



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

## Att visa sig trovärdig

- **Hälso- och sjukvårdskuratorers handlingsutrymme och roll i multiprofessionella team inom specialiserad palliativ vård.**

Lisa Lagerström

Examensarbete (SAHS05)  
Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet  
VT 2023  
Handledare: Maria Söderberg & Stig Linde

# Abstract

Author(s): Lisa Lagerström

Title: To prove credible - hospital counselors about their discretion and role in the multiprofessional team within specialized palliative care.

Supervisor: Maria Söderberg & Stig Linde

Assessor: Anna Angelin

The aim of this study was to investigate how hospital counselors in specialized palliative care reason about their discretion and their professional role in the multiprofessional team, in order to deepen the understanding of their professional role as well as the psychosocial work that is carried out within the medical context. The methodology was based on a qualitative approach using seven semi-structured interviews with healthcare counselors working in specialized palliative care in the south of Sweden. The results were analyzed using thematic analysis. The results were understood through previous research on the subject and the following theoretical framework: Goffman and the dramaturgical theory, Lipsky's theory of discretion and street-level bureaucracy as well as Abbott's theory of jurisdiction. The results show that the counselors mostly consider themselves as highly trusted by both managers and other staff in the multi-professional medical team. They feel like they have substantial discretion and the opportunity to individually shape their services and tasks. They all see a greater need for psychosocial work in their units than they can accomplish with the resources available today. The discretion therefore can be seen as limited by the organizational frame. Despite the high level of trust, several of the counselors believe that other staff do not always know what their professional knowledge is and what they do. This essay has shown, among other things, that the interviewed healthcare counselors create validity and credibility by being visible in the daily work of the multiprofessional team, which also increases the clarity of the role of social workers in a medical context. This is a very small study of some counselors reasoning on the subject and therefore cannot claim to have any comprehensive answers. More research is needed to investigate the role of the healthcare counselor in the hospital and in the specialized palliative care to further deepen the understanding of how the psychosocial work is carried out within the care units and how the multiprofessional collaboration can increase.

Keywords: *jurisdiction, discretion, palliative care, psychosocial work, counselor*

## Förord

Först och främst vill jag tacka de hälso- och sjukvårdskuratorer inom specialiserad palliativ vård som ställde upp för intervjuer under våren 2022, det var alla väldigt intressant samtal! Tack för att ni tog er tid!

Jag vill också tacka mina handledare från Lunds universitet, inledningsvis Maria för att du gjorde ett tappert försök att handleda mig i en för mig mycket stressig tid, samt avslutningsvis Stig för att du på ett så stöttande vis hjälpte mig i mål. Tack för att jag fick de avslutande handledartimmarna, utan dessa hade det inte gått att slutföra denna uppsats.

Sen vill jag skicka en varm kram till alla mina vänner som stöttat mig genom detta. Ni vet vem ni är. Och slutligen till min familj för att ni gjort det möjligt för mig att vara den frånvarande dotter, syster, fru och mamma jag behövde bli ett tag.

