



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Att balansera mellan stringens och relevans

Kuratorers perspektiv på standardiserade vårdprocesser i  
Barn- och Ungdomspsykiatri

Ida Johansson

Examensarbete

VT 2023

Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet

Antal ord: 14 206

Handledare: Helena Hansson

# Abstract

Author: Ida Johansson

Title: Balancing rigor and relevance - Health care social workers perspective on standardized care processes in child and adolescent mental health care.

Supervisor: Helena Hansson

Assessor:

The aim of this study was to examine the experiences and thoughts of health care social workers regarding working according to standardized care processes in child and adolescent mental health care (Barn- och Ungdomspsykiatri). The research questions concerned what challenges and opportunities standardized care processes bring and how it affect the health care social workers professional role and discretion. The method chosen was semi-structured interviews with seven health care social workers, all operating in outpatient care within child and adolescent psychiatry in the county of Skåne. The theoretical basis in the analysis of the empirical data concerned humanism and aspects of professional expertise; knowledge based expertise and agent based expertise. The results show that the standardized care process impact on health care social workers can be boiled down to a balance between rigor and relevance. The standardized care processes offer opportunities for framing, transparency and equity and provide legitimacy in the dialogue within treatment teams, with collaborative partners and parents. On the other hand, the health care social workers struggle with the challenge of making complex problems fit into standardized models based on a basic humanistic view that each individual and situation is unique. The health care social workers find a way around the standardization by creating their own arrangements or continuing to work as they did before and argue that their way of working does not contradict the counter-goals of the care processes. They also use their discretion to prioritize and pursue influence. A concern expressed that the standardization is being pushed to its extreme and that would exclude patient groups with complex needs. The study shows that the health care social workers role both approaches that of the psychologist when they perform the same work tasks, but that the standardized care processes also give legitimacy to the family-based perspective and treatment methods traditionally carried out by the health care social workers.

Keywords: health care social worker, standardization, discretion

## Innehållsförteckning

<b>1. Problemformulering</b> .....	<b>4</b>
1.1 Syfte .....	5
1.2 Frågeställningar .....	6
<b>2. Bakgrund</b> .....	<b>6</b>
2.1 Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar .....	6
2.2 Vårdens skyldigheter .....	7
2.3 Standardiserade vårdprocesser inom Barn- och Ungdomspsykiatri i Skåne .....	8
2.4 Kuratorns roll och profession .....	9
2.5 Standardisering i socialt arbete .....	9
2.6 Kuratorn inom det psykosociala fältet .....	10
<b>3. Kunskapsläget</b> .....	<b>12</b>
3.1 Litteratursökning .....	12
3.2 Kuratorns roll och utgångspunkter .....	12
3.2.1 Kuratorns kunskapsutnyttjande .....	13
3.2.2 Förändrade villkor för professionellt arbete .....	13
3.2.3 Överskridande jurisdiktion .....	14
3.3 Handlingsutrymme och standardisering .....	15
3.3.1 Standardisering inom psykiatri i Norge och Danmark .....	16
3.4 Stegvis vård i psykiatri .....	17
<b>4. Teoretiska utgångspunkter</b> .....	<b>18</b>
4.1 Humanistiskt perspektiv .....	18
4.2 Två aspekter av professionell kunskap .....	19
4.2.1 Kunskapsfokuserad expertis och teknisk rationalitet .....	19
4.2.2 Agentbaserad kunskap och "reflection-in-action" .....	20
<b>5. Metod</b> .....	<b>20</b>
5.1 Val av metod .....	20
5.2 Urvalsprocessen .....	21
5.3 Etiska överväganden .....	21
5.4 Genomförande av intervjuer .....	22
5.5 Analys av data .....	23
5.6 Validitet och reliabilitet .....	24
<b>6. Analys</b> .....	<b>25</b>
6.1 Inramning och likvärdighet .....	26
6.1.1 Tydlighet, transparens och dialog .....	26
6.1.2. Likvärdig vård - är det möjligt? .....	27
6.2 Enkla lösningar på svåra problem .....	29
6.2.1 Komplexiteten och helhetsperspektiv .....	29
6.2.2 Snabb vård men är den tillräcklig? .....	30
6.3 Den professionella rollen .....	32
6.3.1 Teknologi och produktion .....	32
6.3.2 Agens och handlingsutrymme .....	33
6.3.3 Legitimitet och jurisdiktion .....	35
<b>7. Diskussion</b> .....	<b>36</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>45</b>
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>46</b>

# 1. Problemformulering

Barn och ungas psykiska hälsa har länge varit en prioriterad fråga för satsningar inom vårdområdet. Särskilt fokus har lagts på förebyggande arbete och tidiga insatser (Sveriges Kommuner och Regioner [SKR] 2017). Köerna inom Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP) fortsätter att växa trots en utökad kapacitet på landets mottagningar (SKR 2022). BUP-mottagningar arbetar med att införa metoder och standardiseringar för exempelvis triagering, utredning och nybedömning samt utvecklande av effektiva behandlingsmetoder för att bättre kunna möta det höga inflödet. Det ökade trycket motiveras till viss del av en ny patientgrupp med lättare psykiska besvär som tidigare hanterats inom familj och vänkrets (SKR 2017). I Region Skåne har det arbetats fram standardiserade vårdprocesser för utredning och diagnostik samt för diagnos- eller symtomspecifik stegvis behandling. Grunden i de standardiserade vårdprocesserna är att uppnå en likvärdig vård, öka effektiviteten i arbetet och erbjuda evidensbaserad vård (Region Skåne 2022).

Standardiseringar av behandlingar för psykiatriska symtom är dock omdiskuterat och debatten är ofta polariserad. I en artikel i läkartidningen skriver Holmqvist och Herlofson (2019) om psykiatrins utveckling mot att betrakta psykiska problem baserat på somatikens analogi. Psykiatriska diagnoser betraktas som sjukdomar som kan behandlas med en specifik evidensbaserad metod. Författarna menar att detta synsätt inte har stöd i vare sig forskning eller i kliniskt arbete inom psykiatri. De menar att standardiseringen av vårdprocesser baserat på diagnos går i motsatt riktning från personcentrerad vård där utgångspunkten är patientens syn på sig själv, sina relationer, historia, livsomständigheter, erfarenheter och biologi (ibid.).

Kurators roll inom hälso- och sjukvården har en lång historia. Inom psykiatri har kurators roll traditionellt handlat om att tillvarata patientens röst och intressen. Helhetsperspektiv, empowerment och en variation av insatser har utmärkt professionen (Markström & Rosenberg 2022). Kuratorn har beskrivits ha en reproduktiv roll i vårdens moraliska ekonomi med fokus på svårsmätbara värden för att återskapa individer i sin livssituation (Selberg 2022). Kuratorer inom psykiatri har dock sedan 1980-talet i allt större utsträckning vidareutbildat sig inom psykoterapi och bedriver behandlingsarbete i takt med att ansvaret för det praktiska sociala arbetet lagts över på kommunerna (Markström & Rosenberg 2022). De senaste årtiondenas utveckling av styrlogiker med fokus på effektivitet, mätbarhet och måluppfyllelse, sprungna ur New Public Management, har skapat motsättningar för kurators yrkesetiska grund, att arbeta för patienten och samhällets bästa (Svensson & Svensson 2019). Kurators profession har

kommit att alltmer närma sig hälsofältet (Svensson & Johnsson 2019) vilket ställs på sin spets när det 2019 infördes en legitimation för yrkesgruppen. Socialstyrelsen (2014) skriver att kuratorslegitimationen innebär en legitimitet för yrkets viktiga bidrag i att se individen i sitt sammanhang och motverka medikalisering av sociala problem. Det innebär också en skyldighet att arbeta efter vetenskap och beprövad erfarenhet i enlighet med hälso- och sjukvårdens lagstiftning (ibid.). Utgångspunkterna i att se personen ur ett helhetsperspektiv, i sitt sammanhang och lyfta blicken för att synliggöra strukturer i samhället, med en tydlig personcentrering, har visat sig vara en utmaning att överföra till vårdområdet inte minst i takt med att effektivitet och kostnadseffektivt fått allt större fokus (Framme 2014). Professionen har att förhålla sig till nya styrningslogiker med växande fokus på detaljstyrning av arbetet (Svensson & Svensson 2019). Standardiseringar av arbetsuppgifter diskuteras som ett hot mot den professionella autonomin och handlingsutrymmet (Ponnert & Svensson 2016). Resonemang förs kring om det pågår en deprofessionalisering (Thylefors 2013) eller om kuratorsprofessionen har att göra med en ny form av organisationsprofessionalism för att finna vägar till handlingsutrymme inom ramen för organisationens utformning (Svensson & Johnsson 2019; Svensson & Svensson 2019; Funck 2019).

Hälso- och sjukvårdskuratorns viktiga uppdrag att motverka medikalisering av sociala problem inom vården ställs kanske på sin spets när strålkastarljuset riktas mot BUPs verksamhet. Den psykiska ohälsan hos barn ökar och det finns tendenser till ökad psykiatisering av lättare psykiska besvär hos barn och ungdomar. Denna studie ämnar därför undersöka barn- och ungdomspsykiatrins hälso- och sjukvårdskuratorers erfarenheter och tankar kring arbete enligt standardiserade vårdprocesser med fokus på vilka möjligheter och utmaningar det för med sig samt påverkan på kuratorns roll och handlingsutrymme.

## **1.1 Syfte**

Studiens syfte är att undersöka hälso- och sjukvårdskuratorers erfarenheter och tankar kring att arbeta enligt standardiserade vårdprocesser i Barn- och Ungdomspsykiatri. Studien avser undersöka både tankar om arbetssättet och metoden och reella erfarenheter av praktiskt arbete i enlighet med standardiserade vårdprocesser.

## 1.2 Frågeställningar

- Vilka möjligheter och utmaningar innebär standardiserade vårdprocesser för kuratorns arbete?
- Vilken påverkan har de standardiserade vårdprocesserna på kuratorsrollen och det egna handlingsutrymmet?

## 2. Bakgrund

### 2.1 Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar

Barn och unga i Sverige rapporterar överlag ett gott psykiskt välbefinnande vilket varit stabilt över tid (Dalman et al 2021). Psykiska besvär, det vill säga symtom som är besvärande men inte tillräckliga för att uppfylla kriterier för en psykiatrisk diagnos, har däremot ökat stadigt. Andelen ungdomar mellan 11-15 år som uppger nedstämdhet eller nervositet ungefär varje dag har dubblats sedan 1980-talet. Sverige sticker ut som ett av de länder med högst andel barn med nedstämdhet eller sömnbesvär (ibid.). Hälsa i allmänhet och psykisk hälsa i synnerhet är svårt att mäta och kategorisera. I WHO:s definition av psykisk hälsa ryms delaktighet i samhällslivet, att kunna hantera motgångar i livet och att uppleva sin tillvaro som meningsfull som komponenter, vilket ger en bred och individuell definition. För att ohälsan ska betraktas som psykiatriska tillstånd i behov av psykiatrisk vård krävs att diagnostiska kriterier är uppfyllda (Markström & Rosenberg 2022).

Barn och ungdomars psykiska hälsa har varit ett prioriterat område från politiskt håll under lång tid. I SOU 2021:34 påpekades behovet av utökade hälsofrämjande och förebyggande arbete nära barnen, vilket bland annat skulle kunna leda till en avlastning av den specialiserade vården. Förslagen i utredningen handlar om ökad kapacitet att ge vård i ett tidigt skede, utformande av ett sammanhållet vårdprogram från 0-20 år, tydligare ansvar och kunskap inom primärvård för att hantera psykisk ohälsa utifrån ett familjebaserat arbetssätt samt effektivare triagering inom BUP (ibid.). Trots omfattande statsbidrag under 2010-talet har det inte blivit någon betydande förändring av väntetiderna varken för första besök eller för fördjupad utredning. Prestationsbaserad ersättning i syfte att öka tillgången till ett första besök inom psykiatri har istället lett till undanträngningseffekter där köerna flyttats till en annan plats i vårdkedjan (Myndigheten för vårdanalys 2014). Inom BUPs verksamheter ses en ökning av psykiatisering av livskriser som tidigare beskrivits som en del i utveckling och mognad och som hanterats

inom familj och vänskrets, i allt större utsträckning blir något som det söks vård för. Samtidigt sker en ökning av komplexa fall med behov av samordnad vård från flera instanser parallellt. Det finns en stor samstämmighet om vikten av evidensbaserade arbetsmetoder och behandlingar inom BUPs verksamheter, men omställningen till nya arbetssätt är svår och utmaningar med att rekrytera personal med specialistkompetens medför att inte alla mottagningar kan erbjuda rätt behandling då kompetens saknas. Sammantaget innebär det att efterfrågan på psykiatrisk vård för barn och unga ökar snabbare än vårdens utveckling (SKR 2017).

## **2.2 Vårdens skyldigheter**

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) tydliggörs att “målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (3 kap 1 § HSL). God hälsa kan kopplas till individen men också till normer om vad som är friskt och sjukt och därmed ständigt föränderligt. Av vikt är att patienten ses ur ett helhetsperspektiv där patientens egen berättelse bör vara vägledande, inte enbart symtom och diagnostik (prop. 1981/82:97). Vårdgivarens centrala skyldighet att erbjuda god vård beskrivs i 5 kap 1 § HSL. God vård innefattar bland annat god kvalitet, att vården ska vara tillgänglig, tillgodose patientens behov av trygghet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. God vård innefattar också främjandet av goda kontakter mellan patient och personal samt kontinuitet och säkerhet i vården (Staaf, Wendel & Zanderin 2018). När vård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas (5 kap 6 § HSL).

Hälso- och sjukvårdslagen slår också fast viktiga skyldigheter gentemot patienterna, till exempel vårdgarantin d.v.s. att vård ska ges inom anvisad tid, patientens rätt till second opinion och vårdens skyldighet att samverka. En viktig grundpelare är att vården ska ges på lika villkor. I SOU 2013:44 framgår dock att det finns obefogade skillnader i vården baserat på socioekonomisk standard. I en analys av anmälningar till patientnämnden framstår barn med psykisk ohälsa vara en särskilt utsatt grupp där tillgången till vård brister till följd av långa värdköer, personalbrist och samordningsproblem. Helhetsperspektivet beskrivs som otillräckligt och skyldighetskaraktären på svensk lagstiftning på vårdområdet innebär begränsade möjligheter för patienter att utkräva rättigheter (Sudler, Råberus & Holmström 2017).

