse för patienter men också för organisationen den befinner sig i. Det är av intresse att undersöka primärvårdskuratorn då de, likt skolkuratorer, ofta är ensam i sin profession (Isaksson, 2014). Primärvårdskuratorn är oftast den enda socionomen på sin arbetsplats som i övrigt består av läkare, psykologer och sjuksköterskor (Liljegren, 2008). Dessa yrkesgrupper har inte alltid förståelse för primärvårdskurators roll (Keefe, Miyake Geron & Enguidanos, 2009, Ambrose-Miller, Ashcroft, Belle Brown, McKee och McMillan, 2018). Primärvårdskurators jurisdiktion kan på så vis bli ifrågasatt och/eller få orimliga förväntningar på sig vilket kan påverka primärvårdskurators handlingsutrymme, precis som skolkuratorn (Isaksson, 2014). Detta innebär att primärvårdskuratorn måste sätta gränser för sin jurisdiktion och sina arbetsuppgifter (Liljegren, 2008). För att få tillträde till att kunna nyttja handlingsutrymme behövs legitimitet för en professionells yrkeskompetens (Isaksson, 2014). Genom att undersöka vilka gränser primärvårdskuratorn behöver sätta kan handlingsutrymmet bli synligt. Gränser är inte givna eller fastslagna utan konstrueras och dras i ständigt pågående förhandlingar mellan olika professionella aktörer (Abbott, 1988). Genom att få en bild hur primärvårdskuratorn hanterar sitt handlingsutrymme och hur primärvårdskurators gränсарbete yttrar sig kan läsaren få en förståelse för hur primärvårdskuratorn konstruerar sitt handlingsutrymme och sitt gränсарbete i samspel med organisationen den verkar i. Det finns ingen svensk forskning som synliggör hur primärvårdskurators arbete påverkas utifrån dessa aspekter vilket gör att detta arbete bidrar till en kunskapslucka.

## **1.2 Syfte**

Syftet med detta examensarbete är att undersöka hur primärvårdskurators handlingsutrymme och gränсарbete konstrueras i samspel med organisationen den verkar i.

### **1.2.1 Frågeställningar**

- Vilka legala och organisatoriska ramar påverkar primärvårdskurators handlingsutrymme?
- Finns det några andra faktorer som påverkar primärvårdskurators handlingsutrymme?
- Vilka uttryck tar primärvårdskurators gränсарbete?



## 2. Bakgrund

I denna del får läsaren en fördjupad kunskap om primärvården som organisation, vilken lagstiftning och vilka riktlinjer som påverkar yrkesverksamma inom primärvården samt en ökad kunskap om primärvårdskuratorns profession och yrkesroll.

### 2.1 Primärvården

Respondenterna i detta arbete är verksamma inom primärvården. I detta avsnitt kommer därmed information om hur primärvården är organiserad samt hur primärvårdens uppdrag ser ut.

#### 2.1.1 Primärvården som organisation

Primärvården utgör basen i den svenska sjukvården och ska utgå från medborgarnas behov (Reneland, 2006). Primärvård bedrivs exempelvis på vårdcentraler och erbjuder basal hälso- och sjukvård för invånarna i närområdet (ibid.). Till primärvården vänder sig patienter med en fysisk eller psykisk problematik för att bli utredda och/eller få behandling (Lundin et al., 2009). Primärvården kallas för första linjens sjukvård då många patienter blir hjälpta i primärvården och inte behöver hänvisas vidare till andra instanser. Patienten kan möta olika professioner, så som distriktsläkare, distriktsjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog, dietist och kurator, beroende på vad patienten söker för (ibid.). Personal som arbetar inom primärvården ska arbeta förebyggande och hälsofrämjande (Reneland, 2006). Primärvården har även som uppdrag att jobba med psykosociala insatser (Socialstyrelsen, 2016). Hur detta ska göras är dock inte formulerat utan upp till varje region (ibid.).

##### 2.1.1.1 Primärvårdens uppdrag enligt lagstiftning

Innan 2021 fanns enbart en bestämmelse som ringade in primärvårdens uppdrag. Den återfinns i HSL 2 Kap 6 §:

Med primärvård avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Lag (2020:1043).

Utöver denna bestämmelse fanns det ingenting innan 2021 som förtydligade vad som ingick i primärvårdens uppdrag (Socialstyrelsen, 2016). Regioner hade stor möjlighet att själva bestämma hur deras hälso- och sjukvård inom primärvården skulle organiseras (ibid.). Efter slutbetänkandet SOU 2016:2 färdigställdes en ytterligare definition av primärvårdens uppdrag. Denna trädde i kraft 1 augusti 2021 och finns under Avdelning V. Övriga bestämmelse för huvudmännen i HSL. Den lyder:

**1 §** Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Lag (2020:1043).

#### *2.1.1.2 Primärvårdens uppdrag enligt Region Skåne*

Detta arbete lyfter primärvårdskuratorer som är verksamma i Region Skåne. Detta innebär att de ska följa Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård. Region Skåne har valt att fokusera på vissa områden för att möta befolkningens behov: Person-centrerad vård, hälsofrämjande insatser samt nära vård (Region Skåne, 2020). Region Skåne vill flytta fokus från patienterna som mottagare av vård och i stället se de som medskapare av sin egen vård. Här listas de två mål som är främst kopplade till primärvården:

1. Detta mål innefattar bland annat förebyggande och hälsofrämjande insatser genom att sprida kunskap. Förtroendet för hälso- och sjukvården ska ökas genom att tillgänglighet, delaktighet, bemötande och kunskap förbättras. Ohälsosamma levnadsvanor ska minskas. Där utgör personer med psykisk ohälsa en riskgrupp och arbetet riktat mot denna grupp ska stärkas inom primärvården.
2. Detta mål innefattar bland annat god vård i form av god tillgänglighet, säkerhetsställa vårdgarantin, person-centrerad vård, jämlik hälso- och sjukvård samt en patientsäker vård. Prioriterade utvecklingsområden inom vården är primärvården. Region Skåne skriver att primärvården ska utgå från valfrihet. Primärvården ska koordinera vården samt jobba med förebyggande insatser. Fast läkarkontakt ska erbjudas, patienternas förtroende för primärvården ska ökas genom tillgängligt

och kontinuitet. Primärvårdens samverkan med kommuner ska också förbättras. Extra fokus ska också läggas på psykisk ohälsa (Region Skåne, 2017). Där ska särskilt fokus läggas på tillgängligt till vård vid psykiska ohälsa och det förebyggande arbetet mot suicid ska öka (Region Skåne, 2020)

Författaren i detta arbete har inte hittat något i uppdragen som explicit säger att yrkesverksamma inom primärvården bör ha korta vårdkontakter. Däremot kan det ses som en del av vårdgarantin, tillgänglighet och att ha korta väntelister (Socialstyrelsen, 2020). Korta vårdkontakter gör att detta uppfylls (ibid.). Författaren har inte heller hittat något annat uppdrag som specifikt riktar sig för primärvårdskuratorer.

## **2.2 Lagstiftning och riktlinjer**

I denna del lyfts relevant lagstiftning och riktlinjer som yrkesverksamma inom primärvården styrs av.

### **2.2.1 Lagstiftning**

Hälso- och sjukvården har sin egen lagstiftning: Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (1982:763), men måste också rätta sig efter samhällets övriga lagstiftning (Lundin et al., 2009, Gåfvells, 2014). Här nedan presenteras en sammanfattning av några lagar som är av vikt för alla yrkesverksamma inom primärvården:

<b>Lagstiftning:</b>	<b>Vad den innebär:</b>
----------------------	-------------------------

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 1982:763)	<p>En ramlag som innehåller grundläggande regler för all hälso- och sjukvård (Waldenström, 2019). Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Lagen anger vilken vård som regionen, kommunen och andra vårdgivare är skyldiga att erbjuda (Waldenström, 2019). Ett exempel är Vårdgarantin:</p> <p><b>9 kap. 1 §</b> ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kontakt med primärvården,</li> <li>2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården (ibid.).</li> </ol>
Patientsäkerhetslagen, PSL (SFS 2010:659)	Ska främja hög patientsäkerhet och minska vårdskador. Innehåller bland annat bestämmelser om vårdgivarnas ansvar för systematiskt patientsäkerhetsarbete och legitimation (ibid.).
Patientlagen, PL (SFS 2014:821)	Ska stärka och tydliggöra patientens ställning, integritet, självbestämmande och delaktighet. Innehåller bland annat bestämmelser om just detta (ibid.).
Patientdatalagen, PDL (2SFS 008:355)	Reglerar Hälso- och sjukvårdens skyldighet att föra journal (Gåfvells, 2014). Kuratorer är skyldiga att föra journal (ibid.).
GDPR - Lag (SFS 2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning)	Vilka krav som finns på hantering av personuppgifter.
Offentlighets- och sekretesslag, OFS (SFS 2009:400)	<p>Denna lag innehåller bestämmelser om myndigheters och vissa andra organs handläggning vid registrering, utlämnande och övrig hantering av allmänna handlingar. Lagen innehåller vidare bestämmelser om tystnadsplikt.</p> <p>Hela Kap 25 handlar om sekretess inom sjukvården (ibid.).</p>
Socialtjänstlag (SFS 2001:453)	I denna finns skyldigheter gällande samarbete mellan kommun och landsting vid rehabilitering (Gåfvells, 2014). Lagen innehåller också anmälningsskyldighet ifall barn far illa samt att vissa personer är i behov av extra stöd (ibid.).

Författaren till detta arbete har i dagsläget inte hittat någon lagstiftning som riktar sig specifikt till primärvårdskuratorn utan primärvårdskuratorn ska följa den generella lagstiftningen.

## 2.2.2 Socialstyrelsens riktlinjer

Det finns även riktlinjer från Socialstyrelsen som yrkesverksamma inom primärvården rekommenderas följa. Dessa presenteras nedan med en tillhörande beskrivning.

Riktlinjer:	Vad den innebär:
Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2021).	Nationella riktlinjer som innehåller rekommendationer om utredning och behandling av depression och ångest. Där finns bland annat riktlinjer om KBT och PDT (ibid.).
Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (Socialstyrelsen, 2019).	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk. Innehåller bland annat bedömningsinstrument, behandling och stödinsatser (ibid.).
Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018).	Nationella riktlinjer för prevention och behandling för ohälsosamma levnadsvanor (ibid.).

Författaren till detta arbete har i dagsläget inte hittat några riktlinjer från Socialstyrelsen som riktar sig specifikt till primärvårdskuratorn utan primärvårdskuratorn ska följa de generella riktlinjerna.

## 2.3 Primärvårdskuratorn som profession

I denna del presenteras primärvårdskuratorns historia, yrkesroll, kunskap och utbildning samt en beskrivning över primärvårdskuratorns arbetsuppgifter.

### 2.3.1 Historia

Sjukhuskuratorns historia i Sverige är kort sammanfattat sprunget ur ett behov av att ha en profession som kunde bistå patienters sociala problematik (Blom, Lalos, Morén & Olsson, 2014). Genom detta startades kuratorsverksamheten i den psykiatriska vården under början av 1900-talet. 1914 anställdes Sveriges första kurator av en överläkare vid ett sjukhus i Stockholm, och detta banade väg för kuratorers arbete vid andra sjukhus (ibid.). I samband med primärvårdens utbyggnad i Sverige inrättades kuratorstjänster även där under 1950-talet (Lundin et al., 2009). Det ter sig som att sjukhuskuratorns historia helt enkelt har banat väg för primärvårdskuratorn. Primärvårdskuratorns historia verkar i övrigt vara ett outforskat ämne då författaren till detta arbete knappt har hittat någon litteratur kring detta.

### 2.3.2 Yrkesroll

Socialt arbete kan betraktas som en profession utifrån en socionom-utbildning som bildar en kollektiv kunskapsbas för alla socialarbetare (Johnson et al., 2012). Denna kunskapsbas kommer socialarbetaren att ha med sig oavsett på vilken arbetsplats den väljer att jobba. Kunskapsbasen kommer i sin tur, tillsammans med organisatoriska ramar, att forma den professionellas yrkesroll. Hur socialarbetaren tolkar och fyller sin yrkesroll kommer även avgöras av den professionellas personlighet och erfarenheter. Yrkesrollen konstrueras därmed i samspel mellan individens erfarenheter, professionens förväntningar och mellan organisationens uppdrag och klienters behov (gräsrotsbyråkratens dilemma). Dessa motsättningar gör att rollen blir olika utifrån organisationen och individen som formar rollen (ibid.).

