



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Relationsskapande i skyddsutrustning

- Kuratorers erfarenheter från Covid-19

Nathalie Lindvall

Masteruppsats (SOAM 21)

VT 2023

Handledare: Gabriella Scaramuzzino

# Abstract

Author: Nathalie Lindvall

Title: Establishing Relationships When in Protective Equipment- Healthcare Counselors' Experiences Derived from Covid-19

Supervisor: Gabriella Scaramuzzino

Assessor: Norma Montesino och Björn Johnson

The Covid-19 pandemic had a global effect on both the world as well as Swedish healthcare. For example, new guidelines of wearing protective equipment were required. However, the protective equipment created several barriers for communication. The purpose of this thesis is to understand healthcare counselor's view on and experience of establishing relationships and how Covid-19, as well as how the increased usage of protective equipment, has affected establishment of relationships with patients. The thesis draws on Dewane's theory of "Use of Self" and Howe's "Relationship-based thinking" as theoretical framework to analyze the results. Eight qualitative interviews with healthcare counselors who had previous experience of working in protective equipment have been used as empirical material. The interviews were semi-structured and conducted in spring 2023. This thesis has concluded that the healthcare counselors view themselves individually as a tool and, therefore, use this tool as further strategies when establishing relationships. In the context of the Covid-19 pandemic, various compensation strategies were developed, e.g. verbalized interpretations, due to the lack of visual expressions because of the protective equipment being used. These compensation strategies were proven to be efficient when masks were used but not sufficient enough when using, e.g. face shields.

Keywords: Establishing relationships, healthcare counselor, protective equipment, compensation strategies, Covid-19, healthcare

## Förord

Först vill jag rikta ett tack till kuratorerna som deltagit i intervju och gjort denna uppsats möjlig genom att dela med sig av erfarenheter och upplevelser av relationsskapande, skyddsutrustning och Covid-19.

Bella, tack för allt mer och mindre rimligt vi hittat på de senaste åren. Vad glad jag är att vi båda har svårt att tacka nej till saker och att vi gång på gång lyckas hitta gemensamma utmaningar både i och utanför jobbet. Tänk att detta började med att vi lyfte våra erfarenheter av arbetet på Covid-19 avdelning i handledning, och tänk allt som hänt därefter. Tack för att vi gjort detta tillsammans, för att vår chef Marie gett oss förutsättningarna, för att Åsa först kom med idén och sedan kopplade ihop oss med våra handledare. Ett särskilt tack till Gabriella, för att du väglett mig genom denna uppsats och för att du alltid varit lugn och uppmuntrande när jag tvivlat på att kunna få ihop detta.

## Innehållsförteckning

<b>Inledning och problemformulering</b> .....	<b>5</b>
Syfte.....	8
Frågeställningar .....	8
<b>Tidigare forskning</b> .....	<b>8</b>
Relationsskapande i socialt arbete .....	9
<i>Att skapa professionella relationer</i> .....	9
<i>Relationsskapande i digitala rum</i> .....	11
Kuratorn i hälso- och sjukvård.....	12
<i>Psykosocialt arbete i hälso- och sjukvården</i> .....	13
Covid-19 pandemin och skyddsutrustning .....	14
<i>Covid-19: Ansikte och icke-verbal kommunikation</i> .....	15
<i>Covid-19: Känslor och relation</i> .....	16
Summering .....	18
<b>Teoretiska utgångspunkter</b> .....	<b>18</b>
Relationsskapande: Genom att använda sig själv .....	19
Färdigheter .....	20
<b>Metodologiska överväganden och tillvägagångssätt</b> .....	<b>23</b>
Vetenskapsteoretisk ansats.....	24
Målstyrt urval .....	25
Semi-strukturerade intervjuer.....	26
Metodvalets förtjänster och begränsningar .....	27
Tillförlitlighet .....	28
Bearbetning och analys av det empiriska materialet.....	30
Etiska överväganden .....	32
<b>Analys</b> .....	<b>34</b>
Relationsskapande med patient och vikten av att se människan .....	34
<i>Kuratorn som sitt eget redskap</i> .....	35
<i>Redskap blir strategier för att skapa relation</i> .....	37
<i>Alliansskapandet handlar inte bara om att komma in på de djupaste tankarna</i> .....	38
Relationsskapande med patient i skyddsutrustning och olika kontexter.....	42
<i>Lyssna och vara närvarande med ögonen</i> .....	42
<i>Verbalisera tolkningar</i> .....	44
<i>Kontexten påverkar vilka strategier som används</i> .....	47
Skyddsutrustning och Covid-19 pandemins konsekvenser för hälso- och sjukvårdskuratorer.....	51
<i>Konsekvenser: Fysiska aspekter av skyddsutrustning</i> .....	52
<i>Konsekvenser: Psykiska aspekter av skyddsutrustning</i> .....	54
<i>Konsekvenser: För det multiprofessionella teamet</i> .....	56
<i>Konsekvenser: För relationen</i> .....	57
<b>Avslutande diskussion och resultat</b> .....	<b>60</b>
<b>Referenslista</b> .....	<b>64</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>69</b>
Bilaga 1 Intervjuguide .....	69
Bilaga 2 Informationsbrev .....	71
Bilaga 3 Samtyckesblankett.....	72

## Inledning och problemformulering

Med avstamp i Covid-19 pandemin, ges i denna uppsats, en tillbakablick om hur en hel värld kastades om och försökte förhålla sig till ett nytt, okänt virus. Världshälsoorganisationen, (WHO) (2020) menar att världen tidigare drabbats av diverse pandemier men att Covid-19 har varit den mest utmanande i omfattning, relaterat till global påverkan och spridning. Många länder riktade sig till organisationen för att få information och nya uppdateringar om viruset, samt stöd och hjälp med distribution och tillgång till skyddsutrustning och vaccin. WHO gav tidigt ut rekommendationer vad gäller behandling och testning av viruset samt information och strategier om hur sjukdomen skulle hanteras och hur smittspridning skulle minskas. Flera länder valde att följa WHO:s rekommendationer medan Sverige valde en annan, mindre restriktiv strategi med mål om folkimmunitet och att skydda äldre och riskgrupper. Den svenska strategin blev kritiserad internationellt för att den inte följde WHO:s rekommendationer om att begränsa mänskliga interaktioner, införa karantän och testning. Sverige ansågs också agera långsamt i att införa restriktioner för medborgarna (Lindström 2021). Svenska nyheter kännetecknades av dagliga presskonferenser med uttalanden från olika myndighetsföreträdare som gav information om dödsantal, mutationer och framtida prognoser.

Viruset påverkade hälso- och sjukvården som blev hårt belastad och behövde ställa om delar av sin planerade vård för att bereda akutvårdsplatser för Covid-19 patienter, samt omplacera personal för att hantera situationen och möta de nya behov som skapats av viruset (Socialstyrelsen 2022). Ur detta sammanhang generade viruset nya spelregler för hur arbetet kunde bedrivas i hälso- och sjukvården. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska sjukvården utreda, bedöma och behandla ohälsa och erbjuda en god och jämlik vård. Arbetsuppdraget, med bakgrund i lagen om att ge god och likvärdig vård kvarstod samtidigt som arbetsmiljö och arbetets förutsättningar förändrades.

Venesoja et al. (2021) framför att personalens arbete iklädda munskydd och annan skyddsutrustning bland annat påverkat patientsäkerheten i vården. Det fanns sedan tidigare styrande dokument och riktlinjer om hur hälso- och sjukvårdsaktörer skulle

förhålla sig vid kommande pandemier och underlag för hur riktat krisstöd skulle ordnas från såväl Folkhälsomyndigheten (2019) som Socialstyrelsen (2018). Emellertid uppdagades bekymmer med att bland annat tillgodose personalen skyddsutrustning då beredskapslagren sedan en tid tillbaka avvecklats och att det både var vårdplatsbrist och personalbrist i stora delar av landet (Lindström 2021).

Flera forskningsrapporter visar att kommunikationen påverkas negativt av skyddsutrustning mellan både hälso- och sjukvårdspersonal och patient samt internt mellan kollegor vilket i sin tur påverkat både kvalitet och säkerhet i vården (Bindu et al. 2022; Brown- Johnson et al. 2020; Foula et al. 2021; Hayirli et al. 2021; Molnar-Szakacs et al. 2021). Södersjukhuset (2020) skildrar i en nyhetsartikel det psykosociala arbetet under pandemin genom upprättande av kristelefoner, omplaceringar av personal, stöd till både patienter och anhöriga samt stöd till personal. Problemen relateras till dels materiella och rumsliga barriärer, och dels till konsekvenser av att kommunikationen påverkades. Skyddsutrustningen skapade barriärer genom att påverka kommunikationen negativt då det var svårt att prata, se och höra varandra. Påfrestningarna fick i sin tur konsekvenser för informationsutbytet och skapade förvirring hos både personal och patient om uppdrag och roller i teamet (Hayirli et al. 2021; Sellberg 2022). Dessa resultat anspelar på att mellanmänniska relationer i hälso- och sjukvården påverkats negativt vad gäller såväl kollegor sinsemellan som mellan personal och patient.

Organisationen International Federation of Social Workers (IFSW) lyfter i sin rapport etiska dilemman socialarbetare världen över behövt hantera i samband med pandemin (Banks et al. 2020). En av punkterna som särskilt uppmärksammas i rapporten gäller socialarbetares möjlighet till relationsskapande och att skapa en tillitsfull kontakt med klienter med hjälp av digitala hjälpmedel eller iförda skyddsutrustning. Detta i kontrast till att se varandras ansiktsuttryck som är väsentligt i kommunikation och viktigt för att skapa mellanmänniska relationer (Molnar-Szakacs et al. 2021). Genom skyddsutrustningen och digitala kommunikationsmedel blev hälso- och sjukvårds kuratorn och dennas möjlighet att använda sin egen person som arbetsredskap mindre framträdande och svårare att se. Utifrån tidigare forskning, hamnade kuratorn i ett potentiellt dilemma där munskyddet å ena sidan blev en förutsättning för fysisk kontakt, å andra sidan ett

hinder för att skapa relationer. Skyddsutrustningen begränsade patientens perception, vilket den hämtar från bland annat mun och ansikte (Eide 2006). Såväl patientens som den professionellas blick och ansiktsuttryck är väsentligt för att använda ickeverbal kommunikation och att förmedla känslouttryck, att inte kunna ta del av varandras uttryck eller om den professionella skulle uppfattas ge uttryck för felaktig känslöförmedling kan påverka alliansen och patientens uppfattning om dess värde och tillit (ibid). Utifrån pandemin och skyddsutrustningen ställdes därmed kuratorn och annan personal i hälso- och sjukvården inför nya dilemman som de tidigare inte behövt hantera.

I början av Covid-19 pandemin fick jag tillsammans med ett par kuratorskollegor i uppdrag att arbeta på en avdelning som ställt om till att enbart behandla Covid-19 patienter. Detta gjorde att vi också fick ställa om och arbeta i en ny kontext efter de nya spelreglerna. Arbetet i skyddsutrustning på en ny avdelning och med för oss okänd personal präglades av nya insikter, erfarenheter och kunskaper men väckte ännu fler frågor kring vår roll som kuratorer. Några av frågorna relaterades till skyddsutrustningen och att det bara var våra ögon och händer som syntes för patienterna och om hur krisstödet skulle balanseras mot patientens andningssvårigheter och ångest. Arbetet innebar att vi själva skapade relationer med dels patienter, dels okända kollegor som var klädda i samma typ av skyddsutrustning som oss själva. Det blev tydligt för oss i rum utan skyddsutrustning att våra föreställningar om våra nya kollegor inte överensstämde med vad vi själva först skapat oss en bild om.

Även om det bara gått några år sedan Covid-19 pandemins utbrott har det hunnit publiceras en hel del forskning om ämnet. Den största andelen forskning kommer från en medicinsk kontext som studerar viruset, dess uppkomst, spridning och behandling. Forskningen hanterar också en del frågor om att arbeta i skyddsutrustning men saknar ofta ett samhällsvetenskapligt och relationellt perspektiv i det medicinska sammanhanget (se Foula et al. 2021; Bindu et al. 2022 för undantag). I forskningen som presenterats finns en brist i att kombinera dessa perspektiv, och för att förstå problemet och komplexiteten i konsekvenserna för relationsskapande i skyddsutrustning behövs ytterligare kunskap genom kvalitativa undersökningar där upplevelser kan studeras på annat sätt än med statistik. Denna

uppsats vill bidra med kunskap om relationsskapande med patienter i skyddsutrustning och vilka konsekvenser Covid-19 haft för hälso- och sjukvårdskuratorer, resultaten kan användas för att få ökad förståelse för sammanhanget och för att utveckla kuratorers framtida arbete i skyddsutrustning.

## Syfte

Syftet med uppsatsen är att förstå kuratorers syn på och upplevelse av relationsskapande och hur Covid-19 samt den ökande användningen av skyddsutrustning har påverkat relationsskapande med patienten.

## Frågeställningar

För att uppnå syftet har följande forskningsfrågor formulerats:

1. Hur ser hälso- och sjukvårdskuratorn på relationsskapande med patienter?
2. Vad har hälso- och sjukvårdskuratorn för erfarenheter kring att arbeta i skyddsutrustning och hur har skyddsutrustningen påverkat relationsskapande med patienterna?
3. Vilka konsekvenser får det ökande användandet av skyddsutrustning, som startades med utbrottet av Covid-19, för hälso- och sjukvårdskuratorer, och deras relationsskapande med patienter?

## Tidigare forskning

Forskningsläget som presenteras i detta avsnitt kommer från tre olika forskningsfält; 1) relationsskapande i socialt arbete, 2) kuratorn i hälso- och sjukvård samt 3) Covid-19 pandemin och skyddsutrustning. Forskningsfälten om relation och kuratorn tangerar varandra i vissa avseende, medan forskningen om skyddsutrustning ofta kommer från ett medicinskt perspektiv. Gemensamt för de olika forskningsfälten är att alla relaterar till syftet för uppsatsen. Inledningsvis kommer tidigare forskning om relationsskapande för kuratorer och socialarbetare presenteras följt av forskning om kuratorns arbete i hälso- och sjukvården. Avslutningsvis presenteras forskning om att arbeta i skyddsutrustning. Viss forskning har ett svenskt perspektiv men en stor del är hämtat från en internationell överblick kring forskningsfälten för en bredare forskningsöversikt.



## Relationsskapande i socialt arbete

Stora delar av det sociala arbetet utgår från att skapa relationer med människor. Forskningsfältet är brett och undersöker relationer ur flera aspekter och inom olika verksamheter. Det finns ingen självklar översättning till ”kurator” och inte heller anledning att utesluta annan relationsforskning än den som berör kuratorn, varför sökordet ”social worker” använts i uppsatsens litteratursökning. Forskningen är i stort enhetlig vad gäller vikten av att skapa relationer och vilka beståndsdelar som krävs för att göra detta framgångsrikt. Det finns forskning som hänvisar till att Covid-19 pandemin påskyndat utvecklingen och användandet av digitala verktyg i professionella relationer. Det framkommer också i tidigare forskning att det kan finnas barriärer vad gäller såväl fysiska besök iklädd skyddsutrustning, som digitala besök, vilket gör att även forskningsfältet om digitalkommunikation är relevant för uppsatsen.

### *Att skapa professionella relationer*

O’Connor (2019) framför att socialarbetarens relationer är inbyggda i deras arbete och undersöker genom en litteraturöversikt vilka teman som är mest centrala relaterade till socialarbetarens känslor i en professionell relation. Centrala teman som lyfts fram berör den professionellas förmåga att hantera och möta närhet och distans i kontakten, relationell dynamik, ambivalens och organisatoriska förutsättningar. Ortega-Galán, Ruiz-Fernández och Ortíz-Amo (2020) hänvisar till att professionella behöver besitta särskilda förmågor för att utveckla och hantera deras professionella relationer. Det redogörs också för vikten av att professionella utvecklar ”emotionell intelligens” vilket relaterar till den professionellas förmåga att skydda sig från de påfrestningen som det psykosociala arbetet innebär. Den professionellas förmåga att förmedla empati i en professionell relation lyfts fram som ett av de viktigaste elementen för att relationen mellan professionell och klient ska anses vara välfungerande. Förutom ett empatiskt förhållningssätt till klienten, behöver den professionella ha ett icke-värderande förhållningssätt, för att kunna möta individerna som är i behov av socialarbetarens hjälp eller stöd (ibid).

Egan, Maidment och Connolly (2017) studie visar att tillit, förtroende, trygghet, sekretess och reflektionsmöjligheter i relationen är viktiga beståndsdelar för en god relation. Tillit och förtroende var i många fall grunden för att en klient skulle kunna känna sig trygg och säker i relationen. Även Sinai-Glazer (2020) lyfter fram tillit, förtroende och trygghet som viktiga beståndsdelar i den professionella relationen och menar att tilliten byggs upp över tid. Andra viktiga faktorer i en professionell relation hänvisas till empatisk förmåga att den professionella ska lyssna och försöka förstå den andra personen samt göra anspråk på att hjälpa. Det ansågs också viktigt för professionella att visa sig medmänskliga och framföra sin medkänsla, genom detta förhållningssätt kunde personalen också visa på sin egen sårbarhet vilket ansågs betydelsefullt för relationen. Slutligen lyfter Sinai-Glazer (2020) att den professionella behöver ge uttryck för att vara varm, positiv och omhändertagande samt att det finns någon form av trivselfaktor i relationen, som respondenterna i studien beskrev som en känsla av samhörighet eller gemenskap.

Ortega-Galán, Ruiz-Fernández och Ortíz-Amo (2020) lyfter fram ett etiskt problem i att utöva empati och samtidigt vara emotionellt intelligent. Problemet beskrivs med hänvisning till den professionellas självomsorg och behov av att distansera sig och inte låta sig påverkas av berättelserna eller situationerna som uppstår i mötet med klient. Det blir alltså dubbla och motstridiga roller i att vara närvarande och utöva empati men samtidigt se till att ägna sig åt självomsorg och distansera sig emotionellt i kontakten. Liknande paradox lyfter O'Connor (2019) fram då hon menar att professionellas känslor både har ett relationsskapande syfte och att det finns tveksamhet om när och hur känslor kan eller ska användas i professionella relationer. O'Connor (2019) lyfter också i sin litteraturstudie fram olika teman utifrån socialarbetarens egna känslor och hur dessa kan användas i eller för att påverka den professionella relationen med klient. Det framkommer att socialarbetarens egna känslor i vissa fall resulterar i att denna undviker ämnen som väcker svåra eller jobbiga känslor hos socialarbetaren, vilket i sin tur kan påverka relationen med klienten. O'Connor (2019) lyfter också fram socialarbetarens ambivalenta inställning och förståelse för sina känslor i relationen till klienter, detta relaterat till dennas personliga respektive professionella roll som inte går att separera från varandra. Morley (2022) framhåller i sin australienska studie att

professionella behöver kunna åsidosätta sina egna behov till förmån för klientens, detta för att kunna möta och förstå denna där den finns i sin kontext.