# Innehållsförteckning

<b>1. INLEDNING.....</b>	<b>4</b>
1.1 INLEDNING OCH PROBLEMFÖRMULERING .....	4
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR .....	5
1.3 BEGREPPSFÖRKLARINGAR OCH AVGRÄNSNINGAR .....	6
<i>Allmän och specialiserad palliativ vård</i> .....	6
<i>Psykosocialt arbete</i> .....	6
<i>Hälso- och sjukvårdskurator</i> .....	7
<b>2. BAKGRUND.....</b>	<b>7</b>
2.1 KOMPLEX OCH MÅNGFASETTERAD YRKESROLL.....	7
2.2 <i>Professionaliseringsprocess och legitimation</i> .....	8
2.3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSKURATORN INOM SPECIALISERAD PALLIATIV VÅRD.....	9
2.4 MULTIPROFESSIONELLA TEAM OCH ORGANISERING .....	9
2.5 LAGAR .....	10
<b>3. KUNSKAPSLÄGE.....</b>	<b>10</b>
3.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSKURATORNS ROLL I DET MULTIPROFESSIONELLA TEAMET.....	11
3.2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSKURATORNS HANDLINGSUTRYMME .....	13
<b>4. TEORI.....</b>	<b>16</b>
4.1 GOFFMAN OCH DET DRAMATURGISKA PERSPEKTIVET .....	16
4.2 ABBOTT OCH JURISDIKTION.....	17
4.3 LIPSKY OCH HANDLINGSUTRYMME.....	18
<b>5. METOD .....</b>	<b>19</b>
5.1 METODVAL .....	19
5.2 DATAINSAMLINGSMETOD.....	19
5.3 URVALSPROCESS.....	19
5.4 TILLFÖRLITLIGHET .....	20
5.6 FÖRFÖRSTÅELSE.....	22
5.7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	22
5.8 VAL AV ANALYSMETOD .....	23
<b>6. RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>24</b>
6.1 KURATORERNAS ARBETSUPPGIFTER OCH HANDLINGSUTRYMME .....	24
<i>Legala ramen</i> .....	25
<i>Organisatoriska/politiska ramen</i> .....	26
<i>Kollegiala ramen</i> .....	29
6.2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSKURATORNS ROLL I DET MULTIPROFESSIONELLA TEAMET.....	31
<i>Högt värde – men diffust?</i> .....	31
<i>Specialisering av det psykosociala arbetet</i> .....	35
6.3 FRAMTIDA UTVECKLING AV ROLL OCH ARBETSUPPGIFTER .....	38
<i>Fler kuratorer</i> .....	38
<i>Ökad samverkan inom det multiprofessionella teamet</i> .....	39
<i>Legitimationen</i> .....	40
<b>7. DISKUSSION .....</b>	<b>41</b>
<b>REFERENSLISTA .....</b>	<b>44</b>
<b>BILAGA 1. RESPONDENTBREV .....</b>	<b>46</b>
<b>BILAGA 2. INTERVJUGUIDE .....</b>	<b>47</b>
<b>BILAGA 3. SAMTYCKESFORMULÄR.....</b>	<b>49</b>

# 1. Inledning

## 1.1 Inledning och problemformulering

Palliativ vård i Sverige definieras av Socialstyrelsen, i linje med Världshälsoorganisationens (WHO) definition, som hälso- och sjukvård i syfte att främja livskvalitet och lindra lidande för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada (Socialstyrelsen 2013). Kunskapsstöden *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård* (Socialstyrelsen 2013) samt *Nationellt vårdprogram för palliativ vård* (Regionala Cancercentrum 2023) utgör en gemensam grund för palliativ vård i Sverige. Båda dessa fungerar som rikstäckande vägledande dokument. I båda kunskapsstöden står det att samarbete mellan olika professioner i multiprofessionella team är en förutsättning för god palliativ vård (Socialstyrelsen 2013, RCC 2023). Det multiprofessionella teamet inom palliativ vård har bland annat vuxit fram ur arbetssättet att titta på smärta och lidande ur flera vinklar; fysisk, psykisk, social och existentiell. Begreppet kallas *total pain* eller på svenska *totalt lidande* och myntades av den före detta socialarbetaren Cicely Saunders som var grundaren för hospicerörelsen i efterkrigstidens England (Payne, 2009). All personal som arbetar med palliativ vård ska enligt kunskapsstöden ha ett palliativt förhållningsätt. Det innebär att personalen ska göra en professionell bedömning av patientens tillstånd, behov och önskemål utifrån helhetssyn med utgångspunkt i fysiska, psykologiska, sociala och existentiella behov perspektiv (Socialstyrelsen 2018). Kunskapsstöden har flera utförliga kapitel som rör psykosocialt arbete och dessa är riktade till all personal inom palliativ vård och hälso- och sjukvårdskuratorn pekas ut som den profession inom teamet som ska stå för det kvalificerade psykosociala arbetet (RCC 2023).

Tidigare forskning visar att socialarbetare som arbetar inom multiprofessionella team på sjukhus, även specifikt inom palliativ vård, ofta har svårt att hävda sin yrkesroll och kunskap, vilken kan uppfattas som luddig och oklar jämförd med den medicinskt utbildade personalen i teamet (Cootes, Heinsch & Brosnans 2022; Sjöström 2017; Gåfvells 2014; Parker Oliver & Peck, 2006; Payne, 2006; Taels, B., Hermans K., Van Audenhove C., Cohen J., Hermans Koen, Declercq A. 2021). Hälso- och sjukvårdskuratorer är oftast i grunden utbildade socionomer och har socialt arbete som sitt huvudämne. De kommer därmed från en samhälls- och beteendevetenskaplig bakgrund till skillnad från all annan personal inom sjukvården som har en medicinsk utbildningsbakgrund (Lundin et al 2019). Socialt arbete kan beskrivas som ett mångteoretiskt kunnande som hanterar komplexa sammanhang, vilket i sig gör yrkesrollen otydligare än om det fanns möjlighet till att inta en mer reducerad expertroll som exempelvis