### 2.3.3 Utbildning och kompetens

Vård ska bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (Lundin et al., 2009, Akademikerförbundet, 2020). Primärvårdskuratorns arbete ska utgå från en evidensbaserad grund och evidensbaserade arbetsmetoder (Reneland, 2006). Viktig kunskap för primärvårdskuratorn att ha med sig är kunskap om det psykosociala perspektivet, hur primärvårdskuratorn kan jobba förebyggande och hälsofrämjande (Lundin et al, 2009). För att säkerhetsställa detta rekommenderas det av fackförbunden att kuratorn ska uppfylla ett antal kriterier för att kunna anställas inom primärvården:

- Socionomexamen 210 hp som innehåller en humanistisk, samhällsvetenskaplig och juridisk inriktning samt praktik.
- Vidareutbildning i form av grundläggande psykoterapi-utbildning.
- Erfarenhet från yrkesområdet under 4 år (ibid.).

Om en kurator utan vidareutbildning anställs så bör kuratorn erbjudas och genomgå en sådan utbildning (Reneland, 2006). Det finns en förhoppning att det efter införandet av kuratorslegitimationen även ska vara ett kriterium för att jobba som hälso- och sjukvårdskurator (Akademikerförbundet, 2020). Detta är dock inte klarlagt än och kräver förtydligande från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (ibid.).

### 2.3.4 Kuratorslegitimation

2019 infördes det legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer (Akademikerförbundet, 2020). Hälso- och sjukvårdskuratorn blir därmed en skyddad titel. För att erhålla denna legitimation krävs det att kuratorn har en hälso- och sjukvårdskuratorsexamen. Redan yrkesverksamma kuratorer kan fram till 2024 i en övergångsperiod ansöka om legitimation om de uppfyller ett visst antal kriterier

(ibid.). Legitimationen skapades bland annat som en garanti för att hälso- och sjukvårdens arbete bedrivs kvalitativt samt att det skapar ökad patientsäkerhet (Gåfvells, 2014). Även primärvårdskuratorn omfattas av detta legitimationskrav.

### 2.3.5 Arbetsbeskrivning och arbetsuppgifter

En officiell arbetsbeskrivning för primärvårdskuratorer i Region Skåne finns i nuläget inte. Författaren till denna uppsats har fått information från funktionsföreträdare för primärvårdskuratorer i Region Skåne, Sarah-Li Högstedt<sup>1</sup>, att hon håller på att ta fram en arbetsbeskrivning. Trots saknad av en arbetsbeskrivning i nuläget jobbar primärvårdskuratorn med en bredd av arbetsuppgifter:

Primärvårdskuratorn arbetar med utredning, bedömning och behandling (Lundin et al., 2009). Primärvårdskuratorns arbete inleds med en utredning, en så kallad psykosocial anamnes. I denna anamnes ska patientens psykosociala situation beskrivas för att få en helhetssyn på patienten. Utifrån denna utredning görs en bedömning av vilka insatser patienten behöver (ibid., Reneland, 2006). Det kan vara behandling men även stödjande eller samordnande insatser. Några exempel på dessa insatser är: sociala åtgärder (exempelvis fondansökningar, fylla i blanketter och förmedla kontakt med myndigheter), information, rådgivning, hänvisningar samt psykosocialt samtal som stöd och förändring exempelvis krissamtal, samtal om självbild eller livsstil och sorgbearbetning. Primärvårdskuratorn kan ha behandlande samtal både i grupp och individuellt. Arbetet utformas på olika sätt beroende på vilken problematik patienten har (ibid.). På vissa vårdcentraler finns tvär-professionella team där kuratorn ingår (Lundin et al., 2009). Primärvårdskuratorns roll i teamet kan också vara, förutom behandling eller samtalsstöd, att ha kunskaper om och samverka med andra myndigheter kring en patients rehabilitering (ibid.).

En annan central del av primärvårdskuratorns arbete är att öka patienters kunskap (Lundin et al., 2009). Det kan exempelvis vara att ge information om vissa sjukdomstillstånd, symptom, behandling eller om patientens reaktioner. Genom detta kan primärvårdskuratorn normalisera patienten upplevelser (ibid.). Detta kan öka känslan av KASAM hos patienten (Korp, 2016).

Det också finns även en förväntning på kuratorn att arbeta att bidra med konsultinsatser, dokumentera och utvärdera arbetet, ingå i utbildningsverksamheter, exempelvis genom att avsätta tid för att

---

<sup>1</sup> Samtal med funktionsföreträdare för primärvårdskuratorn Sara-Li Högstedt, Södertull Vårdcentral. 21 april 2021

ta emot studenter, samt medverka i forsknings- och utvecklingsarbete (Reneland, 2006). Primärvårdskuratorn kan också användas som handledare för andra yrkesgrupper och kollegor (ibid, Akademikerförbundet, 2020).

### **3. Kunskapsläge**

I denna del av uppsatsen presenteras kunskapsläget. I första avsnittet presenteras forskning kring primärvårdskuratorn utifrån handlingsutrymme och gränsarbete. I andra avsnittet presenteras forskning kring socialt arbete, utanför primärvården, som kopplar till handlingsutrymme och gränsarbete.

Kunskapsläget lyfter ingen forskning om primärvårdskuratorer i Sverige då det inte hittats någon uppdaterad svensk forskning kring detta. Enstaka c-uppsatser har funnits men kvalificerar ej in sig som forskning. Artiklarna efter 2010 har valts för att få ett så uppdaterat kunskapsläge som möjligt. Artiklarna i detta kunskapsläge är hämtade från Irland, Kanada, Nya Zeeland, England, Italien, Sverige och Mexiko vilket gör att detta kunskapsläge återspeglar en västerländsk och främst europeisk kontext av socialt arbete. Artiklarna har hittats genom sökningar på Lund Universitets databas Lub Search Discovery.

Sökord: kurator, hälso- och sjukvården, kuratorsrollen, counselor, health care, primary care, role of counselor, do we need counselor in primary care, social worker, social work in primary care, social work role.

#### **3.1 Primärvårdskuratorn**

Flera internationella artiklar i detta avsnitt använder sig av social worker eller social work role när de beskriver kuratorns arbete i primärvården. Social worker och social work role kommer att översättas till primärvårdskuratorn och primärvårdskuratorns yrkesroll.

##### **3.1.1 Handlingsutrymme**

I forskningen finns det olika aspekter som påverkar primärvårdskuratorns handlingsutrymme (Allen, Cunniffe, Raghallaigh & Quin, 2013). En aspekt som irländska primärvårdskuratorer lyfter är variationen inom rollen. Denna variation gör att primärvårdskuratorer får chans att jobba med patienter med olika problematik vilket bidrar till en flexibel och självständig yrkesroll. Primärvårdskuratorerna kan välja vilka arbetsuppgifter dem vill göra, på vilket sätt dem vill bedriva sitt arbete och vilka insatser dem vill jobba med utifrån patienternas behov. Primärvårdskuratorerna är fria att for-



ma och utveckla sin roll och i slutändan beror rollens innehåll på individens erfarenhet och intresse (ibid.). Två viktiga aspekter för primärvårdskuratorn är möjlighet till handledning och vidareutbildningar, enligt forskning från Kanada och Nya Zeeland (Ambrose-Miller et al., 2018, Beddo et al., 2017). Detta ses som viktiga komponenter för att möta patienters behov och att stärka primärvårdskuratorns legitimitet i att fatta beslut (ibid.).

Det som utmanar primärvårdskuratorers handlingsutrymme är tidsbrist (som beror på långa väntelistor och stor efterfrågan på primärvårdskuratorns tjänster), inte tillräckligt med resurser från organisationen, begränsande organisatoriska policys, dåligt ledarskap från chefen och empatitrötthet (Ambrose-Miller et al., 2018, Allen et al., 2013, Beddo et al., 2017).

### 3.1.2 Gränsarbete

Forskning lyfter flera olika faktorer som kan påverka primärvårdskuratorns arbete. Några exempel är att andra kollegor inte förstår primärvårdskuratorns roll, svårigheten i att verka i en medicinsk kontext där lite förståelse finns för psykisk ohälsa och för psykosociala frågor, känslan av isolering av att vara ensam i sin profession samt att primärvårdskuratorns kontor inte placerades i närheten av läkarna och andra professioner (Ambrose-Miller et al., 2018, Allen et al., 2013, Beddo et al., 2017). Detta gjorde att det blev svårare att samarbeta (ibid.). Det är av vikt att primärvårdskuratorn kommunicerar kring sin roll och sin kunskap för att främja samverkan (Beddo et al., 2017). Detta bidrar till god samverkan med andra professioner (ibid.).

Trots att socialarbetarna upplevde en stor möjlighet att forma sin egen roll och styra sitt arbete kan primärvårdskuratorer uppleva en begränsning i samverkan med andra professioner i team (Allen et al., 2013). Dels utifrån resurser, dels oförståelse för deras roll. Detta yttrade sig i att kollegor hänvisade patienter till dem och bad dem göra vissa uppgifter exempelvis fylla i blanketter och göra oroanmälningar för barn. Något som primärvårdskuratorn beskriver kollegan själv ska göra. Utifrån detta blev primärvårdskurator tvungna att sätta upp gränser för sitt arbete (ibid.).

Vissa primärvårdskuratorer beskriver också upplevelser av att inte vara en del av teamet i primärvården utan snarare någon som de andra yrkesgrupperna konsulterade vid behov (Berenzon, Galván & Saavedra, 2019). Många primärvårdskuratorer i Mexiko beskriver att deras arbete inte värderades lika högt som andra yrkesgruppers arbete i teamet. Det är också vanligt att primärvårdskuratorn är med i mer än ett team vilket splittrade den. I flera fall tar andra myndigheter och andra professioner

inom vården inte primärvårdskuratorns roll på allvar (ibid.). En annan utmaning för primärvårdskuratorn är att de oftast är ensamma i sin profession på sin arbetsplats vilket kan leda till känslor av isolering (Beddo et al., 2017). För att hantera detta lyftes det att primärvårdskuratorn behöver kunna sätta tydliga gränser för sin roll och vara tydliga med andra yrkesverksamma kring dess arbete (ibid.).

### **3.2 Socialt arbete, handlingsutrymme och gränsarbete**

I detta avsnitt presenteras forskning på socialt arbete som lyfter handlingsutrymme och gränsarbete. Det lyfts forskning från två olika organisationer: socialtjänsten och skolan.

#### **3.2.1 Socialtjänsten**

Socialtjänsten är ett exempel på en organisation där socialarbetare är bundna till organisationens ramar samtidigt som de ska göra bedömningar utifrån individens behov (Evans, 2013). Dessa bedömningar ska göras utifrån den professionellas kunskap och erfarenhet. Detta skapar ett inbyggt dilemma och kräver en viss typ av professionell frihet: handlingsutrymme. Denna artikel, från England, pekar på att socialsekreterare hanterar sitt handlingsutrymme olika (ibid.). Det finns olika typer av socialsekreterare: De som följer regler och som avstår delar av sitt handlingsutrymme (men inte hela) och vissa som ser regler som ett nödvändigt ont och som försöker förhandla fram ett vidare handlingsutrymme. Vissa socialsekreterare kan även välja att följa lagar men avstå från att följa organisationens regler och riktlinjer (ibid.). Exempelvis kan biståndshandläggare i Sverige använda sig av sitt handlingsutrymme när de ska fatta beslut om vem som ska få bistånd och assistans (Dunér & Nordström, 2006). Dessa beslut fattas utifrån organisatoriska, legala och moraliska faktorer. Besluten kan vara svåra att fatta. Biståndshandläggaren måste ha kunskap att se klientens behov samtidigt som de måste fatta beslut utifrån lagstiftning och organisationens resurser. Det är ytterligare ett exempel på ett inbyggt dilemma. Biståndshandläggaren kan till exempel använda sin kunskap för att hjälpa klienten att anpassa sina behov utifrån organisationens ramar. På detta vis matchar biståndshandläggare in klientens behov i organisationens ramar. Detta blir ett sätt att undvika att biståndshandläggare behöver avslå bistånd till en klient men också att undvika legala följder gentemot den som beslutar. Biståndshandläggare kan, genom sin kunskap och sin erfarenhet, tolka lagstiftning och rekommendationer så att det matchar med klientens behov. Biståndet blir då utifrån klientens behov i stället för att utgå från organisationens ramar. Detta är exempel på hur en socialarbetare kan använda sig av sitt handlingsutrymme i förhandling med organisationen den befinner sig i. Resultatet i artikeln pekar dock på att biståndshandläggarna generellt sätt är mycket lojala till

den lagstiftning och de riktlinjer som finns. Anledningen till det är för att det underlättar beslutsfattande (ibid.). Trots att biståndshandläggarna har handlingsutrymme använder de det sällan. De fattar beslut som passar organisationens ramar i stället för att förhandla fram nya. Det finns dock exempel på forskning där organisatoriska regler förhandlas bort av socialarbetaren. Ett exempel är forskning från Italien på socialsekreterare som arbetar med barn (Barbara, Dal Ben & Giacomini, 2020). Den forskningen lyfter exempel på socialsekreterare som fattade svåra beslut utan att använda sig av riktlinjer i sitt arbete. Även om det fanns tillgängligt inom organisationen. Detta då socialarbetarna upplevde att riktlinjerna begränsade deras autonomi. Beslut fattades i stället utifrån individens kunskap, egna erfarenheter och med hjälp av kollegor i stället för genom standardiserade metoder. Organisationen gav dem detta utrymme och lämnade besluten till socialsekreterare vilket gjorde att socialsekreteraren förhandlade fram ett vidare handlingsutrymme (ibid.).