### *Relationsskapande i digitala rum*

I likhet med relationsforskningen visar forskningen om relationer i digitala rum att tillit, förtroende och trygghet i kontakten är viktiga för att relationen ska fungera. Yuen-Han Mo och Chan (2023) resultat visar att skillnaden i upplevelse mellan digitala och fysiska besök var signifikanta och att respondenterna i första hand föredrog fysiska kontakter och i andra hand en kombination av fysisk och digital kontakt. Ett antal teman utkristalliserades som viktiga för att ha en fungerande professionell, digital relation. Dels var tillgängligheten viktig, dels förtroende, tydlighet i roller och kommunikation samt att kontakten var individcentrerad i form av att total uppmärksamhet riktades mot varandra. Recmanová, Kalenda och Kowaliková (2022) fann i sin studie att professionella föredrog direkt, fysisk kontakt när detta var möjligt för att inte riskera att kontakten skulle påverkas negativt av att det digitala forumet kunde missa icke-verbalkommunikation eller att det skulle upplevas mer anonymt. Däremot ansågs digitalkommunikation kunna användas som komplement när fysiska besök av olika anledningar inte var möjligt. Mishna et al. (2021) såg att den digitala utvecklingen expanderat i samband med Covid-19 då fysiska besök i vissa situationer var begränsade. Deras resultat visade två huvudsakliga bekymmer, det första med gränssättning relaterat till flexibilitet och tillgänglighet och det andra med patienters behov av och kunskap om tekniska hjälpmedel. Wasilewski et al. (2022) studie visar att personal i hälso- och sjukvård behövde använda sig av digitala hjälpmedel i högre utsträckning. Detta för att Covid-19 patienter och andra som drabbats av besöksförbud som rådde på sjukhusen skulle kunna ha kontakt med sina anhöriga, detta då det minskade patienternas känsla av isolering och hade en lugnande psykologisk effekt vilket ansågs positivt för både patienter och personal.

Recmanová, Kalenda och Kowaliková (2022) såg att en av fördelarna med digital kommunikation var att tillgängligheten var högre och att det var lättare att få kontakt med den professionella, däremot såg de risker med att viktig information i kontakterna gick miste i och med förlusten av den fysiska kontakten. Detta i likhet

med Yuen-Han Mo och Chan (2023) studie där det framkom att det fanns upplevelse av att det var lättare att dölja och svårare att tolka känslor digitalt vilket gjorde det svårt för professionella att uppfatta det essentiella i subtila meddelande eller känslouttryck. Till skillnad från forskningen ovan, visade Sanders (2019) resultat att det fysiska mötet inte var avgörande för hur den behandlande kontakten fungerade och att terapeutisk behandling i digitala rum kan fungera lika väl som vid fysiska besök. Det förutsätter dock att både behandlare och patient är införstådda med potentiella begränsningar och medvetna om behov relaterade till detta, som exempelvis att artikulera tydligare. I forskningen ses att det digitala kommunikationsmedlet har både möjligheter och begränsningar vad gäller att använda i professionella samtal. I likhet med tidigare forskning om skyddsutrustning framkommer olika dimensioner av hur relationen påverkas av olika typer av digitala forum där text och telefon inte ger möjlighet att använda kroppsspråk till skillnad från videobesök. Tidigare forskning om relationsskapande i socialt arbete visar på egenskaper en professionell relation bör innehålla, vilka dilemman som professionella behöver hantera och i vissa fall hur relationsskapande görs. Detta tillsammans med potentiella likheter mellan barriärer för relationsskapande i skyddsutrustning och med digitala forum samt ökningen av digitala kommunikationsmedel i samband med Covid-19 pandemin blir relevant för uppsatsen, då kuratorers syn på och upplevelse av relationsskapande med patienter samt konsekvenser av Covid-19 avses undersökas.

## Kuratorn i hälso- och sjukvård

I förhållande till relationsforskningen där sökningen avsett relationsarbete i socialt arbete i stort kommer nu mer specifik forskning om kuratorn och dennas roll i hälso- och sjukvård presenteras. Detta anses relevant på grund av den medicinska kontext kuratorn är verksam i, mot relationsforskningen som haft en bredare sökning om relationsskapande i socialt arbete. Litteratursökningen har fokuserat på kuratorns roll genom det psykosociala arbetet i medicinsk kontext genom både en svensk och internationell kontext, för att belysa olika perspektiv på kuratorns arbete. Internationellt skiljer sig kuratorns arbetsuppgifter åt då utvecklingen av yrkesrollen sett olika ut i olika länder (Blom et al. 2014). Benämningen för

yrkesrollen skiljer sig också internationellt men kommer här omnämnas som ”kurator”. Forskningsfältet och antalet publicerade artiklar om kuratorn som profession och dennas positionering i hälso- och sjukvården har ökat de senaste åren, vilket både breddat och stärkt fältet som sträcker sig över en medicinsk, psykologisk och samhällsvetenskaplig arena (Svärd & Svärd 2022).

### *Psykosocialt arbete i hälso- och sjukvården*

Sernbo (2019) framför i sin avhandling att kuratorns arbete blir till i gränslandet mellan det medicinska sammanhanget och det sociala arbetet. Liknande beskrivning ger Maramaldi et al. (2014) av kuratorns positionering i hälso- och sjukvården i USA. Studien utgår från den biopsykosociala modellen, som hänvisar till att biologiska, psykologiska och sociala faktorer möts, och menar att kuratorns arbete tangerar alla tre områden. Den medicinska kontexten innebär att även kuratorn behöver ha viss grundläggande medicinsk kunskap om det aktuella området den arbetar mot (Giamportone 2022). Sernbo (2019) redogör för hur kuratorn i hälso- och sjukvård balanserar sin positionering genom att vara passiv respektive aktiv och genom att följa och förflytta sig mellan system, uppdrag och att företräda personal eller patient genom olika roller. Patientens psykosociala behov beaktas av samtliga professioner i det multiprofessionella teamet men kuratorn har det huvudsakliga ansvaret (Heidenreich et al. 2017). Det sociala arbetet i somatisk kontext ger vårdpersonalen möjlighet att fokusera på sitt medicinska uppdrag samtidigt som det psykosociala perspektivet och krisbehandling blir omhändertaget av kuratorn (Maramaldi et al. 2014). Gränsöverskridningar mellan professionernas respektive huvudsakliga ansvarsområde i teamet kan skapa möjlighet till mer effektivt arbete och en god gemensam överblick om det aktuella ärendet (Maramaldi et al. 2014; Giamportone 2022).

I Giamportones (2022) intervjuer med kuratorer i hälso- och sjukvård framkom att deras huvudsakliga arbetsuppgifter innefattade psykosocialt behandlingsarbete. Detta innefattar bland flera praktiskt och emotionellt stöd samt att förklara och hjälpa patienten förstå sin somatiska situation, det vill säga att förklara medicinsk information som patienten fått till sig från annan vårdpersonal. Detta i likhet med

Sernbos (2019) avhandling där hon framför att kuratorn utifrån ärende och uppdrag ska vara flexibel och anpassningsbar relaterat till ärendets karaktär och kuratorns tilldelade uppdrag. Johnston och Temp (2018) menar att det inte finns så mycket forskning om det stödjande sociala arbetet även om detta hör till en av kuratorns vanligaste arbetsuppgifter. Resultaten i deras studie visar att patienter i första hand är i behov av förståelse och kunskap kring sin livssituation. Detta behov behöver uppfyllas innan patienten kan anpassa sig till en ny situation relaterat till de somatiska förutsättningarna och för att i ett senare skede kunna acceptera och ta till sig hjälp- eller stödinsatser. Sammantaget beskrivs kuratorns psykosociala uppdrag i hälso- och sjukvården i förhållande till ett gränsland mellan psykologiska, sociala och medicinska dimensioner där kuratorn har viss kunskap kring samtliga ämnen. Det framkommer inte några större skillnader i forskningen om kuratorn relaterat till vilket land den producerats i, även om kuratorns yrkesroll kan skilja sig internationellt finns tendenser till en gemensam, övergripande bild av det psykosociala arbetet. Som framgått ur Johnston och Temp (2018) studie finns begränsad tillgänglig kunskap om kuratorns stödjande samtal, men också om hur kuratorns professionella relationer ser ut och etableras i hälso- och sjukvården. Detta är något som avses undersökas i uppsatsen, genom kuratorers syn på och upplevelse av relationsskapande med patienter i hälso- och sjukvård.

### Covid-19 pandemin och skyddsutrustning

I samband med Covid-19 pandemins utbrott öppnades ett nytt forskningsfält som fokuserar dels på medicinska frågor, dels på frågor relaterade till personalen och användande av skyddsutrustning. Forskningen om skyddsutrustning har i första hand berört personalens hälsa och upplevelser av att arbeta iklädda skyddsutrustning. Utifrån syftet med uppsatsen kommer detta avsnitt istället fokusera på forskningen som berört hur kontakten mellan personal och patient upplevts från deras respektive perspektiv för att skapa en bild av hur skyddsutrustningens har påverkat kontakten och relationen. I sökandet och läsandet av tidigare forskning om skyddsutrustning har två större teman kunnat definieras: 1) ansiktets betydelse och icke-verbal kommunikation samt 2) känslöförmedling och relation. Forskningen som presenteras nedan har i synnerhet fokuserat på

munskydd som skyddsutrustning och förlusten av att inte kunna se ett helt ansikte. Forskningsresultaten har inte varit helt samstämmiga och visar på variationer i hur användandet upplevts av både personal och patienter, i viss forskning är också resultaten något motstridiga.

### *Covid-19: Ansikte och icke-verbal kommunikation*

Vad gäller forskning om skyddsutrustning och ansiktets betydelse samt icke-verbal kommunikation har forskningsresultaten varit någorlunda enhetliga. Mheidly et al. (2020) framför att kommunikationen och uttryck som förmedlas och konstrueras av den undre delen av ansiktet försvåras vid interaktioner där munskydd används. I artikeln föreslås ett antal strategier för att hantera bekymmer som kan uppstå när munskydd används. Dessa strategier utgår från att medvetandegöra kontexten för att kunna uppmärksamma funktioner som försvinner men också konkreta tips för att kommunicera bättre genom munskydd. Bland annat framförs förslag på hur icke-verbal kommunikation och ögonbrynen kan användas för att tydliggöra kommunikation och förmedling av känslouttryck, vilket även framkommit i Erschens et al. (2022) studie. I deras resultat framkom också att en knapp minoritet av personalen som tillfrågades rapporterade att de dels blev mer tydliga och konkreta i sina uttryck och, dels använde icke-verbal kommunikation i högre utsträckning när de använde munskydd. Även Wasilewski et al. (2022) framhåller att personalen försökte använda sig av andra strategier för att kompensera för minskad verbal kommunikation när skyddsutrustning användes, detta kunde vara att hjälpa patienterna att känna sig mer som sig genom att exempelvis göra i ordning håret eller möjliggöra att patienterna kunde utöva sin religion. I dessa studier ses arbetet i munskydd som någon form av hinder i kontakten med patient och att den minskade kommunikationen och förmedling av känslouttryck behövde kompenseras genom olika strategier för att kunna skapa en god relation med patienterna.

Grenville och Dwyer (2022) hänvisar sina resultat om att det är svårt att förmedla känslor i skyddsutrustning till hur och vad den nedre delen av ansiktet förmedlar när människor uttrycker sig icke-verbalt och att denna kommunikation döljs genom munskydd. Detta i likhet med Molnar-Szakacs et al. (2021) som redogör för att

både den verbala och icke verbala kommunikationen påverkats av att skyddsutrustningen hindrat från att se hela ansiktet och hämmat möjlighet att läsa på läppar och tolka känslor och interaktioner, vilket hänvisas till att ögonen och munnen tillsammans skapar avgörande ledtrådar om människans avsikter och känslor. Författarna problematiserar också hur människor kan bearbeta och hantera viktig information när det viktigaste ickeverbala verktyget som ansiktet utgör saknas. Mitzkovitz, et al. (2022) framför att den professionellas förmåga att förmedla empati är centralt för relationsskapande med patienter, samtidigt visar deras studie att patienter inte uppfattar sin behandlares empati lika tydligt när de använder munskydd. Resultaten visar också att den icke-verbala kommunikationen från den professionella när munskydd används blir viktig för att nå terapeutisk allians i munskydd. Likt annan redovisad forskning (Grenville & Dwyer 2022; Molnar-Szakacs et al. 2021 *m.fl.*) framhåller Mitzkovitz et al. (2022) att det är den nedre delen av ansiktet som döljs i munskydd som ger upphov till svårigheterna att kommunicera och förmedla känslor, vilket kan vara viktigt att undersöka vidare i denna studie.

#### *Covid-19: Känslor och relation*

Wasilewski et al. (2022) genomförde en kvalitativ studie i Canada relaterad till Covid-19 med både hälso- och sjukvårdspersonal och patienter som intervjupersoner. Resultaten visar att besöksförbud bidrog till att patienterna upplevde sig isolerade från sin omgivning. Det framkommer också beskrivningar om stigmatisering och att patienterna upplevde att även personal kunnat undvika patienterna både under och efter att de varit smittsamma. I motsats till detta ges också beskrivningar om att personal varit betydelsefulla för patienterna när dem gett både emotionellt stöd och beröring vilket anses varit lugnande. Patienterna framhöll att personalens bemötande var av stor vikt för att kunna lindra och bekräfta ångest och andra svåra känslor som patienterna drabbades av (*ibid*). Grenville och Dwyer (2022) studie visar att munskydd hade påverkan på hur människor kunde förmedla emotioner, däremot kunde de inte påvisa att detta var konsekvent mellan känslor. Exempelvis framkom att känslor som gav anspråk på arga eller neutrala uttryck var lättare att känna igen medan emotioner så som glädje eller sorgsenhet var svårare att förmedla och uppfatta. Ross och George (2022) studie visar liknande



resultat och framhåller att det finns viss svårighet med att uppfatta förmedlade känslor i skyddsutrustning, även dem framför att det är svårare att uppfatta uttryck av glädje när personen bär munskydd. Till skillnad från Grenville och Dwyer (2022) menar dock Ross och George (2022) att det inte finns några svårigheter att kommunicera känslor i munskydd om hela kroppen är synlig för mottagaren, och menar då att ansiktet inte har den avgörande betydelsen. I en studie publicerad före Covid-19 pandemin framkom att patienter som träffat läkare med munskydd inte upplevde kontakten sämre än kontakterna utan munskydd, detta oberoende av om det för patienten var en sedan tidigare känd eller okänd läkare. Emellertid fann de att patienter hade svårare för att uppfatta läkarens empati när denna hade skyddsutrustning på sig (Ka man Wong et al. 2013). I detta sammanhang bör läkarens förmedling av empati inte vara relaterat till grund för relationsskapande, i motsats till Ortega-Galán, Ruiz-Fernández och Ortíz-Amo (2020) studie som visar att empati är en viktig del för att skapa relation.

Grahlow, Rupp och Derntl (2022) fann i sin studie att arga uttryck upplevdes mindre hotfulla i munskydd tillskillnad från glädje och sorg som upplevdes som mer skrämmande i munskydd i jämförelse med att inte ha något munskydd. Erschens et al. (2022) framför svårigheterna både personal och patienter upplevt med att använda munskydd men framhåller likt Ka man Wong et al (2013) att detta inte hindrat patienter från att ta eller ha kontakt med personalen. Erschens et al. (2022) framför att det bland annat varit svårt för patienter att både uppfatta och använda sig av humor och ironi när munskydd använts. För personalens del framkom det att de kunde uppleva sig alienerade och att deras roll i teamet blev mer opersonlig än tidigare vilket bidrog till upplevelse av att vara mer anonyma som personer och känsla av utanförskap. Sammantaget visar tidigare forskning att skyddsutrustning påverkat både professionellas verbala och icke-verbala uttryck samt förmåga att förmedla känslouttryck, de flesta studierna har varit centrerade kring munskydd eller att nedre delen av ansiktet dolts i skyddsutrustning. Däremot har ingen studie fokuserat på hur relationsskapande med patienter påverkats av skyddsutrustningen eller undersökt hur kuratorer påverkats av att arbeta och ha samtal i skyddsutrustning, vilket uppsatsen syftar att bidra till.

## Summering

Forskningsöversikten är hämtad från både svensk och internationell kontext för att uppmärksamma olika perspektiv och få en bredare bild av det sammantagna kunskapsläget. Tidigare forskning om relationsskapande har visat att tillit, förtroende och känslöförmedling är viktiga egenskaper för professionella relationer tillsammans med att förmåga att förmedla empati och skapa trygghet. I forskning om digitala rum framgick att fysiska besök föredrogs och det framställs farhågor om att det varit lättare att dölja och svårare uppfatta essentiella och subtila uttryck, positiva upplevelser hänvisas till tillgänglighet. Kuratorns roll i hälso- och sjukvård beskrivs genom social, psykologisk och viss medicinsk kunskap, med det huvudsakliga psykosociala ansvaret för patienterna. Tidigare forskning om skyddsutrustning har visat att förmedla känsloutryck och uppfatta icke-verbal kommunikation försvårats, vilket i relationsforskningen framställdes som viktigt för relationsskapande. Forskningen är dock inte helt konsekvent, det finns invändningar om att skyddsutrustningen inte hindrat kontakt mellan patient och personal. Ur forskningsöversikten framgår att det finns forskning om samtliga tre områden och att relation och hälso- och sjukvårdskuratorns yrkesroll ibland kombineras, emellertid finns inte eller liten del forskning som sammanför alla tre områden, vilka har betydelse för kuratorns möjlighet till relationsskapande i skyddsutrustning. I förhållande till detta framkommer inte heller samlad kunskap om hur olika typer av skyddsutrustning påverkar relationen eller möjlighet att förmedla känsloutryck i förhållande till personalens upplevelse och mående av att använda skyddsutrustning. Genom att sammanföra och undersöka dessa aspekter genom hälso- och sjukvårdskuratorers erfarenheter vill denna uppsats bidra med ny och samlad kunskap utifrån dessa identifierade kunskapsluckor.

## Teoretiska utgångspunkter

I detta avsnitt kommer de teoretiska perspektiv som har använts i analysarbetet att presenteras och beskrivas. Dels kommer valet av teorier att motiveras, dels förklaras utifrån hur de kan förstås i relation till empirin som samlats in. Som tidigare beskrivits finns kuratorn i hälso- och sjukvården i gränslandet mellan den medicinska och sociala kontexten. När kuratorn etablerar kontakt med sin patient börjar kuratorns uppdrag om att skapa relation, vilken senare har betydelse för hur

kontakten kommer att bli och upplevas av såväl den professionella som patienten. För att förstå hur kuratorer skapar relationer med sina patienter har två teorier valts ut: Howe's (1998, 2017) relationsbaserade tänkande och Dewane's (2006) Use of Self. Utifrån dessa valda teoretiska perspektiv har sedan några centrala begrepp, som ansetts vara väsentliga för att kunna uppnå uppsatsen syfte och besvara frågeställningar, valts ut för att analysera empirin.