Vårdens ska organiseras så att de med störst vårdbehov ges företräde samt främja kostnadseffektivitet. Thylefors (2013) beskriver ett ökat fokus på effektivitet, förutsägbarhet och mätbara resultat i svensk offentlig sektor. Utvecklingen, som ofta benämns som New Public Management, innebär att allt större ansvar läggs på patienten när organiseringen av vården går mot mer specialisering och "löpande band". Åkerström Kördel och Brunnberg (2017) lyfter risken att mätbarhet och kostnadseffektivitet får företräde framför personcentrering, delaktighet och helhetsperspektiv. De lyfter vidare den maktaspekt som kommer med att patienter i behov av vård inte har möjlighet att välja likt konsumenter i en butik.

## **2.3 Standardiserade vårdprocesser inom Barn- och Ungdomspsykiatri i Skåne**

I Region Skåne har det arbetats fram standardiserade vårdprocesser för Barn- och ungdomspsykiatri. Grunden i de standardiserade vårdprocesserna är att uppnå en likvärdig och personcentrerad vård med ökad effektivitet, kvalitet och tillgänglighet. Ytterligare syften är att öka nöjdheten med vården och förbättra arbetsmiljön för de anställda (Region Skåne 2021). Vårdprocesserna är framtagna av regionens experter utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och bygger till stor del på Svenska Barn- och Ungdomspsykiatriska Föreningens riktlinjer och revideras löpande. Totalt finns det 17 vårdprocesser för hela BUP:s verksamhetsområde varav 3 beskriver barn- och ungdomspsykiatrisk diagnostik. Övriga är kopplade till diagnoser eller specifika symtom t.ex. depression, ångest, ätstörning, självskada och ADHD.

De standardiserade vårdprocesserna beskriver vårdalternativ i tre olika steg där första steget oftast består av någon form av psykoedukation, informationsmaterial, föreläsningar eller föräldragrupper. I andra steget förekommer olika former av gruppbehandlingar eller individuella behandlingsmetoder. I tredje steget föreslås ofta olika former av familjeterapeutiska behandlingsmetoder. Vårdprocesserna inleds alltid med Barn- och Ungdomspsykiatrisk Diagnostik (BUD) med ambitionen att på 1-2 besök avgöra vårdnivå, ställa diagnos och upprätta vårdplan. Informationsinhämtningen är bred snarare än djup med anledning av hög samsjuklighet hos BUP:s patienter och information i syfte att ställa diagnos premieras. Inom BUD ska också information om familjens önskemål inhämtas och en bedömning göras om vilka insatser familjen kan tillgodogöra sig (Region Skåne 2022).



## **2.4 Kuratorns roll och profession**

Kuratorns roll i sjukvården har en lång historia och sedan 1950-talet har vid flera tillfällen frågan om införande av legitimation utretts. 2019 infördes legitimationen för hälso- och sjukvårdskuratorer vilket främst motiverades utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv då kuratorn ofta bedriver behandlingsarbete med enskilda patienter. Patienten ska kunna känna sig trygg med att kuratorn har adekvat utbildning och kompetens och kuratorn får en skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet utifrån bästa tillgängliga kunskap. Det sociala arbetets grunder; att se människan ur ett helhetsperspektiv och lyfta kunskap om faktorer som skapar eller upprätthåller utsatthet och ohälsa är viktiga utgångspunkter för hälso- och sjukvårdskuratorn som är den enda professionen inom sjukvården som har en samhällsvetenskaplig grundutbildning. Kuratorn har vidare en viktig roll i motverkandet av medikalisering av sociala problem. För att vara trovärdiga i hälso- och sjukvården behövs dock viss kunskap om det biomedicinska synsättet, sjukdomar och diagnoser och därför har en legitimationsgrundande vidareutbildning införts (Socialstyrelsen 2014).

## **2.5 Standardisering i socialt arbete**

Ponnert och Svensson (2016) resonerar kring om standardisering kan innebära slutet för professionellt handlingsutrymme i socialt arbete. I artikeln utgår författarna från olika manualstyrda program och metoder i socialt arbete och diskuterar standardisering i ljuset av evidensrörelsen samt ett växande marknadsorienterat fokus på standardiserade verktyg, transparens och utvärdering. Författarna lyfter att marknadskrafter såväl som evidensrörelsens fokus på objektivitet, enhetlighet, mätbarhet och transparens kan innebära att klienten är mindre beroende av den enskilde socialarbetarens omdöme och beslutsförfarandet blir istället synligt, förutsägbart och säkert för både klienten och socialarbetaren. På så sätt, menar författarna, att standardisering kan reducera osäkerhet och bidra till patientorientering men behöver för den sakens skull inte innebära en förbättring av själva besluten eller servicen som erbjuds. När riktlinjer och standardiserade verktyg främjas av organisationen måste socialarbetaren förhålla sig till det och samtidigt till de värden som följer av professionen. Här ser författarna en möjlighet för socialarbetare att följa riktlinjer, manualer och standardiseringar för att uppfylla de krav som kommer av organisationen och samtidigt föra in reflektion och professionell etik. Det kräver dock en stark sammanhållning inom det professionella skräet för att kunna stå emot och utveckla professionen inom ramen för standardiserade arbetssätt (ibid.).

Ponnert och Svensson (2016) lyfter risken att de standardiserade verktygen och manualerna bidrar till ett administrativt tänkande där osäkerhet uppstår när en klients situation inte faller inom ramarna och där professionellt omdöme behövs, vilket kan medföra att socialarbetare ifrågasätter sitt eget professionella kunnande och professionella självförtroende. Thylefors (2013) resonerar kring att ökad styrning och kontroll av professionellas yrkesutövning utifrån antagandet att standardisering är mer tillförlitligt än individuella bedömningar, bidrar till en deprofessionalisering som begränsar de professionellas handlingsutrymme och autonomi liksom patientens inflytande. Deprofessionaliseringen kan hanteras på olika sätt, exempelvis genom att i tystnad negligera ålägganden eller tillämpa "kreativ dokumentation" för att uppfylla kraven från styrningen. Ponnert och Svensson (2016) slutsats är att standardisering inte behöver innebära slutet för professionellt handlingsutrymme men att balanserandet av handlingsutrymme och följsamhet till riktlinjer och standardiseringar ställer höga krav på såväl professionen som helhet som den enskilda socialarbetaren.

## **2.6 Kuratorn inom det psykosociala fältet**

Kuratorn har en lång historia inom psykiatriska vården. Dess ursprungliga uppgifter handlade om att tillvarata patientens intressen och stötta i praktiska sociala frågor. Kuratorn hade en nyckelroll i att samordna och planera återanpassning till samhället för patienter som vårdades på institutioner. Avinstitutionaliseringen inom psykiatrin, som påbörjades under 1970-talet i Sverige, innebar en utveckling av teambaserat arbete i nära samverkan mellan olika professioner och därmed en framskjuten position för kuratorsprofessionen. I psykiatrireformen som trädde i kraft 1995 flyttades allt större ansvar för de sociala insatserna för personer med psykisk ohälsa över till kommunerna och en särskiljning av sociala och medicinska insatser framträdde. Det som utmärkt kuratorsprofessionen var dess fokus på helhetsperspektiv och empowerment med en stor variation på insatserna. Uppdelandet av huvudmän innebar försvårande att upprätthålla helhetsperspektivet inom psykiatrin och kurators arbetsuppgifter utvecklades mot ansvar för samverkan (Markström & Rosenberg 2022).

Då huvuddelen av ansvaret för det sociala arbetet kring psykiatrins patienter lagts på kommunerna har, sedan 1980-talet, allt fler kuratorer inom psykiatrin vidareutbildat sig inom psykoterapi och behandlingsarbete (Markström & Rosenberg 2022). Det är också omkring denna tid som Svensson & Johnsson (2019) menar att den psykosociala integrationens fält växer fram och utvecklas. I deras historiska studie av fältet sammanfattades tre strukturella förhållanden som gynnat fältets framväxt. Utvecklingen av psykoanalys och individualism som

ett nytt sätt att definiera problem, var det första. Det andra handlade om en ökad efterfrågan inom fältet till följd av en ökad privat marknad av välfärdstjänster och det tredje berörde ökat samarbete mellan professioner vilket också inneburit konkurrens om jurisdiktion. Det psykosociala fältet har präglats av ideologiska strider mellan vetenskap och metoder som uttryck för olika perspektiv på människan och samhället. Ökad fokus på evidensbaserad och styrning av behandlingsmetoder konkurrerar ut perspektiv som kräver längre behandlingstider eller vars resultat är svåra att mäta i konkreta siffror. För professionerna inom fältet finns en stark statlig styrning och professionerna behöver underordna sig organisationen. Svensson & Johnsson (2019) beskriver hur det psykosociala fältet i allt större utsträckning närmar sig hälsofältet t.ex. genom legitimation som regleras av hälsofältets lagstiftning. Vid studerandet av det medicinska professionella fältet beskriver Funck (2019) en tilltagande organisationsprofessionalism. I organisationsprofessionalismen har de professionella att agera inom ramen för organisationen vilket påverkar dess identitet och principer. Funck (2019) lyfter sammanfattningsvis en framtida utmaning med att hitta vägar för professionalism att utvecklas inom ramen för vårdens organisation, standardiseringar och mätningar.

Markström & Rosenberg (2022) lyfter att det inte bara är organisatoriska förutsättningar som förändrats inom psykiatri utan också synen på psykisk ohälsa. Ökat fokus på återhämtning från svår psykisk ohälsa utifrån brukares erfarenheter av meningsfullt liv, trots kvarstående symtom, sätter ljuset på ett perspektiv och kunskapsområde som varit kuratorns fokus under lång tid. Fokuset på hälsofrämjande tidiga insatser utifrån ett folkhälsoperspektiv, bland annat som beskrevs ovan kring prioriterade satsningar på barns psykiska hälsa, menar dock Markström & Rosenberg (2022) kan innebära en förskjutning som missgynnar patienter med allvarlig och långvarig psykisk ohälsa.

Selbergh (2022) tar teoretisk utgångspunkt i feministisk och marxistiska teorier om vårdens moraliska ekonomi. Moralisk ekonomi beskrivs som ett verktyg för att synliggöra hur normer strukturerar ekonomiska praktiker och hur dessa normer upprätthålls eller trängs undan. Här synliggörs spänningen mellan å ena sidan den ekonomiska arenan med fokus på effektivitet och lönsamhet och å andra sidan den samhälleliga arenan. I hälso- och sjukvårdskuratorernas praktik är den reproduktiva ekonomin i fokus, d.v.s. de ofta omätbara mänskliga insatser som görs för att arbetet inom den ekonomiska arenan ska kunna utföras. Selbergh (2022) lyfter kuratorsrollen som den reproduktiva rollen inom hälso- och sjukvården med fokus på att återskapa individen i sin livssituation t.ex. genom att lotsa genom en vårdprocess och utgöra ett

stöd för individen. Selberg (2022) betonar här att även de värden som inte kan mätas i form av lönsamhet men har ett värde för människan också fyller en ekonomisk funktion. Selberg (2022) menar att hälso- och sjukvårdens moraliska ekonomi utkristalliseras i kuratorns uppdrag där patienten måste ses holistiskt, i sitt sammanhang som en social aktör, att välmående styrs av både sociala och materiella aspekter.

## 3. Kunskapsläget

### 3.1 Litteratursökning

Vid genomgång av tidigare forskning användes söktjänsten LUB-search med sökorden: health care social worker, social worker, standardization, discretion, mental health, stepped care, care pathways, i olika kombinationer. Sökträffarna har filtrerats till att gälla artiklar som blivit peer-reviewed. Därtill har källor hittats i referenslistor till studier, funna med ovan beskrivna sökord. Fokus för val av källor har legat på kuratorns roll i hälso- och sjukvården i allmänhet och inom psykiatri i synnerhet. Ett ytterligare fokus har lagts vid standardisering inom professionellt människobehandlande arbeten, främst inom psykiatri, och dess påverkan på den professionella rollen och handlingsutrymmet.

### 3.2 Kuratorns roll och utgångspunkter

Återkommande gemensamma beskrivningar av kuratorns roll och perspektiv, både i svensk och internationell forskning, handlar om kuratorns utgångspunkt i att se patienten i sitt sammanhang, ut ett helhetsperspektiv (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022; Tucker & Webber 2021) grundat i systemteori (Framme 2014) bortom sjukdomssymtomen (Johnson, Blake & Ramsey 2021; Framme 2012). Helhetsperspektivet tar avstamp i alliansskapandet och relationen till patienten, där patienten ses som expert på sin situation (Framme 2014; Johnson, Blake & Ramsey 2021; Cootes, Heinsch & Brosnan 2022) och med ett tydligt fokus på empowerment (Tucker & Webber 2021) och salutogena faktorer (Framme 2014). Dessa utgångspunkter ligger väl i linje med vad brukare inom psykiatri i både Norge och England uppger som hjälpsamt och värdefullt för dem (Borg & Kristiansen 2004; Wilberforce et al. 2020). Kuratorns breda helhetssyn möjliggör för att bjuda in nätverket som en del i behandling och erbjuda anhörigstöd (Framme 2014). Vidare beskrivs kuratorn som den profession som lyfter blicken ytterligare och synliggör sociala determinanter för hälsa, socialt

rättviseperspektiv och tar in ett vidare strukturellt samhällsperspektiv (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022).