### 3.2.2 Socialt arbete i skolan

Skolkuratoren är, likt primärvårdskuratoren, en ensam profession på sin arbetsplats vilket innebär att dess jurisdiktion i vissa avseenden kan bli ifrågasatt (Isaksson, 2014). Det kan även påverka vilket handlingsutrymme skolkuratoren kan tilldelas och ta sig. Skolkuratorns arbete skiljer sig mot socionomer i socialtjänsten då socionomerna inom den organisationen i mindre utsträckning behöver förhålla sig till andra yrkesgrupper samt har tydligare arbetsbeskrivning. Skolkuratorerna i Isakssons text menar att en arbetsbeskrivning är viktig för handlingsutrymmet. Otydliga arbetsbeskrivningar leder till fler gränsdragningar och förhandlingar om skolkuratorns jurisdiktion. Avsaknad av en tydlig avgränsning av skolkuratorns arbete gör det svårare för skolkuratorerna att försvara sin jurisdiktion. Arbetsbeskrivningen ses därmed som en resurs för skolkuratoren i förhandlingen av handlingsutrymmet och ses som nödvändig för att kunna upprätthålla sin jurisdiktion gentemot andra professioner. Skolkuratorerna ser också arbetsbeskrivningen som en viktig funktion utifrån arbetsgivaren. Genom den kan arbetsgivare kontrollera arbetsuppgifter och om målsättningar uppnås. Frånvaro av detta beskrivs inte som frihet utan snarare osynliggörande av ens arbete och kunskap och i förlängningen ens jurisdiktion. Andra aspekter som påverkar skolkuratorns handlingsutrymme är ekonomiska resurser. Nedskärningar leder till att lärare får mer att göra och använder sig mer av skolkuratoren, vilket i sin tur leder till att kuratorn får mindre tid till eleverna då kuratorn måste lägga mer fokus på att hjälpa lärarna. Detta på grund av att samverkansarbetet är direkt avgörande för vilken kontakt som skolkuratoren kommer ha med eleverna, vilket påverkar skolkuratorns handlingsutrymme. Skolkuratorerna lyfter också vidareutbildningar som en viktig aspekt för att få mer legitimitet och på så vis upprätthålla ett handlingsutrymme. Lärare kan ifrågasätta kuratorns kompetens

tens genom att läsa på själva om olika arbetsuppgifter och på så vis konkurrera kring kuratorns jurisdiktion. Skolkuratoren beskriver också att dess handlingsutrymme påverkas av rektorns ledarskap, eftersom skolkuratoren hela tiden måste förhålla sig till denna. Om rektor och kurator inte har en samsyn kring elevhälsoarbetet kan det påverka handlingsutrymmet negativt, då det kan bli svårt för kuratorn att få igenom en fråga/förändring utan rektorns stöd. Skolkuratorerna beskriver framför allt spänningar i förhandlandet med lärarna genom olika uppfattningar om vad en elev behöver. Skolkuratorerna upplever också att lärare tycks ha en orealistisk uppfattning på vad skolkuratoren kan åstadkomma med en stökig elev. Skolkuratoren kan inte hjälpa en elev efter bara ett samtal. Skolkuratorns handlingsutrymme förhandlas på så vis fram i gränsdragningar mellan skolkuratoren och rektor och skolkuratoren och lärare. Dessa spänningar och konflikter utmanar och begränsar skolkuratorns jurisdiktion och kommer avgöra hur pass stor skala som skolkuratoren kan påverka sitt handlingsutrymme (ibid.).

Det finns skillnader lokalt för hur tillgången till en skolkurator ser ut (Backlund, 2007). Skolsjuksköterskan ses som en given resurs på skolan men det gör varken skolkuratoren eller skolpsykologen. Skolsjuksköterskans arbetsuppgifter är tydligare i förhållande till lärare medan gränsdragningen mellan lärares arbetsuppgifter och skolkuratoren/skolpsykologens arbetsuppgifter är mer diffusa. Det gör att skolkuratoren får dra gränser gentemot lärare i större utsträckning än vad skolsjuksköterskan får. Skolor som har tillgång till en psykolog har generellt sett mindre tillgång till en skolkurator. Det stärker en hypotes kring att psykologer och skolkuratorer ses som konkurrerande resurser i många skolor. Skolkuratoren måste därmed kämpa för att behålla rätten till sina arbetsuppgifter i skolans värld (ibid.).

#### **4. Teori**

Detta examensarbete kommer att utgå från teorier och teoretiska begrepp gällande handlingsutrymme och gränsarbete. Dessa kommer presenteras i denna teori-del.

##### **4.1 Handlingsutrymme**

I detta avsnitt presenteras Michael Lipsky (2010) respektive Johnsson et al. (2012) teorier om street-level bureaucrats och discretion. Street-level bureaucrats översätts i denna uppsats till det svenska begreppet gräsrotsbyråkraten och discretion kommer i denna uppsats översätts till handlingsutrymme.

#### 4.1.1 Lipskys teori om handlingsutrymme och gräsrotsbyråkraten

Gräsrotsbyråkraten har som regel direktkontakt med medborgarna och besitter möjligheten att påverka deras liv (Lipsky, 2010). Gräsrotsbyråkraten har ett stort handlingsutrymme utifrån att de kan besluta om vilket stöd och vilka insatser en verksamhet kan erbjuda medborgaren. Med det sagt agerar inte gräsrotsbyråkraten utanför lagar, regler, riktlinjer och normer. Offentliga verksamheter är uppbyggda utifrån politiska beslut och det är politiker som sätter agendan för stöd och insatser. Politiska bestämmanden genomsyrar hela den offentliga verksamheten och sätter en standard för hur verksamhet ska styras. Gräsrotsbyråkraten har trots detta möjligheten att utöva sitt handlingsutrymme i kontakten med invånarna och de förväntas även utöva det. Gräsrotsbyråkraten anses vara experten på sitt område och är relativt fria från övervakning av sina överordnade. Komplexiteten i jobbet gör att det skulle vara svårt för gräsrotsbyråkraten att utföra det ifall den inte hade något handlingsutrymme. Gräsrotsbyråkraten hamnar i situationer som är för komplicerade för att reducera till ett förprogrammerat format. Gräsrotsbyråkraten jobbar med människor och behöver agera utifrån den mänskliga aspekten. Det finns inte ett färdigt manus i hur människor agerar och på så vis inte ett färdigt manus i hur gräsrotsbyråkraten ska fatta sina beslut. Därmed fattar gräsrotsbyråkraten beslut genom sitt handlingsutrymme (ibid.)

#### 4.1.2 Johnsson et al. (2012) teori om handlingsutrymme och gräsrotsbyråkraten

Johnsson et al. (2012) benämner socialarbetaren som en gräsrotsbyråkrat, översatt från Lipskys teori om gräsrotsbyråkrater. En gräsrotsbyråkrat är både representant för en organisation samtidigt som de har direktkontakt med den hjälpsökande medborgaren. Gräsrotsbyråkraten har fått sin roll definierat utifrån organisationens uppdrag samtidigt som den formar sin roll i mötet med medborgaren. Denna positionering innebär ett inbyggt dilemma då gräsrotsbyråkraten å ena sidan ska möta medborgaren samtidigt som den har sitt handlingsutrymme begränsat av organisationen. Gräsrotsbyråkratens uppgift blir att hitta ett sätt att förhålla sig till detta och hitta lösningar som gör att alla parter är nöjda. Handlingsutrymmet ger gräsrotsbyråkraten en möjlighet att välja hur den ska agera utifrån utrymmet som organisationen sätter. Det krävs också att gräsrotsbyråkraten har en professionell kunskap och en professionell hållning som påverkar vilka handlingar som är rimliga. Handlingsutrymme innebär helt enkelt att ha möjlighet att välja men också att inneha kompetens att bedöma rimlighet i valen. Genom denna kompetens kan gräsrotsbyråkraten påverka det givna utrymmet som är satt av organisationen. Handlingsutrymmet konstrueras därmed i samspel mellan organisationen och professionen. Organisationens uppdrag sätter ramar och gränser men professionen kan också påverka de organisatoriska genom att sätta egna ramar. En stark profession kan påverka hur organi-

sationen sätter ramarna medan en svag profession blir organisationens verktyg. Detta kan ske på olika nivåer, både på en kollektiv nivå och på en individuell nivå. Det speglar både hur en profession som grupp agerar och vad den enskilde gräsrotsbyråkraten gör. Handlingsutrymmet i sig är inte bra eller dåligt utan snarare en nödvändig aspekt i socialt arbete där gräsrotsbyråkraten ställs inför varierande behov och oförutsägbara händelser. Det är inte reglerna eller avsaknad av regler som definierar handlingsutrymme utan möjligheten för gräsrotsbyråkraten att agera mellan dem. Handlingsutrymme ska ses som en möjlighet för gräsrotsbyråkraten. Även om den känner sig begränsad av regler finns det alltid ett utrymme för tolkning och tillämpning. Gräsrotsbyråkraten kan välja att acceptera det utrymme som givits av organisationen eller arbeta för att vidga det. När den ställs inför dilemman kan den agera på olika sätt: följa organisationens riktlinjer utan diskussion, påtala problem för ledning och kollegor för att vidga handlingsutrymmet, påtala problem för allmänheten i hopp om att, med stöd i sin professionalitet, kunna vidga sitt handlingsutrymme och till sist kringgå problemet genom att hitta andra lösningar vid sidan av reglerna utan att påtala problem. Handlingsutrymme innebär helt enkelt inte bara att ha ett val utan också om att ta ansvar och ställning. Gräsrotsbyråkraten kan med andra ord välja att acceptera utrymmet givet av organisationen eller så kan den jobba för att försöka vidga utrymmet och på så vis även sitt handlingsutrymme (ibid.).

## **4.2 Gränsarbete**

I det andra avsnittet presenteras Liljegrens (2008) teoretiska begrepp gränsarbete och dess relation till jurisdiktion, kontroll och förhandling.

### **4.2.1 Liljegrens (2008) teori om gränsarbete**

Gränsarbete handlar om hur professionella yrkesutövare konstruerar gränser (Liljegren, 2008). Dessa gränser skapas för att göra anspråk på och skydda en yrkesutövning. Gränsarbete är något som alla verksamma bedriver dagligen. Den bedrivs av alla involverade parter: både den yrkesverksamme och de som företräder yrkesgruppen. På alla nivåer får yrkesutövare också ta konsekvenserna av andras gränsarbete när de gör anspråk på vem som ska göra vad. Det är på så vis en process där alla är involverade. Betydelsen av gränsarbete ökar när ett arbete kräver ökat samarbete och samordning. Gränsarbete som begrepp beskriver inte professioner utifrån en hierarki utan utifrån en landskapsmetafor där professioner har sina egna territorier och gränser som de ska försvara. Försvaret sker genom en konkurrens- och förhandlingssituation med andra yrken. Genom att gränserna utmanas och omförhandlas förändras även professionen. Förhandlingen sker när olika yrkesutövare gör anspråk på en specifik uppsättning gränser. På detta vis konstrueras yrkesgruppen utifrån gränsar-

tet. En viktig aspekt i förhandlandet handlar om kontroll och jurisdiktionen. Kontroll innebär i vilken utsträckning yrkesutövare kan styra över sina arbetsuppgifter. Att ha kontroll över en viss typ av arbetsuppgifter kallas för jurisdiktion. En yrkesgrupp som gör anspråk på ett yrkesfält försöker övertyga andra om att vissa arbetsuppgifter tillhör dem. Kontroll tas bland annat genom att via språket legitimera att vissa arbetsuppgifter ska utföras av en viss yrkesgrupp. Gränsarbetet görs helt enkelt för att uppnå kontroll över ett visst yrkesfält genom att sätta gränser och förhandla. Gränsarbetet behöver dock inte bara relatera till jurisdiktion utan det kan även relatera till handlingsfrihet (ibid.).

## **5. Metodologiska överväganden**

I denna del förs resonemang kring forskningsansats, urval, empiri, studiens tillförlitlighet samt etiska överväganden.