### Relationskapande: Genom att använda sig själv

Relationen mellan kurator och patient anses enligt både det relationsbaserade tänkandet och Use of Self vara en väsentlig byggsten i en professionell kontakt för att kunna lyckas med förändring och målet med kontakten. Förändringen relaterar, enligt dessa synsätt, till målet för kontakten vilket från kuratorns perspektiv kan innefatta att patienten behöver förhålla eller anpassa sig till en ny typ av livssituation. En god relation och terapeutisk allians anses ur dessa perspektiv vara grunden för relationsskapande och att den professionella använder sig själv som redskap för att skapa relation. På detta sätt blir relationen och den professionellas egen person central för att kuratorer ska kunna utföra sitt arbete och lyckas med förändring och det mål som satts upp för kontakten. Detta innebär i sin tur att kuratorn primärt behöver en god självkänedom för att kunna förstå andra för att sekundärt kunna hjälpa och stödja patienten till förändring eller det som avses med målet för kontakten (Howe 1998; Dewane 2006).

Utifrån ett relationsbaserat tänkande etableras relationen genom att kuratorn har och med skicklighet kan använda sig av ett antal färdigheter. Vilka färdigheter som används varierar beroende på vilket arbete som ska utföras. För att skapa en professionell relation med god och trygg grund är tillit mellan kurator och patient viktigt. Den trygga och tillitsfulla grunden används sen för att kunna påbörja arbetet med att identifiera patientens behov och senare val av intervention för att definiera målet eller förändringen med kontakten. Kuratorn behöver således i första hand arbeta med att etablera en god professionell relation, i andra hand identifiera patientens behov för att kunna lyckas med förändringen eller målet med kontakten (Howe 1998, 2017).

Utifrån Use of Self belyses istället hur kuratorn använder sig själv och sin egen personlighet som redskap och färdighet för att skapa terapeutisk allians och förändring. "Use of Self" kommer att användas som analytiskt begrepp i analysen för att förstå på vilket sätt kuratorer använder sig själva som redskap för att skapa relation med patient. Att använda sig själv enligt detta synsätt, innebär att personliga egenskaper, god självkänedom och relationella färdigheter, i detta fall hos kuratorn, används för att skapa terapeutiska relationer och uppnå förändring eller annat angivet mål med kontakten. Hur och när den professionella använder sig själv och sin person i kontakten relaterar till patientens behov och mottaglighet för detta (Dewane 2006).

De båda teorierna är centrerade kring den professionellas roll och egen person tillsammans med hur kuratorn använder sina färdigheter. Detta kommer i analysen användas för att förstå hur kuratorn använder sig själv och vid vilka tillfällen detta görs, när det inte görs och konsekvenser av detta. De valda teoretiska perspektiven har dock vissa begränsningar. Det centrerade perspektivet kring kuratorn skapar till exempel begränsning vad gäller att kunna förstå kuratorns arbetskontext och andra relationsskapande aspekter. Perspektiv och dimensioner av arbetet, såsom exempelvis organisatoriska faktorer och struktur i arbetet eller vilka kontexter relation med patient ska skapas i, saknas. Trots dessa begränsningar, kan de valda teoretiska perspektiven ändå hjälpa till att förstå kuratorers syn på och upplevelse av relationsskapande med patienter och konsekvenser från Covid-19 och det ökande användandet av skyddsutrustning.

## Färdigheter

Kuratorns färdigheter innefattar olika delar och personliga egenskaper som kuratorn kan använda sig av för att lyckas med sitt relationsskapande och målet för kontakten. Hur och när kuratorerna använder sina färdigheter anpassas efter kontext och patient. För att förstå kuratorns relationella färdigheter utifrån relationsbaserade tänkandet kommer begreppen "social intelligens", "empati" och "mentalisera" att användas. I förhållande till "Use of Self" har tre begrepp valts ut, "ångest", "relationell dynamik" och "humor". Begreppens innebörd och funktion kommer diskuteras nedan. Av dessa sex begrepp har "social intelligens", "relationell

dynamik” och ”mentalisera” en mer övergripande utgångspunkt, som syftar till kuratorns förmåga att använda dessa färdigheter i relationsskapande, vilka inte nödvändigtvis kommer från egen person och som står utanför kuratorns personliga egenskaper. De andra tre begreppen ”empati”, ”humor” och ”ångest”, utgår istället från en annan nivå, som mer personlig utgångspunkt där kuratorn använder sin egen person och erfarenheter för att skapa relation med patienter. Ordens betydelse i sig är således inte kuratorns färdighet, hur kuratorn använder sig av sig själv genom dessa begrepp är det som syftar till att kuratorn använder sig av sin färdighet.

För det första kommer begreppet ”social intelligens” att användas som analytiskt begrepp i uppsatsen. Att använda denna färdighet och visa på skicklighet i relationsarbete syftar att kuratorn kan förstå och känna in sin egen och andras känslöstämning. För att lyckas med detta behöver kuratorn både förstå och känna sig lugn och trygg i sina egna känslor, detta för att kunna hålla nere sina psykologiska försvar som annars riskerar att påverka relationen. På samma sätt behöver kuratorn arbeta med patienten för att denna ska känna sig lugn och trygg innan arbete med förändring och målet med kontakten kan påbörjas. Genom ”social intelligens” möjliggörs dels egen utveckling, dels att lära ut dessa färdigheter till patient. Att lära ut denna färdighet innebär att patienten både kan förstå sina känsloreaktioner bättre och att deras känslouttryck regleras och anpassas i andra interaktioner och relationer än den professionella (Howe 2017; Dewane 2006).

För det andra kommer ”relationell dynamik” att användas som analytiskt begrepp. Med begreppet menas att kuratorn använder sig själv genom att internalisera och lära ut färdigheter som patient kan använda sig av i andra relationer. Detta genom en växelverkan mellan överföring och motöverföring där kuratorn genom att använda sig själv tar in den andra personen och dennas uttryck för att sedan föra tillbaka, där patient senare kan ta över den professionellas relationella skicklighet genom internalisering. Den relationella dynamiken innefattar den professionellas egen sårbarhet och person i förhållande till tidigare erfarenheter och känslor. Relaterat till denna uppsats och att arbeta i skyddsutrustning, finns fysiska aspekter om sårbarhet så som att skyddsutrustningen kan sitta dåligt, vara varm eller göra det svårare att andas. Det finns också psykiska aspekter att ta i beaktning såsom smittorisk vid exponering för smittsamt virus. Att som professionell dela med sig

av både den personliga och professionella personen i relationen kan ge patienten perspektiv på objektivitet och medmänsklighet (Dewane 2006).

För det tredje kommer begreppet ”mentalisera” att användas som analytiskt begrepp. Begreppet innefattar kuratorns möjlighet och förmåga att mentalisera och att kunna ta in och förstå sina egna tankar och känslor samt förhålla sig till dessa i sitt arbete med patienter. Att kuratorn har förmåga att mentalisera hänvisar också till att kunna ta in och förstå hur andras tankar och känslor påverkar deras agerande. Kuratorns empatiska uttryck och förmåga att mentalisera hänvisas till att ta in och försöka förstå dels vad kuratorn själv tänker och känner, dels försöka förstå vad patienten tänker och känner (Howe 2017).

För det fjärde kommer begreppet ”empati” att användas som analytiskt begrepp. Den professionellas möjlighet att känna och uttrycka empati är en färdighet som relaterar till både kuratorns egen person och skicklighet i relationsarbete. Empati relateras dels till kuratorns möjlighet att ta in och förstå en annan människas livssituation, dels till att kunna förmedla empati. Detta uppnås genom att undersöka vart patienten varit innan och vad denna har med sig från tidigare erfarenheter, vart den är nu och vad som är aktuellt utifrån aktuell livssituation samt vart den är på väg. Empati är således något som är centrerat kring patienten och inte utifrån kuratorns egen erfarenhet eller intresse (Howe 2017).

För det femte kommer ”humor” att användas som analytiskt begrepp för att förstå hur kuratorn arbetar med relationsskapande. Humorn är en färdighet där kuratorn kan använda sig själv och sin egen personlighet för relationsskapande med patienter. Fördelarna med att använda sig av humor hänvisas till normalisering och bekräftelse av patientens situation men också att det kan vara nyckeln till förändring. Humorn kan också verka som något förlösande i en svår situation. Att använda sig av målade beskrivningar, metaforer eller egna upplevelser i kontakten bekräftar klienten i dennas situation och visar på kuratorns empati. Att använda sin humor i kontakten kan också innebära en del dilemman som den professionella behöver förhålla sig till för att inte råka förminska eller förlöjliga patienten, distansera sig mot patienten eller göra anspråk på annan typ av relation än professionell (Dewane 2006).

För det sjätte kommer ”ångest” att användas som analytiskt begrepp. Professionellas ångest kommer från känslor som skapas i kontakten och relaterar till den professionellas önskan och förhoppning om att göra ett bra arbete, vilket avser både relationsskapande och att lyckas med målet för kontakten. Detta genom att använda sig av egna erfarenheter som tangerar den aktuella situationen som hanteras i kontakten. Egna erfarenheter kan relatera till ångest som känsla eller sårbarhet genom att ha liknande och återkommande möten och samtal med svårt sjuka patienter. I relation till den ofta negativa upplevelsen av ångest kan det vara en känsla som den professionella önskar undvika snarare än att använda sig av (jfr. Dewane 2006).

Några av begreppen har delar som tangerar och liknar varandra medan andra är mer självständiga. Med avgränsningen av vilka begrepp som kommer användas kommer också begränsning med teorin då det finns fler aspekter av relationsskapande än de som lyfts fram i detta avsnitt, utifrån insamlad empiri anses de ändå tillräckliga för att svara till studiens syfte och frågeställningar. Dessa sex begrepp kommer således att användas i analysen, för att förstå kuratorers syn på och upplevelse av relationsskapande samt vilka konsekvenser Covid-19 pandemin och det ökande användandet av skyddsutrustning haft, för att förstå hur kuratorer arbetar med relationsskapande i kontakten med patienter.

## Metodologiska överväganden och tillvägagångssätt

I detta avsnitt kommer metodologiska överväganden och diskussioner om uppsatsens utformning och tillvägagångssätt presenteras. Till en början diskuteras den vetenskapsteoretiska ansatsen som uppsatsen utgår ifrån. Detta följt av diskussion om uppsatsens kvalitativa metodval, genomförande av intervjuer och bearbetning av material. Därefter diskuteras uppsatsens förtjänster och begränsningar samt reflektioner om studiens tillförlitlighet. Avslutningsvis diskuteras etiska överväganden som varit aktuella under uppsatsskrivandet.

## Vetenskapsteoretisk ansats

Som vetenskapsteoretisk vägledning har uppsatsen haft en hermeneutisk ansats för att kunna tolka och förstå hur kuratorer arbetar med relationsskapande och vilka konsekvenser Covid-19 och den ökande användningen av skyddsutrustning haft. Den hermeneutiska idétraditionen har varit nära sammankopplat med texttolkning och har senare utvecklats till att förstå mänskliga beteende med tolkning av meningen som central utgångspunkt, genom tolkningen blir återgivna beskrivningar det empiriska materialet och förståelsen för fenomenet (Alvesson & Sköldberg 2017). Relaterat till uppsatsens kvalitativa utgångspunkt med semi-strukturerade intervjuer blir kuratorernas berättelser och deras tolkning av sin livsvärld det empiriska underlaget.

Hermeneutiken kan beskrivas i en cirkel där det finns olika traditioner för hur denna kan se ut. Cirkeln som har använts i denna uppsats fungerar som en möjlighet att cirkulera runt de olika områdena, tolka och förstå samt helhet och detalj. Helheten blir förståelig utifrån delarna och tvärtom. Förståelsen grundar sig i tolkningen och har varit närvarande under hela uppsatsskrivandet. Detta har varit aktuellt i uppsatsen utifrån att kunna gå mellan tidigare forskning, teori och empiri för att analysera materialet, det vill säga, en växelverkan mellan helhet och detalj. Med den hermeneutiska ansatsen har forskarens roll betydelse genom dennas tolkning och även empatiska förmåga att sätta sig in i berättelsen och det empiriska underlaget (Alvesson & Sköldberg 2017). Forskarens aktuella kunskapsnivå om fenomenet spelar också in. Detta relaterar även till forskarens förförståelse för ämnet som har en central roll inom den hermeneutiska ansatsen (Sohlberg och Sohlberg 2019). Min egen förståelse om ämnet kommer från att jag själv under och några år efter Covid-19 pandemin arbetat med patienter iklädd skyddsutrustning. Min egen förförståelse är också anledningen till att denna uppsats skrivits. Som led i min förförståelse och att denna inte ska påverka riktning eller empiri har jag tagit stöd av en semi-strukturerad intervjuguide som kritiskt granskats och utgått från tidigare forskning och teori. Detta för att sedan fördjupa mig i deras berättelser och det som intervjupersonerna ansett väsentligt i relation till frågeställningarna. Jag har också haft andra perspektiv att förhålla mig till än min egen erfarenhet, genom ett teoretiskt ramverk och tidigare forskning. Samtidigt har det varit oundvikligt att



förförståelsen inte påverkat, detta genom de val som gjorts under uppsatsskrivandet, samtidigt som systematiskt arbete minskat risken för att förförståelsen skulle varit styrande. Förförståelsen kommer enligt hermeneutiken att utvecklas under processens gång efterhand som det empiriska underlaget och kunskapsnivån utvecklas (Alvesson & Sköldberg 2017).

## Målstyrt urval

Uppsatsen har använt ett målstyrt urval där kontakt med intervjupersoner etablerats genom en person med samordnande position av chefskaraktär för kuratorer inom somatiska verksamheter. Målstyrda urval är enligt Bryman (2018) sammankopplade med frågeställningarna och att forskaren därför väljer intervjupersoner som kan tänkas ha kunskap kring det som behöver besvaras, därav vände jag mig till kuratorer inom den somatiska vården som haft erfarenhet av att arbeta med patienter i skyddsutrustning. Att använda chefer som kontaktsväg kan enligt Kalman och Johansson (2019) vara problematiskt då intervjupersonerna kan hamna i form av lojalitetskonflikt och beroendeförhållande relaterat till dels deltagande, dels vad de känner sig bekväma med att lyfta kring fenomenet som ska studeras. Personen som initialt kontaktades har en form av chefskaraktär men kuratorerna är inte organisatoriskt anställda under denna person och bör därför inte ha varit berörda av ovan nämnda beroendeförhållande.

Urvalskriterierna har formulerats utifrån att kunna uppnå syftet med uppsatsen och urvalsgruppen i denna studie har bestämts utifrån ett inkluderingskriterium om att kuratorerna ska ha arbetat med patienter i någon form av skyddsutrustning. Utifrån min egen erfarenhet och anställning som kurator har kuratorer som jag har personlig kännedom om exkluderats för att motverka någon form av beroendeställning eller lojalitetskonflikt. Den första initiala kontakten togs via mail med bifogat informationsbrev som sedan har förmedlats vidare till ett hundratal kuratorer (se bilaga 2). Av dessa har åtta kuratorer medverkat i intervju, där fyra av intervjuerna har ägt rum på kuratorernas respektive arbetsplatser och fyra genomförts digitalt via Teams.

Intervjupersonerna har varit en tämligen homogen grupp vad gäller kön. Alla intervjupersoner är kvinnor och med erfarenhet av anställning som kurator från cirka 3–13 år. Samtliga intervjuade kuratorer har idag anställning inom somatisk vård där alla varit verksamma vid olika enheter, vilket bidragit till en variation i intervjumaterialet utifrån deras respektive erfarenhet av att arbeta i skyddsutrustning och med olika patientkategorier. En marginell skillnad har uppmärksammats vad gäller hur kuratorerna framställt sin egen person i förhållande till relationsskapande beroende på antal år i yrket, detta relateras främst till trygghet i yrkesroll och har inte gett vidare konsekvenser för vare sig analys eller resultat. Av intervjupersonerna är sex av dem legitimerade Hälso- och sjukvårdskuratorer, men samtliga intervjupersoner kommer i uppsatsen att omnämnas som kuratorer då deras arbetsuppgifter eller erfarenheter inte skiljer sig åt i förhållande till legitimationen.

### Semi-strukturerade intervjuer

I uppsatsen har kvalitativ metod, och närmare bestämt semi-strukturerade intervjuer, använts för att samla empiri. Intervjuerna har använts för att kunna uppnå uppsatsens syfte och svara på frågeställningarna, där tanken har varit att lyssna till intervjupersonernas berättelser om deras syn på och upplevelse av relationsskapande samt vilka konsekvenser som kommit från att arbeta i skyddsutrustning och under Covid-19 pandemin. För att kunna lyssna till intervjupersonernas berättelser har en metod som haft en grund men möjlighet att gå utanför denna behövts, vilket den kvalitativa intervjun ger möjlighet till då den söker efter rörliga och flexibla intervjuer som kan ta olika riktningar beroende på intervjupersonens erfarenheter (Bryman 2018; Kvale och Brinkmann 2021).

Redan under insamlandet av tidigare forskning utkristalliserades ett antal teman som var vanligt förekommande, detta tillsammans med teoretiskt ramverk blev grunden för intervjuguiden som senare användes till intervjuerna. Intervjuguiden har haft fasta teman och förslag på frågeställningar (se bilaga 1), vilket har gett möjlighet till en viss struktur i intervjuerna men också möjlighet att följa upp andra frågor som kuratorerna lyft, vilket gett intervjuerna en flexibilitet (jfr. Bryman, 2018). Flexibiliteten och intervjuguiden har dels gett kuratorernas

möjlighet att lyfta det som varit specifikt för deras upplevelser och erfarenheter och, dels min möjlighet att lyssna in och följa upp det som intervjupersonen framfört i förhållande till skyddsutrustning och relationsskapande med patient. Intervjufrågorna i intervjuguiden och senare även under intervjun har haft Kvale och Brinkmann (2021) beskrivning av intervjufrågor som grund, vilket innebär att respektive tema i intervjuguiden har börjat med en inledande fråga kring ämnet följt av sonderingsfrågor som skapat möjlighet till uppföljningsfrågor. De inledande frågorna har varit centrerade kring kuratorernas yrkesmässiga erfarenhet följt av teman om skyddsutrustning, yrkesroll och relationsskapande. I relation till sonderingsfrågorna har flexibiliteten för både intervjuperson och mig öppnat för berättelser om intervjupersonernas erfarenheter kring de tre teman som har varit aktuella. Det har inte funnits någon upplevelse av att intervjuerna skiljt sig åt beroende på det fysiska besöket eller digitala formatet. Ljudupptagningen under inspelning av intervjuerna har fungerat väsentligen väl. Vid behov under intervjun har frågorna varit mer direkta eller specificerande. Även tystnad har använts som ett verktyg för att föra intervjun framåt och tolkande frågor har använts för klargöra huruvida jag uppfattat svaret rätt eller inte, i likhet med Kvale och Brinkmanns (2021) beskrivning av hur man kan strukturera en intervju.