### **3.2.1 Kuratorns kunskapsutnyttjande**

I en enkätstudie av svenska hälso- och sjukvårdskuratorers kunskapsutnyttjande framkom att kuratorerna värdesätter att hålla sig uppdaterad på forskning men att de samtidigt i låg utsträckning tar del av forskning i sitt arbete. Anledningen beskrivs bero på tidsbrist, att forskningen är svårtillgänglig eller irrelevant för deras arbete. Kuratorerna baserar i större utsträckning sitt arbete på annan litteratur baserad på teorier eller lutar sig på sin egen erfarenhetsbaserade kunskap (Ståhl & Lundälv 2022). Samtidigt beskriver Svensson & Johnsson (2019) att kuratorer inom hälso- och sjukvård i stor utsträckning vidareutbildat sig där omkring 80 % erhållit examen på avancerad nivå.

### **3.2.2 Förändrade villkor för professionellt arbete**

Svensson & Svensson (2019) skriver om de förändringar gällande styrning och organisering som påverkat professionella yrkens villkor och praktik sedan 1980-talet. Förändringar mot ökad marknadsiering av välfärdstjänster, med fokus på valfrihet, mätningar, effektivitet och utvärdering samt ökad styrning genom riktlinjer och manualer, fick paraplybegreppet New Public Management. Ekonomiska och politisk-administrativa logiker utgår ifrån att professionella arbetar effektivare om de styrs av ekonomiska mål och konkurrens. Införandet av kontrollinstanser och detaljreglering ökar den administrativa belastningen i syfte att göra arbetet transparent och utvärderingsbart. Principerna, sprungna ur New Public Management, innebär motsättningar för välfärdspessioner, likt kuratorn, vars yrkesetiska grund traditionellt vilar på att arbeta för patienten och det allmännas bästa framför privatekonomiska överväganden. Författarna menar att professionella behöver förhålla sig till en styrningslogik som går från professionell autonomi till detaljstyrning, samt en ekonomisk logik där effektivitet går före professionens värden. Sammantaget är professioner mer knutna till organisationen de arbetar inom än till sina yrkesorganisationer (ibid.).

I forskningen framstår stora utmaningar för kuratorns perspektiv i förhållande till organiseringen av vården. Framme (2014) skriver i sin kvalitativa studie om kuratorers bidrag i teamsamarbete inom vuxenpsykiatri i Sverige, att kuratorns breda perspektiv sällan är kompatibelt med vårdens många gånger individuella behandlingsmetoder där inte påverkansfaktorer i omgivningen tas i beaktande. Framme (2014) lyfter också att det finns

tecken på ökad medikalisering inom svensk psykiatri vilket väcker frågan om det sociala benet i den biopsykosociala modellen haltar. Cootes, Heinsch & Brosnan (2022) lyfter i sin litteraturstudie om socialarbetarens roll i multiprofessionella team i hälso- och sjukvården, att perspektiv om social rättvisa kan vara hotat av snäva parametrar skapade av det biomedicinska paradigmet och byråkratisk ansvarsfördelning där fokus på kostnadseffektivitet och lönsamhet premieras utan hänsyn till att det sociala arbetet kan reducera vårdkostnader på lång sikt.

I en kanadensisk studie av socialarbetare och handledare inom psykiatrin diskuteras evidensrörelsens och neoliberalismens påverkan på socialarbetarnas arbete (Brown, Johnstone, Ross, & Doll 2022). Respondenterna framhöll ett rådande biomedicinskt paradigm där hälsa betraktas som avsaknad av sjukdom med fokus på diagnostik och symtomlindring, där helhetsbilden och komplexiteten i människors liv går under radarn. Förståelse för sociala determinanter för utvecklandet av psykisk ohälsa, social rättvisa och synliggörandet av förtryck i samhället och inom vården eller fokus på psykiskt välbefinnande prioriterades inte och socialarbetare beskrev en kamp för att få sitt perspektiv taget i beaktande (ibid.).

### **3.2.3 Överskridande jurisdiktion**

Hälso- och sjukvårdskuratorns roll beskrivs ofta som svårdefinierad till följd av den stora teoretiska bredd som kuratorerna grundar sitt arbete på och otydliga gränser av rollen i förhållande till andra professioner (Olsson 1999). Definitionsproblematiken kunde i Cootes, Heinsch & Brosnan (2022) studie om teamarbete leda till svårigheter för kuratorn att ta plats när andra professioner såg kuratorn som en mångsysslare snarare än som en profession med ett expertområde, vilket riskerade leda till bristande respekt för kuratorn och att det uppstod konkurrens mellan olika professioner om arbetsuppgifter (ibid.). När inte det sociala perspektivet gavs prioritet tenderade socialarbetare att närma sig psykologernas fält och blev sedda som ytterligare en, om än lite mindre kvalificerad, behandlande terapeut men som saknade auktorisation för diagnostik (Brown, Johnstone, Ross, & Doll 2022).

I psykiatrin har New Public Management och nya styrlogiker med fokus på effektivitet och evidensbaserad medfört ökad konkurrens om arbetsuppgifterna mellan olika professioner när kuratorerna haft svårt att definiera sitt fält (Framme 2014). Som exempel ges att fördelning av ärende görs utifrån arbetsbelastning inte framför behov, där professionstillhörigheten inte vägs in. Ek & Eriksson (2016) resonerar i sin studie om "diagnos och behandlingskarriärer" inom BUP, kring att de professionellas yrkestillhörighet kan ge konsekvenser vid diagnossättande

och behandling. Detta till följd av att professionell beprövad erfarenhet går före systematisk vetenskaplig utredning och bedömning. I studien framkommer omfattande kritik mot att patienter kastas mellan vitt skilda, oförenliga diagnoser och behandlingar under den tid de är aktuella inom BUP, vilket riskerar att öka lidandet för ungdomarna.

Kuratorsrollen närmar sig främst psykologernas arbetsområden. Den stora skillnaden mellan socionomer och psykologer lyftes som att psykologerna i större uträkning jobbar med individen frikopplad från sitt sammanhang och med specifika metoder som noga följs medan kuratorerna arbetar mer flexibelt och situationsanpassat (Framme 2014). Framme (2014) lyfter också en ambivalens från kuratorerna där de å ena sidan vill kunna hävda att vissa områden, exempelvis familjebehandling, är deras domän men samtidigt inte vill snäva in sig i en specialisering. I en studie om kurators bidrag i interprofessionella team på sjukhus i USA poängterar Johnsson Blake och Ramset (2021) vikten av etiska överväganden gällande sina egna begränsningar för att inte trampa för långt in i andra professioners områden. Kuratorerna i deras studie betonade vikten av att stå stadigt i kuratorsprofessionens etiska riktlinjer, gränser och professionsområden för att sedan kunna ta in andra professioners perspektiv för att finna gemensamma teman att samverka kring.

### **3.3 Handlingsutrymme och standardisering**

I en svensk kvalitativ studie av hälso- och sjukvårdskurators upplevelser av specialisering och samverkan i storstäder undersöks bland annat asylkurators och habiliteringskurators handlingsutrymme i takt med ökad specialisering (Svärd & Hultman 2022). Asylkuratorerna som haft fria händer att utforma sin verksamhet upplevde att specialiseringen gav dem utökat handlingsutrymme. Habiliteringskuratorerna däremot ansåg att deras handlingsutrymme begränsats när deras möjligheter att erbjuda stödsamtal minskade till följd av att kurators insats ska följa standardiserade åtgärdsplaner och specifika mål. Kuratorerna beskrev en etisk stress sprungen ur begränsningar att handla utifrån sin professionsspecifika kompetens och etiska medvetenhet (ibid.). Kanadensiska socialarbetare inom psykiatri kände ett krav att anpassa sig till det biomedicinska synsättet alternativt att vara den som stod upp mot det och bidrog med ett annat perspektiv och ansåg att deras professionella autonomi och handlingsfrihet var kraftigt begränsad (Brown, Johnstone, Ross, & Doll 2022).

Även inom andra människobehandlande yrken lyfts utmaningen med standardisering i förhållande till den professionella rollen. Till exempel i en norsk studie av polismyndighetens

organisation framgår att ökad standardisering till följd av digitalisering lett till begränsat handlingsutrymme för de enskilda poliserna. Det ställer till problem i en verksamhet där den professionelle förväntas ta individuellt ansvar men där känslan av kontroll är kraftigt nedsatt till följd av strikta standardiseringar och rutiner (Gundhus, Talberg & Wathne 2022). I en Kanadensisk studie av arbetsterapeuter framkom att standardisering av remissförfarandet försvårade möjligheten till personcentrerad vård och begränsade det professionella mandatet till följd av att konsultrollen sätter arbetsterapeuternas arbete i händerna på andra professioner att avgöra när deras profession behövs (Carrier et al. 2015).

### **3.3.1 Standardisering inom psykiatri i Norge och Danmark**

Inom vuxenpsykiatri i Norge har det införts 9 kliniska vårdförlopp som var och en omfattar flera olika tillstånd. Vårdförloppen innehåller givna tidsperioder för diagnostisering, behandling och utvärdering som ska tillsäkra patienterna en mer likvärdig och säker vård men som också gör vården mer administrativ och byråkratisk för att möjliggöra politisk kontroll (Tørseth 2021). Tørseth (2021) har studerat texter och dokument rörande införandet av vårdförloppen samt genomfört intervjuer med de arbetsgrupper som utformade dem. I studien framträder två institutionella logiker. Den politiska logiken lägger fokus vid att vårdens organisering leder till ökad effektivitet och bygger på att värde läggs vid effektivitet, kvalitet och kontroll. Genom mätbarhet kan politiken följa och kontrollera vårdens kvalitet och effektivitet. Vårdprofessionernas logik lägger däremot sitt värde i professionell autonomi och handlingsutrymme och att det är dessa värden som bäst kan ge patienten individualiserad vård (ibid.). I en följande studie gjordes djupintervjuer och fokusgruppsintervjuer med professionella inom vuxenpsykiatri och chefer för mottagningar. Studien visar på svårigheten med att implementera vårdförloppen då de professionella har låg tillit till politiker och beslutsfattare när det kommer till beslut kring hur vården ska utföras i psykiatri. Både vårdpersonalen och mottagningscheferna uttryckte frustration över ökad administrativ belastning. Mottagningscheferna kunde hantera detta genom att antingen skjuta upp implementeringen och be sin personal att avvakta eller att konstatera att mottagningen redan arbetar utefter de mål som är ledande för vårdförloppen. Vårdpersonalen kunde precis som mottagningscheferna undvika att följa vissa steg i vårdförloppen t.ex. genom att fortsätta med kartläggning och diagnostisering när de egentligen kommit över i behandlingsfasen, eller att undvika att ställa vissa frågor som ska ställas i kartläggningsfasen som de bedömde kunde skada relationen till patienten (Tørseth & Ådnanes 2022).



I en etnografisk studie av diagnosteam på en enhet inom barn- och ungdomspsykiatri i Danmark diskuteras de professionellas utmaningar med ökad standardisering (Kamp & Dybbroe 2016). Författarna beskriver hur standardiseringen inneburit ett ökat fokus på diagnosproduktion som medfört att flera återkommande arbetsuppgifter, främst med fokus på känslomässigt stöd och komplexa bedömningar, nedprioriteras och ges reducerad status. Samtidigt utgör det känslomässiga stödet och bemötandet av familjerna en kärnuppgift. I teamen har det inneburit en tilltagande hierarki där läkare och psykologer, vars arbetsuppgifter ofta handlar om mätningar och diagnossättande, fått ökad status medan andra professionsgrupper, till exempel socialarbetare, marginaliserats. Det skapas obalans mellan å ena sidan ett medicinskt perspektiv där information i syfte att ställa rätt diagnos premieras framför humanistiska och systemteoretiska perspektiv med fokus på bredare analys av barnets i sin kontext. En förhandling sker inom teamkonferenser för att upprätthålla relationer inom teamet och söka gemensamma mål i arbetet. Det ökade diagnosfokus har också inneburit svårigheter med att undvika att diagnostisera då det medför merarbete i att aktivera nätverket omkring patienten, förhandla om stödåtgärder och hantera missnöje. Författarna menar att ökad standardisering också innebär ökat känslomässigt arbete samtidigt som detta arbete blir mindre synligt då det inte ingår i evidensbasen eller med lätthet går att mäta i siffror (ibid.).

### **3.4 Stegvis vård i psykiatri**

De standardiserade vårdprocesserna som tagits fram för Skånes BUP-mottagningar bygger på standardiserade bedömningsmetoder och därefter diagnosspecifik behandling utformat som stegvis vård. Bower & Golbody (2005) skriver i en narrativ litteraturstudie om stegvis vård där de finner att det motiveras av antaganden om effektivitet vad gäller kostnader och resursanvändning, godtagbarhet från både patienter och behandlare och likvärdighet i resultat av behandling. De poängterar dock att forskningsläget är otillräckligt för att avgöra om stegvis vård lever upp till antaganden. En viktig aspekt är den självkorrigerande mekanismen, det vill säga att resultaten av behandlingen följs systematiskt för att gå vidare till nästa nivå när det upptäcks att effekt inte uppnås. I annat fall finns risk att patienten avbryter behandling och att det accepteras som bristande motivation från patienten. Författarna lyfter också att det krävs en bedömning av om patienten är lämplig för stegvis vård utifrån om det kan innebära problem för den fortsatta vården om patienten börjar på ett för lågt steg. Vidare är en avgörande aspekt huruvida patienten godtar den stegvisa vården och har möjlighet att välja mellan olika

alternativ. Hur de professionella uppfattar den stegvisa vården får också påverkan på dess effekt (ibid.).

## 4. Teoretiska utgångspunkter

Vid analys av empiri utgör teoretiska utgångspunkter en form av glasögon för att synliggöra vissa aspekter medan andra får stå tillbaka (Svensson 2022). Undersökaren av denna studie har gjort val av teoretiska utgångspunkter först efter att empirin delats in i teman. Utifrån litteratur och forskning om förhållandet mellan standardisering och professionellt handlingsutrymme (Ponnert & Svensson 2016; Svärd & Hultman 2022; Gundhus, Talberg & Wathne 2022) övervägdes att analysera mer specifikt utifrån teorier om handlingsutrymme, exempelvis begreppet gräsrotsbyråkrati. I genomgång av empirin var dock skärningspunkten mellan å ena sidan forskning och evidens och å andra sidan personliga egenskaper och professionella bedömningar framträdande varpå valet föll på Clarks (2005) teori om aspekter av professionell expertis. Humanism valdes för att rama in de värden som respondenterna uttryckte gällande att se patienterna i sin helhet utifrån Payne (2015) beskrivning av humanismen som en viktig värdegrund i socialt arbetet.