### **5.1 Forskningsansats**

Detta examensarbete har genomförts med en kvalitativ metod. Ett kvalitativt tillvägagångssätt möjliggör att få en fördjupad och nyanserad bild av hur primärvårdskuratorn samspelar med organisationen den befinner sig i. Det ger en ökad förståelse för hur primärvårdskuratorn upplever sitt arbete. Kvalitativ forskning betonar en förståelse för den sociala verkligheten utifrån hur deltagarna i en viss miljö tolkar verkligheten (Bryman, 2016). Fokus i den kvalitativa forskningen läggs på individers uppfattning av sin verklighet snarare än att generalisera en population. Orden kommer därmed ha större betydelse än siffror, som är av betydelse i en kvantitativ forskning. Den kvalitativa metoden är tolkande, induktiv och konstruktionistisk (ibid.). Den kvalitativa metoden passar bra till detta arbetes syfte då fokus kommer ligga på att tolka och förstå primärvårdskurators samspel med organisationen utifrån deras berättelse och upplevelser. Primärvårdskurators beskrivningar, ord och resonemang kommer lyftas fram och analyseras snarare än att få fram mätbart data.

### **5.2 Urval**

#### **5.2.1 Kvalitativa intervjuer**

För att få in material till detta arbete har kvalitativa semi-strukturerade intervjuer genomförts. En intervjuguide skapades med frågor för att kunna besvara syftet. I kvalitativa intervjuer kan intervjuaren avvika från den intervjuguide som formulerats (Bryman, 2016). Intervjuaren kan ställa nya frågor som följer upp det respondenten har sagt. Detta till skillnad från den kvantitativa forskningen

som är fast i sin struktur. Semi-strukturerade intervjuer tenderar därmed att vara mer flexibla och följsamma beroende på respondentens svar (ibid.). Detta är något som har skett från intervjuarens håll. I intervjuerna avvek författaren till detta arbete från intervjuguiden flertalet gånger och ställde följdfrågor. Det är en flexibilitet som har lett till fördjupande resonemang.

### 5.2.2 Urval

Val av respondenter har skett via ett målstyrt urval (Bryman, 2016). I ett målstyrt urval väljer intervjuaren individer och organisationer som passar undersökningens syfte och frågeställningar och det är det som skett även i detta arbete (ibid.). Respondenterna har inte valts slumpmässigt utan de har valts ut på ett strategiskt sätt eftersom de är relevanta för forskningsfrågorna i denna studie.

Ett snöbollsurval har även använts. Snöbollsurval innebär att forskaren väljer en liten grupp människor som är av relevans för forskningsfrågorna och sedan låter dessa personer föreslå andra deltagare till undersökningen (Bryman, 2016). Författaren till detta arbete har fått kontaktuppgifterna, till de respondenter som matchade urvalet, via sin praktikhandledare på en vårdcentral i Region Skåne. Förfrågningar till cirka 30 primärvårdskuratorer i mellersta Skåne skickades ut och nio svarade att de kunde delta. Det hade varit svårare för författaren att hitta deltagare om den inte nyttjat sin praktikhandledares nätverk. Snöbollsurval kan användas vid tillfällen då det är svårare att få fatt i en population på grund av frånvaro av en urvalsram (ibid.). Dock har en avgränsning i urvalet formulerats vilket gör det till en blandning av ett målstyrt urval och ett snöbollsurval.

### 5.2.3 Avgränsningar i urvalet

Nio primärvårdskuratorer i mellersta Skåne har intervjuats. Anledningen till att primärvården valts är för att författaren till detta arbete haft praktik på en vårdcentral och därmed föll det sig naturligt. När en intervjuare ska välja vilka miljöer den ska undersöka finns det olika strategier (Ahrne & Svensson, 2015). En strategi är att undersöka miljöer som är så lika varandra som möjligt för att få en ökad säkerhet i sitt resultat (ibid.). Denna studien har enbart lyft kuratorer som jobbar på vårdcentraler. Inom primärvården ingår även ungdomsmottagningar och palliativ vård. Inga kuratorer från dessa delar av primärvården har kontaktats. Anledningen till detta är just för att avgränsa arbetet och för att kunna jämföra liknande miljöer. Däremot har vårdcentraler i tre olika städer kontaktats för att uppnå antalet respondenter då det inte finns så många primärvårdskuratorer i vissa städer. Genom att lyfta olika vårdcentraler i olika städer hade man kunnat undersöka skillnaderna mellan dem och fått olika resultat (Ahrne & Svensson, 2015). Detta då det är tre olika städer med olika för-



utsättningar i förhållande till målgrupp och lokal organisation på vårdcentralen. Med hänsyn till respondenternas anonymitet kommer dock städerna inte att nämnas och några skillnader mellan städerna kommer även inte heller att beskrivas eller lyftas upp. Ambitionen med denna studie är inte att se närmare på ett specifikt geografiskt område och inte heller att jämföra områden med varandra vilket gör att detta inte är av relevans.

I början fanns en tanke om att intervjua även andra professioner inom primärvården: läkare, sjuksköterskor och till och med chefer. Ganska snabbt insåg författaren till detta arbete att det hade blivit ett för omfattande arbete. Därmed avgränsades respondenterna till främst primärvårdskuratorer.

En intervju med en facklig representant har även genomförts. Detta då hen arbetar med frågor som rör primärvårdskuratorer i Region Skåne. Detta gjordes dels för att författaren till detta arbete skulle orientera sig i fältet, dels för att få en nyanserad bild på frågor som kan påverka primärvårdskuratoren. Tanken var att hen antingen kunde bekräfta vissa saker som respondenterna sagt eller lyfta fram ett nytt perspektiv.

Inga avgränsningar har gjorts i förhållande till respondenternas ålder, kön eller hur länge de har arbetet inom primärvården. Däremot har bara en man intervjuats vilket skulle kunna ge en viss vinkling i intervjuerna. Däremot är inte fokus i detta arbete att belysa skillnaderna utifrån kön vilket gör att det inte är relevant.

#### 5.2.4 Genomförandet av intervjuerna

Tanken var först att genomföra intervjuerna på plats men på grund av rådande Covid-19 pandemi har sju intervjuer gjorts digitalt via Teams eller Zoom, en telefonintervju har gjorts då respondenten inte hade tillgång till Teams eller Zoom och endast en intervju har gjorts på plats. Intervjuerna via Teams och Zoom har skett med kamera i gång så intervjuperson och intervjuare såg varandra. Att intervjuerna skedde digitalt kan ha påverkat intervjuandet till viss del då vissa aspekter utesluts exempelvis kroppsspråk. Sedan kan oförutsägbara saker uppstå; internet-kopplingen kan sluta fungera och ljudet kan vara dåligt. Dock upplever intervjuaren att det ändå har fungerat förhållandevis bra. För några respondenter var ljudet lite sämre. Det var inte helt optimalt men det fungerade. Nackdelen med telefonintervjun var att intervjuaren inte kunde se intervjupersonen och på så vis ta del av ansiktsuttryck. Användandet av Teams och Zoom i de andra intervjuerna var att föredra utifrån den aspekten. Intervjuerna var i genomsnitt femtio minuter långa, men någon höll på i cirka en och en

halv timme. Samtliga intervjuer har, efter samtycke från respondenter, spelats in och transkriberats. Det är även av vikt att vara medveten om att inspelningen kan ha påverkat respondenternas svar (Bryman, 2016). Detta då inspelning kan få intervjupersonen att bli orolig eller självmedveten över tanken på att de spelas in (ibid.). Intervju personer i detta arbete verkade inte uppleva detta som något jobbigt och delade generöst med sig om sina upplevelser och tankar. Enda gången vissa var försiktiga var när de pratade om sin chef. Intervjuaren poängterade dock att de är anonyma och att materialet inte kommer lyssnas av någon annan. Då delade de med sig.

## 5.3 Empiri

### 5.3.1 Bearbetning av empiri

Bearbetning av empiriskt material innebär att forskaren aktivt sorterar, ordnar och kategoriserar materialet för att finna svar på forskningsfrågorna (Ahrne & Svensson, 2015). Analysen påbörjas redan innan forskaren har satt sig ner vid sitt skrivbord och ska börja sortera materialet i olika kategorier (ibid.). Detta är något som skedde för författaren till detta arbete. Bearbetning började redan efter tredje eller fjärde intervjun då författaren började se några återkommande teman som upprepade sig. Under transkriberingarna lade den också märke till vissa teman som stack ut vilket gjorde att bearbetade av materialet fortsatte redan då. När författaren satte sig ner för att bearbeta empirin ordentligt valde den att ta inspiration från den tematiska analysen (Bryman, 2016). Författaren började bekanta sig med sitt material och läste igenom det flera gånger. Under tiden letade den efter passande teman vilket genererade många koder. När detta var klart började den sträva efter att minska antalet koder och även söka efter gemensamma element så att koderna kunde organiseras in i övergripande teman. Efter detta var gjort satte författaren namn på dessa övergripande teman och började fundera på vilka som var relevanta utifrån sina forskningsfrågor. Delteman uppstod och sattes in i de övergripande teman. Under hela denna process försökte den knyta an till sitt syfte och sina frågeställningar samt kunskapsläge för att förvissa sig om att temanen var relevanta för undersökningens fokus. Vid en tematisk analys behöver dock inte varje steg ske i en viss ordning utan de kan gå in i varandra (Bryman, 2016). Det finns en samverkan mellan tolkning och granskning av data vilket har skett för författaren till detta arbete (ibid.). Detta är fallet även för detta arbete. Författaren har exempelvis under bearbetningen ändrat sitt syfte och sina frågeställningar några gånger för att passa materialet. Dock gjordes detta efter att allt material var inhämtat och inte under tiden som inhämtningen skedde (ibid.). De övergripande slutgiltiga teman som uppstod efter bearbetningen av mate-

rialet är: Legala och organisatoriska ramar, primärvårdskuratorns chef, intern samverkan och extern samverkan.

### 5.3.2 Metodens förtjänster och begränsningar samt författarens förförståelse

Författaren till detta arbete hade praktikplacering på en vårdcentral under tiden arbetet skrevs vilket i sin tur har påverkat val av ämne i detta arbete. Detta gav författaren en viss förförståelse för primärvårdskuratorn arbete men hon var nyfiken på att veta ännu mer. Efter diskussioner med sin praktikhandledare angående otydligheten i primärvårdskuratorn och psykologens olika roller landade författaren till detta arbete i att den ville skriva ett arbete om primärvårdskuratorns handlingsutrymme och gränsarbete. Författarens förförståelse och tolkning av det som respondenterna beskrivit har spelat in vid tolkning och kodning av materialet. Detta är en viktiga aspekt som forskare måste vara medvetna om och det är även en begränsning i metoden (Bryman, 2016). En annan begränsning med kvalitativa undersökningar är att de genererar ett stort datamaterial (ibid.). Författaren till detta arbete upplevde att det var svårt att få fram relevant empiri på grund av mycket material. Författaren tänkte ofta: Hur ska jag få ner detta till ett resultat? Genom inspiration från den tematiska analysen har den kunnat dock få ner det till olika teman och på så vis kunnat begränsa sin empiri utifrån vad som är relevant för syftet och frågeställningarna. Fokus har därmed lagts på att bearbeta och göra ett välfungerande resultat och analysdel. Förhoppningsvis har författaren fått med det som är relevant från det bearbetade materialet.

Forskare bör även sträva efter att inte bara uppmärksamma det intressanta som intervjupersonen sagt utan även relatera det till en teori (Bryman, 2016). Det finns en risk för att forskaren inte gör rättvisa åt det som de fått ta del av i materialet, däremot blir resultatet först av betydelse efter att forskaren har reflekterat och tolkat det (ibid.). Detta arbete är inte enbart en deskriptiv redogörelse för primärvårdskuratorns upplevelser utan det är relaterat till teorier vilket gör arbetet mer utförligt.

## 5.4 Studiens tillförlitlighet

I denna del förs resonemang kring studiens tillförlitlighet utifrån reliabilitet, validitet och trovärdighet.

### 5.4.1 Reliabilitet

Extern reliabilitet innebär i vilken grad en undersökning kan replikeras (Bryman, 2016). Detta är i de flesta fall svårt att uppnå i kvalitativ forskning då det är svårt att "frysa" de sociala miljöer som

studerats och återupprepa dem i andra studier (ibid.). Just den bristande generaliserbarheten är något som brukar lyftas fram i kvalitativa forskning som en svaghet och något som skulle kunna ses som en brist (Ahrne & Svensson, 2015). Det har dock aldrig varit målsättningen att detta arbete ska kunna göras om med samma resultat och på så vis kunna få ett mätbart och generaliserbart resultat. Detta då denna studies resultat baseras på individers subjektiva upplevelser.