### Metodvalets förtjänster och begränsningar

Vad gäller kvalitativ metod och semi-strukturerade intervjuer finns både förtjänster och begränsningar, relaterat till sig själv och andra metodval. En kvalitativ studie har inte för avsikt att kunna generalisera till en större population eller dra statistiska slutsatser om ett fenomen. Syftet med metodvalet har istället varit att förstå hur kuratorer arbetar med relationsskapande med patienter samt vilka konsekvenser det ökande användandet av skyddsutrustning haft, varför det setts mer betydelsefullt att samla empiri med kvalitativa intervjuer. Detta med ett begränsat antal intervjupersoner som dels har specifik kunskap kring ämnet, dels kunnat ge närmre och djupare beskrivningar om sina upplevelser av relationsskapande och konsekvenser från skyddsutrustning och Covid-19. Det begränsade antalet intervjupersoner hindrar från att kunna generalisera till en större population, samtidigt som resultaten ändå kan vara användbara. Den kvalitativa utformningen

ger möjlighet att kunna säkerställa att respondenterna har den önskade erfarenheten som efterfrågas för att kunna svara på frågeställningarna (Bryman 2018).

Intervjuns förtjänster innefattar, som redan diskuterats, möjligheten för både intervjuperson och den som intervjuar att vara flexibel i relation till att kunna gå utanför de förutbestämda teman och följa upp andra, nya teman och möjlighet att ge eller fråga efter djupare reflektioner om ämnet. En annan fördel med intervjuer hänvisas till att kunna fråga om saker som inte går att observera och att ställa fördjupande följdfrågor som inte är möjligt vid exempelvis enkäter (Bryman 2018). Strukturen som ges av intervjuguiden bidrar också till att jag och min förförståelse inte riskerar att påverka intervjupersonen på samma sätt som exempelvis vid en ostrukturerad intervju. Min förförståelse och anställning kan också ha gett möjlighet och tillgång till bättre förståelse i intervjupersonernas berättelser och kontext samt lättare att etablera kontakt än någon som inte haft samma erfarenhet eller tillgång till fält. Flexibiliteten i intervjun kan dock påverka och resultera i ledande frågor (Bryman 2018), vilket är något som tagits i beaktning under intervjuerna genom att lyssna till intervjupersonernas berättelser och det dem önskar förmedla. Under intervjuerna har det funnits tillfällen där det funnits samförståelse kring ämnet som beskrivits, i frågor om relationsskapande och skyddsutrustning har intervjupersonernas berättelser och deras förståelse och tolkning av situationen varit i fokus med följdfrågor om deras upplevelser. I frågor som istället, på olika sätt behandlat att som kurator finnas i en medicinsk kontext med medicinska professioner, har intervjupersonernas berättelser fortsatt varit i fokus men inte följts upp med följdfrågor på samma sätt. Detta eftersom den organisatoriska kontexten inte varit relaterad till studiens syfte eller frågeställningar, samtidigt som det kan ha inneburit att väsentlig information inte uppmärksammats.

## Tillförlitlighet

I kvantitativ forskning är reliabilitet och validitet centrala begrepp för att säkerställa god forskning som undersöker det som avses att undersökas och ger en indikation på vilken kvalitet undersökningen håller. Begreppen är svåra att helt applicera inom kvalitativ forskning och kanske inte heller helt nödvändigt. Som alternativ lyfter

Bryman (2018) att man inom kvalitativ forskning istället kan titta på pålitlighet, trovärdighet, överförbarhet samt att styrka och konfirmera. Överförbarhet syftar till den kvalitativa forskningens fylliga och djupa beskrivningar och huruvida dessa kan vara överförbara till en kontext utanför det som studerats. I analysen har jag försökt återge fylliga beskrivningar från intervjumaterialet med flera citat för att få fram intervjupersonernas beskrivningar av sina upplevelser. Hur uppsatsen kan ses som överförbar utanför det som studerats går inte att på förhand att avgöra i och med att det inte har varit ett representativt urval för en större population som undersökts. Uppsatsens överförbarhet får således vara upp till den som läser att avgöra. Pålitlighet relaterar istället till en kontroll och att säkerställa att hela forskningsprocessen går att följa och har gått rätt till (Bryman 2018). I förhållande till detta har jag försökt vara transparent med både vilka val som gjorts och tillvägagångssätt, i synnerhet i metodavsnittet. Jag har också varit öppen och transparent med min egen förförståelse och ingång i denna studie, och hur denna kan påverka resultatet.

Med trovärdighet menas istället en granskande blick om resultaten anses trovärdiga vilket även relateras till att redogöra för forskningsprocessen så att denna utförts i enlighet med de förhållningssätt som finns (Bryman 2018). Relaterat till uppsatsens trovärdighet har jag försökt beskriva processen vad gäller både bearbetning och analys transparent, vilket kommer följas upp och förklaras närmre under nästa rubrik. Genom att intervjumaterialet varit inspelat och sedan transkriberats ordagrant har egna omskrivningar av empirin kunnat undvikas. Att styrka och konfirmera hänvisar till objektivitet där forskaren behöver visa att den agerat och förhållit sig i god tro vilket innebär att denna inte avsiktligt påverkat forskningen (Bryman 2018). I och med forskarens centrala roll i kvalitativ forskning blir det omöjligt att förhålla sig helt objektiv i förhållande till forskningsprocessen. Vad gäller att styrka och konfirmera har jag istället försökt förhålla mig till detta genom att medvetet reflektera kring min egen roll och förförståelse. För att förförståelsen inte ska ha varit styrande har teori, tidigare forskning och intervjuguide använts, samtidigt som detta kunnat påverka genom att jag själv gjort valen.

## Bearbetning och analys av det empiriska materialet

Intervjuerna med kuratorerna har spelats in och sedan transkriberats ordagrant för att senare koda och analyseras. Bryman (2018) framför att det finns en risk med att intervjuerna påverkas om de spelas in, relaterat till att intervjupersonerna blir mer självmedvetna och på så sätt anpassar vad som sägs. Detta är något som upplevts under intervjuerna, vare sig vid de fysiska eller digitala. Däremot upplevdes intervjupersonerna prata mer fritt och ge längre beskrivningar efter en tid in i intervjuerna, detta tolkas dock snarare vara relaterat till kontext och trygghet under intervjun än att inspelningen påverkade deras berättelser. Att intervjuerna har varit inspelade har varit till nytta för analysarbetet där det funnits möjlighet att växla mellan skriven och talad intervju där det i talad intervju varit lättare att skildra framförande genom eventuella subtila meningar eller undertoner. Inspelade intervjuer ger möjlighet till att både lyssna och granska både vad som sägs och hur det sägs, vilket kan vara till fördel i analysarbetet (Bryman 2018).

För att transkribera intervjuerna har taligenkänning, Dragon använts som hjälpverktyg. Taligenkänning är ett program som skriver talad text, vilket inneburit att jag pratat in ljudinspelningarna och att programmet sedan har skrivit ut texten ordagrant. Arbetet har underlättats av att jag redan sedan tidigare använt taligenkänning och att verktyget känner igen min röst. Verktyget används på en licens som är direkt kopplat till mig, utan tillgång eller insyn från andra. Det transkriberade materialet har hanterats efterhand som intervjuerna genomförts vilket inneburit att bearbetning och analys påbörjats innan allt material varit insamlat. Efter att texten transkriberats har jag lyssnat igenom intervjun igen för att kontrollera att allt skrivits ut korrekt och ordagrant, detta i linje med den hermeneutiska ansatsen som framhåller betydelsen av att tolka och förstå meningen av intervjupersonens livsvärld (Alvesson & Sköldberg 2017). Bryman (2018) lyfter att fördelar med detta arbetssätt framför allt är att det tar mindre tid än att själv skriva, riskerna är främst relaterade till att verktyget inte känner igen rösten och skriver fel.

Efter att intervjuerna transkriberats har dessa lästs igenom flera gånger och bearbetats genom kodning och tematisk analys. Detta genom att sortera och gå igenom materialet upprepade gånger, vilket har gett en god överblick om vad som varit mer eller mindre framträdande men också avvikande (Rennstam och Wästerfors 2015). Kodningen har växt fram systematiskt genom kommentarer i separat dokument som senare sorterats och kategoriserats efter liknande innehåll, däribland har exempel på koder varit psykisk- och fysisk påverkan av skyddsutrustning, förändringar på grund av Covid-19 samt relationsskapande med och utan skyddsutrustning. I förhållande till min förförståelse skildrades både väntade och oväntade ämne som varit centrala för kuratorerna som intervjuats, likaså har vissa förväntade ämne inte lyfts fram av intervjupersonerna. Kodningen och kategoriseringen har senare konstruerat tre huvudsakliga teman för analysen. Det första temat är relationsskapande med patient och vikten av att se människan, det andra är relationsskapande med patient i skyddsutrustning och olika kontexter. Det tredje och sista temat är skyddsutrustning och Covid-19 pandemins konsekvenser för hälso- och sjukvårdskuratorer. Tillvägagångssätt i analysarbetet har initialt haft en induktiv ansats där kodning skett utan förankring till tidigare forskning eller teori men senare haft en växelverkan mellan induktiv och deduktiv, det vill säga abduktiv ansats (Braun & Clarke 2006; Bryman 2018). Detta då teori och uppsatsens frågeställningar tagits i beaktning och till viss del också förändrats genom teman som inhämtats från empirin

Till analysen har citat valts ut efter relevans för studiens frågeställningar och syfte. I citaten har det gjorts vissa ändringar i form av borttagna upprepningar och stakningar samt omskrivningar vad gäller information som kan kopplas till respektive intervjuperson, såsom exempelvis kliniktilhörighet. Även intervjupersonernas arbete med specifika sjukdomar har tagits bort eller omformulerats till att benämnas som sjukdom eller diagnos. Samtliga ändringar har kursiverats i analysen. Intervjupersonerna har också i analysen fått fingerade namn som inte kan kopplas till respektive kurator. Detta relaterat till etiska aspekter som beaktats för att hantera konfidentialitetskravet som hänvisar till att säkerställa intervjupersonernas anonymitet men också med beaktning om att inte omskriva på ett sätt så informationen blir missvisande eller förändrat meningen i kuratorns berättelse, i enlighet med hermeneutisk ansats. Kvale och Brinkmann (2021)

hänvisar till konfidentialitetskravet och beskriver hur transkribering kan behöva ändras från det ordagrant utskrivna till mer flytande beskrivningar med samma mening och innehåll för de risker som finns när intervjupersonen tar del av materialet men också det etiska i att materialet kan anses stötande, osammanhängande eller uppreparande.

### Etiska överväganden

Till all typ av forskning behöver etiska överväganden tas i beaktning under hela processen. Att använda intervjuer som metod för empiriinsamling innebär att intervjupersonens berättelse filtreras genom intervjuarens teknik och förhållningssätt vilket uppmanar till såväl etiska som moraliska aspekter (Kvale och Brinkmann 2021).

Då förfrågan och informationsbrevet skickades ut från en person av samordnande karaktär, har jag inte haft möjlighet att styra vilka kuratorer som fått förfrågan om att delta i studien. Detta har inneburit att förfrågan även gått ut till kuratorer som jag har personlig kännedom om och som jag utifrån etiska aspekter behövt exkludera för att inte riskera att vår relation skulle påverka intervjupersonens berättelse eller studiens resultat. Syftet med uppsatsen eller intervjufrågorna har inte avsett att fråga efter känsliga personuppgifter, såsom sexualitet, etnicitet eller religion, men utifrån flexibiliteten i intervjuerna har detta i vissa fall ändå framkommit. Några av kuratorerna har valt att dela med sig av personuppgifter som kan tolkas känsliga, vilket enligt lag behövt hanteras (SFS 2022:444). Varken känsliga personuppgifter eller beskrivningar om mående och trivsel har varit aktuellt för analysen eller uppsatsen syfte men har ändå beaktats då informationen varit privat, innehållit känsliga personuppgifter och kan tänkas kopplas till specifika kuratorer. Denna empiri har valts bort både för att det inte varit aktuellt och för att skydda intervjupersonernas anonymitet. Likaså har material som kunnat uppfattas känsligt kring mående och trivsel och som kunnat kopplas till person tagits bort och inte hanterats i analysen.



Vetenskapsrådet (2017) har presenterat och tagit fram fyra forskningsetiska principer att förhålla sig till vid samhällsvetenskaplig forskning. Informationskravet har behandlats genom både skriftlig och muntlig information till intervjupersonerna. Innan deltagande i intervju har intervjupersonen fått ett skriftligt informationsbrev med information om studiens syfte och bakgrund (se bilaga 2). Brevet har också haft information om att videoinspelning kommer göras om intervjupersonen samtycker till detta samt information om förvaring och vem som har tillgång till materialet. Informationen har sedan upprepats muntligt i samband med inledning av intervjun. Efter informationen har intervjupersonerna fått lämna sitt samtycke (se bilaga 3), i enlighet med samtyckeskravet, till deltagande i studien både muntligt och skriftligt. Den utformade samtyckesblanketten har preciserats utifrån att delta i studien, behandling av uppgifter, att intervjun kommer spelas in och transkriberas samt med information om att intervjupersonen när som helst kan avbryta sin medverkan utan att behöva förklara sig eller att det skulle medföra några konsekvenser, detta likt beskrivning från Kvale och Brinkmann (2021).

Konfidentialitetskravet hänvisar till att behandla intervjupersonernas uppgifter konfidentiellt och att dessa inte hanteras av obehöriga (Vetenskapsrådet 2017). Intervjupersonerna har, som tidigare beskrivits, avidentifierats genom att hanteras med fingerande namn i uppsatsen. Detta efter att materialet har transkriberats, detta relateras till intervjupersonernas rätt till anonymitet och integritet och att ingen ska kunna härleda deras beskrivningar till vare sig person eller arbetsplats. Som led i detta har känsliga uppgifter som kan kopplas till intervjupersonerna tagits bort eller anonymiserats. Till detta har också en övervägning gjorts för att undvika att omskrivningen skulle ge missledande information men samtidigt har beaktning tagits till intervjupersonernas berättelser genom övervägande om väsentlig information för förståelse mot deras rätt till att vara anonyma (Kvale och Brinkmann 2021). Detta i linje med den hermeneutiska utgångspunkten som tar fasta på intervjupersonernas berättelser och ser det viktigt att förstå vilken kontext dessa kommer från (Alvesson och Sköldberg 2017). I relation till konfidentialitetskravet och beaktningar om omskrivningar har viss empiri fått väljas bort trots att den varit relevant för studiens syfte och frågeställningar, detta då den kunnat tänkas kopplas till specifik kurator. Nyttjandekravet syftar till att inte

sprida eller använda insamlat material i annat syfte än ramen för undersökningen (Vetenskapsrådet 2017). Intervjupersonerna blev i informationsbrevet och i samband med intervjuerna informerade om förhållningssätt i relation till konfidentialitet- och nyttjandekrav genom att de kommer vara anonyma och att materialet hanteras på ett säkert sätt.

## Analys

I denna analys kommer tre teman presenteras, respektive tema kan kopplas till uppsatsens frågeställningar. Inledningsvis presenteras ett tema om det relationella perspektivet och kuratorernas erfarenheter av att skapa relation med patienter, vilket relaterar till den första frågeställningen om kurators syn på relationsskapande. Detta följer av ett tema som fokuserar på relationsskapande i olika kontexter, där presenteras även kontexten av att arbeta i skyddsutrustning och förvärvade kompensationsstrategier kuratorerna utvecklat och använt sig av för att skapa relation, vilket knyter an till andra frågeställningen om kurators erfarenheter av skyddsutrustning och relationsskapande. Avslutningsvis kommer ett tema om Covid-19 och skyddsutrustningens konsekvenser för kuratorerna och deras relationsskapande presenteras, vilken kopplas samman med den tredje frågeställningen om konsekvenser från det ökande användandet av skyddsutrustning i samband med Covid-19.

### Relationsskapande med patient och vikten av att se människan

Under detta tema kommer kuratorernas relationsskapande med patienter lyftas fram. Att skapa och arbeta med den professionella relationen till patienter framställs som en central del i arbetet hos samtliga intervjuade kuratorer. I likhet med tidigare forskning (O'Conner 2019; Sinai-Glazer 2020) beskrevs att etablera relation som det som gav möjlighet att kunna hjälpa patienter vidare utifrån deras respektive livssituation. För att kunna skapa en trygg relation, beskrev kuratorerna dels ett antal egenskaper och redskap kuratorn själv bör ha, dels ett antal egenskaper som relationen bör innehålla. Bland flera nämns: respekt, empati, icke-dömande, förtroende, allians, empati, närvaro och tillit.

### *Kuratorn som sitt eget redskap*

I intervjumaterialet fanns beskrivningar om hur kuratorerna använde sig själva som redskap för att skapa relation med patienten. Att kuratorerna använde sig själva som redskap hänvisas bland annat till att använda sin egen erfarenhet och personliga egenskaper för att sedan anpassa verbala uttryck och kroppsspråk i förhållande till vem patienten är och hur dennas psykosociala och medicinska anamnes ser ut. Emelie beskrev det på följande sätt:

Man använder sig själv eller sin erfarenhet som redskap, men det beror ju på vem man möter. Man är lite skådespelare. Möter du en människa som har varit missbrukare har du ett annat sätt att prata än om du möter någon som är läkare eller professor (...) Det kräver verkligen att man noggrant tänker på ordval och hur du använder dig av hela kroppsspråket.

I citatet ovan beskriver Emelie sig som en ”skådespelare”, vilket är i likhet med ett par andra kuratorer som benämnt det likadant. Några kuratorer har istället benämnt sig som ”kameleont” i deras samtal med patienter. Emelie menar i citatet att hon använder olika delar av sig själv för att kunna möta patienten i dennas livssituation och på dennas nivå. Beskrivningen av att agera som ”skådespelare” hänvisas inte till att vara någon annan eller att inte använda sig själv, snarare att använda olika delar av sig själv som kan tänkas spegla den aktuella patienten, Mirja förklarar det så här:

Inte skådespeleri så att man inte är genuin i det man gör, men så arbetar jag med allians (...) deras sätt att uttrycka sig på, deras sätt att förenkla eller försvåra saker och så försöker jag kopiera, eller spegla och vara likadan.

I relation till att vara ”skådespelare” eller ”kameleont” beskrev kuratorerna att deras strategier för att skapa relation handlar om att använda sig själv som redskap genom att anpassa och forma sig i samtalet med patient. Att forma sig själv hänvisas till att

möta olika patienters behov genom dels att vara verbalt anpassningsbar, dels att använda sitt kroppsspråk. Detta kan förstås genom social intelligens där kuratorn har förmåga att dels känna in sin egen känslöstämning, dels patientens. Genom att kuratorn använder social intelligens kan denna anpassa sig själv och sina färdigheter i förhållande till vem patienten är. Kuratorerna lyfter fram att de inte har några externa redskap att arbeta med förutom sig själva i kontakten, detta i motsättning till flera av de andra professionerna i hälso- och sjukvården som har andra typer av redskap, mätverktyg och mediciner att använda sig av. Så här beskrev två intervjupersoner det:

Ja men det är ju jag, det är ju jag som är redskapet så att säga! Både snuttefilten, axeln att gråta mot och kräkspannen är ju jag. Jag har liksom ingen hjälp i det (Mirja).