specialistläkare. Det är mycket som en kurator behöver behärska, även personlig utveckling, vilket tar tid och är en pågående process. Komplexitetens av yrkefältet gör det svårdefinierat (Johnsson & Lindgren 1999). Även Gåfvells (2014) skriver att kurators arbete innebär att bevaka social problematik i en medicinsk kontext men att det kan vara svårt för kuratorerna att hävda sitt breda kunskapsfält (Gåfvells 2014).

Tidigare forskning som undersöker begreppet handlingsutrymme inom socialt arbete visar att socialarbetares handlingsutrymme förutom den legala- och organisationens ramar även är begränsade av kollegorna som en kollegial ram (Jönsson 2021). Ponnert & Svensson (2016) menar att standardisering i form av exempelvis manualer kan vara till hjälp att minska osäkerheten i arbetet och göra det tydligare/mer mätbart. Men att detta samtidigt kan begränsa det professionella handlingsutrymmet och därmed försvaga professionen. Bergcrantz McCann & Runessons (2022) har studerat hälso- och sjukvårdskuratorer på IVA och deras yrkesroll och handlingsutrymme där, i vilken de bland annat kommer fram till att kuratorerna de intervjuat beskriver en hög tillit från övriga professioner och ett mycket högt handlingsutrymme, vilket samtidigt gör att deras arbete riskerar att bli personbundet (Bergcrantz McCann & Runessons 2022).

Den palliativa vården lyfter i sina kunskapsstöd tydligt fram det psykosociala arbetet som av stor vikt. De framhåller även den legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorn som den psykosociala experten i det multiprofessionella teamet. Mot bakgrund till att forskning visar att socialarbetare i en medicinsk värld kan uppleva sin yrkesroll som oklar och luddig ser jag det som intressant att undersöka hur hälso- och sjukvårdskuratorer inom specialiserad palliativ vård resonerar om sitt handlingsutrymme samt sin roll i det multiprofessionella teamet. Just därför att palliativ vård i sina skriftliga rekommendationer betonar vikten av psykosocialt arbete, till skillnad från övrig vård. Att belysa hur det psykosociala arbetet inom palliativ vård utförs, vad som påverkar hälso- och sjukvårdskuratorernas arbete och hur kuratorerna resonerar om sin roll inom de multiprofessionella teamen skulle kunna bidra till att få syn på förbättringsmöjligheter samt inspirera till vidare forskning.

## 1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet är att undersöka hur hälso- och sjukvårdskuratorer inom specialiserad palliativ vård resonerar om sitt handlingsutrymme och sin roll i det multiprofessionella teamet, för att

fördjupa förståelsen för deras yrkesroll samt det psykosociala arbete som utförs inom den medicinska kontext som palliativ specialistvård innebär.

1. Hur beskriver kuratorerna att sina arbetsuppgifter och sin möjlighet att utforma dem?
2. Hur beskriver kuratorerna sin roll i det multiprofessionella teamet?
3. Vilka hinder och möjligheter ser de gällande att utveckla sina arbetsuppgifter och sin roll i framtiden?

### 1.3 Begreppsförklaringar och avgränsningar

Nedan beskrivs några begrepp som jag anser relevanta för att öka förståelsen kring det valda ämnets bakgrund. Jag har även skrivit om några avgränsningar som jag gjort kring dessa begrepp samt hur jag valt att skriva om dem i uppsatsens text.

#### Allmän och specialiserad palliativ vård

Det är inte endast den absolut sista tiden i livet som benämns som palliativ utan det är när en patient har palliativ vårdbehov, det vill säga när de har en progressiv, obotlig sjukdom eller skada. Palliativ vård i ett tidigare skede, där patientens behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kompetens i palliativ vård kallas för *allmän palliativ vård*. Den allmänna palliativa vården bedrivs inom en mängd olika vårdformer exempelvis sjukhus, primärvård, hemsjukvård och vård- och omsorgsboenden. För de patienter som har komplexa symptom och/eller vars livssituation medför särskilda behov behövs den *specialiserade palliativa vården*. Den utförs inom en specialiserad palliativ verksamhet, med tillgång till ett multiprofessionellt team som har särskild kompetens och kunskap i palliativ vård (Socialstyrelsen 2018). I denna uppsats har jag uteslutande hämtat min empiri från den specialiserade palliativa vården. Däremot har jag hämtat viss tidigare forskning från studier gjorda på en bredare empiri som även innefattat allmän palliativ vård och dess motsvarighet internationellt i de olika länderna som studierna kommer från.