#### 5.4.2 Validitet

Validiteten i en studie beror på huruvida det resultat som framkommit stämmer överens med det faktiska syftet med studien (Bryman, 2016). Om så är fallet blir den interna validiteten hög. Den externa validiteten avgörs av förmågan att kunna generalisera resultatet (ibid.). Detta är dock något som inte setts som aktuellt i denna studie då det inte funnits någon avsikt kring ett generaliserbart resultat. Däremot har författaren strävat efter en hög validitet i det avseende att resultatet ska spegla studiens syfte och frågeställningar.

#### 5.4.3 Trovärdighet

Transparens uppnås genom att författaren till detta arbete noggrant har redovisat forskningsprocessen så att läsare kan ta del av de tankegångar som verkat under arbetets gång (Ahrne & Svensson, 2015, Bryman 2016.). Även vissa svårigheter har redovisat, exempelvis svårigheten att få ner den stora mängden empiri till olika teman. Författaren till detta arbete har även återkopplat resultatet till fältet genom att under arbetets gång presentera det på sin praktikplats. Genom detta har författaren fått en bekräftelse på ifall det går att känna igen resultatet vilket gör att tillförlitligheten stärkts (ibid.).

### 5.5 Etiska överväganden

I detta arbete har hänsyn till de fyra forskningsetiska principerna tagits. Detta är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Informationskravet innebär att forskaren ska informera deltagarna i studien om att hen använder deras uppgifter. Samtyckeskravet innebär att forskaren måste få samtycke från samtliga deltagare att medverka i uppsatsen. Konfidentialitetskravet innebär att personliga uppgifter om deltagarna i uppsatsen ska skyddas av forskaren. Nyttjandekravet innebär att insamlat material enbart ska användas i forskningsändamål (ibid.).

Samtyckeskravet och informationskravet har övervägts av författaren i detta examensarbete i form av att respondenterna fick ett informationsbrev skickat till sig innan deltagande i studien. Detta brev innehöll bland annat studiens syfte och att deltagandet är frivilligt. Respondenterna fick även fylla i en samtyckesblankett där de samtyckte om att delta i intervjuerna och att de kunde ta tillbaka sitt deltagande när som. De fick även information om att de skulle vara helt anonyma i sitt deltagande och att de skulle spelas in. För att uppfylla detta konfidentialitetskrav har författaren i detta arbete varit noggrann med att avpersonifiera citat och resonemang. Det har också varit viktigt att inte namnge vilka städer som primärvårdskuratorerna verkar i just för att det i vissa städer inte förekommer så många primärvårdskuratorer och därmed är lättare att röja identiteten. Information har även getts om att inspelningarna och de transkriberade intervjuerna kommer att förstöras efter att detta examensarbete är godkänt. Författaren har redan raderat intervjuerna från sin mobiltelefon och kommer även att strimla transkriberingarna samt radera dem från sin dator när arbetet är klart.

Författaren till detta arbete har utgått ifrån nyttjandekravet då intervjuerna enbart kommer att användas i forskningssyfte och inte för eget nöjes skull.

## **6. Resultat och analys**

I denna del av examensarbetet kommer resultatet att redogöras för. Inledningsvis presenteras en sammanfattande bakgrund av respondenterna i detta arbete. För att behålla respondenternas anonymitet har de ersatts med en bokstav och en siffra. Q är en förkortning av primärvårdskurator. I de andra avsnitten kommer resultatet att presenteras och analyseras utifrån Lipskys (2010) och Johnson et als. (2012) teorier om handlingsutrymme samt Liljegrens (2008) teori om gränsarbete. Kopp-ling kommer att göras till bakgrund och kunskapsläge.

### **6.1 Bakgrund respondenter**

Alla respondenter hade socionom-utbildning och alla förutom en hade steg 1 utbildning. Alla respondenter hade en eller fler kollegor i sitt psykosociala team. 4 av 9 respondenter hade en till kurator som kollega. 6 av 9 hade en psykolog. 1 av 9 respondenter hade varken en kurator eller psykolog utan en psykiatrisjuksköterska. En respondent uppgav att den hade någon form av arbetsbeskrivning men den personen sa också att hen inte hade kollat på den överhuvudtaget. Resterande 8 respondenter uppgav att de ej hade en arbetsbeskrivning. Alla respondenter hade tidigare erfarenheter av socialt arbete. Vanligast var inom socialtjänsten och som kurator på andra ställen inom vår-

den. Majoriteten av respondenterna hade kuratorslegitimation. Alla respondenter hade jobbat mer än 3 år som primärvårdskurator.

Vanligaste arbetsuppgifter var: Behandling, olika former av samtal exempelvis stödsamtal och kris-samtal, samverkan med andra professioner och myndigheter, rådgivning och kartläggning och be-dömning. Primärvårdskuratorn hade möjlighet till andra arbetsuppgifterna exempelvis NUR-koor-dinator, gruppbehandling, rehab-koordinator, fylla i fondansökningar med mera. Detta styrdes av personen själv men även utifrån behovet från patienter.

Efter bearbetning och kodning av empiri hittades ett antal övergripande teman: Legala och organi-satoriska ramar, primärvårdskurators chef, intern samverkan och extern samverkan. De kommer presenteras och analyseras i denna resultat-del.

## **6.2 Vilka legala och organisatoriska ramar påverkar primärvårdskuratorn arbete?**

I denna del presenteras och analyseras de legala och de organisatoriska ramarna.

### 6.2.1 Lagar och riktlinjer

Gemensamt för alla mina respondenter är att de styrs av lagstiftning och riktlinjer. Primärvårdskura-torn har inte en egen lagstiftning eller egna riktlinjer utan den måste följa den generella lagstiftning och de riktlinjer som finns. Precis som gräsrotsbyråkraten (Lipsky, 2010). Däremot verkar respon-denterna inte tycka att lagstiftningen och riktlinjerna är något som begränsar deras handlingsut-rymme. Q9 beskriver: ”Vi har ju sådan lagstiftning som vi måste följa liksom. Men som sagt, hur vi fyller våra samtal och våra bedömningar gör ju vi efter våra egna bedömningar och kunskap”. Q3, Q4 och Q7 beskriver lagstiftning och riktlinjer som något som används naturligt i deras arbete och som används för att legitimera det de gör. Det verkar som att det finns utrymme för primärvårdsku-ratorn att göra egna tolkningar och tillämpningar av lagen och existerande riktlinjer utifrån respon-denternas egen erfarenhet och kompetens. Det är inte regler eller avsaknaden av regler som definie-rar handlingsutrymme utan möjligheten att agera mellan dem (Johnsson et al., 2012) och primär-vårdskuratorn verkar vara en profession som tar till vara på den möjligheten. Det finns inte heller någon chef som går in och detaljstyr primärvårdskurators arbete vilket innebär att det utifrån den-na organisatoriska ram inte behöva ske så många förhandlingar kring hur primärvårdskuratorn ska agera. Q4 säger:

...det är ingen chef som går in här och detaljstyr. Till exempel.. nu har jag inte själv varit med om det men jag vet kollegor inom socialtjänsten och sådär där man liksom om man skrev en journalanteckning så drog man ut den så gick man till chefen och så rättade hon med rödpenna... Det har jag aldrig varit med om. Det har jag sluppit väldigt mycket och det är jag tacksam för. Det hade jag nog inte trivts med. Jag styr mycket själv.

Genom att använda sig av lagar och riktlinjer tar respondenterna också ansvar för sitt arbete gentemot patienterna. Både Q1 och Q3 för resonemang om att det är av betydelse att använda lagstiftning och Socialstyrelsens riktlinjer för att de inte kan sitta och hitta på saker själva. De menar att det är av vikt att jobba utifrån evidens-baserade metoder för att patienten ska få så bra vård som möjligt. Detta kan jämföras med biståndshandläggarna i Dunér & Nordströms (2006) artikel, som är mycket lojala till lagstiftningen för att fatta beslut och inte använder sitt handlingsutrymme så mycket, och Barbara et al. (2020) där socialsekreterarna inte alls använde sig av riktlinjer och metoder utan förlitade sig på sin egen profession och kunskap. Primärvårdskuratorn kan beskrivas som ett mellanting mellan dessa två artiklarna. Respondenterna i detta arbete verkar godta och använda den lagstiftning och de riktlinjer som finns och tar samtidigt ta vara på möjligheten att tolka och manövrera kring dem utifrån sin kunskap och erfarenhet. Detta ger en bild över hur olika socialarbetare kan använda sitt handlingsutrymme (Evans, 2013).

### 6.2.2 Korta vårdkontakter

Korta vårdkontakter beskriver flera respondenter som ett krav från organisationen. Det är en del i att uppnå tillgänglighet och ha korta väntelistor (Socialstyrelsen, 2020). De beskriver det som något som de styrs mest av. Flera respondenter är dock kritiska till denna ram då de upplever att vissa patienter ibland behöver mer tid. Q2 och Q4 visar på hur de ger mer tid till vissa patienter genom att utöka antalet samtal med en patient. De legitimerar detta genom att fatta detta beslut utifrån patientens behov och hur patient-belastningen ser ut. Om behovet finns och det är relativt lugnt utifrån arbetsbelastningen så ger de fler samtalstider till patienten. Q4 beskriver att hens chef vet om detta och att chefen inte har gett hen några sanktioner. Trots att korta vårdkontakter är en organisatorisk ram som ingår i primärvårdskuratorns uppdrag och det verkar styra primärvårdskuratorns arbete mycket väljer vissa respondenter att tumma på detta krav. Detta ger läsaren en bild hur primärvårdskuratorn använder sitt handlingsutrymme. De har möjlighet att strunta i eller jobba kring den-

na organisatoriska ram genom att ge patienten mer tid. Respondenterna legitimerar detta genom att peka på att det finns ett behov från patientens håll och att det är rimligt utifrån mängden andra patienter som vill ha hjälp. Primärvårdskuratorerna i detta arbete är inte bara organisationens verktyg utan de är också med och vidgar ramarna (Johnsson et al., 2012.). Det verkar inte ske många förhandlingar utifrån denna ram utan primärvårdskuratoren verkar ha friheten och utrymmet att självständigt göra bedömningar ifall de behöver träffa vissa patienter i fler samtal. I slutändan beror arbetet på respondenterna individuella kunskap och erfarenhet. Precis som primärvårdskuratorer i Irland (Allen et al., 2013). Även här lyser chefens tillit till primärvårdskuratorns kunskap och erfarenhet igenom genom att inte ge primärvårdskuratoren några sanktioner när primärvårdskuratoren frångår denna organisatoriska ram. Dock menar den fackligt förtroendevalde att om en primärvårdskurator skulle göra så hela tiden så skulle den förmodligen få konsekvenser. Hen säger: "det är av vikt att primärvårdskuratoren följer denna ram då det är många patienter som vill komma till en primärvårdskurator." Därmed verkar avsteg från denna ram tolereras så länge primärvårdskuratoren inte gör det hela tiden.

### 6.2.3 Bemanning

Många respondenter önskade en bättre bemanning på deras arbetsplats. Många förde resonemang kring att fler personer i deras psykosociala team skulle kunna bidra till ett mer kvalitativt patientarbete och det skulle leda till att de hann med ärende-mängden. Många vittnade om långa väntelistor och att patienter kunde få vänta länge på att få en tid hos dem. På så vis uppfyller inte arbetsplatsen eller primärvårdskuratoren uppdraget om en tillgänglig och nära vård (Region Skåne, 2020). Detta indikerar att de tillgängliga resurserna på arbetsplatsen inte matchar behovet från patienterna. Detta är något som även forskningen beskriver (Ambrose-Miller et al., 2018, Allen et al., 2013, Beddo et al., 2017). Flera respondenter uttryckte en frustration över att inte ha tillräckligt med tid för att träffa patienter på det sättet som de skulle vilja. Q1 och Q2 beskriver att de kan känna att de inte ger tillräckligt till vissa patienter på grund av bristande resurser. De har kompetensen till det men inte tiden. Q1 säger exempelvis: "... jag skulle vilja jobba mer med samtalsbehandling men hinner inte på grund av ont om tid och dålig bemanning."

Både Q1 och Q2 beskriver att de hanterar situationen med en acceptans då det inte finns så mycket de kan göra åt det. Båda menar på att de inte kan trycka in flera patienter i sitt schema. Utifrån teorierna om handlingsutrymme förhandlar varken Q1 eller Q2 med sin chef om en bättre bemanning och/eller mer tid för att göra situationen bättre (Lipsky, 2010, Johnsson et al., 2012). De är frustrer-



rade över bemanningen, men accepterar bara att det är så. Det kanske har skett förhandlingar innan, men det är ingenting som nämns och det är ingenting som har förändrat situationen. Utifrån denna ram verkar det som att respondenterna inte har något annat val än att acceptera bemanningen för vad den är. Det verkar som att respondenterna inte har så stor möjlighet att förhandla om den organisatoriska ram utan det är chefen och ekonomin som styr. Detta gör att respondenternas handlingsutrymme begränsas. Liknande kan hittas i Isakssons (2014) avhandling som lyfter ekonomiska resurser som en begränsning för skolkuratoren då det leder till att lärarna kräver mer tid och eleverna får mindre. Genom detta begränsas skolkuratorns handlingsutrymme i vad den vill jobba med och vad den ska lägga fokus på.