Man kan ju säga att kroppen är mer av ett redskap. Det är allt från att hälsa, leende och ögonkontakt (Emelie).

Som citaten visar, menar kuratorerna att de själva som personer och hur de använder sina kroppar är deras redskap för relationsskapande. Några kuratorer hänvisar till att fingertoppskänsla och att vara lyhörd är viktiga redskap, i andra intervjuer har kroppsspråket lyfts fram som ett av kuratorns främsta redskap. Hur kuratorn anpassar sig i samtalet och använder sig själv hänvisas till att vara redskap för att skapa förutsättningar för att kunna använda strategier för att nå en god professionell relation. Detta kan förstås genom det analytiska begreppet Use of Self där kuratorn använder sig själv genom sina färdigheter empati och relationell dynamik för att känna av dels sin egen, dels patientens känslöstämning för att mötas på liknande nivå och genom detta ge förutsättningar för att kunna skapa en trygg relation. Den trygga relationen skapar i sin tur möjlighet till utveckling och att både kuratorn och patienten genom interaktionen kan lära sig förstå och tolka sina egna känsloreaktioner och känslouttryck. Detta blir enligt det relationsbaserade tänkandet grunden för att lyckas med förändring eller målet med kontakten.

### *Redskap blir strategier för att skapa relation*

Utifrån att använda sig själv som redskap för att skapa relation med patienter har kuratorerna lyft fram exempel på strategier de använder sig av för att kunna använda sina personliga egenskaper eller erfarenheter. I intervjumaterialet framkom att kuratorerna valde mellan att öppet dela med sig och använda sin egen erfarenhet eller att dölja den personliga aspekten, detta ofta beroende av den personliga erfarenhetens karaktär. Kuratorerna gav exempel på att dölja sin egen erfarenhet genom att omformulera den personliga aspekten till att istället handla om andra patienter eller erfarenheter tillgodosedda på annat sätt än sig själva. Emelie beskrev det så här:

Jag säger aldrig 'jag' eller 'min erfarenhet' (...) det kan vara min erfarenhet men då säger jag, 'jag har haft en patient' eller 'utifrån min erfarenhet med andra patienter var det så eller så'. Det går alltid att säga på annat sätt, även om det handlar om mig.

Som citatet illustrerar, och som återfinns i andra beskrivningar i intervjumaterialet, använder sig kuratorn av omskrivningar för att ge uttryck för sin egen erfarenhet. Detta lyfts fram tydligast vad gäller kuratorns egen sårbarhet eller erfarenheter som tangerar mer känsliga eller privata upplevelser. Detta kan förstås som en färdighet för kuratorn att använda sig av, där den använder sin egen ångest och personlighet som redskap för att skapa relation med patient, men skyddar sig själv genom att omformulera. Det verkade dock finnas undantag, då kuratorerna valde att istället dela med sig av sin sårbarhet. Anneli gav exempel på att våga dela sårbarheten med patient och låta sig beröras för att skapa eller fördjupa redan etablerad relation:

När patienter ser tårar i mina ögon, det händer inte ofta här i detta rum men ändå, det är mänskligt och det hjälper mycket, skapar kontakt och bekräftar patientens känslor.

Denna beskrivning av sårbarhet, ligger även i linje med tidigare forskning som framhåller att det är betydelsefullt för relationen när professionella visar sin egen sårbarhet (Sinai-Glazer 2020). Att kuratorerna använder sig av sina känslor för att skapa närmre och djupare relation kan också förstås genom Use of self och att

kuratorn använder sin personlighet som en färdighet för att skapa relation med patient, detta genom relationell dynamik eller ångest. Ett annat exempel där kuratorerna uppfattas mer ”generösa” med att dela med sig av sig själva för att skapa relation är att använda sin humor. Till skillnad från sårbarhet, används humor av kuratorerna till att skapa en avslappnad relation och ett tillåtande rum som inte alltid behöver vara allvarligt. Detta kan enligt Use of self förstås som en färdighet där kuratorn använder sin egen person genom dennas humor för relationsskapande med patienter. Ett par av kuratorerna lyfter också fram gränsen som finns mellan att humorn landar väl hos patienten och skapar ett starkare eller tryggare band, mot att kuratorns humor inte faller väl hos patienten och hon behöver ta ett steg tillbaka för att försöka anpassa sin spegling mot patienten igen. Mirja förklarar det så här:

Man får anpassa, man kanske börjar här och så inser man, kanske på avdelning då när det går lite snabbt att oj, nej här var vi inte.

I citatet beskriver Mirja situationer som kan uppstå när hon använt sig av humor, i detta fall på en avdelning där humorn inte tagits emot väl hos patienten. Det kan förstås som att kuratorn i process om att lära känna patienten, använder och provar olika färdigheter utifrån Use och Self för se vilka delar kuratorn kan använda sig av i relation till vem patienten är och hur dennas behov och personlighet ser ut. Balanserandet mellan att humorn faller väl hos patienten mot att humorn inte uppskattas på samma sätt visar på både risker och möjligheter med att använda denna färdighet. Att använda humor skulle också kunna tolkas som att kuratorerna genom sin humor försöker visa sig medmänskliga för att gynna relationsskapande, vilket Sinai-Glazer (2020) lyft fram i sin studie.

*Alliansskapandet handlar inte bara om att komma in på de djupaste tankarna*  
Kuratorerna lyfte fram både redskap och strategier som de ansåg var nödvändiga för att skapa en trygg relation och allians med patienter. Behovet av en trygg relation, med god allians, beskrevs genom att skapa utrymme och förtroende för att kunna samtala om svåra eller stigmatiserande ämnen och existentiella frågeställningar. I intervju materialet framkommer att den trygga relationen

skapades genom nyfikenhet och öppenhet för patienten och dennas livssituation. Maria beskrev det på följande sätt:

Förtroendet för att våga dela med sig av, eller känna att det känns lönt att dela med sig av sina tankar om att allt möjligt och det är inte alltid att, alltså det kanske nu med tiden som man märker att det här alliansskapandet handlar inte bara om, att komma in på de djupaste tankarna utan att visa intresse- Vem är du som person? Vad har du jobbat med? Har du familj? Ja, eller har du en hund? Ja okej, vad är det för en ras? Alltså visa mer det där att, och sen med dem som inte direkt bara vill prata om det djupaste direkt... Ja, det är mitt sätt att skapa allians tänker jag. För jag kan inte heller gå in i ett samtal och såhär fråga- jaha, är du rädd för döden?

I citatet betonas främst att visa intresse som strategi för att skapa allians med patienter. I intervjumaterialet framhåller kuratorerna att även öppenhet och att låta allians växa fram över tid är viktigt för att skapa en god relation. Kuratorerna beskrev nyfikenhet och öppenhet som deras egna personliga egenskaper och således redskap de kan använda sig av för att skapa allians. Detta kan tolkas som Use och Self där den terapeutiska alliansen är grundläggande för att skapa en god professionell relation. Som tidigare nämnt, beskrev kuratorerna sig som anpassningsbara i relationen och att patientens respons blev en riktlinje för hur kuratorerna skulle förhålla sig i samtalet och använda sig själva genom spegling och personliga egenskaper. Detta kan i sin tur förstås som uttryck för färdigheterna social intelligens och empati där kuratorn använder sig av sina färdigheter att ta in och tolka sin egen och andras livssituation genom att metallisera. Samtliga kuratorer lyfte fram tillit, allians och förtroende som viktiga faktorer för att deras relation med patienter ansågs välfungerande, detta likt Egan, Maidment och Connolly (2017), som menar att tillit och förtroende är ett par av flera viktiga beståndsdelar i en fungerande professionell relation. Kuratorernas önskan om att skapa en god allians kan förstås genom det relationsbaserade tänkandet där alliansen anses vara grunden för att skapa relation och lyckas med förändring eller målet med kontakten.

Utifrån empirin, kan det visade intresset för patienterna som kuratorerna möter ha delade syften, dels för att skapa allians och förtroende, dels för att visa på sin egen empatiska förmåga. Empati lyfts i intervjumaterialet fram som något centralt i relationen och en förutsättning för att kunna skapa relation. Detta förklaras av kuratorerna med att se patienten som människa och person tillsammans med dennas somatiska situation istället för patient och dennas medicinska anamnes. Isabelle beskriver det så här:

Men empati från den professionella eller vad man ska säga, empati och sympati på en rimlig nivå såklart. Men också kunna, ja men jag kan känna att inom *min enhet* i alla fall att det kan vara mycket så, i såklart olika aspekter på hur man ser på patienterna men att också tänka på att det här är en människa bakom den här *sjukdomen* liksom. Att kunna sätta sig in i att det här är en människa som har med sig erfarenheter och så, ha en förståelse för att människan kan ha med sig olika saker som gör att den kanske reagerar på ett visst sätt. Så att ha en förståelse och respekt och också behandla alla patienter på samma sätt, oavsett bakgrund.

I citatet ovan lyfter Isabelle fram att intresset och förståelsen för människan bakom den somatiska situationen är viktig för att kunna möta patienten där den befinner sig och förmedla empati. Som citatet visar beskrev Isabelle att den empatiska förmågan ska förmedlas på en rimlig nivå och att respekt och förståelse för patientens aktuella och tidigare erfarenheter finns. Den empatiska förmågan kan förstås genom Use of Self och hur kuratorn använder denna färdighet för relationsskapande med patienter, detta genom att ta in och förstå patientens livssituation mot bakgrund av dennas tidigare erfarenheter. Kuratorerna framhåller, i likhet med tidigare forskning, att ett empatiskt förhållningssätt är något centralt och viktigt för en fungerande professionell relation och att detta innefattar förmåga att vara inkännande och icke-dömande mot patienter som kuratorerna möter (se t.ex. Sinai-Glazer 2020). I intervjumaterialet uppmärksammas inte dilemmat om att både visa empati och att se till självomsorg och att behöva distansera sig i kontakten



som Ortega- Galán, Ruiz-Fernández & Ortíz-Amo (2020) lyft fram i sin studie. Däremot har kuratorerna lyft fram exempel på hur de själva, beroende på vid vilken enhet de varit verksamma vid, behövt identifiera egna potentiella fördomar eller föreställningar och hur de förhåller sig till dessa. Detta för att kunna vara öppensinnad och tillmötesgående i relation till patientens olika livsval och visa på empatisk förmåga. Både mer specifika och generella aspekter som inte nödvändigtvis knutits direkt till enheten där kuratorn varit verksam vid har bland flera berört barns rätt till stöd och information, kulturskillnader, alkoholvanor, narkotika och sexualitet. Den egna reflektionen och identifieringen av fördomar och föreställningar kan förstås genom begreppet mentalisera och kuratorns möjlighet att använda sin färdighet att ta in och förstå sina egna känslor och reaktioner för att sedan förhålla sig till dessa i arbetet med relationsskapande.

Sammantaget ses en samstämmighet och stark konsensus mellan tidigare forskning om relationsskapande och kuratorernas syn och upplevelse av detta (se Egan, Maidment & Connolly 2017; Sinai-Glazer 2020; Ortega-Galán, Ruiz-Fernández & Ortíz-Amo 2020). Det framkommer att kuratorerna använder sig själva som redskap och anpassar sig i förhållande till vem patienten är, vilket beskrivs genom att vara ”skådespelare” eller ”kameleont”. Alliansskapande tillsammans med empati, som används som både begrepp och förmåga, framförs som strategier och egenskaper som kuratorerna arbetar med för att skapa relation med patient och kunna arbeta med förändring eller målet med kontakten. I förhållande till Use of Self lyfts de färdigheter som relaterar till kuratorn som egen person fram som något som både kan stärka och innebära risker för relationen. När kuratorn i relationsskapande använder sin egen sårbarhet verkar riskerna i första hand påverka kuratorn som egen person, där kuratorn i vissa fall väljer att dölja sin egen sårbarhet genom omskrivningar till att handla om någon annan. När kuratorn istället använder humor verkar det finnas risker för att relationen med patienterna påverkas. Dessa begrepp är de färdigheter som utgår från kuratorns egen person och erfarenheter, vilket kan vara de delar som uppfattas mer sårbara och därför mer riskfyllda för kuratorerna att använda i skyddsutrustning.

## Relationsskapande med patient i skyddsutrustning och olika kontexter

I detta tema kommer kuratorernas erfarenheter av att skapa relation med patient i skyddsutrustning analyseras. Skyddsutrustningen blev ett hinder för att skapa och etablera relation med patienter men var samtidigt, under en lång period, en förutsättning för att kunna träffas. I intervjuerna framkom att kuratorerna utmanades i deras förmåga att skapa relation till patienterna när de var iklädda skyddsutrustning varför de utvecklade kompensationsstrategier. Detta då utrustningen dels dölde delar av ansiktet som ansågs väsentligt för att skapa relation, dels påverka deras förutsättningar för kommunikation, detta i linje med tidigare forskning (Grenville och Dwyer 2022, Erschens et al. 2022, Mitzkovitz et al. 2022). Det fanns en gemensam syn hos kuratorerna om att det initialt varit svårt att arbeta i skyddsutrustning. Vad som inte uppmärksammats så mycket eller på samma sätt i tidigare studier som främst fokuserat på munskydd, är att kuratorerna i denna studie beskrev hur de både utvecklade och anpassade kompensationsstrategier efter hur mycket skyddsutrustning som användes.

### *Lyssna och vara närvarande med ögonen*

I samtliga intervjuer lyfte kuratorerna fram att skyddsutrustningen påverkat deras möjlighet att kunna förmedla känslouttryck, detta likt resultat från tidigare studier (se Grenville & Dwyer 2022; Molnar-Szakacs et al. 2021; Mitzkovitz et al. 2022). Kuratorerna utvecklade som led i dessa kompensationsstrategier för att möjliggöra känslouttryck. I alla typer av skyddsutrustning, var det främst kuratorernas ögon som var synliga för patienten och ögonen blev således det viktigaste redskapet för att kompensera förlusten av kuratorns andra ansiktsuttryck. Isabelle beskrev det så här:

Den svåraste utmaningen var ju då dels att försöka skapa relation med mina patienter utifrån faktorn att jag var tvungen att ha skyddsutrustning och försöka jobba mycket med ögonen. Jag fick flera gånger kommentarer om att, att 'men du har så snälla ögon' och då märkte jag hur viktigt det var att ha en närvarande blick, att sitta och

verkligen visa för patienten att jag lyssnar på dig! Du måste se att jag är närvarande i vårt samtal, för mina ögon var ju det enda jag kunde jobba med.

Som citatet visar använde sig Isabelle av sina ögon som redskap för att signalera närvaro och visa att hon lyssnar för att skapa relation med patient. Vad som kan vara intressant att notera är att hur kuratorerna använde sina ansiktsuttryck inte var lika framträdande i deras beskrivningar av att skapa relation, som i deras beskrivningar av att skapa relation i skyddsutrustning. Skyddsutrustningen krävde således en större medvetenhet från kuratorn för att kunna kompensera förlusten av att förmedla ansiktsuttryck. Detta kan tolkas som att skyddsutrustningen gjorde kuratorerna mer medvetna om att deras strategier och färdigheter hindrades av att delar av deras personliga kännetecken försvann, och att deras möjlighet till Use of Self och färdigheter begränsades. Att kuratorerna utveckla kompensationsstrategier kan också förstås genom det relationsbaserade tänkandet och vikten av att skapa en god relation och allians. Att använda ögonen som icke-verbal kommunikation har också lyfts fram som förslag i tidigare forskning där man uppmärksammat att kommunikationen i skyddsutrustning försämrats och att professionellas förmåga att förmedla empati påverkats (Mheidly et al. 2020). I intervjumaterialet finns beskrivningar om att skyddsutrustningen påverkade, men inte nödvändigtvis hindrade att skapa relation med samma egenskaper som utan skyddsutrustning, vilket kan förklaras med att kuratorerna använde sig av kompensationsstrategier. Emelie och Ida beskrev sina upplevelser så här:

Plötsligt behövde jag inte tänka på mitt ansiktsuttryck, men mer på ögonkontakt och resten av kroppsspråket så att hela kroppen sa att det är helt okej att prata om, det är normalt, det är inga konstigheter (Emelie).

Jag har nog jobbat mer med mina ögonbryn, så att jag liksom markerat känslor på ett annat sätt, med mina ögonbryn (Ida).

Som citaten visar, blev kuratorernas synliga delar såsom ögon, ögonbryn och kroppsspråk mer framträdande och en väsentlig del av att skapa relation.

Kuratorerna upplevde det svårare att i skyddsutrustning fortfarande visa på sin empatiska förmåga och skapa tillitsfulla relationer med god allians och förtroende, detta i likhet med tidigare forskning (Mitzkovitz et al. 2022). Att använda ögonen som kompensation blev en strategi för att kunna utföra relationsskapande med patienter. I förhållande till Use of Self och att skapa terapeutisk allians, kan det därmed tolkas som att ögonen fick större betydelse och funktion för att i första hand möjliggöra relationsskapande och i andra hand förutsättningar för att lyckas med förändring eller målet för kontakten. Att använda kroppen som kompensation för att förmedla empati i munskydd har också uppmärksammats i en tidigare studie om hur munskydd påverkar möjlighet att förmedla känslouttryck (Ross & George 2022). Samtidigt finns beskrivningar i intervjumaterialet om hur kuratorernas relationsskapande påverkades av att använda visir, dels då imma kunde skapas på visiret som gjorde kuratorernas ögon mindre framträdande, dels då ljuset kunde reflekteras och påverka om kuratorernas ögon var synliga. Att använda ögonen som kompensationsstrategi för relationsskapande påverkades således av vilken typ av skyddsutrustning som användes, vilket inte varit lika framträdande i tidigare forskning som istället hänvisat till att det är den nedre delen ansiktet som döljs i munskydd som påverkar känslöförmedling (Grenville & Dwyer 2022; Molnar-Szakacs et al. 2021; Mitzkovitz et al. 2022).

### *Verbalisera tolkningar*

En kompensationsstrategi som inte har lyfts fram i tidigare studier (se t.ex. Wasilewski et al. 2022, Erschens et al. 2022, Mitzkovitz et al. 2022), men som återkom i det empiriska materialet var att ”verbalisera tolkningar”. Detta innebär att genom verbala beskrivningar delge vad som händer under skyddsutrustningen och att kuratorerna berättar för patienterna när de ler eller blir glada och omvänt, att kuratorerna verbaliserar deras tolkningar av patientens känslouttryck. Edwina beskrev denna kompensationsstrategi på följande sätt:

Om man vill visa att någonting är roligt och så att man skrattar då, att man är lite överdriven i sitt sätt att uttrycka sig för att det ska bli extra tydligt trots munskydd och mer verbalt uttrycker det. (...) Om den

berättar något svårt som den har varit med om så vill man ju visa det i sitt ansiktsuttryck, att den har varit med om något jobbigt men då kanske man får uttrycka det i ord istället.