#### Psykosocialt arbete

Psykosocialt arbete innebär en helhetssyn på människan, där ordet ”psyko” kan förstås som den inre/psykologiska verkligheten och hur denna påverkas av ett sjukdomstillstånd och ordet ”socialt” står för de sociala omständigheter som påverkas av sjukdomen. Psykosocialt arbete inom hälso- och sjukvården behandlar människors tankar, känslor och agerande i samspel med omgivningen (Gåfvells 2014). Psykosocialt arbete innebär förutom individuell behandling även

att lotsa och orientera i samhällets olika regelverk och institutioner samt att arbeta för social förändring så att patientens livssituation utvecklas gynnsamt (Lundin et al 2019).

### Hälso- och sjukvårdskurator

Jag kommer i denna uppsats att ibland beskriva hälso- och sjukvårdskuratoren förkortat med ordet ”kurator” för enkelhetens skull. Jag vill även förtydliga att det i internationell forskning inte alltid finns en exakt motsvarande benämning som den svenska ”hälso- och sjukvårdskuratorer” utan att det ofta beskrivs med olika benämningar såsom ”hospital social worker”, ”social worker”, ”hospital councillor” med flera. Det är inte alltid exakt överförbart hur en ”hospital social worker” arbetar i andra länder med hur en hälso- och sjukvårdskurator arbetar i Sverige, de har även olika ramar och resurser. Gemensamt är att alla har en grundutbildning inom socialt arbete och arbetar i en medicinsk kontext, oavsett nationalitet. Jag har valt att se vad som beskrivs som *social work* inom sjukhus, när det omnämns i internationella artiklar och annan forskning som jämförbart det psykosocialt arbete som bedrivs inom sjukhus i Sverige.

## 2. Bakgrund

För att rama in problemformuleringen och skapa förståelse för ämnet som kommer att studeras har jag valt att i detta kapitel beskriva relevant bakgrund kring socialt arbete samt dess roll i den medicinska kontexten, hälso- och sjukvårdskuratoren som profession samt dess organisering och legala ramverk.

### 2.1 Komplex och mångfasetterad yrkesroll

Johnsson & Lindgren (1999) beskriver några skäl till att de menar att socialarbetarens personliga professionaliseringsprocess är mer komplex än hos andra yrken. Grundläggande är att arbetet som utförs ofta behöver förhålla sig till både klienten/patienten, övriga aktörer samt samhällets intressen. Detta, menar dem, gör det omöjligt att inta en avgränsad expertroll och ofta behöver motstridiga intressen beaktas i det dagliga arbetet. Ett brett teoretiskt kunnande och tillämpning av både samhällsvetenskaplig samt psykologisk teori krävs för att greppa den helhetssyn som behövs för att på bästa sätt navigera mellan olika behov och krav som finns på socialarbetaren i det dagliga arbetet. De skriver även att socialt arbete ofta bedrivs inom ramen för *relation* vilket gör att socialarbetaren oundvikligen har sin person som ett instrument i arbetet, vilket ställer höga krav på professionalitet. Denna komplexa sammanvävning av



kunskapsmängd och personlig utveckling tar lång tid att bemästra och kan bidra till känslan av en diffus yrkesidentitet. Specialisering kan vara ett sätt att skapa tydlighet inom yrket för den enskilde socialarbetaren och Johnsson och Lindgren (1999) kopplar bland annat utvecklingen mot mer psykoterapeutiskt socialt arbete inom hälso- och sjukvården som en del av detta. Det psykoterapeutiska blir ett sätt att tydliggöra yrkesrollen, jämfört med att arbeta utifrån ett bredare psykosocialt perspektiv, vilket kan kännas luddigt för den enskilde socialarbetaren (Johnsson & Lindgren 1999). Gåfvells (2014) beskriver att hälso- och sjukvårdskuratorns arbete oftast sker på individnivå, även om gruppinsatser också förekommer. Däremot menar hon att insatser på strukturell/samhällelig nivå är mindre utvecklade och att detta kan bero på att kuratorerna inte varit tillräckligt trygga i sin yrkesroll att hävda sitt breda kunskapsområde. En dragning mot arbetsfält som inom sjukvården är mer definierade och har högre status har skett, såsom psykoterapi. Hon skriver att kuratorerna inte helt erkänts som sjukvårdens sociala experter, och därmed inte haft mandat att påverka exempelvis riktlinjer och bestämmelser inom sjukvårdens område. Detta menar hon kan ha en bakgrund i att yrket inte haft legitimation (Gåfvells 2014).