### 4.1 Humanistiskt perspektiv

Det humanistiska perspektivet betonar vikten av att se individen som en helhet där den personliga identiteten inte bara är ens egen utan blir till i relation med andra människor. Individens uppfattningar och erfarenheter står i centrum och individens samtycke och kontroll är ett tydligt etiskt fokus. Humanismens erkännande av andlighet och mening som viktiga för förståelsen och tolkningen av en individs erfarenheter för också med sig en kritik mot tonvikten på evidensbaserad praktik. Fokus ligger på människors egen förmåga till förändring och utveckling med en stark kärna i empowerment. Humanismen betonar vikten av relation och mänsklig omsorg för utfallet av behandlingsarbete i linje med personcentrerad praktik. Den personcentrerade praktiken betonar att individen behöver uppleva att den professionella är äkta och kongruent i mötet och inte iklädd en roll, att det finns en positiv och varm uppfattning om individen och empati i förhållande till individens uppfattning om verkligheten. Vidare beskrivs socialt arbete som en improvisation där samspelet mellan patient och behandlare är preliminärt och där det inte på förhand går att fastslå vilka delar som ska ingå i en behandling utan att det ska ses som en process styrd av patientens behov. Utgångspunkten i det handlar om att varje individ är unik där det inte finns förväntan om att människor ska reagera eller fungera på samma

sätt. På så vis får diagnostik och klassificering mindre fokus där beteenden och symtom inte betraktas som linjära. Att bryta ner helheten i delar reducerar förståelsen för balansen och helheten i en individs liv (Payne 2015).

## **4.2 Två aspekter av professionell kunskap**

Thylefors (2013) skriver om att ökande styrning och kontroll med fler riktlinjer, metoder och manualer medför en avprofessionalisering som innebär begränsad autonomi för de professionella. Chris Clark (2005) är en brittisk forskare som ifrågasätter deprofessionaliseringstesen som han menar bortser från de professionellas agens. Effektivitet och resultat uppnås i en kombination av kunskap och metoder å ena sidan och professionell karaktär å den andra. Oavsett verksamhetens organisering menar Clark (2005) att professionella alltid har ett ansvar för att erbjuda god service. När något går fel är det som regel de professionellas ansvar att reparera situationen. För att förstå hur de professionella hanterar detta ansvar i praktiken delar Clark upp professionell expertis i två idealtyper; kunskapsfokuserad och agentfokuserad. De båda idealtyperna beskrivs nedan tillsammans med Schöns (1983) teorier om teknisk rationalitet och reflection-in-action.

### **4.2.1 Kunskapsfokuserad expertis och teknisk rationalitet**

Den kunskapsfokuserade expertisen baseras på vetenskaplig systematisk tillgänglig kunskap om förklaringar till fenomen och rekommenderar interventioner som bygger på specifika, evidensbaserade metoder. Inom exempelvis medicinens område förändras vetenskapen snabbt och ställer därför krav på de professionella att hålla sig uppdaterade om den senaste kunskapen. Interventionerna ska därför bygga på den bästa vetenskapliga förståelsen av fenomenet och bestå av välbeprövade metoder (Clark 2005). Schön (1983) beskriver det som teknisk rationalitet där professionellt arbete baseras på vetenskaplig teknik och teori för instrumentell problemlösning. Den tekniska rationaliseringens begränsningar menar Schön (1983) handlar om att givna problem och lösningar sällan visar sig i praktiken utan är av betydligt mer komplex karaktär. Ett problem kan i praktiken framstå som unikt och därför falla utanför den tillämpade vetenskapens kategorier. När problemet inte faller inom en kategori kan det inte heller lösas på ett standardiserat sätt. Här uppstår ett dilemma för professionella mellan stringens och relevans när det standardiserade arbetssättet inte är tillämpligt. Schön (1983) lyfter risken med att de standardiserade modellerna, med stor svårighet, ändå tillämpas på komplexa problem eller att klienter, i värsta fall, sorteras bort när de inte passar i den standardiserade modellen.

### **4.2.2 Agentbaserad kunskap och “reflection-in-action”**

Den agentbaserade expertisen bygger på den professionellas personliga egenskaper såsom förmåga att främja läkande, betona förståelse, insikt om lag och rättvisa i samhället och kapacitet till empatiskt förhållningssätt och emotionellt stöd. Den professionella har internaliserat och bemästrar sin professions etiska och normativa metoder och är en förtroendeingivande person värdig att ha inflytande och makt i mötet med sårbara individer. Den agentbaserade expertisen uppmärksammar att alla professionella har ett eget sätt att tolka och lösa en situation i sitt arbete där deras arbetssätt också kommer att färgas av exempelvis egna erfarenheter, värderingar, personligheter och vanor (Clark 2005). Schön (1983) beskriver den professionella agensen i termer av “reflection-in-action”. När den professionella skapar sig erfarenheter och reflekterar över sitt arbete byggs en tyst kunskap där den professionella kan agera med automatik och specialisering. Denna tysta, automatiserade kunskap kan vara till gagn för patienten men också medföra en risk att den professionella tror sig se patienten ur ett helhetsperspektiv men i själva verket har ett för snävt synsätt. Den professionella bör reflektera över de normer och teorier som styr handlandet, hur problemet har formulerats och kring sin egen roll och på så sätt hitta ett sätt att välja bland eller integrera de värden som står på spel när hen möter ett dilemma. På så sätt frigör sig den professionella från etablerade teorier och tekniker och kan skapa en ny teori för ett unikt ärende (ibid.).

## **5. Metod**

### **5.1 Val av metod**

Den här studien syftar till att ta del av kuratorers erfarenheter och tankar. I en intensiv forskningsdesign med kvalitativ metod ges möjligheten att få fram en nyanserad data där den unika, individuella förståelsen om ett fenomen, i det här fallet standardiserade vårdprocesser, får framträda (Jacobsen 2012). Just närheten mellan respondenterna och undersökaren lyfts fram som en av den intensiva designens styrkor, tillsammans med flexibiliteten i själva utförandet där datainsamling och analys pågår parallellt i en interaktiv process där frågeställningar också kan utvecklas och fördjupas under studiens gång (ibid.). Den intensiva designens svagheter däremot handlar dels om problem med representativitet, det vill säga att fokus ligger på att finna nyanser framför att finna det som är representativt för hela populationen. Dels handlar svagheter om huruvida undersökaren kan förhålla sig till öppenhet och nyansrikedom med en risk att viktig information filtreras bort eller att närheten till respondenterna försvårar kritisk reflektion av resultaten. Vidare finns en risk att inte

fenomenet i sig studeras utan något som skapas inom undersökningen, så kallad undersökningseffekt (ibid).

## **5.2 Urvalsprocessen**

Det gjordes ett strategiskt urval baserat på vilka respondenter som kan ge bra information utifrån syftet (Jacobsen 2012) men har inte skett utifrån en målsättning att vara representativt för hela populationen (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2022). Informationsbrev med erbjudande om deltagande i studien skickades ut till samtliga kuratorer arbetande på öppenvårdsmottagningar för åldersgruppen 4-17 år inom ett av BUP Skånes 6 områden. Området valdes av bekvämlighetsskäl då undersökaren genomför praktik på en av de tre öppenvårdsmottagningarna inom området. En enhetschef var behjälplig med att förmedla namn på de kuratorer som uppfyllde kriterierna. Totalt skickades informationsbrev ut via mail till 10 kuratorer inom området. 7 kuratorer besvarade förfrågan och ville delta i studien, vilket ofta är tillräckligt för att materialet inte ska bli alltför beroende av personliga uppfattningar utan nå en viss mättnad i svaren där mönster är återkommande (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2022). Samtliga tre mottagningar inom området finns representerade. Studien är att betrakta som en fallstudie som avgränsas till kuratorers erfarenheter och tankar inom ett av BUPs områden i Skåne, med fokus på en djupare förståelse för deras syn på standardiserade vårdprocesser snarare än generalisering (Jacobsen 2012).

Kuratorerna i studien har alla arbetat flera år inom Barn- och Ungdomspsykiatri. Några av dem har hämtat ut legitimation som hälso- och sjukvårdskurator men samtliga har arbetat tillräckligt länge för att kunna ansöka om legitimationen inom ramen för övergångsreglerna. Samtliga kuratorer i studien har eller håller precis på att avsluta grundläggande psykoterapiutbildning med olika inriktningar. Alla kuratorerna har dessutom utbildning i flera specifika behandlingsmetoder, främst inom familjebehandling eller familjeterapi.

## **5.3 Etiska överväganden**

Vetenskapsrådet (2022) formulerar fyra etiska principer som ska följas i genomförande av studier; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (ibid.). Sammanfattat innebär det att de tillfrågade respondenterna ska ha fått tillräckligt med information om studiens syfte och genomförande för att kunna lämna ett informerat samtycke till att delta (Jacobsen 2012 Svensson & Ahrne 2022). I informationsbrevet som skickades ut framgår att deltagande är frivilligt, att det är fritt att avsluta sitt deltagande utan att

ge förklaring, att informationen inte kommer användas till något annat än den beskrivna studien samt att uppgifter om respondenterna hanteras med konfidentialitet. Vidare gavs information om inspelning av intervjuer och hur det insamlade materialet kommer att hanteras. Informationsbrevet som skickades ut kan läsas i sin helhet i bilaga 1.

Konfidentialitetskravet är en särskilt utmaning i studier med ett mindre urval (Jacobsen 2012). I denna studie är respondenterna kända för varandra vilket har varit en utmaning i återgivning av citat för att de inte ska kunna identifiera varandra. Förutom utelämnande av namn har valet också gjorts att utelämna information om kuratorernas kön, ålder och utbildningsbakgrund som kan innebära att de identifieras. I sammanställningen av resultaten benämns kuratorerna istället enbart med slumpmässiga nummer 1-7.

## **5.4 Genomförande av intervjuer**

I informationsbrevet gavs respondenterna möjlighet att välja om de önskade att intervjun skulle ske genom ett fysiskt möte på deras arbetsplats eller digitalt. Jacobsen (2012) skriver att det alltid förekommer en kontexteffekt i förhållande till var intervjun hålls. Intervjun bör hållas i en för deltagaren naturlig kontext då en onaturlig kontext kan ge onaturliga svar (ibid.). Fyra av intervjuerna genomfördes fysiskt på respektive respondents kontor där de känner sig bekväma men där miljön också signalerar att de befinner sig i sin yrkesroll. Det fysiska mötet möjliggör för en personlig relation där det är möjligt att observera kroppsspråk och ansiktsuttryck (Jacobsen 2012:106).

Tre av intervjuerna genomfördes digitalt genom tjänsten Microsoft Teams som respondenterna är vana att använda sig av i sin yrkesutövning. Sedan pandemin under 2020-2021 har tekniken utvecklats och digitala möten har blivit ett naturligt inslag i yrkesutövningen (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2022). Att genomföra digitala intervjuer kan dock innebära svårighet för undersökaren att ge bekräftande hummanden då det kan skapa glapp i ljudet men ger samtidigt en möjlighet att mötas och se varandra vilket exempelvis en distansintervju per telefon inte kan erbjuda (ibid.). I två av intervjuerna befann sig respondenterna på sin arbetsplats och i den tredje befann sig respondenten i sitt hem efter eget önskemål. Samtliga intervjuer spelades in med undersökarens ljudinspelningsfunktion i mobiltelefonen för att möjliggöra att plocka ut ordagranna citat från intervjuerna (Jacobsen 2012).

Vid intervjuerna användes en intervjuguide (se bilaga 2) med en översikt över de teman som undersökaren hade som mål att behandla. Guiden har utformats löst strukturerad/semistrukturerad för att möjliggöra ett så öppet samtal som möjligt med syfte att få djupare kunskap än vad fasta frågor kan ge (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2022). Guiden innebär en prestrukturering av teman som riskerar att begränsa öppenheten i intervjun men som samtidigt kan synliggöra förutfattade meningar hos undersökaren både för undersökaren själv och explicit (Jacobsen 2012).

Efter några bakgrundsfrågor inleddes samtalet kring studiens ämne med en öppet formulerad fråga som satte tonen för intervjun. Jacobsen (2012) framhåller att det är stor sannolikhet att det som respondenten först nämnde i intervjun också är det som kommer hålla hen mest upptagen av i intervjun. I studien innebar det att intervjuerna kunde få lite olika karaktär beroende på vilken del av de standardiserade vårdprocesserna som kuratorn valde att fokusera mer kring. Det förekom skillnader beroende på om fokus främst låg vid nybesöket (BUD), standardiserade vårdprocesser som helhet eller på steg 1-insatserna. Undersökarens roll blev sedan att nyansera och utvidga med fler frågor där guiden inte nödvändigtvis innebar att frågorna ställdes i ordningsföljd utan användes när respondenterna inte av sig själv kom in på de teman som undersökaren ämnat belysa (ibid.). I intervjun har dock undersökaren kunnat ställa frågan även om respondenten redan indirekt besvarat den men då frågat "vill du säga något mer om det?" för att säkerställa att respondenten fått möjlighet att uttala sig om alla teman i guiden. Intervjun avslutades sedan med en "säkerhetsventil" där respondenten tillfrågades om det fanns något hen vill säga om ämnet som inte tagits upp i intervjun, för att säkerställa att respondenten fått framföra sin bild och inte blivit för styrd av de teman som tas upp av undersökaren (Jacobsen 2012). Vid denna fråga valde flera av responderna att lyfta blicken och prata om exempelvis samhällets syn på psykisk ohälsa eller diagnostisering av barn som får en påverkan på deras arbete.