Som citatet visar, blev det viktigt för kuratorerna att istället för att visa sina känslouttryck verbalisera dessa. I intervjumaterialet framgår att kuratorernas verbala förmåga påverkades genom att rösten inte hördes eller uppfattades lika tydligt genom munskyddet men att detta inte nödvändigtvis påverkade omfattningen av deras kommunikation, i motsats till tidigare forskning som visat att skyddsutrustning minskat kommunikationen (Wasilewski et al. 2022). Som framgår av citatet använde kuratorn både verbaliserade tolkningar och sina ögon för att förstärka känslouttryck. Genom begreppet relationell dynamik förstås kuratorn skapa relation genom att ta in patienten och dennas uttryck för att sedan arbeta med överföring och motöverföring. De uttryck som hindrades av skyddsutrustningen och istället verbaliserades tolkas således vara kompensationsstrategi för att uttrycka färdigheter som inte gick att förmedla i skyddsutrustning. Den verbaliserade tolkningen beskrevs användas för att kunna skapa en god relation trots hinder genom utrustningen.

Kuratorerna beskrev även hur olika kompensationsstrategier användes beroende på hur mycket skyddsutrustning kuratorn hade. Det framgick att full skyddsutrustning ofta krävde mer verbaliserande tolkningar, tillsammans med andra kompensationsstrategier, till skillnad från när enbart munskydd användes. Mirja beskrev det så här:

Man får ju göra det muntligt men kommunikationen är bara, av det man säger muntligt så försvinner en liten procentdel. Så det blev kanske mer nödvändigt då att lägga huvudet på sned och att liksom, ja men vi har dig, med lite gester.

Mirja gav uttryck för hur en del av den verbala kommunikationen försvinner, när den kommuniceras i skyddsutrustning och därför behövde förstärkas genom att använda flera strategier samtidigt. Några av kuratorerna hade upplevt att verbaliserade tolkningar var en välfungerande kompensationsstrategi, medan andra inte upplevt att den fungerade lika bra, även om det varit den kompensationsstrategi som ansetts mest fungerande utifrån kontexten som pandemin skapade. Kuratorernas utvecklande av kompensationsstrategier i förhållande till skyddsutrustning kan förstås genom det relationsbaserade tänkandet och behovet av en god och trygg relation för att kunna lyckas med förändring eller målet för kontakten. I intervjumaterialet framkommer att även patienterna under en tid använde munskydd och att kuratorernas verbaliserade tolkningar då också innebar att kuratorerna i högre utsträckning än tidigare kommunicerade deras tolkningar av patientens känslouttryck. Ida beskrev det så här:

Eftersom jag inte har kunnat läsa kroppsspråket på samma sätt har det varit mycket viktigare för mig att stämma av, att jag uppfattar och tolkar rätt.

I citatet ovan, och som var återkommande i intervjumaterialet, förmedlades upplevelse av att det även varit svårare för kuratorerna att tolka patienterna då de också använt munskydd. Kuratorerna beskrev hur det blev svårare att förstå och tolka patientens känslouttryck, vilket är likt beskrivningar om begränsningar i samtal genom digitala kommunikationsmedel (Yuen-Han Mo och Chan 2023; Recmanová, Kalenda & Kowalíková 2022). Munskyddet begränsade kuratorns möjlighet att se och tolka patientens känslouttryck, vilket kan förstås genom begreppet social intelligens som utgår från kuratorns möjlighet att ta in och förstå både sin egen och patientens situation. Detta i sin tur kan tolkas ha påverkat hur kuratorerna använt sina färdigheter i skyddsutrustning men också huruvida dessa varit verksamma för relationsskapande. Exempelvis finns beskrivningar i intervjumaterialet utifrån att använda humor i skyddsutrustning hur detta både kunnat försvåra och underlätta relationsskapande. Kuratorerna har i situationer där humorn fallit väl upplevt att samförståelsen för situationen som Covid-19 skapade

i vården underlättat relationsskapande medan de tillfälle när humorn inte uppskattats, istället varit en risk för relationsskapande. Detta kan förstås som att när humor upplevdes som svårare att använda i skyddsutrustning, blev detta en begränsning genom att social intelligens och att skyddsutrustningen hindrade förmåga att kunna ta in varandras känslöstämning. I tidigare forskning framgår att skyddsutrustning hindrat patienter från att uppfatta humor (Erschens et al. 2022), vilket i detta sammanhang inte blir helt giltigt då kuratorerna lyft fram exempel på när det fungerat väl och istället gynnat relationsskapande genom den gemensamma förståelsen för situationen som skyddsutrustningen skapade.

Sammantaget har kuratorerna gett exempel på hur skyddsutrustningen påverkat relationsskapande med patienter och att kuratorerna behövt utveckla kompensationsstrategier för att ersätta de delar av ansiktet som dolts av skyddsutrustningen. Användandet av skyddsutrustning i förhållande till begreppet Use of Self visar därför andra färdigheter, såsom ögonen och kroppen, som kuratorer behöver medvetandegöra mer i sitt arbete med skyddsutrustning för relationsskapande med patienter. Exempel om att använda ögonen som strategi har även framkommit i tidigare studier (se t.ex. Mheidly et al. 2020) medan verbaliserade tolkningar inte framkommit. Den verbaliserade tolkningen ansågs vara den mest välfungerande kompensationsstrategin i skyddsutrustning då den inte hindrades av de delar av ansiktet som doldes i skyddsutrustning. Det finns exempel på att humor som färdighet varit både underlättande och försvårande för relationsskapande i skyddsutrustning, där humorn antingen verkat som gemensam förståelse för situationens kontext och komplexitet eller hindrats genom skyddsutrustningen. I tidigare forskning har främst hinder om att använda humor lyfts fram (Erschens et al. 2022).

### *Kontexten påverkar vilka strategier som används*

Kontextens betydelse för relationsskapande har inte uppmärksammats i tidigare forskning om relationsskapande i eller utan skyddsutrustning. I intervjumaterialet lyfte de flesta kuratorerna fram att det fanns en skillnad mellan att skapa relation i öppenvård på mottagningen i det egna arbetsrummet och avdelningsarbetet i

slutenvården samt vid användande av digitala kommunikationshjälpmedel. Det framkom att kontexter om skyddsutrustning, öppen- eller slutenvård och digitala samtal krävde olika strategier och färdigheter för relationsskapande med patienter. Skillnaden i öppen- och slutenvård beskrevs genom rums- och tidsaspekter samt ärendetyp där kuratorerna upplevde det lättare att skapa relation i slutenvård och att öppenvård gav möjlighet till djupare och mer förändrande samtal. Anneli lyfte fram ett exempel där hon upplevt skillnaden med samma patient, beroende på om hon träffat patienten i öppen- eller slutenvård:

Det var en annan relation när vi satt här i rummet mot när *patienten* låg där i sängen så att säga. Här var det mycket såhär existentiella frågor, vad *patienten* har varit med om och så. Men där var det mest vanliga check-in, check-out samtal (...) Det var helt olika faktiskt, det var som att möta två olika människor.

Citatet visar hur kuratorn upplevde att kontakten förändrades beroende på vart hon träffat patienten, där öppenvårdsbesök gav utrymme för att diskutera existentiella frågor medan slutenvårdsbesök såg annorlunda ut. I intervjumaterialet ses en uppfattning om att relationsskapande i slutenvård nästan sköter sig självt, vilket hänvisas till att patienten finns på plats och att kuratorn kan komma förbi flera gånger i veckan. Kuratorn blir en stor del av patientens vårdtid och kontakten blir mer intensiv än i öppenvård. I öppenvård hade de flesta kuratorerna inte någon tidsbegränsning att ta hänsyn till då de var fria i att sätta egna ramar för kontakten och allians, tillit och förtroende kunde skapas över tid. Skillnaderna mellan öppen- och slutenvård beskrevs därmed dels handla om intensitet och tid, dels rumsliga aspekter och behov relaterat till ärendekaraktär, Mirja och Ida förklarar det så här:

Här i mitt rum, här går det bra. Jag har tid på mig, jag kan landa, jag har tid på mig att läsa patienten, lyssna på vad den säger och sen har jag all min utrustning här (Mirja).

Men en helt annan krisbetoning *på avdelning* och mycket mer, den här chockfasen och reaktionsfasen (Ida).



Genom citaten framkommer det att Mirja som hänvisar till relationsskapande i öppenvård på mottagningen ger henne möjlighet att arbeta och skapa relation över tid med patienten och att hon i sitt arbetsrum har tillgång till den utrustning hon behöver. Ida referera istället till slutenvårdsbesök och att det finns en annan dimension av kris när relationsskapande sker på avdelning. Skillnaden mellan relationsskapande i öppen- och slutenvård kan således tolkas att handla om att situationerna kräver olika redskap och strategier samt att kris och ärendetyp kan påverka målet med kontakten. Detta kan förstås genom att kuratorn i öppenvård har möjlighet att använda sina färdigheter på ett annat sätt, ur detta perspektiv skildrat genom tid och social intelligens, där det finns tid och möjlighet att lyssna och ta in patienten och vad denna säger. Utifrån skillnad i kontexten mellan öppen- och slutenvård tolkas förändring och mål med kontakten se annorlunda ut, detta relaterat till den krisfaktor som finns i slutenvård. Kontexten om att relationsskapande i öppen- eller slutenvård skiljer sig åt är inget som lyfts fram i tidigare forskning, men av vad som framgår ur detta perspektiv, skulle vara intressant att studera vidare och få mer kunskap om.

En annan kontext som lyftes fram var användandet av digitala kommunikationsmedel i kontakten och relationsskapandet med patienter. Kuratorerna har haft varierande erfarenhet av att använda digitala verktyg där några använt detta återkommande och andra använt det under de perioder då det funnits besöksrestriktioner i vården. I intervjumaterialet lyftes det fram svårigheter med att skapa relationer i denna kontext, som hänvisas till en distans genom telefon eller skärm. Amina beskrev sin upplevelse av digitala verktyg i relation till skyddsutrustning så här:

Framför allt föredrar jag givetvis det vanliga besöket utan skyddsutrustning på plats. Och så föredrar jag över telefon också faktiskt. Videobesöket... Dels tyckte jag att tekniken inte alls funkade så det var svårt. Så det flöt inte på riktigt som det borde. På ett vis tyckte jag nog det var svårare än att prata i telefon, för telefon är man ju van vid. Nu var det ju ändå att jag måste använda mitt kroppsspråk men det

är ändå en viss distans mellan oss för vi sitter vid varsin skärm och tittar in i den. Man ser sig själv också och blir väldigt medveten om hur en själv sitter, hur man gör och så. Så jag tycker nog nästan att jag föredrog skyddsutrustningen då och ändå vara på plats, iallafall än videobesöken.

Som i citatet ovan, men även i beskrivningar från andra kuratorer som provat videobesök, beskrevs hur tekniken inte fungerade som förväntat. Det upplevdes svårt att få ett flytande samtal och kuratorn blev medveten om sitt eget kroppsspråk på ett annat sätt än tidigare. I intervjumaterialet finns beskrivningar om att kuratorerna vid relationsskapande behöver använda det redskap som kroppen utgör samt ha uppsikt över patientens känslouttryck och reaktioner, vilket hindrades och försvårade relationsskapande i skyddsutrustning. I det här specifika sammanhanget, beskrevs emellertid den egna medvetenheten om kroppsspråk som störande och likaså förväntan om att agera med kroppsspråk när det ändå fanns en distans genom skärmarna. Förutsättningen att ha samma uppsikt över varandra kan tolkas genom förväntan om att Use of Self och samma strategier som vid fysiska besök är tillämpbara, vilket kan ha hindrats av distansen genom skärmarna. Detta kan i sin tur tolkas ha skapat ett behov av att utveckla kompensationsstrategier även vad gäller videobesök, trots att det varit möjligt att se varandras kroppsspråk. Telefonbesöken beskrevs av vissa kuratorer fungera bra, trots avsaknad av uppfattning om kuratorns uttryck och patientens kroppsspråk och känslouttryck, av andra kuratorer beskrevs det inte fungera lika bra, till exempel:

När patienter reagerade, blev väldigt ledsna eller så i telefon och att inte kunna ha de hos sig, förstå hur de reagera i kroppsspråk och så. Det var väldigt utmanande, men det gick ju bra (Isabelle).

Du ser inte människan, ofta kommer man i mun på varandra och du kan inte avläsa patienten (Emelie).

Som citaten visar upplevde kuratorerna att avsaknaden av uppfattning om patientens uttryck varit utmanande för relationsskapande. I intervjumaterialet framkommer också att kuratorerna uppmärksammat att både de själva och patienten kunnat bli mer frånvarande under telefonsamtal. Några kuratorer beskrev att de själva kunde söka information eller göra kortare administrativa arbetsuppgifter under samtalet. Ett par kuratorer berättade även hur de uppmärksammat att patienter gjort andra saker under telefonsamtalet, vilket bidragit till att samtalen blivit något mer ytliga mot de fysiska. Det framgår inte i intervjuerna huruvida kuratorerna hade kunnat utveckla nya kompensationsstrategier för att kunna använda sina färdigheter vid digitala kontakter för att lyckas med relationsskapande och målet med kontakten. Generellt föredrog intervjupersonerna fysiska kontakter, detta i likhet med tidigare publicerad forskning (ex Recmanová, Kalenda & Kowaliková 2022; Yuen-Han Mo & Chan 2023).

Sammantaget visar detta avsnitt att kontexten för vart relationsskapande sker påverkar hur kuratorn etablerar relation med patienter genom olika strategier och färdigheter. Skillnaden i relationsskapande med patient i öppen- eller slutenvård beskrivs genom vilka färdigheter kuratorn kan använda och hur målet för kontakten ser ut. I relationsskapande med digitala kommunikationsmedel lyfter kuratorerna istället fram hinder och att kuratorn inte kan använda sina färdigheter, detta oberoende av kontext där kuratorn både har möjlighet att se patienten och använda sitt kroppsspråk, genom exempelvis videobesök. Kontextens betydelse i förhållande till Use of Self visar att relationsskapande är mer komplext än att kunna se varandra och kuratorns användande av strategier och färdigheter, vilket öppnar för nya forskningsfrågor om relationsskapande i olika kontexter, såsom exempelvis digitala forum.

## Skyddsutrustning och Covid-19 pandemins konsekvenser för hälso- och sjukvårdskuratorer

Under detta tema kommer konsekvenser för kuratorerna av arbetet i skyddsutrustning och under Covid-19 pandemin att presenteras. I intervjumaterialet framkommer att kuratorerna har påverkats på flera sätt, detta centrerat både kring

arbetet i skyddsutrustning under och efter pandemin, och utifrån konsekvenser som skapats under pandemin. Kuratorernas arbete i skyddsutrustning under pandemin och konsekvenser av detta beskrivs genom fysiska och psykiska aspekter, att relationen till kollegor påverkats samt att relationen och uppdraget i patientkontakter förändrats.

### *Konsekvenser: Fysiska aspekter av skyddsutrustning*

Skyddsutrustningen har påverkat kuratorerna på flera sätt. I deras relationsskapande med patient framkommer beskrivningar om att det varit svårt att skapa relation i skyddsutrustning utifrån att patienten inte kunnat se kuratorn, att kuratorn hindrats i att uttrycka sig genom munskydd och att det funnits en fysisk sårbarhet och påfrestning för kuratorn. Isabelle reflekterade kring det så här:

Jag har också tänkt mycket på det hur det påverkade mig personligen med skydden, för det är klart att det är en relationsaspekt av det. Jag tror att relationen med patienterna påverkades också av att jag, ja men dels så spände ju det här visiret jättemycket, jag fick huvudvärk och då sitta och försöka ha ett stödsamtal på 45 minuter. Ibland sitter man ju i en timme om det är någonting, och sitta och ha det här. Den spände ju liksom i huvudet, dom här minuterna och sen så eftersom det var den här i plast, man var alldeles svettig där under och då försöka tänka bort sitt eget. För kroppen reagerar ju på det här. Att bara tänka bort det och försöka skapa en relation med patienterna, det var väldigt svårt i början.

Som citatet visar, var det svårt för kuratorerna att åsidosätta sin egen utsatthet och sårbarhet för att fokusera på uppdraget som kurator i kontakten. Skyddsutrustningen orsakade fysiska symtom genom visiret som spände över huvudet och gav huvudvärk samt det lång- eller kortärmade plastförklädet som ”inte andades” och blev varmt. Kuratorerna beskrev att det fanns skillnader i den fysiska sårbarheten, beroende om de använde vanliga munskydd eller andningsskydd, vilket är en form av tätslutande skydd som täcker området kring näsa, mun och haka, ofta med ventil för andning. Andningsskyddet gav högre

påfrestningar i form av skav och ansträngd andning. Det blev ett dilemma att å ena sidan träffa patienten och utföra sitt arbete men å andra sidan ha svårt att åsidosätta eller negligera symtomen och påfrestningen som blev av att arbeta i skyddsutrustning. Den fysiska aspekten hänvisades också till svårigheten att kommunicera och höras genom munskydd. Anneli beskrev det så här:

Rent fysiskt var det jättesvårt, man måste ta på sig hela kittet, ibland var det till och med två handskar ovanpå varandra. Jag svettades mycket och andra också, sen var det svårt att andas. Så står man där vid patienten och måste skrika för den ska kunna höra.

Ur citatet framgår den fysiska påfrestningen som tidigare beskrivits men också hur kuratorerna fått skrika eller höja rösten för att kunna kommunicera. I intervjumaterialet finns beskrivningar om hur kuratorer försökte tänka bort sin egen utsatthet till förmån för patienten, där det ibland lyckades och ibland fick konsekvenser i form av blodtrycksfall, huvudvärk och skav från skyddsutrustningen. Det finns också beskrivningar på hur kuratorerna försökte ta hänsyn till sin egen hälsa genom att begränsa samtalstiden och vara noggranna med pauser och vila mellan patienterna, vilket i sin tur påverkade hur kuratorerna kunde planera sina dagar och prioritera patienter. I vissa fall beskrivs, i synnerhet när full skyddsutrustning användes, påfrestningarna dock för stora för att relationsskapande skulle kunna vara prioriterat, varför detta inte heller utfördes på samma sätt som tidigare. Aspekter från skyddsutrustning likt dessa, gällde framför allt arbete med full skyddsutrustning och inte när enbart munskydd användes. Ur tidigare forskning framgår främst huruvida icke-verbal kommunikation som känslouttryck och förmedling hindrats av skyddsutrustning men också hur den verbala kommunikationen påverkats genom munskydd i kontakt med patienter (se Mheidly et al. 2020). Emellertid framkommer det inte hur mer skyddsutrustning än munskydd har påverkat både personalens mående och möjlighet att skapa relation med patienter utifrån dessa förutsättningar, vilket här ses ha betydelse för kuratorernas möjlighet till relationsskapande med patienter. Relationsskapandet i förhållande till Use of Self kan förstås genom att kuratorerna hindrades i att använda både sina mer övergripande och personliga färdigheter när den fysiska påfrestningen var för stor för att kunna negligeras.