Primärvårdskuratoren uppfyller Lipsky (2010) och Johnsson et als. (2012) definitioner av en gräsrotsbyråkrat. Styrningen från chefen verkar inte vara så pass stor utan det verkar finnas stort förtroende för primärvårdskuratoren som professionell. Övervakningen verkar vara minimal jämförelsevis med att jobba på socialtjänsten (Q4 och Q6). Detta kanske inte är så konstigt då primärvårdskuratoren, precis som Lipsky (2010) skriver, jobbar med människor som är svåra att programmera in i en manual. De behöver ständigt utgå från den mänskliga aspekten vilket gör att ett för stelbent arbetsätt skulle göra jobbet svårare. Däremot agerar inte primärvårdskuratoren utan lagar eller riktlinjer utan tvärtom verkar primärvårdskuratoren använda dem för att legitimera sitt arbete och sina beslut (ibid.). Samtidigt finnas det möjlighet att tolka lagen och riktlinjer och genom detta göra egna bedömningar i hur exempelvis patientsamtalen ska se ut. Det verkar också finnas möjligheter i att strunta i vissa organisatoriska ramar, exempelvis korta vårdkontakter, i vissa fall om det finns en legitim anledning till det. Det sker dock inte någon förhandling utifrån den ramen utan primärvårdskuratoren verkar vara fri i att göra bedömningar själv utan chef (Liljegren, 2008). Den enda styrningen som verkar svår att förhandla om är bemanningen där flera respondenter valt att acceptera situationen (ibid.). Trots att den begränsar deras handlingsutrymme då de inte har tid eller bemanning att hjälpa alla patienter. Ingen av respondenterna beskriver att de förhandlat med sin chef om detta utan det accepteras (ibid.). På så vis väljer primärvårdskuratoren att inte använda sitt handlingsutrymme utifrån denna organisatoriska ram då det verkar vara svårt att förändra de ekonomiska resurserna till organisationen.

### **6.3 Finns det några andra faktorer som påverkar primärvårdskuratorns handlingsutrymme?**

I empirin hittades ett annat tema som påverkar primärvårdskuratorns handlingsutrymme utöver de legala och organisatoriska ramarna. Detta tema är primärvårdskuratorns chef och kommer analyseras i detta avsnitt.

### 6.3.1 Primärvårdskuratorns chef

Chefen är en person som kan styra sina medarbetare och på så vis begränsa den anställdas handlingsutrymme (Isaksson, 2014, Ambrose-Miller et al., 2018, Allen et al., 2013, Beddo et al., 2017). Respondenterna i detta arbete vittnar om liten styrning från sin chef vilket gör att de uppfyller Lipskys (2010) definition av vad en gräsrotsbyråkrat är. Majoriteten av respondenterna uttryckte att de har fria händer från sin chef och att chefen hade stort förtroende för dem. Många hade varken diskuterat deras uppdrag med sin chef eller hur de skulle prioritera. Det verkar som att chefen i mångt och mycket litade helt på primärvårdskuratorns förmåga att göra bedömningar och att strukturera och genomföra sitt arbete korrekt. Det verkar inte krävas så mycket förhandlingar med chefen för att för att använda sig av sitt handlingsutrymme utifrån detta tema. Q3 beskriver det såhär:

...hon (chefen) har gett mig ganska fria tyglar där så. Jag tänker att det kanske också beror på att jag är gammal i gemet. Jag har många års erfarenhet bakom mig. Hon känner sig nog trygg med att jag vet vad som ska göras.

Vissa av respondenterna jämförde det med hur de hade det på deras tidigare jobb på socialtjänsten. Q4 berättar att hen har kollegor som jobbat inom socialtjänsten och där kunde de behöva skriva ut journalanteckningar som de skrev för att få de rättade av chefen. Hen är tacksam för att hen har sluppit en chef som går in och detaljstyr i sitt nuvarande jobb.

Utifrån temat chefen verkar det som att respondenterna i detta arbete uppfyller kriterierna för Lipskys (2010) och Johnsson et al (2012) teorier om gräsrotsbyråkraten. Respondenterna verkar vara relativt fria från övervakning från sina överordnade vilket ger dem möjlighet till ett vidare handlingsutrymme. Det hade nog varit svårt att bedriva primärvårdskuratorns jobb, med ständig övervakning från sin chef, då primärvårdskuratorns jobb kräver flexibilitet utifrån att de ska fatta beslut om människors liv (ibid.). De flesta respondenter beskrev däremot en god dialog med sin chef och upplevde att de kunde säga nej eller säga ifrån ifall det var något som de inte ville genomföra. Utifrån denna aspekt kunde de använda sitt handlingsutrymme genom att säga ifrån om det var något

som gick emot vad som inkluderas i deras arbete. Det ter sig som att chefen generellt sett inte har så mycket koll på hur respondenterna jobbar utan har förtroende för deras kunskap, profession och yrkesroll. Det verkar som att chefen ser de som experten på sitt område, precis som en gräsrotsbyråkrat (Lipsky, 2010 & Johnsson et al., 2012). Vissa av respondenterna berättade att de var fria i sin roll men att de väljer att samarbeta med chefen när de ville driva en fråga eller få stöd ifall de var osäkra på något. Q6 berättar:

...i perioder kan vi få, eftersom vi är ackrediterade för vårdval psykoterapi så kan vi få patienter utifrån såklart. Då har vi ibland frågat chefen: du hur ska vi göra nu? Nu har vi ett antal externa remisser här, samtidigt har vi en egen vårdkö. Då säger hon: Prioritera dem egna patienterna. Så får man göra avslag på de yttre. Där kan det vara skönt att ha hennes stöd i det att okej då gör vi så.

I detta exempel fattar inte primärvårdskuratorn ett eget beslut då den känner sig osäker på hur den ska gå till väga. Istället väljer den att gå till chefen för att få förtydligande. I vissa lägen går primärvårdskuratorn till chefen, många inte. Det verkar som att primärvårdskuratorn har flexibiliteten i att fatta många beslut själv och därmed tillgång till ett vidare handlingsutrymme. De har utrymmet, från organisationens sida, att jobba självständigt då organisationen och ledningen anser att de har kompetensen till det. Om primärvårdskuratorn känner sig osäker kan den dock välja att fatta ett beslut med exempelvis chefen för att få förtydligande eller stötning. Detta ger en bild över hur primärvårdskuratorn manövrerar sitt handlingsutrymme (Johnsson et al., 2012).

#### **6.4 Vilka uttryck tar sig primärvårdskuratorns gränsarbete?**

I denna del presenteras och analyseras vilka uttryck primärvårdskuratorns gränsarbete tar.

##### **6.4.1 Intern samverkan**

Intern samverkan på arbetsplatsen var något som majoriteten av respondenterna uppskattade. Både inom det psykosociala teamet men även med andra yrkesgrupper på arbetsplatsen. Flera respondenter beskrev samverkan som något som möjliggjorde och underlättade arbetet i de flesta fall. Q1 beskriver: ”Vi kan ju olika saker som kan hjälpa patienten, många patienter tycker det är bra och blir glada för att vi verkar prata med varandra och att vi samarbetar.”

Emellanåt uppstod vissa situationer med andra yrkesgrupp som skapade förväntningar på primärvårdskuratorn, som den ej höll med om. Q2 beskrev en förväntning om att hen ska vara tillgänglig för alla orosanmälningar för barn då hen är barnombudsman och personlig engagerad i frågan. Q2 berättar att arbetskollegor försöker få hen att göra orosanmälningar trots att det är dem själva som ska göra det. Hen brukar då bolla tillbaka arbetsuppgiften till sin kollega. Q6 lyfter ett annat exempel på en förväntning som inte stämmer:

Det väl ibland.. de här gamla kvarlevorna att kuratorn ska vara en slags allmän fixare. Jag har noga sagt att jag inte hjälper folk att söka fonder längre. Jag hjälper inte folk.. med sånt som man kan hitta på internet. Allt sånt praktiskt arbete... Så den typen av.. liksom kurativt service-arbete. Det får man försöka avstyra eller bolla tillbaka. Jag har inte tid till det.

Q2 och Q6:s citat är två exempel på hur de måste sätta gränser gentemot andra yrkesgrupper på sin arbetsplats. Samma beskriver Allen et al (2013) om i sin artikel. Genom att bolla tillbaka uppgifter de fått till sig, som de inte gör, sätter de gränser för sin yrkesroll och sitt arbete (Liljegren, 2008). Respondenterna gör på så vis anspråk på sin jurisdiktion genom att sätta gränser för vad de gör och inte gör. Det ger ytterligare en bild över hur primärvårdskuratorns gränsarbete kan yttra sig (ibid.).

Både Q1 och Q2 för resonemang om vikten av att visa respekt för alla professioners kompetens. Q1 säger:

...lika dant som läkarna inte ska säga till oss hur vi ska göra vårt arbete likadant är det för primärvårdskuratorn. Vi kan inte gå och säga hur de ska göra sitt jobb. Det är inte okej.

Q2 menar också att varje profession äger sin fråga. Den fackligt förtroendevalde påtalar, i förhållande till samverkan och gränsdragningar, vikten av att primärvårdskuratorn tar för sig och visar vad den kan. Hen menar att generellt sett är många primärvårdskuratorer är för självkritiska och förminskar sig själv. Hen anser att det är något som primärvårdskuratorn själva måste ändra på och avsluta med att säga: ”Vår bredd är ju vår specialitet och det måste vi ta tillvara på och förtydliga.”

Primärvårdskuratorn måste i samverkan med andra yrkesgrupper förtydliga vilka arbetsuppgifter primärvårdskuratorn gör och inte gör (Keefe et al., 2009, Ambrose-Miller et al., 2018, Beddo, et al., 2017). Det blir ett sätt att hävda sin jurisdiktion (Abbott, 1988, Liljegren, 2008) men också att förhandla om vem som gör vad inom organisationen (Liljegren, 2008). Genom att bolla tillbaka arbetsuppgifter, som respondenterna inte gör, skyddar de sin yrkesutövning genom att sätta gränser för sitt territorium och ta tillbaka kontrollen för sitt yrkesfält (ibid.). Något som är intressant är att respondenterna inte gav många exempel på när de gjorde anspråk på andra professioners arbetsuppgifter. De försvarar och förhandlar sina arbetsuppgifter gentemot andra men nämner inte mycket kring om de utmanar andras gränser (Liljegren, 2008). Den enda respondenten som är lite inne på det är Q2 när hen säger:

...Precis som att läkarna aldrig kan bestämma att en patient ska få terapi... Det måste få vara behandlarens fråga... Lik väl är det läkarens fråga om det behövs medicin eller sjukskrivning. Det är ändå deras beslut. Det har man kanske mer lärt sig att lägga fram information på ett sätt som inte trampar dem på tårna...

Utifrån Q2s berättelse verkar det dock som att hen fått lära sig att respektera andra beslut och att hen på så vis försöker undvika att göra anspråk på andras arbetsuppgifter. Liknande resultat återspeglas i Isaksson (2014) artikel om skolkuratorn där skolkuratorn får försvara och göra anspråk på sina arbetsuppgifter gentemot lärare men det skrivs ingenting om att skolkuratorn utmanar andras jurisdiktion.

Gränsarbetet verkar ske med alla yrkesgrupper men läkare och psykolog är två professioner som sticker ut i empirin. Det verkar som att primärvårdskuratorn behöver sätta gränser och kräva jurisdiktion för sitt område, sin yrkesroll och sitt handlingsutrymme gentemot dessa professioner mest. Därmed har läkare och psykolog lyfts ut som två sub-teman i detta avsnitt.