## **5.5 Analys av data**

Intervjuerna transkriberades i sin helhet. Därefter har en innehållsanalys av de transkriberade intervjuerna genomförts där innehållet först delades in i meningsbärande teman. Därefter har teman samlats under övergripande kategorier med teman som liknar varandra (Jacobsen 2012). Undersökaren har läst igenom intervjuerna ett flertal gånger och gjort kommentarer om teman och delat upp innehållet i kategorier, till en början utan större tankar om helheten. Därefter har teman gått igenom flertalet gånger och då fått ny struktur och innehåll och samlats i nya

kategorier. Efter hand har helheten fått växa fram (Rennstam & Wästerfors 2022) och kategorierna har fyllts med citat (Jacobsen 2012). Kategorier har slagits samman i omgångar för att undersöka om innehållet förändras av sammanslagning och undersökaren har sökt efter både det som är intersubjektivt mellan de olika intervjuerna och det som skiljer sig åt och försökt lyfta in nyanserna inom kategorierna (Jacobsen 2012). Jämförelse gjordes mellan intervjuerna för att få fram nyanserna i hur kuratorerna uttryckte sig kring de olika temana. Samtliga kategorier och teman som återfinns i analysen finns med i alla kuratorernas intervjuer. Detta kan till viss del förklaras utifrån intervjuguidens förstrukturering men också av att kuratorerna i studien har gemensamma forum där bland annat standardiserade vårdprocesser diskuterats. Kuratorerna lyfter däremot fram olika nyanser och perspektiv inom kategorierna och lägger tonvikt vid olika delar. Som beskrivs i föregående stycke har intervjuerna präglats av det som kuratorn väljer att fokusera på i den första öppna frågan vilket medfört olika karaktär på innehållet. Även om kuratorerna inte är eniga i alla delar är de skillnader som finns mer i form av nyanser än vattendelare och det kan inte heller urskiljas någon tydlighet mellan bakgrundsvariablerna och kuratorernas resonemang.

## **5.6 Validitet och reliabilitet**

I denna studie har undersökaren gjort ett strategiskt urval att välja att studera det BUP område där undersökaren också har sin praktik. Att studera den egna organisationen menar Jacobsen (2012) har fördelen i att det är lättare att få tillgång till information, det finns kunskap om vem som kan tillfrågas och det är möjligt att bli bemött med större öppenhet i intervjuerna om undersökaren ses som en "insider". En annan fördel är att känna till språket inom organisationen. Nackdelen däremot kan vara att det uppstår "blinda fläckar" där det blir svårt för den som är en del av organisationen att hålla en kritisk distans till ämnet som studeras och att det finns en risk att undersökaren blir en part eller uppfattas som en part av respondenterna även om undersökaren försöker hålla sig neutral. Det kan komma upp frågor kring om undersökaren jobbar på uppdrag av någon och det finns också en risk att undersökaren undviker kritisk analys för att kunna återgå till organisationen (ibid.).

Som undersökare i denna studie har utgångspunkten varit att undersökaren till viss del är en del av organisationen så till vida att det funnits insyn i arbetet, viss förståelse för arbetets innebörd men med en students distans och nyfikenhet. Redan innan utformandet av studien har det funnits tankar hos undersökaren både i termer av utmaningar och möjligheter med standardiserade vårdprocesser men utan att ha en medveten, uttalad förutfattad mening eller



åsiikt att bekräfta eller dementera i studien. Relationsmässigt är fyra av deltagarna helt okända för undersökaren sedan tidigare.

Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2022) resonerar kring att oavsett hur öppet och ömsesidigt samtalet blir mellan undersökare och respondent så är det ingen garanti för att utsagan blir mer “sann”. Det är alltid möjligt att deltagaren anpassar sin utsaga efter hur hen vill framstå. Det finns också risk att utsagan är en politisk handling, att det finns en outtalad kultur eller åsiikt som deltagaren känner att hen behöver representera när hen deltar i sin yrkesroll. Det kan också förekomma att respondenten vill imponera på undersökaren eller på annat sätt vill berätta vad hen tror att undersökaren vill höra eller i linje med vad andra respondenter berättat (ibid.). Jacobsen (2012) menar att alla samtal påverkas av de parter som deltar och att undersökareffekten därför kan medföra att vissa resultat får slagsida men att det inte är möjligt att fullt ut kontrollera. På så vis är det också svårt att påvisa reliabiliteten i en kvalitativ studie då metodens påverkan på resultaten sällan kan fastslås utan resultaten alltid är en ögonblicksbild av vad som framkom vid ett specifikt tillfälle.

*Intern validitet* handlar om ifall beskrivningen av ett fenomen kan betraktas som riktigt. I kvalitativa studier är målsättningen intersubjektivitet framför att söka en sanning med utgångspunkt att det närmsta en sanning som denna studie kan komma är att fler beskriver samma sak eller är överens om en beskrivning (Jacobsen 2012). Den intensiva designens öppenhet, närhet och nyansrikedom möjliggör för att fram den “riktiga” förståelsen av ett fenomen och därmed bidrar till en hög intern validitet (ibid.). De tankegångar som framkommer i denna studie stämmer väl med tidigare forskning kring sambandet mellan professionella roller, handlingsutrymme och standardisering. I analysarbetet har också kategorierna vid flera tillfällen prövats att slås ihop och omorganiseras för att testa deras bärighet (Jacobsen 2012).

## 6. Analys

Av de semistrukturerade intervjuerna framträdde tre övergripande teman som utifrån olika aspekter berör de möjligheter och skyldigheter som de standardiserade vårdprocesserna för med sig. De övergripande temana benämns som *Inramning och likvärdighet*, *Enkla lösningar på svåra problem* och *Den professionella rollen*. I temat *Den professionella rollen* fokuseras påverkan på kuratorns roll och handlingsutrymme. Varje tema delas upp i 2 eller 3 underkategorier för att förtydliga olika aspekter inom varje övergripande tema.

## 6.1 Inramning och likvärdighet

### 6.1.1 Tydlighet, transparens och dialog

I samtliga kuratorernas resonemang framhölls att införandet av de standardiserade vårdprocesserna erbjudit en ram och struktur för sitt eget arbete, inom teamen, i förhållande till samverkanspartners och gentemot familjerna.

...Jag tänker att det är insyn. Det, alltså man kan ju gå in på hemsidan och se vad där finns för SVP som förälder. Så jag tänker att där är ett maktperspektiv och ett brukarperspektiv i det här och demokratisk process. Man kan ju be, och man kan när man undrar om ens barn har fått rätt behandling så kan man ju fråga efter SVP och få det definierat (Kurator 1).

Transparensen lyfts som ett uttryck för humanism där föräldrar och barns röst och insyn värdesätts och det finns en tilltro till deras förmåga att skapa förändring. Att möjliggöra insyn och kontroll är grundläggande både för den personcentrerade vården och för omsorgen om patienterna (Payne 2015). De tydliga stegen att följa kunde också vara ett verktyg för att sammanfatta och få överblick över den behandling som erbjudits över tid och användas som underlag för att bedöma vad som behöver erbjudas härnäst. De standardiserade vårdprocesserna och den dokumentation som följer därav blir, i linje med den tekniska rationaliteten ambitioner, en utgångspunkt för kvalitetssäkring och underlag för ny bedömning (Schön 1983).

... ja men det blir... mer patientsäkert tycker jag och att man kan sortera det, det är jättemycket man ska få in, t.ex. i ett nybesök men man kan också luta sig tillbaka när man har träffat en familj under en lång period och tittar man på vad de har fått, vad finns och vad säger SVP så också när man kört fast och jobbat med en familj ett tag så får man kanske gå tillbaks och titta... vad de har fått och hur det ser ut och så... så det är inte bara vid nybesöket utan jag tycker att det blir tydligt underlag (Kurator 2).

Införandet av standardiserade vårdprocesser har också förändrat dialogen inom teamen och i olika forum för till exempel kuratorer eller i olika grupper, när de har en gemensam struktur för vården att utgå ifrån. Ståhl & Lundälv (2022) beskrev att kuratorer inom hälso- och sjukvården överlag i låg utsträckning tog del av forskning i sitt dagliga arbete samtidigt som det fanns ett stort intresse. De standardiserade vårdprocesserna skapar möjligheter för att koppla forskning till det dagliga arbetet och ställer krav på kuratorerna att hålla sig uppdaterade som en grund i en kunskapsbaserad expertis (Clark 2005). Likt diagnosteamen i Danmark sker en förhandling i teamen för att finna gemensamma mål (Kamp & Dybbroe).

Överhuvudtaget alltså att vi i kollegiet för ett samtal, på olika grupper, på olika nivåer eftersom vi hänvisas hela tiden till steg 1 steg 2 steg 3 men så... blir vi tvungna att titta men vad är det för något egentligen och fråga varandra och fråga oss själv och så... så det tycker jag är bra (Kurator 7).

Vidare beskrivs standardiseringen som en möjlighet att tydligare kunna redogöra för samverkanspartners vad BUPs uppdrag omfattar, hur verksamheten är organiserad och var dess begränsningar finns och där andra verksamheter behöver ta vid. Kurator 4 beskriver hur de standardiserade vårdprocesserna blir något att luta sig mot när strålkastarljuset riktas mot BUP och kuratorn kan behöva gå i försvar.

Medan BUP hamnar i centrum och då, då måste vi också kunna säga nej, att “enligt SVP så har vi det som vi har erbjudit” så får de liksom, skolan behöver förändra saker och ting, socialtjänsten också kanske ska göra någonting annat exempelvis så det är, den har hjälpt oss att liksom kunna säga till våra samarbetspartners att “det här måste ni göra också, när vi håller på med det är” (Kurator 4).

Vårdprocesserna bidrar med att BUPs verksamhet kan ramas in och ges legitimitet i och med dess grund i evidens. Kurator 4 ger på så sätt både uttryck för ett humanistiskt perspektiv utifrån att när patientens hela situation tas i beaktande behöver också andra verksamheter bidra. Samtidigt ges en möjlighet till gränsdragningar mellan verksamheter och där kuratorn behöver försvara såväl sin egen arbetsbelastning som organisationens ramar. Tre av kuratorerna uttrycker på olika sätt att evidensbegreppets legitimitet också kan användas för att trygga eller tysta föräldrar som ifrågasätter vården och på så sätt användas som både en förklaringsmodell och ett maktmedel.

/.../då kan man liksom säga att “det här är då beprövat och det är det som vi jobbar med”... så det tror jag kan vara ett stöd (Kurator 3).

### **6.1.2. Likvärdig vård - är det möjligt?**

En av de bärande tankarna med införandet av standardiserade vårdprocesser, och i sjukvårdens målsättning generellt, är ambitionen att kunna erbjuda en likvärdig vård. Strävan efter likvärdighet värderas högt, både av kuratorerna i denna studie och i tidigare forskning, för såväl enskilda patienter som ur ett större samhällsperspektiv med fokus på social rättvisa (Cootes, Heinch & Brosnan 2022). Den kunskapsbaserade expertisens logik betonar just likvärdighet utifrån tillhandahållande av evidensbaserade metoder, en utveckling som går snabbt inom sjukvårdsområdet (Clark 2005). Likvärdighetsambitionen kring de standardiserade vårdprocesserna handlar om att alla mottagningar i Skåne ska kunna erbjuda alla typer av behandlingar som står omnämnda. Inom kunskapsbaserad expertis ställs stora krav på de professionella att hålla sig uppdaterade i gällande vetenskap och evidensbaserade metoder (Clark 2005). På organisationsnivå är just kompetensbristen en stor utmaning för BUPs

verksamheter (SKR 2017). Tre av kuratorerna lyfter specifikt utmaningar med kompetens, utbildningar och handledning för att kunna uppfylla målen i vårdprocesserna.

Dels så tänker jag att de får titta på kompetenserna på de olika mottagningarna för att om man tittar på vilka insatser som står, eller metoder som står i SVP så är det inte alltid att det finns på alla mottagningarna, alltså att behandlare är utbildade i det eller så är det att det kanske finns en som gör den typen av behandling så att det blir väldigt sårbart (Kurator 2).

... och länge fanns det ingen handledning. Så även om jag var utbildad så kunde jag inte få handledning (Kurator 7).

Vidare lyfter samtliga kuratorer att tydligheten i SVP användas som ett underlag för kuratorerna för att kunna synliggöra när behandling saknas eller inte erbjuds så som det är tänkt och att det kan innebära en påverkansmöjlighet. Det kan förstås som ett sätt för kuratorerna att agera utifrån humanism och yrkesetiska utgångspunkter för att värna patienternas rättigheter inom ramen för de organisatoriska förutsättningarna, liksom utmaningarna som beskrivs med organisationsprofessionalism inom det medicinska området (Funch 2019).

Så lite blir ju SVP också kejsarens nya kläder för att vi kan inte, vi kan ju inte erbjuda allt som står i. Och då kan man ju använda det som ett argument, eller som en kraft att såhär måste det vara (Kurator 1).

Samtliga kuratorer lyfter att en likvärdig vård av flera anledningar svårligen kan erbjudas i verkligheten. Resonemangen som förs liknas vid agentbaserad expertis där den professionellas personliga egenskaper och tolkningar färgar bemötandet och bedömningarna (Clark 2005). Trots idealet om att standardisering gör patienten mindre beroende av den enskilde kuratorn (Ponners & Svensson 2016) kan inte den professionella helt frikoppla sig från sin personlighet (Clark 2005). Ur ett humanistiskt perspektiv är alliansen mellan behandlare och patient avgörande för behandlingsutfallet samtidigt som alliansskapande kräver en kongruent och äkthet i kuratorns bemötande som inte kan standardiseras (Payne 2015). I Tørseth & Ådnanes (2022) studie om vårdförlopp i psykiatri i Norge kunde vårdpersonalen t.ex. undvika vissa frågor med motivation att det kunde skada relationen till patienten.

... faran i att man får en illusion av att det är mer patientsäkert och att det är lika... lika bemötande. Att alla patienter får samma. För det får man inte. Och kommer aldrig att få, tror jag. Man kan sträva efter det, men vi ska inte tro att vi är där. Utan det arbetet kommer hela tiden behövas... och det handlar minst lika mycket om vilken introduktion du får när du börjar jobba, att du får in rutinerna eller det är lika viktigt t.ex., så att jag tror man ska vara försiktig, man ska hela tiden vara medveten om den risken i att man tror att "men nu har vi satt det här, nu får alla lika vård" men det får man inte. Det är väldigt olika vem du möter i rummet, jätteolika... både våra personligheter men alltså det är inte bara yrkeserfarenhet och det är inte bara profession /.../ (Kurator 7).