## 2.2 Professionaliseringsprocess och legitimation

Socialt arbete som yrkesfält har i Sverige under många år genomgått och genomgår fortfarande en professionaliseringsprocess. Exempel på detta är den akademisering av yrket som skett i och med att socialt arbete har blivit ett universitetsämne och egen forskningsdisciplin. Även den avgränsning av jurisdiktionen gentemot andra yrken som skett i och med legitimeringsmöjlighet för socionomer och den senare tillkomna specialistutbildningen och legitimationen för hälso- och sjukvårdskuratorerna är en del av denna process. När ett yrke får en egen forskningsverksamhet ger detta yrkesgruppen en auktoritet över kunskapsutvecklingen inom området. Auktoriteten och rätten att utöva specifika arbetsuppgifter sanktioneras av samhället genom att godkänna legitimation för yrkesgruppen, vilket även automatiskt utestänger andra yrkesgrupper från arbets-/kunskapsområdet. (Johnson & Lindgren 1999).

Hälso- och sjukvårdskuratorn har under många år varit bland de yrken inom svensk sjukvård som inte haft en legitimation. Detta är något som de svenska kuratorernas intresseorganisationer har arbetat hårt för att förverkliga. Skapandet av CSA (centralförbundet för socialt arbete) 1903 samt Svensk Kuratorförening (1944) varit mycket betydelsefullt för denna process (Blom et al 2014). År 2014 bedömde Socialstyrelsen att det fanns behov av att införa en legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården på grund av fyra kriterier: patientsäkerhet, yrkesrollens innehåll, utbildningens innehåll och nivå på internationella förhållanden. Beslutet om

legitimation kom år 2018 och lagändringen ska trädde i kraft 1 juli 2019 och den första specialistutbildningen för socionomer skapades (Socialstyrelsen 2014).

### 2.3 Hälso- och sjukvårdskuratorn inom specialiserad palliativ vård

Antologin och läroboken *Palliativ vård och medicin* (Strang & Beck-Friis, 2012) är uppbyggd utifrån flera olika teman, där just "vårdteamet" är ett och vari alla olika professioners arbetsuppgifter beskrivs under olika kapitel, så även hälso- och sjukvårdskuratorn. Kuratorn ska enligt kapitelförfattarna vara särskilt utbildad för att ha stödjande psykosociala och existentiella samtal, vilka hen ska erbjuda både patienter och närstående efter behov. Även ge stöd i de formella nätverken såsom samhällets hjälpinsatser, myndighetskontakter osv.Handledning av övrig personal samt delta i utbildning och forskning ses också som kuratorns arbetsuppgift. I sina avslutande reflektioner lyfter författaren att kuratorn använder sig själv som arbetsredskap, liksom övriga teammedlemmar gör, men kanske ändå i högre grad, då kuratorn inte kan gömma sig bakom "medicinska instrument" i sina möten med sorg och ibland djup förtvivlan. I stället hämtar kuratorn sina instrument inom sin person- och yrkeserfarenhet. De ser en risk att de "professionella batterierna" kan ta slut och lyfter vikten av handledning för de palliativa kuratorerna för att öka reflektion och självkänedom (Hultkvist&Olsson 2012).

Föreningen för socionomer inom palliativ vård (SiP) grundades år 2002. Den startades för att utveckla socionomens roll och kompetens inom det palliativa området. Föreningen har utvecklat ett kvalitetsdokument för att ringa in hälso- och sjukvårdskurators arbete inom palliativ vård där de tar upp frågor som exempelvis etik, förhållningssätt, kompetens och utbildning samt exempel på olika arbetsuppgifter. De beskriver kurators praktiska arbete inom palliativ vård innefattande utredning, bedömning och behandling utifrån patienten och närståendes psykosociala situation. Exempel på insatser som kuratorn inom palliativ vård utför efter kontinuerlig bedömning är stödsamtal, exempelvis kris och sorgesamtal, rådgivning och stöd kring sociala, ekonomisk och juridiska frågor, efterlevandestöd och stödgrupper för patient och efterlevande i alla åldrar (Föreningen för socionomer inom palliativ vård, u.å.).