#### *6.4.1.1 Läkare*

I princip alla respondenter beskriver läkare som en grupp som de samverkan mycket med. Generellt sett verkar många respondenter tycka att samarbetet mellan dem och läkare fungerar bra. Q1 säger att hen upplever att samverkan känns prioriterat och att det aldrig hänt att en läkare inte velat samarbeta. Q6 beskriver ett liknande arbetsklimat där både kuratorer och läkare är måna om att hitta rätt

och fokuserar på hur de kan hjälpa varandra och patienten. Dock har nästan alla respondenter lyft exempel på tillfälle då samverkan inte fungerar så bra mellan dem och läkarna. Både Q1 och Q3 lyfter att det kan finnas en förväntning på är att kuratorn gör administrativa saker exempelvis att skriva olika läkarintyg. Precis som i Allen et al. (2013) artikel. Både Q1 och Q3 har fått sätta gränser gentemot den läkare som bett dem göra denna arbetsuppgift. De hade satt gräns genom att säga ifrån att de inte gör det och sedan även dubbelkolla i efterhand vem arbetsuppgiften ligger på. Q5 säger att läkare ibland kan ha förväntningar att primärvårdskuratorn ska lösa alla patienters problem. Q5 ger exempel på patienter som behöver söka fondmedel. Q5 menar att hen inte hjälper till med sådana arbetsuppgifter. Vid sådana tillfällen brukar Q5 säga ifrån att Q5 ej gör den arbetsuppgiften och det brukar tas emot väl. På detta vis sätter Q5 gränser för sin jurisdiktion (Liljegren, 2008). Skolkuratorn möter, från lärare, liknande förväntningen att kuratorn ska lösa alla problem i arbetet med elever (Isaksson, 2014) vilket indikerar på att det är förväntningar som inte bara finns inom primärvården utan även inom andra organisationer.

Alla exempel, som lyfts i detta avsnitt, ger en bild av hur primärvårdskuratorn på olika sätt bedriver sitt gränsarbete gentemot läkare. Yrkesutövare får hela tiden ta konsekvenserna av andras gränsarbete (Liljegren, 2008) och primärvårdskuratorn är inget undantag. När läkare lägger över arbetsuppgifter på primärvårdskuratorn utmanar läkarna primärvårdskuratorn jurisdiktion. Detta leder till att primärvårdskuratorn tvingas sätta gränser för sitt arbete genom att säga nej till arbetsuppgifter eller bolla tillbaka dem (ibid.). Denna motsättning utmanar primärvårdskuratorns jurisdiktion och kan på så vis begränsa primärvårdskuratorns handlingsutrymme, precis som skolkuratorn (Isaksson, 2014). Däremot verkar det som att respondenterna, när de säger ifrån, blir lyssnade på. Genom att säga ifrån förhandlar de om och försvarar sitt territorium när läkarna försöker göra anspråk på och styra över primärvårdskuratorns arbetsuppgifter (ibid.). Läkarna respekterar respondenternas gränsdragningar och primärvårdskuratorn återfår på så vis kontrollen över sin jurisdiktion (ibid.). Detta är ett exempel på hur primärvårdskuratorn gränsarbete yttrar sig på den arbetsplats som den verkar i. Genom att ha möjligheten att säga ifrån samt blir lyssnad på när de säger ifrån använder primärvårdskuratorn sitt handlingsutrymme.

#### *6.4.1.2 Psykolog*

Sex av nio respondenter hade en psykolog i sitt psykosociala team. Överlag beskrev de samarbetet med psykologen som något som fungerade bra. Q1 och Q5 säger att psykologen och primärvårdskuratorns arbete och område ligger nära varandra men att det brukar falla sig naturligt vem som ska ta

en patient. Det finns en risk för att professioner som ligger nära varandra konkurrerar om arbetsuppgifterna (Brante, 2009). Det verkar inte vara fallet på arbetsplatsen hos Q1 och Q5. Istället verkar respektive professions jurisdiktion vara tydligt avgränsad, det verkar vara tydlig mellan kuratorn och psykologen vem som gör vad och det verkar inte förekomma någon konkurrens mellan arbetsuppgifterna (ibid.). Flera respondenter har dock lyft att det finns en konkurrens om jurisdiktionen på en strukturell nivå (Brante, 2009). Q2 säger:

Ledningen uppåt ser psykologer som det självklara svaret för att liksom jobba med psykisk ohälsa som växer i samhället. Eftersom vi (primärvårdskuratorer) är den enda yrkesgruppen som inte varit legitimerade har ju psykologerna kunnat använda sig av det.

Flera respondenterna pratar om en motsättning mellan psykolog och kurator där primärvårdskuratorer känner sig utkonkurrerad av psykologen. De säger dock att de personligen inte känner sig utkonkurrerade av psykologen på sin arbetsplats, men berättar om andra kollegor som känt av det samt att tankarna finns på en strukturell nivå. Respondenterna har också uppmärksammat att på vissa vårdcentraler har man valt att ha en psykolog istället för en socionom. Angående detta säger Q9 säger:

Jag tycker vi behövs bägge två yrkesgrupper. Jag tycker inte vi ska strida mot varandra...Vi tycker att vi ska samarbeta. Vi ska inte konkurrera kring några positioner på vårdcentralen.

Q2, Q3 och Q5 menar att på en primärvårdsnivå är skillnaden mellan psykolog och primärvårdskuratorn inte så stor. Q3 förklarar att det finns en skillnad rent utbildningsmässigt i form av att psykologen har kunskap om att göra neuropsykiatriska utredningar. Det har inte primärvårdskuratorn. Däremot menar Q3 att genom sin vidareutbildning har hen möjligt att diagnosticera och behandla patienter på samma sätt som psykologen. Dessutom menar Q3 att hen genom sin socionomexamen har en bred grund att stå på och kan se patienten utifrån ett holistiskt synsätt vilket kan underlätta för patienten. Q3 förklarar skillnaden mellan psykolog och primärvårdskurator såhär:

Ska man förenkla så skulle jag vilja kunna säga att skillnaden är att jag kan ha en patient och ta hand om den sociala biten och samtidigt behandla den i KBT. Medan

skillnaden är att kollegor till mig som är psykologer de är med inriktade bara på samtalsbiten. Blir det problem med det psykosociala runt omkring så kommer de gärna till mig. Så kan patienten slussas över till mig för att få hjälp med den biten och så går patienten tillbaka till psykologen för samtalsbiten. Så jag som socionom och KBT-terapeut kan göra alltihopa medan psykologen är mer lite smalare och använder min kompetens som ett komplement...

Både Q5 och Q9 beskriver att de har pratat om denna motsättning med sin chef som inte håller med om bilden av psykologen skulle vara bättre lämpad än kuratorn på vårdcentralen. På detta vis har de genom sin chef fått ytterligare stöttning i att göra anspråk på sin jurisdiktion (Abbott, 1988, Liljegren, 2008). Q9 hade även tackat nej till att ha sin egen tjänst samt ansvara för en primärvårdskuratorns tjänst på en annan vårdcentral. Q9 resonerade att hen inte ville riskera att det skulle leda till att hans kollega inte skulle få jobba på sin vårdcentral om Q9 kunde täcka båda. Q9 tackade nej därmed nej till det extraarbetet av solidaritets-skäl av risk för att den kurators-tjänsten skulle tas bort då.

Det framgår utifrån respondenterna att det på en strukturell nivå finns en motsättning mellan psykolog och primärvårdskuratorn. Denna motsättning beskrivs även i skolans värld (Backlund, 2007). Genom att förklara skillnaderna mellan professionerna och även redogöra för sin kompetens sätter respondenterna gränser för sitt arbete (Liljegren, 2008, Brante, 2009). Respondenternas kritik till synsättet att psykologen är en bättre behandlare gör att de både utmanar psykologernas jurisdiktion och försvarar sina egna (Liljegren, 2008). Respondenterna försöker på så vis skydda sina arbetsuppgifter och utmana den konkurrens som uppstått mellan psykolog och primärvårdskuratorn. Det blir ett sätt att göra anspråk på och förhandla om vem som gör vad även på en strukturell nivå. På så vis strävar de efter att hålla kvar kontrollen över sin jurisdiktion och sitt yrkesfält. Det blir ytterligare ett exempel på hur respondenternas gränсарbete yttrar sig (ibid.).

#### 6.4.2 Extern samverkan

Något som sticker ut i empirin är primärvårdskuratorns externa samverkan med psykiatrin. Därmed har psykiatrin lyfts ut som ett sub-tema till extern samverkan och kommer analyseras i detta avsnitt.

##### 6.4.2.1 Psykiatrin



Flera respondenter resonerar kring svårighet med att psykiatrin inte tar emot vissa patienter. Detta gäller för patienter som egentligen har för stort vårdbehov för primärvården men inte är tillräckligt sjuka för att platsa hos psykiatrin. Q5 säger att många patienter bollas runt och far illa på grund av detta. Respondenterna uppger flera olika strategier de använder sig av för att få in en patient i psykiatrin. Q8 beskriver att ifall de får tillbaka en patient från psykiatrin brukar hen gå samman med läkare och se vad de kan göra för patienten. Antingen om de kan göra något annorlunda för patienten så den kommer in i psykiatrin eller om det finns någon annan lösning. Blir det inga framsteg säger hen dock att hen tvingas avsluta patienten utan att hjälpa den ytterligare. Hen ger uttryck för att systemet är felaktigt och att patienter på så vis hamnar mellan stolarna. Q5 berättar att hen har haft regelbundna träffar med psykiatrin men i dagsläget inte (på grund av Covid-19) men att det är något som kommer tas upp igen för att förbättra samverkan. Q2 berättar att ibland brukar hen strida genom att skicka fyra remisser och inte ge sig. Ibland väljer hen även att behålla en patient och försämrar den då så att det blir åt det akuta hållet så hamnar den till slut hos psykiatrin. Q6 berättar dels att hen bett sin chef att samverka med andra verksamhetschefer inom psykiatri utifrån vissa ärenden och på så vis påverkat psykiatrins beslut att ta emot eller inte ta emot en patient. Hen gav också ett exempel på när hen drog ett ärende långt genom att få hjälp av en AKO för psykisk hälsa. Efter det valde psykiatrin att ta emot patienten. Q9 betonar vikten av att hen skickar en så helomfattande remiss som möjligt för att underlätta för att patienten ska komma in. Hen beskriver även vikten av att psykiatrin får hjälpa vårdcentralen att förstå varför de inte tar emot en patient. Hen säger:

Dem behöver berätta för oss vad som dem tycker att patienten saknar här ifrån. Det kan vara så att de tycker att de behöver pröva en viss sorts medicinering som man kan göra här eller gå i samtal här. Sedan kan vi i sådana fall göra om vi inte tycker att vi kan nått en framgång eller så, så skickar vi en ny remiss till dem.

Utifrån detta sub-tema blir det tydligt att det sker ett spel mellan primärvården och den psykiatriska vården om vem som ska kan möta medborgarens behov och ansvara för dess vården. Det uppstår ett dilemma som primärvårdskuratorn måste möta (Johnsson et al., 2012). Respondenterna hanterar detta på olika sätt: vissa genom att bara acceptera situationen och andra genom att använda sitt handlingsutrymme och försöka påverka psykiatrins beslut. Dessa respondenter gör det genom att be om förtydligande från psykiatrin, skicka flera remisser, be chefen om hjälp och till och med dra ett

ärende till AKO. Genom dessa strategier använder de sitt handlingsutrymme för att bedriva ett organisatoriskt gränsarbete och utmana psykiatrin gränser så att patienterna inte ska falla mellan stolarna. Respondenterna står på sig i sin profession och väljer att inte acceptera ett nej utan använder sitt handlingsutrymme för att förhandla (Liljegren, 2008) och vidga på de organisatoriska gränser som psykiatrin sätter.

## **7. Avslutande diskussion**

Detta arbete ger läsaren en förståelse för hur primärvårdskuratorns handlingsutrymme konstrueras i samspel med organisationen den befinner sig i. Utifrån de legala och organisatoriska ramarna påvisas det att primärvårdskuratorn har möjlighet till ett brett handlingsutrymme. Respondenterna tar till vara på detta och använder sig av detta utrymme för att fatta beslut, hjälpa patienter och utöka sitt handlingsutrymme. Till exempel kan de använda lagstiftning och riktlinjer för att legitimera beslut. Den enda organisatoriska aspekten som verkar vara svår att förändra är bemanning. Bemanningen styrs främst av ekonomi vilket i sin tur gör det svårare för primärvårdskuratorn att påverka den ramen. Därmed är ekonomi något som även har en påverkan på primärvårdens handlingsutrymme. Det visar på att primärvårdskuratorn inte finner sig i ett vakuum där de är fria att fatta alla beslut själv utan även de måste ta hänsyn till legala och organisatoriska aspekter.

Primärvårdskuratorns relation till chefen är något som återkommer i flera avsnitt och chefen verkar vara en nyckelperson för hur primärvårdskuratorns handlingsutrymmes konstrueras inom organisationen. Primärvårdskuratorns chef verkar ha stor tillit till dess kunskap och erfarenhet vilket leder till att detaljstyrningen är minimal. Primärvårdskuratorn kan välja att ta hjälp av chefen i vissa beslut för att få stöttning eller för att samverkan ska fungera med andra myndigheter exempelvis psykiatrin. Detta ger en bild över hur respondenterna manövrerar sitt handlingsutrymme och kontaktar chefen vid behov för att fatta vissa beslut. Det verkar bara vara utifrån bemanning som chefen och organisationen egentligen begränsar primärvårdskuratorns handlingsutrymme på ett sådant sätt att det uppfattas negativt och otillräckligt för respondenterna.