## 6.2 Enkla lösningar på svåra problem

### 6.2.1 Komplexiteten och helhetsperspektiv

Återkommande i samtliga kuratorernas resonemang om utmaningar är den grupp av patienter som inte med lätthet går att passa in i en standardiserad vårdprocess. När det förekommer sociala problem i familjen, flera diagnoser eller där symtomen är så allvarliga att det inte går att följa den stegvisa vården. Likt kuratorer i tidigare studier poängterar kuratorerna komplexa situationer kopplat till sociala determinanter för hälsa och poängterar social rättvisa (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022).

Det finns inget nätverk, det är självskadeproblematik, det är ångest, det är suicidrisk och det är... familjeproblematik och det är lite av allt. Då är det ju svårt att få in de patienterna i ett litet fack (Kurator 3).

Det humanistiska perspektivet fokus på att se individen i sin helhet med utgångspunkt i individens egen berättelse och beskrivning av mening, blir svårt att överföra när vårdens upplägg är bestämt på förhand. Ur ett humanistiskt synsätt är varje patient unik och vården behöver ta hänsyn till det (Payne 2015). Flera av kuratorerna beskriver att svårigheten med att applicera de standardiserade vårdprocesserna också kan handla om att familjens situation hindrar dem från att delta i behandlingen så som det är tänkt att bedrivs eller där behandling behöver ske i ett annat tempo eller under längre tidsperioder.

nej, och det är ju, finns ju en patientgrupp som tillhör barnpsykiatrin... som behöver ha stöd här men det kanske inte är så att det går att jobba så fort och då tänker jag att då måste det också finnas resurser, de måste också få stöd även om det är lite mer svårjobb (Kurator 6).

Samtliga kuratorer beskriver en utmaning i att balansera mellan ett stringent förhållningssätt till de standardiserade vårdprocesserna eller att finna en väg som är relevant för den aktuella familjen (Schön 1983). Kuratorerna lyfter att det ännu finns en möjlighet att hitta vägar runt standardiseringen men de lyfter också en farhåga att grupper med patienter med komplexa problem kommer nedprioriteras eller inte få tillgång till den vård de behöver i linje med Schöns (1983) farhågor kring när teknisk rationalitet dras till sin spets. Kuratorerna är eniga, i likhet med tidigare studier, om vikten av att se bortom sjukdomssymtom (Johnson, Blake & Ramsey 2021).

/.../ det är inte alltid så att man har en renodlad diagnos utan har man flera olika symtom på att man mår dåligt... eller inte ens kvalificerar sig för en diagnos men har jättemycket lidande, så finns det ingen.. liksom.. så passar man inte i någonting och då.. då är min upplevelse att de patienterna blir inte prioriterade riktigt för de passar inte in i vårt sätt att organisera vården.. och det tycker jag blir tokigt. Så det är inte oproblemiskt om du frågar mig (Kurator 6).

De stora utmaningarna är ju ibland att vi måste ha fyrkantig kloss och passa i en triangel... och just nu så är där en demokrati i det här och där är ett öppet sinne och vi behöver inte göra det. Men om vi fortsätter den här processen med SVP så finns där kanske scenarier av att vi ska få ner en trekantig kloss i ett fyrkantigt hål och gör det inte det så kommer den familjen bara swosch i från BUP. Avslutas (Kurator 1).

Likt resonemangen från de kanadensiska socialarbetarna i psykiatrin lyfts en oro för att det biomedicinska paradigmet får fokus framför helhetsbilden av en människa och där komplexiteten inte får framträda eller problematiseras tillräckligt (Brown, Johnstone, Ross & Doll 2022). Att ge diagnos till ett barn, lyfter tre av kuratorerna, i linje med systemteoretiska utgångspunkter (Framme 2014) kan få konsekvenser för barnet som inte var menat, till exempel att bli problembärare i familjen.

Och sen är det, händer det något med samspelet, det är ju det vi ser här och det vi reagerar på, att det händer något när man psykiatriserar en person i familjen för det blir ju lätt att den blir bärare av hela samspelet... och där tänker jag ibland att det kan leda till anknytningsbrott... det vi... det vi vill allra helst blir inte, utan att vi faktiskt ställer till det, att det leder till distans mellan föräldrar och barn, att det blir en syndabock det här barnet. Speciellt om det finns andra syskon som inte ställer till det på något sätt. 'Hade det inte varit för det här barnet hade vi varit en fantastisk familj'. Och får man då ett namn på det här då får man liksom beviset på att, någonstans (Kurator 1).

Utmaningen Framme (2014) lyfter med kuratorns breda perspektiv i en vårdorganisation som många gånger organiseras utifrån individuella behandlingar framkommer också i denna studie. Individuell behandling för barnet är vanligt förekommande och en av kuratorerna lyfter att det ibland också är efterfrågat av föräldrarna utifrån svårigheter att få ihop livspusslet eller av prioriteringsskäl.

### **6.2.2 Snabb vård men är den tillräcklig?**

Första steget i de standardiserade vårdprocesserna är att erbjuda insatser som i de flesta fall består av olika typer av psykoedukation. Det kan handla om information som familjen själv ska läsa i kombination med att titta på filmklipp med information om diagnosen och allmänna tips för att må bättre eller generella föräldrautbildningar. Många av insatserna ges digitalt och ställer stora krav på att familjerna tar eget ansvar och deltar, läser och gör uppgifter på egen hand. Kuratorerna tycker överlag att innehållet i steg 1 insatserna är bra och ger en grundkunskap. Kurator 5 lyfter att det känns bra för kuratorn att kunna erbjuda familjerna något snabbt.

Alltså... jag tycker ju att standardiserade vårdprocesser är bra, liksom. Jag tycker om att man kan ge snabba insatser, att inte familjen behöver komma och söka vård och sen behöva vänta ett år innan vi kan ta oss an dem. Det känns gott att kunna erbjuda edukation eller någon

föräldrargrupp eller någon form av... ja men något paket liksom, det känns ju bra på ena sidan...(Kurator 5).

Kurator 5 är dock ensam med att uttrycka önskemål om fler steg 1 insatser i form av inspirationsföreläsningar till ungdomar. Det kan förstås som ett uttryck för humanism där kurator 5 vill kunna erbjuda något och på så sätt visa omsorg om familjen. Alternativet att ta emot en familj med inte ge behandling utan lämna dem i en kö leder till en otillfredsställelse för kuratorn och en etisk stress som liknas med habiliteringskuratorernas (Svärd & Hultman 2022) och de danska diagnosteamens frustration över att inte ha tid till det känslomässiga arbetet (Kamp & Dybbroe 2016). Det kan också förstås som ett sätt att utöva agens inom ramen för de organisatoriska förutsättningarna genom att utforma fler insatser som erbjuder stöd till familjerna men är förpackade i ett format som godtas inom standardiseringen.

Samtliga kuratorer är däremot eniga om att det finns en övertro på steg 1 insatserna som upptar mycket resurser men som sällan ger önskad effekt, det vill säga att patienter kan avslutas efter första insatsen. Bower & Golbody (2005) lyfter risken i att inte matcha patienter till stegvis vård då start på en för låg nivå kan få negativa effekter på den fortsatta vården. Just denna risk lyfter bland annat Kurator 7 i resonemang om hur steg 1 insatserna kan uppfattas av patienterna. Att mycket av steg 1 insatserna sker digitalt innebär svårigheter i tillgängligheten för en del föräldrar samtidigt som det lägger ett stort egenansvar på föräldrarna. Patienternas godtagbarhet till vården är avgörande för utfallet (Bower & Golbody 2005) på samma sätt som samtycke ur ett humanistiskt perspektiv är en avgörande utgångspunkt (Payne 2015).

För den stora förändringen tror jag är att det skickas ut alla de här digitala steg 1 insatserna som ju ibland kan vara till stor nytta men ibland också kan vara till stor frustration för att man kanske får för lite information, man kanske upplever att "jaha, det var detta jag fick" och det kanske inte är tanken men ibland är det faktiskt bara det du får, för sen står du i kö då, om det är behandling du behöver och inte utredning... (Kurator 7).

Tre av kuratorernas resonemang kopplas också till den vidare synen på psykisk ohälsa hos barn och vårdens organisering och prioriteringar där tidiga insatser är premierade men som också får effekter i form av undanträngningseffekt för de med större vårdbehov (Myndigheten för vårdanalys 2014). Samtliga kuratorerna lyfter det som uppmärksammats i skriften "Hur mår BUP?" (SKR 2017) kring att det söks vård för allt lindrigare psykiska besvär och livskriser. Den grupp som faktiskt blir hjälpt av steg 1 insatserna och sedan kan avsluta kontakten på BUP beskrivs vara på fel vårdnivå från början. Kuratorernas enighet om steg 1 insatsernas resurskrävande i förhållande till dess effekt visar på risken som Markström och Rosenberg

(2022) lyfter med att fokus på främjande och tidiga insatser kan missgynna mer vårdkrävande patienter.

Och då tänker jag att man hade ändå inte varit på specialistnivå, då hade man varit på första linjen nivå om det hade hjälpt med steg 1 insatser (Kurator 2).

... Psykiatrin som stort i Skåne hjälper ju barn och ungdomar med lättare psykisk ohälsa snabbare än barn med svårare psykisk ohälsa (Kurator 6).

## 6.3 Den professionella rollen

### 6.3.1 Teknologi och produktion

Hos fem av kuratorerna i denna studie uttrycktes, i likhet med det norska exemplet, en stor frustration över ökad administrativ belastning (Tørseth & Ådnandes 2022). Arbete med standardiserade metoder kunde upplevas av kuratorerna som produktion, där det stora inflödet av patienter och nybesökens omfattande administration skapar stor stress i arbetet.

För de är enormt pressande för alla. Det är produktion, alltså du kommer ifrån det du kom hit för att jobba med, eftersom det matas på så vare sig du vill eller inte så är det produktion, ta nästa, ta nästa, ta nästa och du hinner inte göra det du egentligen vill... (Kurator 7)

Mängden patienter, stressen att hinna med nybesöken och de långa köerna till behandling skapar en otillfredsställelse i arbetet och ett dåligt samvete inför patienterna. Likt studien om diagnosteam i Danmark beskrivs hur nybesöken, med fokus kring diagnostisering, tar fokus från att ge känslomässigt stöd (Kamp & Dybbroe 2016). Detta kan hanteras genom att erbjuda steg 1 behandlingar som kuratorn egentligen inte tror kommer passa för att stilla sitt eget samvete och känslan att åtminstone ha erbjudit *något*. Habiliteringskuratorer i Svärd & Hultmans (2022) studie visar på liknande sett en etisk stress när det inte är möjligt att erbjuda det som bedöms vara bäst för patienten. Det humanistiska perspektivet får stå tillbaka till förmån för det medicinska (Kamp & Dybbroe 2016; Brown, Johnstone, Ross & Doll 2022). I liknelse med norska poliser (Gundhus, Talberg & Wathne 2022) och kanadensiska arbetsterapeuter (Carrier et al 2015) upplever kuratorerna ett begränsat handlingsutrymme där det inte är möjligt att göra individuella lösningar utanför de standardiserade vårdprocesserna för alla patienter. Kuratorerna har att hantera balansen mellan stringens och relevans där det inte är möjligt att prioritera upp alla patienter. Kuratorerna får antingen prioritera i sina kalendrar, likt de danska diagnosteamen för att få tid till det känslomässiga stödet (Kamp & Dybbroe 2016) eller försöka passas in familjerna i tekniska rationalitetens mall och hanteras instrumentellt trots att de inte passar in (Schön 1983).



... eller så pressar man in det, för jag känner ett jättestort ansvar för att patienterna ska få rätt vård så... men det blir ju väldigt... det ökar ju stressen för mig. Att få till det (Kurator 6).

Kurator 1 och 5 lyfter särskilt att för att värna sin egen arbetssituation, är de tvungna att ibland begränsa sitt engagemang.

alltså för att kunna vara kvar och överleva så är det ju en bister verklighet att en del av de här familjerna måste bara gå mainstream, man måste beta av... och för att jag ska klara det så har jag inte jättemycket engagemang (Kurator 1).

Känslan av produktion där patienter betas av snabbt och skickas vidare på steg 1 behandlingar väcker både tankar om att bedömningarna går för snabbt när mallarna följs stringent men också frågor om vem som bär ansvaret för patienten när flera behandlare går in för att genomföra korta insatser. Kurator 5 lyfter en utmaning i vårdens organiserande med hög specialisering i att det är oklart vem som har övergripande ansvar för helheten i behandlingen.

Ja, så att en utmaning kanske är det här att i slutändan - vems patient är det, liksom? när de har gått på massa olika, hos många olika... (Kurator 5).

### **6.3.2 Agens och handlingsutrymme**

Möjligheten att frånga de standardiserade vårdprocesserna och agera utifrån sin professionella bedömning är något som samtliga kuratorer i denna studie ser som självklart och som de grundar i sin yrkeserfarenhet. Som exempel finns beskrivningar om att de tar sig friheter att arbeta som de gjorde innan införandet och motiverar det med att deras arbete inte krockar med de standardiserade vårdprocessernas övergripande mål och syfte. De ger också uttryck för att det kan röra sig om olika strategier för att ta sig runt de standardiserade vårdprocesserna likt i de norska studierna om standardisering där enskilda professionella eller hela verksamheter väljer att antingen argumentera för att det gamla arbetssättet stämmer med de bärande tankarna i de nya riktlinjerna men också att det görs individuella justeringar under behandlingsförloppet (Tørseth 2021; Tørseth & Ådnanes 2022). De använder sig av sin agens och utifrån det som de lärt av tidigare "reflection-in-action" (Schön 1983) och motiverar sina beslut utifrån vad som bedöms bli bäst för patienten och dess familj. I likhet med Ståhl och Lundälvs (2022) studie förlitar sig kuratorerna på sin egen erfarenhetsbaserade kunskap, teoretiska utgångspunkter och etik framför beskriven evidens inom vårdprocesserna. Kuratorernas resonemang kan förstås utifrån Clark (2005) tankar om att den kunskapsbaserade expertisen aldrig kan frikopplas från den professionella personliga karaktären och den erfarenhetsbaserade kunskapen.