### 2.4 Multiprofessionella team och organisering

Hur den specialiserade palliativa vården organiseras och hur ett team sätts samman på olika enheter i Sverige beror på faktorer som storlek, befolkningstäthet, geografiska möjligheter och förutsättningar till exempelvis samverkan med andra vårdgivare. Organiseringen skiljer sig därför åt över landet. Det förordas i kunskapsstöden att palliativ specialistvård ska ha en

gemensam nationell grundstruktur för sin organisering men man menar att det har ännu inte riktigt nått dit. Vidare specificeras hur ett team inom specialiserad palliativa vård kan vara ihopsatt. RCC (2023) beskriver de specialiserade palliativa teamet så här:

Specialiserade palliativa team kan se ut på många olika sätt, men ska innehålla en sjuksköterska och en läkare. Dessutom ska en person med psykosocial kompetens ingå, med fördel en kurator. Även fysioterapeut och arbetsterapeut bör ha tjänstgöringstid i teamet. Flera andra paramedicinska kompetenser som exempelvis dietist, logoped och andliga företrädare bör knytas till teamet. (RCC 2023, s.67).

De specialiserade palliativa vårdenheterna inom den aktuella regionen är utformade så att det finns en specialiserad palliativ slutenvårdsavdelning på ett sjukhus med varierande antal platser samt med en tillhörande specialiserad palliativ hemsjukvård som kallas avancerad sjukvård i hemmet – ASIH. På några sjukhus är kuratorerna knutna till antingen teamet på avdelningen eller till ASIH, medan det på andra bara finns en kurator för båda verksamheterna.

## 2.5 Lagar

Hälso- och sjukvårdskuratorn måste liksom de andra professionerna inom palliativ vård är skyldiga att arbeta efter bland annat dessa lagar; Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Patientsäkerhetslagen (2010:569), Patientlagen (2014:821), Patientdatalagen (2008:355) och Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Utöver dessa berörs även hälso- och sjukvårdskurators arbete av Socialtjänstlagen (2001:453).

## 3. Kunskapsläge

Denna uppsats behandlar hur de intervjuade kuratorerna inom specialiserad palliativ vård resonerar om sitt handlingsutrymme samt sin roll i det multiprofessionella teamet för att fördjupa förståelsen för deras yrkesroll samt det psykosociala arbete som utförs inom specialiserad palliativ vård inom regionen. I detta kapitel kommer en översikt av relevant tidigare forskning att presenteras. Jag har valt att dela upp forskningen i två teman för att göra det mer överskådligt; *Hälso- och sjukvårdskurators roll i det multiprofessionella teamet* samt *Hälso- och sjukvårdskurators handlingsutrymme*. Studierna som presenteras har hittats genom sökning i LUBsearch Discovery och sökord som använts är ”hälso- och sjukvårdskurator”, ”palliativ vård”, ”Health social work”, ”multidisciplinary teams”, ”palliative care”, ”professional identity”, ”social work”, ”discretion”, ”handlingsutrymme”. Vid alla sökningar

har även kategorin ”peer reviewed” varit ifylld. Artiklarna är från flera länder, förutom Sverige finns forskning från USA, Kanada, Storbritannien, Belgien och Australien presenterad.

**3.1 Hälsa- och sjukvårdskuratorns roll i det multiprofessionella teamet**  
Cootes et al (2022) har i sin artikel gjort en översikt av 36 vetenskapliga publikationer kring den roll och funktion som socialarbetarens kunskap spelar i multiprofessionella team inom sjukvården. Översikten klargjorde fyra specifika teman: Brist på tydlighet – vad är socialarbetarens roll; Kunskapshierarkier – att socialarbetare kan lite om mycket; Medlare och utbildare/samordnare och Samhällsperspektivet – helhetssynen. Litteraturen visade bland annat på en oklar bild av vad socialarbetarens roll är samt att det finns kunskapshierarkier inom den medicinska kontexten. Vidare såg de att socialt arbete som kunskap ofta värderades lägre än medicinsk kunskap inom teamen. Litteraturgenomgången, och analysen av den, visade dock att det fanns ett motstånd inom både det praktiska sociala arbetet samt inom socialt arbets forskning och utbildning emot de befintliga maktstrukturerna kring kunskap inom sjukvården. Detta talar för ett självförtroende inom professionen vad gäller socialarbetarens kapacitet och vad deras kunskap har att erbjuda patienter och medarbetare i teamen (Cootes et al 2020).