Primärvårdskuratorns gränsarbete sker hela tiden men yttrar sig framför allt vid samverkan med andra professioner på arbetsplatsen och med psykiatrin. Professioner som sticker ut i empirin är läkare och psykologer. Med läkare verkar det ske mest förhandlingar angående arbetsuppgifter i det dagliga arbetet. Förhandlingar med läkarna tar sig framför allt i uttryck i att läkarna förväntar sig att primärvårdskuratorn gör praktiskt arbete exempelvis skriva sjukskrivningsintyg och söka fondme-

del. Dessa arbetsuppgifter säger flera respondenter att de inte gör. På så vis verkar det som att vissa läkare fortfarande inte har koll på primärvårdskuratorn arbete eller yrkesroll och att det är av vikt att läkare utbildar sig kring vad kuratorn gör och även tar ett steg tillbaka och inte försöker kontrollera primärvårdskuratorns arbete. På samma sätt som det är av vikt att primärvårdskuratorn fortsätter att kommunicera kring och förtydligar sin roll så att samverkansarbetet kan underlättas. Samma arbete behövs läggas ner på att förtydliga primärvårdskuratorn roll och arbete gentemot psykologen så att motsättningen mellan kuratorn och psykologen kan minskas. Om inte primärvårdskuratorn fortsätter att göra anspråk på sina arbetsuppgifter på vårdcentraler finns risken att den konkurreras ut av psykologen. Detta arbete ger en bild av att båda professionerna behövs på en vårdcentral och att istället för att konkurrera ut varandra kan de komplettera varandra.

Motsättning mellan primärvården och psykiatrin är av vikt att belysa i detta arbete då den faktiskt får direkta konsekvenser för patienter som faller mellan stolarna. Att primärvården och psykiatrin har problem i sin samverkan är något som måste tas på allvar och jobbas med. Respondenterna har gett flera exempel på hur de bedriver ett påverkansarbete gentemot psykiatrin och hur de, genom sitt handlingsutrymme, försöker utmana de organisatoriska gränser som psykiatrin satt upp. Det är ett viktigt förhandlingsarbete som respondenterna utför som med stor sannolikhet gör skillnad för patienterna som behöver mer hjälp än vad primärvården kan ge dem.

Frågetecknen som uppstått under arbetes gång är vad avsaknaden av arbetsbeskrivning har för betydelse för primärvårdskuratorn. Det ger å ena sidan en större frihet å andra sidan finns det en risk för att andra yrkesgrupper, patienter och arbetsgivare blir osäkra på primärvårdskuratorns arbetsuppgifter och har orimliga förväntningar på den. Hade en arbetsbeskrivning underlättat för primärvårdskuratorerna i sitt arbete och ändå gjort att primärvårdskuratorn behållt sitt handlingsutrymme? Eller skulle det istället leda till att primärvårdskuratorns handlingsfrihet minskas och/eller att dess jurisdiktionen krymper? Det är intressanta frågeställningar, framför allt med tanke på att en arbetsbeskrivning används av skolkuratorer som ett sätt att legitimera deras arbete och beslutsfattande (Isaksson, 2014). Det kommer bli intressant att följa utvecklingen i implementeringen av en ny arbetsbeskrivningen för primärvårdskuratorn inom Region Skåne framöver.

En begränsning i detta arbete är att författaren enbart har fått tag på respondenter som har jobbat länge inom primärvården (och länge som hälso- och sjukvårdskurator överlag). Hur hade svaren sett ut ifall fler respondenter var nyexaminerade? Hade det varit svårare att använda sitt handlingsut-

rymme? Hade gränsarbetet sett annorlunda ut? Hade de haft mer krav på sig från sin chef? Det hade varit ett intressant arbete att skriva. Tyvärr hinns det inte med i detta arbete utan det får lämnas till framtida studier.

## Referenslista

Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago press.

Ahrne, G. & Svensson, P. (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. 2. uppl. Stockholm: Liber.

Akademikerförbundet. (2020). Policy för kuratorer i hälso- och sjukvård. Akademikerförbundet SSR. <https://akademssr.se/dokument/policy-kuratorer-i-halso-och-sjukvard> Hämtad: 210513.

Allan, K., Craig, S., Frankford, R., Janz, G., Malek-Saniee, S., Schwartz, C., Yaworski, A. & Williams, C. (2016). Self-reported patient psychosocial needs in integrated primary health care: A role for social work in interdisciplinary teams. *Social Work in Health Care*. Vol: 55. (1). pp, 41-60.

Allen, M., Cunniffe, R., Raghallaigh, M. & Quin, S. (2013) Experiences of Social Workers in Primary Care in Ireland. *Social Work in Health Care*. Vol: 52. (10). pp, 930-946.

Ambrose-Miller, W., Ashcroft, R., Belle Brown., McKee, R., & McMillan, C. (2018). The Emerging Role of Social Work in Primary Health Care: A Survey of Social Workers in Ontario Family Health Teams. *Health Soc Work*. Vol: 43. (2), pp, 109-117.

Auerbach, D., Berkman, B., Berrett-Abebe, J., Donelan, K., & Maramaldi, P. (2020). Physician and nurse practitioner perceptions of social worker and community health worker roles in primary care practices caring for frail elders: Insights for social work. *Social Work in Health Care*. Vol: 59 (1). pp, 46–60.

Barbara, S., Dal Ben, A. & Giacomini, S. (2020). The use of discretion in decision-making by social workers at child protections services in Italy. *European Journal of Social Work*. Vol: 23. (5). pp, 779-789.

Backlund, Å. (2007). *Elevvård i grundskolan – resurser, organisering och praktik*. (Diss.). Stockholm Universitet. DOI: <http://urn.kb.se/ludwig.lub.lu.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-6760>

Beddoe, L., Döbl, S. & Huggard, P. (2017). Primary health care social work in Aotearoa New Zealand: An exploratory investigation. *Aotearoa New Zealand Social Work*. Vol: 29. (2). Pp, 119–130.

Berenzon, S., Galván, J. & Saavedra, N. (2019). The role of social workers in mental health care: A study of primary care centers in Mexico. *Qualitative Social Work*. Vol: 18. (6). pp, 1017–1033.

- Bikson, K., Blue-Howells, J., McGuire, J. & Seldin-Sommer, L. (2009). Psychosocial Problems in Primary Care: Patient and Provider Perceptions. *Social Work in Health Care*. Vol: 48. (8). pp, 736-749.
- Blom, B., Lalos, A., Morén, S. & Olsson, M. (2014). Hälso- och sjukvården - en central arena för socialt arbete. I *Socialt arbete i hälso- och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar*. Av Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (red.). Natur och Kultur: Stockholm.
- Brante, T. (2009). Vad är en profession? Teoretiska ansatser och definitioner. I *Vetenskap för profession*. Av Lindh, M. (red.). Högskolan i Borås.
- Bryman, A. (2016). Samhällsvetenskapliga metoder. 3dje uppl. Stockholm. Liber Ab.
- Cooper, M. & Rock, B. (2000). Social work in primary care. *Social work in health care*. Vol: 31. (1). pp, 1-17.
- Dunér, A. & Nordström, M. (2006). The discretion and power of street-level bureaucrats: an example from Swedish municipal eldercare. *European Journal of Social Work*. Vol: 9. (4). pp, 425-444.
- Ekelund Nordberg, M. (2016). Kartläggning av kuratorns funktion i Region Skåne - primärvård SUS. Skånes universitetssjukvård. Division 5. Region Skåne.
- Evans, T. (2013). Organisational Rules and Discretion in Adult Social Work. *European Journal of Social Work*. Vol: 23. (5). pp, 779-789.
- Evetts, J. (2002). New directions in state and international professional occupations: discretionary decision-making and acquired regulation. *Work, Employment & Society*. Vol. 16, No. 2. pp. 341-353.
- Forinder, U. & Olsson, M. (2014). Teorier och metoder i kuratorsarbetet. I *Socialt arbete i hälso- och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar*. Av Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (red.). Natur och Kultur: Stockholm.
- Gåfvells, C. (2014). Socialt arbete i en medicinsk kontext. I *Socialt arbete i hälso- och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar*. Av Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (red.). Natur och Kultur: Stockholm.
- Harris, F., McGregor, J. & Mercer, S. (2016). Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health and Social Care in the Community*. Vol: 26. (1). pp, 1-13.
- Hook, M. (2004). Psychosocial issues within primary care setting. *Social Work in Health Care*. Vol: 38. (1). Pp, 63-80.
- Isaksson, Christine. (2014). Skolkuratorers handlingsutrymme – gränser, legitimitet och jurisdiktion. *Socialvetenskaplig tidskrift*. Vol: 21. (1). pp, 47-66.

- Johnsson, E., Svensson, K. & Laanemets, L. (2012). *Handlingsutrymme utmaningar i socialt arbete*. Johanneshov: TPB.
- Korp, Peter (2016). *Vad är hälsopromotion?* 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Liljegren, Andreas. (2008). Professionellt gränsarbete: socionomexemplet. Diss. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. 30th anniversary expanded ed. New York: Russell Sage Foundation.
- Lundin, A., Benkel, I., Neergaard, G., Johnsson, B-M. & Öhrling, C. (2009). *Kurator inom hälso- och sjukvården*. Studentlitteratur: Malmö.
- Malmö Stad. (2013). *Malmöns väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd, rättvisa*. Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö.
- Keefe, B., Miyake Geron, S. & Enguidanos, S. (2009). Integrating social workers into primary care: Physician and nurse perceptions of roles, benefits, and challenges. *Social Work in Health Care*. Vol: 48. (6). pp, 579–596.
- Region Skåne. (2020). Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2021. Hälso- och sjukvårdsnämnden. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/uppdrag/2021/uppdrag-hs-2021.pdf> Hämtad: 210513.
- Region Skåne. (2017). Strategiska plan för psykisk hälsa 2017-2023. Hälso- och sjukvårdsnämnden. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/uppdrag/strategisk-plan-for-psykisk-halsa-2017-2023.pdf> Hämtad: 210513.
- Regionfullmäktige. (2020). Region Skånes verksamhetsplan och budget 2021 med plan för 2022–2023. [https://www.skane.se/siteassets/organisation\\_politik/publikationer\\_dokument/verksamhetsplan-och-budget-2021-23.pdf](https://www.skane.se/siteassets/organisation_politik/publikationer_dokument/verksamhetsplan-och-budget-2021-23.pdf). Hämtad: 210507.
- Reneland, K. (2006). *Kompetens och kompetensutveckling för kuratorer i primärvård*. Fammi: Familjemedicinska institutet.
- Socialstyrelsen. (2016). Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-3-2.pdf> Hämtad: 210822.
- Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf> . Hämtad: 6 juni 2021.

Socialstyrelsen. (2019). Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/missbruk-och-beroende/> Hämtad: 6 juni 2021.

Socialstyrelsen. (2020). Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Ett förslag på indikatorer. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6760.pdf> Hämtad: 210822.

Socialstyrelsen. (2021). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>. Hämtad: 6 juni 2021.

Vårdgivare Skåne. (2021). AKO Skåne. <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkun-niggrupper/ako-skane/?highlight=AKO> Hämtad: 210822.

Waldenström, A. (2019). Hälso- och sjukvårdslagen. <https://vardgivarguiden.se/avtal/styrdokument/lagar-och-forordningar/halso--och-sjukvardslagen/> Hämtad: 6 juni 2021.

Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Elanders Gotab. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2002-01-08-forskningsetiska-principer-inom-humanistisk-samhallsvetenskaplig-forskning.html> Hämtad: 3 juni 2020.

## **Lagstiftning**

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2001:453. Socialtjänstlag. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2008:355. Patientdatalagen. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2009:400. Offentlighets- och sekretesslag. Stockholm: Justitiedepartementet L6.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. Patientlagen. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2018:218. Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. Stockholm: Justitiedepartementet L6.

## **Proposition**

Prop. 2008/09:29, s, 54.

## **Statens offentliga utredningar**

SOU 2016:2. Effektiv vård. Stockholm: Norstedts Juridik.

## **Bilaga**

### **Intervjuguide:**

Bakgrund:

- Hur länge har du jobbat som primärvårds-kurator?
- Vilken utbildning och tidigare erfarenhet har du med dig?

Hur ser dina arbetsuppgifter ut?

Vad är det som gör att du format ditt arbete på sättet du beskriver?

Hur ser din yrkesroll ut?

Vad är det som påverkar din yrkesroll?

Vad är det som avgör hur du gör dina patient-bedömningar?

Vad är det som avgör hur du fattar beslut?

Har din yrkesroll påverkats av pandemin?

Har din yrkesroll påverkats av kuratorslegitimationen?