Men jag tror där också, att likadant som med BUD, när man ska följa något som är standardiserat... har man jobbat väldigt länge, så... tror jag att man... kan hoppa över vissa av det, inte att man ska hoppa över grejer i men att... att det blir tydligare... det blir ett mönster... ju fler patienter man träffar så är det också lättare att se ett mönster (Kurator 3).

Rekommendationerna är att jag ska ta BUD men jag gör ju samma sak fast med gamla mallen, men jag tittar också på den nuvarande mallen liksom att det inte är något jag missar exempelvis...(Kurator 4).

Alltså jag gör ju precis som jag vill... härinne. Så är det... jag frågar inte och jag kan berätta om någon frågar men jag ber inte om lov... utan jag gör precis vad jag vill här inne... men jag har ju också väldigt mycket både yrkeserfarenhet och utbildning så jag är ju trygg i vad jag gör (Kurator 7).

Även om arbetet beskrivs som mer inrutat och styrt så lyfter kuratorerna unisont att det inte är möjligt att följa stegen till punkt och pricka. När symtomen och kontexten inte faller inom ramarna behövs lösningar utanför den tillämpade vetenskapen (Schön 1983). Kuratorerna betonar att det måste till professionella bedömningar där det hittas vägar att agera annorlunda när ärendet kräver det eftersom människor och deras bekymmer sällan är standardiserade. Resonemangen kan därför förstås utifrån en hängivenhet till ett humanistiskt perspektiv där fokus ligger på att möta patienten och familjen och låta relationen till dem och deras behov styra framför ett linjärt synsätt på samband mellan symtom och åtgärd.

Det måste till en bedömning. Det går liksom inte... skattningar, blå appen, SVP hur mycket recept vi än ger så kan, vi kan aldrig ha det som ett kakrecept, alltså det går bara inte, vi kan inte följa... man måste på något sätt ha det som en grundmall eller som en karta (Kurator 1).

Ibland måste man lämna boxen, komma utanför boxen och se "vad kan jag göra för skillnad för familjen" för det är fortfarande familjer vi pratar om. Det är fortfarande barn vi pratar om som familjen brottas med (Kurator 4).

De långa väntetiderna för steg 2 och steg 3 behandlingar kan innebära att kuratorn behöver finna vägar för att erbjuda patienter vård i väntan på behandling. Kuratorn använder sitt handlingsutrymme för att söka bland de resurser som finns tillgängliga vilket kan innebära att en medicinsk behandling sätts in tidigare än beskrivet i vårdprocesserna.

Då kanske gången egentligen kanske inte är att man ska gå till läkare... innan de kommer in i psykologisk behandling, men när det tar så lång tid så får man ju överväga det istället så att... då hittar man ju vägar runt det... (Kurator 6).

Detta kan förstås som uttryck för humanism i form av omsorg om patienterna och att de inte ska gå väntades utan stöd. Dock kan det innebära en risk för ökad medicinering av barn i linje med Frammes (2014) farhågor om det sociala perspektivets ställning i vården.

Handlingsalternativen som kuratorn ställs inför kan därför gå i motsatt riktning mot kuratorns roll att motverka medikalisering (Socialstyrelsen 2014).

### **6.3.3 Legitimitet och jurisdiktion**

Utformandet av de standardiserade vårdprocesserna synliggör vilka interventioner som bedöms ha evidens för att vara verkningsfulla. Familjeperspektiv och systemteori beskrivs av kuratorerna, liksom i tidigare forskning (Framme 2014; Cootes, Heinsch & Brosnan 2022) som deras främsta utgångspunkter och det faktum att familjebehandlande och familjeterapeutiska behandlingar finns med i standardiserade vårdprocesser beskriver kuratorerna som ett förtydligande, en bekräftelse och en legitimitet för kuratorns arbete. Att kuratorns uppgifter finns med i de standardiserade vårdprocesserna möjliggör för ett förtydligande och statushöjande för kuratorn som efterfrågats i tidigare forskning (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022). Samtidigt finns en önskan och en gemensam strävan att förtydliga familjeperspektivet ännu mer och undvika att det faller bort eller nedprioriteras. Kuratorerna i studien för gemensam sak i att få sin kunskapsbaserade expertis erkänd och prioriterad som en del av en evidensbaserad praktik.

Sen tycker jag som kuratorsrollen att det också blir bra att familjebehandling och FFT såhär kommer in i SVP, för det blir också tydligt mer vad vi gör (Kurator 2).

De flesta av oss har ju jobbat väldigt länge och innan fanns liksom inte på kartan att man inte skulle jobba med familjen när man var på BUP även om det var att man skulle göra någon utredning eller någonting utan då jobbade man med familjen. Och nu har det ju blivit mindre och mindre av det, och vi tänker att om det inte ens finns med i SVP, så är det ju lite att det har plockats bort, att det liksom är legitimt att plocka bort det. Och då tänker vi att vi skulle vilja belysa det och kanske få tillbaka det. Sen är det ju ingenting som hindrar att man jobbar med familjen men det är ju inte i SVP:erna att man ska göra det (Kurator 3).

Flera studier visar på att kuratorns roll allt mer närmar sig psykologernas område (Brown, Johnstone, Ross & Doll 2022; Olsson 1999; Framme 2014;). Så beskrivs också kuratorns roll i denna studie. Kuratorer och psykologer har i stor utsträckning samma arbetsuppgifter med nybesök och certifierade behandlingsmetoder. Två av kuratorerna lyfter att det mer handlar om vilket perspektiv som en enskild behandlare representerar framför yrkesprofessionen där psykologen stereotypt står för det individuella perspektivet medan kuratorn är förespråkare för ett familjeperspektiv eller systemperspektiv, i likhet med tidigare forskning inom psykiatri (Framme 2014). Resonemanget från kurator 3 speglar de ideologiska strider som funnits under lång tid inom den sociala integrationens fält (Svensson & Johnsson 2019).

Jag tror inte att det är så stora skillnader längre så att det spelar så himla stor roll. Utan det är nog mer vilken inriktning man har /.../ i vår behandlingsgrupp blir det lite mer så att man pratar utifrån kanske ett familjeperspektiv eller KBT perspektiv eller ett psykodynamiskt perspektiv oavsett lite vilken... kategori eller professionalitet man har (Kurator 3).

Det råder inte en entydig bild bland kuratorerna i studien om hur de ser på att deras roll och psykologers närmar sig varandra. En beskriver en önskan om att tydligare särskilja rollerna där kurator fokuserar på familjen och psykologen på diagnostik.

Jag tänker att det spelar ingen roll hur många års erfarenhet jag har som kurator i barn och ungdomspsykiatri - jag har inte en psykologexamen med mig, alltså och där är jag ganska.. så, jag tycker att, det är viktigt att de professioner som är utbildade för att göra någonting också ska göra det, att man inte kan dra likhetstecken med den kompetens som en kurator har med sig och den som en psykolog har med sig (Kurator 6).

Kurator 6 menade i likhet med Johnsson, Blake och Ramset (2021) att det krävs ett etiskt övervägande för att inte trampa för långt in i andra professioners område, särskilt när kunskap om diagnostik inte ingår i kurators utbildning. Två av kuratorerna lyfter att standardiseringen av nybesöken innebär att psykologen och kuratorn tänker mer lika och att skillnaderna i bedömningar därför minskat även om de till viss del kan ha olika tonvikt vid olika delar av nybesöket. Kurator 2 lyfter att standardisering underlättar och ger en trygghet i bedömningen när kuratorn arbetar med diagnostik som traditionellt är psykologens kunskapsområde.

För jag tänker att vi har inte den nivån på... på vår utbildning. Alltså med diagnostik och så att jag... jag har jobbat så länge så jag känner mig rätt så säker på nybesök innan SVP men, men jag tänker att det känns ju tryggare med SVP... för att man har det att falla tillbaka på med... särskilt mini-kid tycker jag också är jättebra... men där man följer en mall och inte missar någonting utan man ställer alla dom frågorna som man behöver ställa (Kurator 2).

Kurator 7 däremot menar att kuratorn har kompetens att göra hela jobbet och därför inte ska begränsa sig till att göra bara en del och poängterar att kuratorn internaliserat bilden av en otydlig roll på ett sätt där professionen underminerar sig själv.

## 7. Diskussion

Tillgängligheten till vård inom Barn- och ungdomspsykiatri har varit föremål för diskussioner och satsningar under de senaste åren (SKR 2017). Den ökade efterfrågan på vård för psykisk ohälsa har medfört behov av att effektivisera vården (Region Skåne 2022). Influera av styrningslogik från New Public Management med en utveckling mot detaljstyrning av det professionella arbetet (Svensson & Svensson 2019) har det införts standardiserade vårdprocesser. För den professionella rollen beskrivs standardiseringar kunna utgöra ett hot mot

den professionella autonomin (Ponnert & Svensson 2016) och har i forskning visat sig begränsa det professionella handlingsutrymmet (Gundhus, Talberg & Wathne 2022; Carrier et al. 2015; Svärd & Hultman 2022). Fokus på effektivitet och mätbara resultat utgör en motsättning mot välfärdprofessioners, liksom kurators, yrkesetiska grund med fokus på ett holistiskt perspektiv (Svensson & Svensson 2019). Samtidigt har kurators roll i psykiatri under de senaste årtiondena inriktas mot psykoterapeutiskt arbete och närmat sig hälsofältet (Markström & Rosenberg 2022; Svensson & Johnsson 2019) och psykologens arbetsområde (Framme 2014). Det har därför varit intressant att undersöka barn- och ungdomspsykiatriens kurators erfarenheter och tankar kring möjligheter och utmaningar i arbetet med standardiserade vårdprocesser och vad det fått för eventuell påverkan på deras roll och handlingsutrymme.

Vilken påverkan införandet av standardiserade vårdprocesser haft för kurators arbete, roll och handlingsutrymme kan kokas ner till dilemmat mellan stringens och relevans. Standardiserade vårdprocesser, sett som ett uttryck för teknisk rationalitet, skapar möjligheter till inramning, transparens och likvärdighet (Schön 1983). Det ger en legitimitet för arbetet som bedrivs inom verksamheten att kunna hänvisa till evidens såväl inför föräldrar, i relation till samverkanspartners och i dialogen inom behandlingsteam. Samtidigt är det en utmaning för kuratorerna att få komplexa problem att passa in i standardiserade modeller utifrån en humanistisk grundsyn om att varje individ och situation är unik (Payne 2015). För att skapa en relevans hittar kuratorerna, liksom professionella inom psykiatri i Norge och Danmark, vägar runt standardisering där de väljer att göra egna upplägg eller fortsätta arbeta som de gjort tidigare (Tørseth & Ådnanes 2022; Kamp & Dybbroe 2016). De använder sig av sitt handlingsutrymme för att prioritera bland ärenden men också för att bedriva påverkan. I professionsgrupper drivs frågan om familjebehandling är tillräckligt synlig i de standardiserade vårdprocesserna och när inte metoder som ska erbjudas patienterna finns att tillgå kan standardiseringen vara ett verktyg för att påvisa brister i verksamheten.

Den största utmaningen, som kuratorerna beskriver, beror på den höga arbetsbelastningen till följd av ett högt tryck på den specialiserade vården. De senaste årens fokus på hälsofrämjande och tidiga insatser har satt ungas psykiska hälsa i strålkastarljuset (SOU 2021:34) och det finns indikationer på psykiatisering av lindrigare psykiska besvär. Långa väntetider inom BUP har varit en realitet under lång tid (SKR 2017). Den primära utmaningen för kuratorerna handlar just om köerna. Kuratorerna beskriver hur de emellanåt behöver argumentera för behandling som de inte tror på eftersom alternativet, att familjen får vänta i kö, skapar etisk stress.

Engagemanget i de enskilda ärendena kan behöva reduceras för att orka med det höga inflödet där nybesöken upplevs som produktion. Även om införandet av framförallt steg 1 insatser inneburit ökad administrativ belastning på kuratorerna kan det också innebära en viss lättnad för kuratorns samvete och etiska stress att åtminstone kunna erbjuda familjerna *någoting*, även om tilltron till effekten av steg 1 insatser är liten. Ibland behöver kuratorerna se sig omkring efter vad som finns att tillgå för att lindra patientens eller familjens lidande under väntetiderna varpå en medicinsk behandling kan påbörjas i ett tidigare skede än evidensen i de standardiserade vårdprocesserna anger. Kuratorn behöver då frångå det viktiga uppdraget att motverka medikalisering som lyfts i motiveringen till införandet av legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer (Socialstyrelsen 2014) och sin utgångspunkt av att barn behöver ses i sitt sammanhang, av omsorg för att familjen ska erbjudas någon form av vård. Kuratorerna lyfter också farhågor om att standardiserad vård ställs på sin spets och måste följas stringent som då riskerar att exkludera patientgrupper där det finns samverkande sociala problem och där behandlingen behöver få ta tid eller där begränsade resurser inom familjen försvårar möjligheter att ta till sig behandling på egen hand eller digitalt.

Grundpremissen i stegvis vård är att det finns möjlighet att flytta upp till nästa steg när önskad effekt inte uppnåtts av föregående steg (Bower & Golbody 2005). Det höga trycket på BUP innebär i realiteten att familjer erbjuds det första steget och sedan tar det stopp. På så vis har de nya arbetssätten inte kunnat omsättas fullt ut i praktiken. Det möjliggör för kuratorerna att fortsätta arbeta på samma sätt som tidigare och därför är det oklart om införandet av standardiserade vårdprocesser faktiskt haft någon större påverkan för kuratorns praktiska arbete, roll eller handlingsutrymme. Kuratorns jurisdiktion i förhållande till psykologens har länge varit otydlig inom psykiatri (Framme 2014) och de standardiserade vårdprocesserna har både bidragit till att professionerna närmat sig ytterligare men samtidigt också erbjudit en legitimitet för de arbetsmetoder som varit utmärkande för kuratorns perspektiv; familjebehandling och familjeterapi. I likhet med studerandet av psykosociala integrationens fält pågår strider mellan perspektiv snarare än mellan professionerna (Svensson & Johnsson 2019). Denna studie ger en ögonblicksbild över erfarenheter och tankar i nutid med det saknas forskning kring kuratorernas uppfattning om sitt arbete innan införandet och en jämförelse för att tydliggöra förändringar för kuratorsrollen är därför begränsad.