### *Konsekvenser: Psykiska aspekter av skyddsutrustning*

Den fysiska sårbarheten som lyftes fram i intervjuerna, beskrevs ofta genom de begränsningar och symtom som skyddsutrustningen skapade. Den psykiska sårbarheten som fanns genom skyddsutrustningen hänvisades istället till rädsla för att själv bli smittad av Covid-19 eller att smitta deras anhöriga eller patienter. Emelie beskrev det så här:

Jag har inte tänkt på mig själv, jag har alltid tänkt på patienten. För om jag får det så jag klarar mig- men patienterna är sjuka, ofta är immunförsvaret nedsatt.. Patienterna har lättare att få sjukdomen, så jag tänkte att jag ska inte smitta dem.

Som framgår av citatet fokuserade Emelie på att inte riskera att smitta patienterna med viruset, då deras immunförsvaret var nedsatt. Flera av kuratorerna har resonerat likt Emelie, andra har varit mer oroliga för att smitta sina anhöriga eller att själva bli smittade. I tidigare forskning framgår att det förekommer avvägningar om närhet och distans i professionella relationer (O'Connor 2019), ur detta sammanhang uppmärksammas i intervjumaterialet dock en ny typ av fysisk avvägning om närhet och distans i relationsskapande med patienter. Detta för att inte riskera att föra vidare ett smittsamt virus, men inte heller ta avstånd från patienter eller anhöriga. Det framkommer i intervjumaterialet att även flera patienter varit oroliga för att bli smittade, vilket kunnat påverka möjlighet till relationsskapande och att ha samtal med patienter. I intervjumaterialet framgår att avvägningen om närhet och distans kunnat upplevas svår och ha påverkats av flera faktorer, såsom skyddsutrustning eller oro för smitta. Vid oro för smitta, från kurator eller patient, upplevdes både fysisk och psykisk distans påverka relationsskapandet. Distansen som skapades kan förstås genom det relationsbaserade tänkandet som syftar till att skapa en trygg och tillitsfull relation för att kunna identifiera intervention och mål med kontakten. Den trygga och tillitsfulla grunden kan tolkas ha påverkats genom oron för smitta och distansen som kunde skapas i samtal.

I intervjumaterialet framkommer kuratorernas upplevelse av att de bar ansvar för att förhindra smittspridning, vilket i vissa fall blev ett orosmoment och ställde krav om att hantera skyddsutrustningen rätt. Kuratorerna beskrev att de fått olika mycket kunskap och utbildning i hur skyddsutrustningen skulle användas säkert för både kuratorn själv och för att inte bära på smitta och riskera att andra smittades. Isabelle beskrev hennes upplevelse så här:

Okej, nu ska jag sprita 14 gånger totalt- men när kommer spritningarna?

I vilken ordning ska jag göra det? Bara det var ett orosmoment i början.

För att man vill ju inte smitta patienterna och man vill inte heller bli smittad själv.

Isabelles beskrivning illustrerar hennes initiala frågeställningar och orosmoment om hantering av skyddsutrustning i början av Covid-19 pandemin. I intervjumaterialet framkommer att de flesta kuratorerna aldrig arbetat i skyddsutrustning innan pandemin, vilket utvecklade frågeställningar om både smittorisk och hur skyddsutrustningen skulle hanteras för att både undvika att smitta andra och att själv bli smittad, vilket också relaterar till patientsäkerhet i vården. Hur kuratorerna introducerades i användandet av skyddsutrustning skildes åt, några fick hjälp av sina medicinskt utbildade kollegor, andra läste sig till information genom framtagna riktlinjer. I intervjumaterialet framkommer att kuratorerna i de flesta fall kände sig mer bekväma och mindre oroliga efterhand som de arbetat mer i skyddsutrustning och upplevde sig trygga i hanteringen av denna.

Under pandemin utmanades kuratorerna, som beskrivits av både psykisk och fysisk sårbarhet, i relation till skyddsutrustning och smittorisk. I intervjumaterialet framkommer att kuratorerna även utmanats i snabba omställningar med både nya arbetsuppgifter och nya patientkategorier, vilket i vissa fall varit en psykisk påfrestning. Förändringarna gjorde att kuratorerna i högre utsträckning än tidigare hanterade situationer som var ovana och skapade känslor hos kuratorn som denna

behövde ta hand om parallellt, Maria beskrev det så här i förhållande till att möta patienter i nya kontexter:

Jag är inte den blyga typen sådär heller och det kanske... Jag har nog en förmåga att, även om jag känner mig jättenervös, eller egentligen i huvudet när man sitter med en patient som gör en osäker att man kanske är ganska bra på att dölja det, medan det pågår ett uppror i huvudet.

I citatet ger Maria exempel på hur hon använder sig själv genom personliga egenskaper och hanterar sina känslor genom att dölja dessa för patient. I intervjumaterialet framkommer också beskrivningar om att ha förmåga att vara trygg i det som är otryggt och att spegla detta i samtal med patienter. Denna relationsaspekt kan förstås genom begreppen ångest och social intelligens. Social intelligens syftar till kuratorns förmåga att förstå sin egen känslotämning och genom trygghet kunna hålla nere sina psykologiska försvar i kontakten med patienter, vilket speglas i citatet. Begreppet ångest syftar till att använda sig av svåra känslor som kan uppkomma i samtalet genom att kuratorn har en önskan om att göra en god prestation i sitt relationsskapande och genom detta skapa möjlighet att uppnå målet med kontakten. Ett par kuratorer beskrev detta utifrån att de blivit omplacerade till nya enheter och behövde arbeta med nya patientkategorier som de inte hade kännedom om sedan tidigare. Den obehagliga känslan som ångest ger gör många gånger att professionella försöker undvika denna istället för att använda sig av, vilket belysts i tidigare forskning (O'conner 2019). Maria, tillsammans med flera andra har beskrivit att kuratorerna istället blivit mer vaksamma och närvarande i samtalet när dessa känslor uppstått, vilket kan förstås genom att kuratorerna använder sig av ångest och känslor som kan uppfattas obehagliga i relationsskapande syfte för att etablera en god kontakt med patient.

#### *Konsekvenser: För det multiprofessionella teamet*

Den gemensamma både fysiska och psykiska sårbarheten uppmärksammades i intervjumaterialet kunnat ha positiv effekt på arbetsmiljön i form av kollegiala relationer. Den positiva upplevelsen beskrevs genom samhörigheten av den fysiska påfrestningen och sårbarheten. Mirja reflekterade kring det så här:



Kanske ibland på mottagningen när man har känt att man kanske har gjort någon, jag kanske inte ska säga grimas, snarare så kanske kollegor emellan när man har träffat varandra i korridoren och man ska släppa in någon patient och man har liksom... Vi blev... Det sammanförde personalen på något sätt, den här skyddsutrustningen.

I citatet framkommer att den gemensamma nämnaren att behöva använda skyddsutrustning och dess påfrestningar kunde ge samhörighet genom att dela sårbarheten och visa på empatisk förmåga i relation till varandra inom teamet. Detta kan tolkas som att kuratorn använder sina färdigheter och Use of Self på liknande sätt med sina kollegor som med patient för att skapa relation genom att mentalisera och visa på sin empatiska förmåga. Kuratorerna hänvisar till att en god kontakt och relation med kollegorna i teamet behövs för att få det dagliga samarbetet att fungera genom samverkan kring gemensamma patienter och att få remisser, detta i likhet med tidigare forskning (Maramaldi et al. 2014; Giamportone 2022). Tidigare forskning som berör Covid-19 påverkan på det multiprofessionella teamet har visat att kommunikationen försvårats och att personal kunnat uppleva sig alienerade och mer anonyma i skyddsutrustning (Erschens et al. 2022), vilket inte varit fallet ur kuratorernas upplevelse där de istället sett en positiv effekt av den gemensamma sårbarheten i skyddsutrustning.

#### *Konsekvenser: För relationen*

I kontexten av Covid-19 pandemin uppmärksammades flera förändringar för kuratorerna vad gäller deras relationsskapande med patienter. Förändringarna som kommer lyftas här berör hur relationsskapande med patienter som vårdats till följd av Covid-19 förskjutits avseende ärendekarakär och hur kuratorerna i kontakt med patienter som inte haft misstänkt eller konstaterad smitta gjort avsteg från riktlinjer om munskydd vid patientnära kontakter. När kuratorerna hade fysiska besök med patienter som vårdades till följd av Covid-19 infektion uppdagades en förskjutning från att omhänderta patientens psykosociala mående till att enbart behandla sociala och praktiska frågor. Anneli beskrev det så här:

Det blev så primitivt i sådana situationer när man ställs inför det här jättetunga, liv och död. Och det som är primärt, det primära behovet är ju att man har sitt hem kvar, att man har mat och så. Allt är mycket, jag tänker det är kris som gjorde att det blev så stor omställning.

Anneli hänvisar i citatet till allvarligt sjuka patienter som hade svårt att andas och syresätta sig där hennes upplevelse var att kuratorns arbetsuppgifter koncentrerades kring människans mest grundläggande behov. Den noterade förskjutningen av arbetet kom från att inte ha utrymme att arbeta med de psykologiska aspekterna av patientens situation och att kuratorns sociala och praktiska arbete blev mer framträdande, således var det förändringen som uppmärksammades av kuratorerna och inte arbetsuppgiften i sig då den vanligtvis innefattas av deras psykosociala arbete, vilket också beskrivits i tidigare forskning (Giamporones 2022). Flera kuratorer beskrev att patienterna ofta var drabbade av stark ångest kopplat till andningssvårigheterna, men att kuratorns psykosociala omhändertagande inte varit möjligt utifrån kontexten om patientens livshotande tillstånd. I omställningen gav kuratorerna uttryck för att inte kunna utföra sitt arbete på samma sätt som tidigare och att skapa relation inte varit aktuellt utifrån förutsättningarna, varför de inte heller använt sina färdigheter eller strategier för att skapa relation. Detta kan också tolkas relatera till att målet för kontakten förändrades i och med förskjutningen mot social och praktisk karaktär och att kuratorerna därför inte behövde skapa relation på samma sätt som när kontakten var av psykosocial karaktär. I förskjutningen från psykosocialt omhändertagande till mer praktisk och social ärendekaraktär förstås Use of Self därför inte ha samma betydelse för relationsskapande genom att målet för kontakten förändrats till uppdrag om att se till patientens mest grundläggande behov.

I intervjumaterialet framkommer att kuratorerna i vissa fall gjort undantag genom avsteg från riktlinjer om att använda munskydd vid patientnära vård, detta när patienterna inte haft konstaterad eller misstänkt smitta. På samma sätt som andra

professioner i hälso- och sjukvården ansågs kuratorerna i de flesta fall ingå i arbetet som beskrevs patientnära, under delar av pandemin innebar riktlinjerna att all patientnära vård skulle utföras i munskydd. Vid då gällande riktlinjer var skyddsutrustning en förutsättning för fysisk kontakt, men det framkom att kuratorerna på olika sätt gjort avsteg från detta för att träffa patienter och skapa möjlighet att etablera en god relation och samtal. Mirja beskrev hennes resonemang så här:

Vi är ju en udda grupp, så därför har vi lite egna regler liksom (...) patientnära vård, nej jag sitter med två meters avstånd.

I citatet framkommer att Mirja använt sig av att hålla avstånd och på så vis undvikit att innefattas av det patientnära arbetet. Flera kuratorer har gett exempel på när de gått ifrån angivna riktlinjer gällande skyddsutrustning då de sett en öppning i utrymmet för tolkningen av vad patientnära arbete innebär, där riktlinjen varit arbete med patient med mindre än två meters avstånd. Att ha möjlighet att göra avsteg på ett sådant sätt motiverades av kuratorerna genom att de har ett annat uppdrag och typ av arbete än andra professioner i hälso- och sjukvård, och därför istället kan hålla avstånd. I intervjumaterialet framgår att avstegen har varit i kontakt med patient som inte burit på någon konstaterad eller misstänkt smitta och när det funnits förutsättningar för säkra besök. Att gå ifrån gällande riktlinjer hänvisades primärt till att göra det bästa för patienten och relationen, även om kuratorn också gynnades av detta genom mindre fysisk belastning av skyddsutrustningen. Avsteget motiverades genom att kunna förmedla en mer personlig bild av sig själva och skapa andra förutsättningar för samtal och relation. Maria reflekterande kring det så här:

Antingen kan man ju inte prata alls eller så får jag faktiskt gå med på det, men kanske sätta mig lite längre ifrån eller... Jättesvårt (...) Och ibland så gjorde man fel mot riktlinjerna absolut. För att man tänker, jag vill hellre vara tillmötesgående mot patienten i detta och få ett bra samtal, eller få till ett samtal överhuvudtaget än att ha det här liksom.

I citatet framgår att Maria valt att gå ifrån riktlinjer till förmån för att möta patienten och dennas behov genom att skapa förutsättningar för ett bra samtal. I intervjumaterialet framkommer beskrivningar om att kuratorerna haft lättare för att skapa relation, använda sig själva genom färdigheter och möta patienten vid tillfällen där de valt att göra avsteg från riktlinjerna. Kuratorernas beskrivningar kan förstås genom det relationsbaserade tänkandet och att relationsskapande med patienter, för att etablera en trygg kontakt och kunna arbeta med förändring eller mål med kontakten, ansetts prioriterat när säkra besök kunnat ske. Detta framför att följa angivna riktlinjer om att använda skyddsutrustning vid patientnära vård.

Således uppmärksammade kuratorerna att konsekvenser av skyddsutrustningen innefattade fysiska- och psykiska aspekter, det multiprofessionella teamets samhörighet och relationsskapande. Vad som inte varit lika framträdande i tidigare forskning (se Erschens et al. 2022; Ross och George 2022) är hur olika typer av skyddsutrustning haft konsekvenser för kuratorernas egna mående och utifrån detta, deras möjlighet att skapa relation med patienter. I förhållande till den psykiska sårbarheten uppmärksammas en ny typ av fysisk distans genom oro för att själv bli smittad och för att smitta anhöriga eller patienter. Denna oro avtog efterhand som kuratorerna upplevde sig mer trygga i hanteringen av skyddsutrustning. Covid-19 viruset uppmärksammades ge konsekvenser genom en förskjutning från kuratorns psykosociala arbete mot en mer praktisk och social ärendekaraktär, vilket tolkades påverka målet med kontakten varför relationsskapande med patienterna inte utfördes på samma sätt. Utifrån skyddsutrustningen och i samtal där det inte funnits misstanke om eller konstaterad smitta framkom att kuratorerna kunnat göra avsteg från gällande riktlinjer, för att relationsskapande med patienter skulle underlättas.

## Avslutande diskussion och resultat

Konsekvenserna som drabbade hälso- och sjukvården relaterat till Covid-19 pandemin ser annorlunda ut idag mot för ett par år sedan. Även om riktlinjerna om skyddsutrustning just nu är borttaget, vilka togs bort och uppdagades under

uppsatsskrivandets gång, finns både Covid-19 och skyddsutrustning kvar. Syftet med uppsatsen har varit att förstå kuratorers syn på och upplevelse av relationsskapande och hur Covid-19 och den ökande användningen av skyddsutrustning har haft konsekvenser för kuratorerna samt deras relationsskapande. Detta genom intervjuer med hälso- och sjukvårdskuratorer som varit verksamma inom somatisk vård.

Gällande kuratorers relationsskapande med patienter har uppsatsens resultat i stort liknat resultat från tidigare forskning (se Egan, Maidment & Connolly 2017; Sinai-Glazer 2020). Det framkom att kuratorerna använder sig själva som redskap och genom olika strategier skapar allians och förmedlar empati för att skapa relation med patienter. Kuratorernas relationsskapande har tolkats genom det relationsbaserade tänkandet och användande av färdigheter samt Use of Self, där det visat sig att kuratorerna anpassar sina färdigheter utifrån situation och vem patienten är. Detta benämns av kuratorerna själva som att agera ”skådespelare” eller ”kameleont”. Med olika färdigheter finns både vinster och förluster för relationsskapande, där vissa upplevts mer riskfyllda än andra. Empati lyfts fram som både begrepp och förmåga, och av vad som framgår uppfattas det ganska okomplicerat till skillnad från humor och ångest där det finns en annan spänning och risk för relationsskapandet.

Utifrån dilemmat som formulerades i problemformuleringen om att munskyddet under pandemin å ena sidan var en förutsättning för kontakt å andra sidan ett hinder för att skapa relation, var detta inte helt giltigt men inte heller felaktigt. Det initiala arbetet i skyddsutrustning upplevdes svårare än det senare, detta då kuratorerna hindrades i att använda sig själva och sina färdigheter. Under det senare arbetet i munskydd framkommer hinder i att skapa relation inte lika tydligt vilket förklarades genom förvärvade kompensationsstrategier. Erfarenhet och kunskap om att utföra relationsskapande som kurator i skyddsutrustning spelar således roll för hur kuratorerna kan parera och möta konsekvenser av detta. Med ökad kunskap om relationsskapande i skyddsutrustning hade fler och bättre kompensationsstrategier kunnat utvecklas. Detta hade kunnat generera i tydligare och mer välfungerande kompensationsstrategier, vilket i förlängningen hade kunnat fungera som vanlig strategi för relationsskapande med patienter. Detta visar i sin tur på behov av

utbildning och fortsatt kunskapsutveckling för att vid fortsatt användande av skyddsutrustning eller vid en ny situation, likt Covid-19, skapa förutsättningar och möjlighet för relationsskapande i skyddsutrustning.

Att använda kompensationsstrategier vid relationsskapande med patient visade sig välfungerande när munskydd användes, men otillräckligt vid full skyddsutrustning. Skyddsutrustningen krävde en större medvetenhet från kuratorerna i sitt relationsskapande då strategier, Use och Self och färdigheter hindrades. Utifrån detta uppmärksammades kuratorerna på och medvetandegjorde ansiktets betydelse i relationsskapande, ögonens funktion blev en kompensationsstrategi för att ersätta de delar av ansiktet som doldes i skyddsutrustning. Samtidigt hindrades denna kompensationsstrategi när extra skyddsutrustning, såsom visir, användes. En annan kompensationsstrategi kuratorerna använde sig av var att verbalisera tolkningar, vilket inte varit framträdande i tidigare forskning. Att verbalisera tolkningar som kompensationsstrategi ansågs vara den mest användbara, då den inte hindrades av att ansiktet doldes i skyddsutrustning eller påverkades av vilken typ av skyddsutrustning som användes.

Det har också framkommit hur kontexter för samtal kan påverka relationsskapande med patient. Det finns fortfarande fler kontexter att undersöka och det behövs mer och ny kunskap kring relationsskapande och hur förhållandet mellan tal och kropp påverkar möjlighet att skapa relation. Detta då det visat sig finnas exempel på situationer där relationsskapande försvårats eller att tillgänglig kunskap inte varit tillräcklig för relationsskapande, såsom vid exempelvis videobesök. Kroppsspråket framställs i relationsskapande med patienter som något viktigt, vid videobesök framställdes kroppsspråket istället som störande i förhållande till relationsskapande med patient. Olika kontexters betydelse visar att Use of Self är mer komplext än att enbart applicera på relationsskapande med patienter. Betydelsen av kroppsspråk och hur relationsskapande görs i förhållandet mellan tal och kropp väcker således nya frågor, som skulle vara intressant att studera vidare i fortsatta studier.