Kuratorerna i studien har tydligt påvisat den agentbaserade expertisen som innefattar såväl personliga egenskaper, trygghet i sin yrkesroll och erfarenhetsbaserad kunskap som många

gångar avgörande för hur de bedriver arbetet. Samtidigt är kuratorerna måna om den kunskapsbaserade expertisen för att kunna legitimera organisationens verksamhet både för sig själv och för samverkanspartners och familjer. Clark (2005) menar att dessa båda aspekter av professionell expertis aldrig kan frikopplas från varandra. På så vis blir standardisering inte en garanti för likvärdig vård, vilket kuratorerna också resonerar kring i denna studie, men möjliggör å andra sidan det humanistiska perspektivets grundantagande om att varje individ är unik och därför måste bemötas specifikt därefter (Payne 2015).

Den tydliga agentbaserade expertisen väcker frågor om professionens framtida utveckling. Ponnert och Svensson (2016) lyfter vikten av en stark tillhörighet inom det yrkesspecifika professionella skräet för att behålla de yrkesetiska grundprinciperna inom ramarna för standardisering och organisatoriska förutsättningar. Det väcker frågan för fortsatt forskning om hur socionom- och hälso- och sjukvårdskuratorsutbildningen kan bygga en stark kår trots tendenser till ökad tillhörighet med organisationen framför yrkesförbunden (Svensson & Svensson 2019). Vidare är grunden i det humanistiska perspektivet, i personcentrerad vård och i kurators utgångspunkter helhetsbilden av patienten, i dess sammanhang, som expert på sin situation (Payne 2015; Cootes, Heinsch & Brosnan 2022; Tucker & Webber 2021; Framme 2014). Det väcker funderingar kring hur de standardiserade vårdprocesserna uppfattas av patienterna och deras familjer som en grund för fortsatt forskning.

## 8. Referenser

Borg Marit & Kristjana Kristiansen (2004) Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13 (5): 493 – 505

Bower, Peter & Simon Bolbory (2005) Stepped care in psychological therapies: access effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186 (1): 11-17

Brown, Catrina, Marjorie Johnstone, Nancy Ross & Kaitrin Doll (2022) Challenging the constraints of neoliberalism and biomedicalism: repositioning social work in mental health. *Qualitative Health Research*, 35 (5): 771-787

Carrier, Annie, Andrew Freeman, Melanie Levasseur & Johanne Desroiers (2015) Standardized referral form: restricting client-centered practice?. *Scandinavian Journal of occupational therapy*, 22 (4): 283-292

Clark, Chris (2005) The deprofessionalisation thesis, accountability and professional character. *Social work and society*, 3 (2): 182-190

Cootes, Hanna, Milena Heinsch & Caragh Brosnan (2022) ‘jack of all trades and master of none’? Exploring social work’s epistemic contribution to team-based health care. *British journal of social work*, 52 (1): 256-273

Dalman, Christina, Sven Bremberg, Johan Åhlén, Anna Ohlis, Emilie Agardh, Susanne Wicks & Andreas Lundin (2021) *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst*. Stockholm: Forte

Ek, Hans & Rikard Eriksson (2016) Diagnos och behandlingskarriärer inom barn- och ungdomspsykiatri - en studie av 20 ungdomar som inte går till skolan. *Socialmedicinsk tidskrift*, 93 (6): 650-658

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2022) Intervjuer. I: Ahrne, Göran & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Tredje uppl. Stockholm: Liber.



Framme, Gunilla (2014) Vad gör socionomerna för skillnad i den psykiatriska vården? *Socialvetenskaplig tidskrift* 21(2): 85-104

Funck, Elin K (2019) Det medicinska professionella fältet. I: Brante, Thomas, Kerstin Svensson & Lennart G Svensson (red.) *Ett professionellt landskap i förvandling*. Lund: Studentlitteratur

Gundhus, Helene O. I. & Talberg, Niri & Wathne, Christin T. (2022) From Discretion to Standardization: Digitalization of the Police Organization. *International Journal of Police Science & Management* 2022, 24 (1): 27–41

Holmqvist, Rolf & Herlofson, Jörgen (2019) *Fokus på individen – framtidens melodi inom psykiatrisk behandling*. [<https://lakartidningen.se> Hämtat 2023-02-25

Jacobsen, Dag Ingvar (2012) *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur

Johnson, F. Kaprea, Jennifer Blake & Hanna E. Ramsey (2021) Professional counselors' experience on interprofessional teams in hospital settings. *Journal of Counselling & Development*, 99(4): 406-417

Kamp, Annette & Betina Dybbroe (2016) Struggles of professionalism and emotional labour in standardized mental health care. *Nordic journal of working life studies*, 6(S1) 67-86

Markström, Urban & David Rosenberg (2022) Kuratorns arbete inom psykiatrins förändrade fält. I: Isaksson, Joakim, Sara Lilliehorn & Helena Hansson (red.) *Perspektiv på hälso- och sjukvårdskuratorns mångfacetterade arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Myndigheten för vårdanalys (2014) Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa [<https://www.vardanalys.se/rapporter/utvardering-av-handlingsplanen-prio-psykisk-ohalsa/>] hämtat: 2023-04-21

Olsson, Siv (1999) Kuratorn förr och nu. Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv. diss. Göteborgs Universitet

Payne, Malcolm (2015) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Fjärde uppl. Stockholm: Natur & Kultur

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

Prop. 1981/82:97 *Om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

Region Skåne (2021) Plan för standardiserade vårdprocesser (SVP) [<https://intra.skane.se>]  
Hämtat: 2023-03-15

Region Skåne (2022) BUP Skåne. Standardiserade vårdprocesser: Barn- och ungdomspsykiatrisk diagnostik 4-17 år. [<https://intra.skane.se>]  
Hämtat: 2023-03-15

Rennstam, Jens & David Wästerfors (2022) Att analysera kvalitativt material. I: Ahrne, Göran & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Tredje uppl. Stockholm: Liber.

Selberg, Rebecca (2022) Kuratorns roll i vårdens moraliska ekonomi. En kritisk analys av det reproduktiva arbetets värdering. *Socialmedicinsk tidskrift*, 99 (1): 87-98

Schön, Donald A (1983) *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York: Routledge

SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslag.

Socialstyrelsen (2014) *Legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen

SOU 2013:44 *Ansvarsfull hälso och sjukvård*.

SOU 2021:34. *Börja med barnen! En sammanhållen, god och nära vård för barn och unga*.  
Delbetänkande av utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

StAAF Annika, Lotta Wendel & Lars Zanderin (2018) *Hälso- och sjukvårdsrätt - en introduktion för professionsutbildningar*. Stockholm: Liber AB

Ståhl, Daniel & Jörgen Lundälv (2022) Health social workers and research knowledge utilisation - a swedish survey studie. *European journal of social work*. DOI: [10.1080/13691457.2022.2148092](https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2148092)

Sundler J Annelie, Anna Råberus & Inger K Holmström (2017) *Mänskliga rättigheter och rätten till hälsa. En analys av anmälningar till patientnämnderna i Västra Götaland*. Borås: Högskolan i Borås och Västra Götalandsregionen

Svensson, Peter (2022) Teorins roll i kvalitativ forskning. I: Ahrne, Göran & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Tredje uppl. Stockholm: Liber.

Svensson, Peter & Göran Ahrne (2022) Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I: Ahrne, Göran & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Tredje uppl. Stockholm: Liber.

Svensson, Lennart G & Eva Johnsson (2019) Psykosociala integrationens fält i nutid. I: Brante, Thomas, Kerstin Svensson & Lennart G Svensson (red.) *Ett professionellt landskap i förvandling*. Lund: Studentlitteratur

Svensson, Lennart G & Kerstin Svensson (2019) Nya samhällsvillkor för det professionella landskapet. I: Brante, Thomas, Kerstin Svensson & Lennart G Svensson (red.) *Ett professionellt landskap i förvandling*. Lund: Studentlitteratur

Sveriges Kommuner och Regioner (2017) *Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av Barn- och Ungdomspsykiatri i Sverige inhämtad av Uppdrag Psykisk hälsa*. elektronisk resurs [<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2017/11/Hur-mar-bup.pdf>] hämtat: 2023-04-21

Sveriges Kommuner och Regioner (2022) Besöken till BUP har ökat under pandemin [pressmeddelande] 19 maj [<https://skr.se/skr/tjanster/pressrum/nyheter/nyhetsarkiv/besokentillbupharokatunderpandemin.63900.html>]

Svärd, Veronica & Lill Hultman (2022) Hälso- och sjukvårdskuratoren i storstaden. Urbanisering, specialisering och komplex samverkan. *Socialmedicinsk tidskrift*, 99 (1): 52-62

Thylefors, Ingela (2013) *Babels Torn. Om tvärprofessionellt teamsamarbete*. Stockholm: Natur & Kultur

Tucker, Laura & Martin Webber (2021) 'Maybe a maverick, maybe a parent, but definitely not an honorary nurse': Social worker perspective on the role and nature of social work in mental health care. *British Journal of Social Work*, 51 (2): 545-563

Törseth, Nesbø Tine (2021) Organizing as negotiation: the construction of a pathway in Norwegian mental health service. *International Journal of Mental Health Systems* 15 (26)

Törseth, Nesbø Tine & Marian Ådnanes (2022) Trust in pathway? Professionals' sensemaking of care pathways in the Norwegian mental health service system. *BMC Health Service Research*, 22 (33)

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet

Wilberforce, Mark, Michele Abenstern, Saqba Batool, Jennifer Boland, David Challis, John Christian, Jane Hughes, Phil Kinder, Paul Lake-Jones, Manoj Mistry, Rosa Pitts & Doreen Roberts (2020) What do service users want from mental health social work? A best-worst scaling analysis. *British journal of social work*, 50 (5): 1324-1344

Åkerström Kördel, Jeanette & Elinor Brunnberg (2017) *Delaktighet - som rättighet, fenomen och vardagspraktik i hälso- och välfärdsarbete* Lund: Studentlitteratur

# Bilaga 1

## Informationsbrev

*Information till dig som arbetar som kurator på en BUP mottagning i Lund/Eslöv. Du tillfrågas härmed om deltagande i studie för magisteruppsats vid hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet, Lunds universitet*

**Studien syftar till att undersöka hälso- och sjukvårdskuratorers perspektiv på sin roll och sitt handlingsutrymme inom ramen för standardiserade vårdprocesser inom Barn- och Ungdomspsykiatri.**

Hej!

Jag heter Ida Johansson och är utbildad socionom med arbetslivserfarenhet inom socialtjänst och skola. För tillfället vidareutbildar jag mig vid Lunds universitet för att bli legitimerad hälso- och sjukvårdskurator. Under hela programmet föreligger praktikplacering inom klinisk verksamhet och jag genomför min praktik inom Barn- och Ungdomspsykiatri i Lund. Inom ramen för utbildningen ska jag skriva en magisteruppsats om 15hp.

Studien syftar till att undersöka hälso- och sjukvårdskuratorers perspektiv på sin roll och sitt handlingsutrymme inom ramen för standardiserade vårdprocesser inom Barn- och Ungdomspsykiatri. Jag söker därför kuratorer som i sitt arbete kommer i kontakt med standardiserade vårdprocesser för barn 4-17 år vid BUP mottagningar i Lund/Eslöv, som kan tänka sig medverka i en intervju.

Intervjun kommer ta max 1 timme i anspråk och kan genomföras på din arbetsplats eller digitalt via Teams. Intervjuerna kommer att spelas in och transkriberas. Materialet hanteras konfidentiellt i digitalutrustning utan åtkomst från andra än ansvarig för studien. Uppgifter som inhämtas kommer endast att bevaras den tid som bedöms nödvändig för att studien ska kunna slutföras och godkännas och kommer därefter förstöras. Intervjuerna kommer att avidentifieras och enbart användas till denna studie, inte till något annat ändamål. Den färdiga studien kommer publiceras i Lunds Universitets databas Lund Student Papers (LUP). Att delta i denna studie är helt och hållet frivilligt. Du kan när som helst under studiens gång välja att inte svara på frågor eller avbryta ditt deltagande utan att förklara varför.

Hoppas att du vill delta och att vi ses för en intervju!

Vänligen

Ida Johansson

[ida.A.johansson@skane.se](mailto:ida.A.johansson@skane.se), 0730293110

Handledare: Helena Hansson  
[helena.hansson@lu.se](mailto:helena.hansson@lu.se)

# Bilaga 2

## Intervjuguide

### Bakgrund:

- När tog du socionomexamen?
- Är du legitimerad hälso- och sjukvårdskurator?
- har du någon vidareutbildning? (ex steg 1)
- Hur länge har du arbetat inom BUP?
- Hur kom det sig att du började arbeta på BUP?
- Annan arbetslivserfarenhet inom socialt arbete?

### Standardiserade vårdprocesser

- Vad är dina erfarenheter och tankar om att arbeta enligt standardiserade vårdprocesser?
  - påverkan på kurators roll och handlingsutrymme?
    - i förhållande till patienten och familjen
    - i förhållande till teamet och övriga professioner?
    - i förhållande till samverkanspartners?
- Vilka möjligheter och utmaningar för de standardiserade vårdprocesserna med sig?
  - för din roll och ditt handlingsutrymme?
  - i samspelet med patienten och familjen?
  - i samspelet med teamet och övriga professioner?
  - i samspelet med samverkanspartners?
- På vilket sätt använder du dig till ditt handlingsutrymme för att eventuellt påverka bedömningen av val av behandling? Hur blir utfallet?
- När kan standardiseringen frångås? Vad grundar du bedömningen på?
- Vad tror du att din vidareutbildning har för inverkan på dina tankar kring att arbeta enligt standardiserade vårdprocesser?
- Finns det något du funderar på i förhållande till ämnet som vi inte berört?