Konsekvenserna från Covid-19 pandemin utmanade kuratorerna genom skyddsutrustningens fysiska- och det smittsamma virusets psykiska påfrestningar. De mer övergripande färdigheterna såsom social intelligens, relationell dynamik

och att mentalisera som kuratorerna använde i förhållande till patienten genom att lära ut sina färdigheter eller på olika sätt ta in och förstå patientens situation, hindrades genom påfrestningarna skyddsutrustningen gav. Likaså hindrades de mer personliga färdigheterna, empati, humor och ångest, genom distansen som skapades. I konsekvenserna om oro för smitta som delvis relaterades till kunskap om hantering av skyddsutrustning finns utrymme för lärdomar inför aktuellt eller kommande arbete i skyddsutrustning där utbildning och kunskap hade kunnat förhindra del av oron och ökat patientsäkerheten. Avstegen från riktlinjer om skyddsutrustningen som motiverades genom påverkan på relationsskapande med patienter, visar på behov av vidare kunskap om hur arbetet i skyddsutrustning kan förbättras så att det inte påverkar relationsskapandet i samma omfattning.

Sammantaget har uppsatsen lyft fram strategier för att kunna skapa relation med patient, i synnerhet vad gäller med och utan skyddsutrustning, men också i kontexter om öppen- och slutenvård samt digitala hjälpverktyg. Empirin är begränsad med ett fåtal intervjupersoner varför resultaten inte är generaliserbara ur ett större perspektiv, samtidigt kan resultaten ändå vara användbara för fortsatt arbete och relationsskapande i skyddsutrustning. Det framgår också fortsatt behov av mer kunskap och utbildning om relationsskapande i förhållande till skyddsutrustning. Perspektiven, kunskapen och erfarenheten av kurators arbete i skyddsutrustning är av naturliga skäl aktuella för kuratorer i hälso- och sjukvård men också andra professioner i hälso- och sjukvård som arbetat med patienter i skyddsutrustning. Precis som för andra yrkesroller inom människobehandlande organisationer, såsom exempelvis äldreomsorg där skyddsutrustning använts i relationsskapande kontexter. Ur perspektiv ovan om yttre påfrestningar uppmärksammas frågeställningar som hade varit intressant att studera vidare om dels kontakt med patient, dels arbetsmiljö. De fysiska och psykiska aspekterna om skyddsutrustning och dess konsekvenser för patientkontakter relaterar till patientsäkerhet och att säkerställa god, kvalitativ vård på lika villkor. Konsekvenser för arbetsmiljö relaterar istället till personalens mående och vilka möjligheter som finns för att se till egen hälsa i förhållande till att utföra det arbete som omfattas av yrkesrollens beskrivning.

## Referenslista

- Alvesson, Mats & Sköldböck, Kaj. 2017. *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Tredje upplagan Lund: Studentlitteratur
- Bindu, CM., Reena, R., Shyam, AC., Vivek, G., Chandrakala, C., & Usha, SMR. 2022. *Health effects among COVID-19 frontline health care professionals using level III personal protective equipment: A hospital-based descriptive study*. *Asian Journal of Medical Sciences*, 13(2), 9–17.
- Banks, S., Cai, T., de Jonge, E., Shears, J., Shum, M., Sobočan, A. M., Strom, K., Truell, R., Úriz, M. J. & Weinberg, M. 2020. *Ethical challenges for social workers during covid-19: a global perspective*. Rheinfelden, Schweiz: The international federation of social workers,
- Blom, Björn, Lalos, Ann, Morén, Stefan & Olsson Mariann. *Hälso- och sjukvården – en central arena för socialt arbete*. 2014. *Hälso- och sjukvården - en central arena*. I Lalos, Ann, Blom, Björn, Morén, Stefan & Olsson, Mariann (red.). 2014. *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar*. 1. utg. Stockholm: Natur & Kultur
- Braun, Virginia & Clarke, Victoria. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101
- Brown-Johnson, C., Vilendrer, S., Heffernan, M. B., Winter, S., Khong, T., Reidy, J., & Asch, S. M. 2020. *PPE Portraits-a Way to Humanize Personal Protective Equipment*. *Journal of General Internal Medicine*, 35(7), 2240–2242.
- Bryman, Alan. 2018. *Samhällsvetenskapliga metoder*. (3. uppl.). Malmö: Liber AB
- Dewane, Claudia J. 2006. *Use of Self: A primer revisited*. *Clinical Social Work Journal*. 34(4): 543-558
- Egan, Ronnies., Maidment, Jane & Connolly, Marie. 2017. *Trust, power and safety in the social work supervisory relationship: results from Australian research*. *Journal of Social Work Practice*. 31(3): 307–321
- Eide, Tom & Eide, Hilde. 2006. *Kommunikation i praktiken. relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Erschens, R., Adam, S. H., Weisschap, C., Giel, K. E., Wallis, H., Herrmann-Werner, A., Festl-Wietek, T., Mazurak, N., Zipfel, S. & Junne, F. 2022. *The role of face masks within in-patient psychotherapy: Results of a survey among*



*inpatients and healthcare professionals*. *Frontiers in Neuroscience*. 16(1030397): 1-10

Folkhälsomyndigheten. 2019. *Pandemiberedskap. Hur vi förbereder oss- ett kunskapsunderlag*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/b6cce03c4d0e4e7ca3c9841bd96e6b3a/pandemiberedskap-hur-vi-forbereder-oss-19074-1.pdf> (23-02-02)

Foula, M. S., Nwesar, F. A., Oraby, E. H., Foula, A., Alarfaj, M. A., Foula, H. S., & Asch, S. M. 2021. *Does wearing personal protective equipment affect the performance and decision of physicians?. A cross-sectional study during the COVID-19 pandemic*. *Annals of Medicine and Surgery*, 67.

Giamportone, Kimberly. 2022. *Expectations of social workers for interprofessional practice in healthcare: qualitative insights from practicing physician, nurse, and social work professionals*. *Social Work in Health Care*. 61(9-10): 516-529

Grahlow, Melina., Rupp, Claudia I. & Derntl, Birgit. 2022. *The impact of face masks on emotion recognition performance and perception of threat*. *PLoS ONE* 17(2): 1-16

Grenville, Emily och Dwyer, Dominic M. 2022. *Face masks have emotion-dependent dissociable effects on accuracy and confidence in identifying facial expressions of emotion*. *Cognitive Research: Principles and Implications* 7(15): 1-8

Hayirli, T. C., Stark, N., Bhanja, A., Hardy, J., Peabody, C. R., & Kerrissey, M. J. 2021. *Masked and distanced: a qualitative study of how personal protective equipment and distancing affect teamwork in emergency care*. *International journal for quality in health care*, 33(2), mzab069.

Heidenreich, K; Bremer, A; Materstvedt, L-J; Tiddefelt, U. & Svantesson, M. 2017. *Relational autonomy in the care of the vulnerable: health care professionals' reasoning in Moral Case Deliberation (MCD)*. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 21:467–477

Howe, David. 1998. *Relationship-based thinking and practice in social work*. *Journal of Social Work Practice*. 12(1): 45-56

Howe, David. 2017. *Empathy, social intelligence and relationship-based social work*. *Issues In Social Work*, Volume 22, Issue 1, pp. 1-12

- Johnston, Liz & Termp, Dianne M. 2018. *Support is a Complicated Concept: A Social Work Practice Reflection on Support and Anxiety*. *Clinical Social Work Journal*. 47: 236–248
- Ka man Wong, C., Hon Kei Yip, B., Mercer, S., Griffiths, S., Kung, K., Chi-sang Wong, M., Chor, J. & Yeung-shan Wong, S. 2013. *Effects on facemasks on empathy and relational continuity: a randomised controlled trial in primary care*. *BMC Family Practice*, 14(200): 1-7
- Kalman, Hildur och Johansson, Stina. 2019. *Skydd av försöksperson respektive skydd av informanternas anonymitet*. I Kalman, Hildur & Lövgren, Veronica (red.) *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Andra upplagan, reviderad och utökad Malmö: Gleerups
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. 2021. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Tredje (reviderade) upplagan: Studentlitteratur
- Lindström, Martin. 2021. *Covid-19-pandemin och den svenska strategin. Epidemiologi, postmodernism och svensk exceptionalism*. *Statsvetenskaplig tidskrift*. 123(5): 93-124
- Maramaldi, P., Sobran, A., Scheck, L., Cusato, N., Lee, I., White, E. & Cadet, T. J. 2014. *Interdisciplinary Medical Social Work: A Working Taxonomy*. *Social Work in Health Care*. 53(6): 532-551
- Mishna, Faye., Milne, Betsy., Sanders, Jane. & Greenblatt, Andrea. 2021. *Social Work Practice During COVID-19: Client Needs and Boundary Challenges*. *Global Social Welfare*, 9:113–120
- Mitzkovitz, Cayla., Dowd, Sheila M., Cothran, Thomas & Musli, Suzanne. 2022. *The Eyes Have it: Psychotherapy in the Era och Masks*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 29:886–897
- Mheidly, Nour., Fares, Mohamad Y., Zalzale, Hussein. & Fares, Jawad. 2020. *Effect of face masks on Interpersonal Communication During the COVID-19 Pandemic*. *Frontiers in Public Health*. 8(582191): 1-6
- Molnar-Szakacs, I., Uddin, L. Q., & Heffernan, M. B. 2021. *The face behind the mask: The future of interpersonal interaction*. *Neuron*, 109(12), 1918–1920.
- Morley, Louise. 2022. *Contemporary Practitioner Experiences of Relational Social Work: The Case of Child Welfare*. *Australian Social Work*. (75)4: 458-470

- O'conner, Louise. 2020. *How social workers understand and use their emotions in practice: A thematic synthesis literature review*. *Qualitative Social Work*, 19(4), 645–662
- Ortega-Galán, Angela Maria, Ruiz-Fernández, Maria Dolores & Ortíz-Amo, Rocio. 2020. *Compassion and empathy in community social workers: A qualitative study in Spain*. *Health Soc Care Community*. 29:1349–1358
- Recmanová, Adela, Kalenda, Sona & Kowalíková, Ivana. 2022. *Information and communication technologies in the communication between the social worker and the client*. *Journal of Social Work Practice*. *Journal of Social Work Practice*. 36(3): 345-358
- Rennstam, Jens & Wästerfors, David. 2015. *Från stoff till studie: om analysarbete i kvalitativ forskning*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Ross, Paddy & George, Emily. 2022. *Are Face masks a problem for emotion recognition? Not when the whole body is visible*. *Frontiers in Neuroscience*. 16(915927):1-8
- Sanders, Jane E. 2019. *Phenomenology and intersubjectivity: considerations for webcam-facilitated psychotherapy*. *Journal of social work practice*. 33(2): 173–184
- Sernbo, Elisabet. 2019. *Med avstegen som arbetsplats - En etnografisk studie av hälso- och sjukvårdskuratorns arbete*. Diss.,. Göteborgs universitet.  
<http://hdl.handle.net/2077/59806>
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2022:444. *Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning*. Stockholm: Justitiedepartementet
- Sellberg, R. 2022. *Skräcken i patientens ögon: "Vad händer med mig?"* *Sydsvenskan*. 13 februari. <https://www.sydsvenskan.se/2022-02-13/skracken-i-patientens-ogon-vad-hander-med-mig> (23-02-05)
- Sinai- Glazer, Hagit. 2020. *The essentials of the helping relationship between social workers and clients*. National Association of Social Workers. 65(3): 245-256
- Socialstyrelsen. 2018. *Krisstöd vid allvarlig händelse*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-10-9.pdf> (23-02-05)

Socialstyrelsen. 2022. *Analys om pandemins effekter på vården*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/analys-uppdamda-vardbehov-efter-pandemin/> (23-02-05)

Sohlberg, Peter & Sohlberg, Britt-Marie. 2019. *Kunskapens former: vetenskapsteori, forskningsmetod och forskningsetik*. Fjärde upplagan Stockholm: Liber.

Svärd, Veronica & Swärd, Hans. 2022. *Socialt arbete inom hälso- och sjukvård- ett kunskapsfält i förändring*. Socionomen (52). <https://socionomen.se/forskning/vetenskapliga-artiklar/socialt-arbete-inom-halso-och-sjukvard-ett-kunskapsfalt-i-forandring/>

Södersjukhuset. 2020. *Kuratorer och psykologer på plats i covid-19-vården*. Stockholm: Södersjukhuset. <https://www.sodersjukhuset.se/press/nyheter/kuratorer-och-psykologer-pa-plats-i-covid-19-varden/> (23-02-05)

Venesoja, A., Grönman, K., Tella, S., Hiltunen, S., Koljonen, K., Butylina, S., Rotinen, L. & Torkki, P.; Laatikainen, K. 2021. *Healthcare Workers' Experiences and Views of Using Surgical Masks and Respirators, and Their Attitudes on the Sustainability: A Semi-Structured Survey Study during COVID-19*. Nursing Reports. 11: 615–628.

Vetenskapsrådet. 2017. *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet

Världshälsoorganisationen. 2020. *A year without precedent: WHO's COVID-19 response*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/a-year-without-precedent-who-s-covid-19-response/> (23-02-05)

Wasilewski, B. Marina., Szigeti, Zara., Sheppard, L. Christine., Minezes, Jacqueline., Hitzig, L.Sander., Mayo, L. Amanda., Robinson, R. Lawrence., Lung, Maria. & Simpson, Robert. 2022. *Infection prevention and control across the continuum of COVID-19 care: A qualitative study of patients', caregivers' and providers' experiences*. Health Expectations. 25: 2431–2439.

Yuen-Han Mo, Kitty & Chan, On-fat. 2023. *Supervisory relationship in cyber supervision: Implications for social work supervision*. International Social Work. 66(1): 65–79

# Bilagor

## Bilaga 1 Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Inledning

Information, frivilligt, samtycke, konfidentialitet

#### Bakgrund

Hur länge har du arbetat som kurator?

Har du arbetat som kurator tidigare?

Vad fick dig att söka en kuratorstjänst?

Arbetar du mestadels inom öppen- eller slutenvård?

Kan du i korthet berätta hur en vanlig arbetsdag ser ut för dig?

Antal besök och ny/ återbesök (långa/ korta kontakter)

#### Teman

*Konsekvenser för yrkesroll av att arbeta i skyddsutrustning*

Hur skulle du beskriva din yrkesroll?

På vilket sätt är din egen person en del av din yrkesroll?

Kan du beskriva din upplevelse av hur skyddsutrustning har påverkat din möjlighet att utöva ditt arbete som kurator?

Har du något exempel där det varit till nackdel att utöva ditt arbete i skyddsutrustning?

Har du något exempel där skyddsutrustning varit till fördel för att kunna utöva ditt arbete?

*Arbeta i skyddsutrustning/ covid*

Arbetade du som kurator under covid-19 pandemin?

Kan du berätta lite om ditt arbete under pandemin?

Var något annorlunda mot tidigare och i så fall vad?

Vilken var din största utmaning under pandemin?

Vilken typ av skyddsutrustning har du använt i kontakt med patienter?<sup>1</sup>

Kan du beskriva vilken betydelse skyddsutrustning haft på ditt arbete?

Hur länge/ mycket har du arbetat i skyddsutrustning?

---

<sup>1</sup> Munskydd, visir, förkläde, handskar, annat?

Regelbundet under längre tid? Vid konstaterade smittsamma sjukdomar?

#### *Skapa relationer i skyddsutrustning*

Kan du beskriva hur du som kurator arbetar med att skapa relationer till dina patienter?

Kan du ge exempel på egenskaper som en professionell relation bör innehålla?

På vilket sätt är din egen person en del av att skapa relation med patient?

På vilket sätt har du skapat relationer i skyddsutrustning?

Vad är viktigt för att skapa relation i skyddsutrustning?

På vilket sätt har skyddsutrustningen haft betydelse för relationsskapandet?

Vilka skillnader eller likheter finns med att skapa relationer med eller utan skyddsutrustning?

Har du upplevt att det finns någon skillnad med att träffa patienter i skyddsutrustning om det är ny- eller återbesök? Om ja, kan du beskriva skillnaden?

Kan du ge ett exempel där det fungerat bra att skapa relation med patient i/ utan skyddsutrustning?

Har du något exempel där det fungerat mindre bra att skapa relation med patient i/ utan skyddsutrustning?

#### *Avslutande frågor*

Vilka erfarenheter eller lärdomar har du tagit med dig av att arbeta i skyddsutrustning?

Finns det något som du behöver veta mer om /mer kunskap för att kunna utföra arbete i skyddsutrustning bättre?

Har du något att tillägga som jag missat att fråga om som kan vara viktigt för mig att känna till?

## Bilaga 2 Informationsbrev

### Informationsbrev till forskningspersoner

Vill du delta i studie om kuratorers relationsskapande i skyddsutrustning? I det här brevet finns information om intervjustudien och om vad det innebär att delta. Jag heter Nathalie och jobbar som hälso- och sjukvårdskurator och samtidigt gör jag denna studie som led i min masteruppsats i socialt arbete. Jag vill undersöka kuratorers relationsskapande med patienter samt kuratorns möjlighet att använda sig själv i kontakten med patienterna när denna arbetar i skyddsutrustning. Jag vänder mig därför till kuratorer som använt någon form av skyddsutrustning, så som munskydd, visir eller förkläde i kontakten med patienter.

Om du samtycker till att delta i studien kommer intervjun ske på avtalad plats eller i digital form, plats och tid överenskommes gemensamt. Intervjun förväntas ta cirka 45-60 minuter, innan intervjun börjar kommer jag be om ditt samtycke att delta, både muntligt och skriftligt. Att delta i undersökningen är frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att förklara varför. Om du samtycker kommer intervjun att spelas in och sedan transkriberas av mig. Den information som kan kopplas till dig eller din arbetsplats kommer att anonymiseras. Ljudfilen kommer förvaras på säker plats och förstöras efter att uppsatsen blivit examinerad.

Efter att uppsatsen betygsatts kommer den finnas tillgänglig att ladda ner från Lunds universitets hemsida alternativt mejlas till dig om du önskar det. Uppsatsen kommer också presenteras på ett par konferenser och eventuellt vara till grund för en vetenskaplig artikel.

Kontaktuppgifter  
Nathalie Lindvall  
nathalie.lindvall@skane.se

Handledare för uppsatsen  
Gabriella Scaramuzzino  
gabriella.scaramuzzino@soch.lu.se  
Socialhögskolan, Lunds universitet

## Bilaga 3 Samtyckesblankett

### Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien.
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivits.
- Jag samtycker till att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande.
- Jag samtycker till att intervjun spelas in och transkriberas för analys.

Plats och datum	Underskrift
	Namnförtydligande