Taels et al (2021) har gjort en internationell systematisk litteraturstudie där de ville undersöka vilka förutsättningarna är för ett meningsfullt socialt arbete inom palliativ vård, och hur dessa kan omsättas i praktiken. Av initialt 1684 peer reviewed vetenskapliga artiklar från åren 2000 till april 2021 valdes 170 stycken slutligen ut. De lyfter fram nio förutsättningar. Av dessa var tre förutsättningar mest omnämnda, vilka var ”öka socialarbetarens kompetens och självförtroende”, ”arbeta för holistiskt och transformerande socialt arbete” samt ”gott samarbete mellan socialarbetarna och de medicinska professionerna”. Den genomgångna litteraturen visar enligt Tael et al (2021) att för att öka det goda samarbetet mellan socialarbetare och övriga professioner i de multiprofessionella teamen inom palliativ vård finns det framför allt två sätt. Det ena är att det är viktigt för socialarbetarna att tydligt framhäva vikten av deras psykosociala arbete kontra det medicinska synsättet och att vara tydliga med hur deras yrkesroll skiljer sig från övrig medicinsk personal, exempelvis sjuksköterskor och psykologer. De menar också att litteraturen visar på vikten av kompetenta och självsäkra socialarbetare som kan hävda sin plats och sin rätt i teamen, med specialiserad kunskap och utbildning inriktad på palliativ vård. De föreslår även att interdisciplinära utbildningar kan hållas för både socionomstudenter och medicinska studenter inom grundutbildningarna. De lyfter vidare i sin diskussion att de mot bakgrund av sin forskning anser att det är mycket viktigt med en tydlig arbetsbeskrivning av

det arbete som en socialarbetare inom palliativ vård förväntas utföra samt tillhörande lista på kärnkompetenser som denne ska ha. De ser detta som grundläggande och avgörande för socialt arbetes framtid inom palliativ vård (Tael et al 2021).

Payne (2006) beskriver hur socialt arbete som profession i England har setts som oklar och varit omtvistad. Han presenterar socialt arbetes professionella identitet och yrkesroll utifrån ett socialkonstruktivistiskt synsätt, hur professionell identitet och yrkesroll hela tiden formas i de sociala relationer, samspel och kunskapsutbyten som sker i det multiprofessionella teamet. Han tar specifikt upp socialt arbete i specialiserad palliativ vård som ett exempel och menar att det är på vilket sätt som socialarbetaren demonstrerar sin kunskap, och dess mening för patienter och kollegor i det multiprofessionella teamet som formar professionens identitet och roll. Det är på så vis som socialarbetaren och även dess profession vinner övriga professioners respekt och validitet. Genom att visa på dess värde i det dagliga samarbetet. Payne (2006) menar att detta är det mest effektiva sättet att vinna förtroende för sin profession, snarare än att försöka uppfylla en etablerad, auktoritär och fast beskrivning av en yrkesroll vilket han menar är en ineffektiv strategi. Det är ineffektivt med fasta definitioner av professionella yrkesroller då innebörden av arbetet ser så olika ut inom olika specialiserade kontexter på exempelvis sjukhus, samt även inom olika multiprofessionella team beroende vilka professioner och personer som ingår. Det arbetssätt som skapas inom ett specialiserat multiprofessionellt team är resultatet av den kunskap som professionerna förhandlar om och lär av varandra kontinuerligt. Han menar att anta en strategi för att forma sin yrkesroll från botten – upp är mer effektiv än att försöka slå fast yrkesrollen från topp – ner (Payne, 2006).

Manuela Sjöström (2013) visar i sin avhandling att både svenska och tyska hälso- och sjukvårdskuratorer påpekar luddigheten i sin yrkesroll. Hon har undersökt vilka strategier som de svenska respektive tyska hälso- och sjukvårdskuratorerna (representerade av sina fackförbund) har valt att använda i relation till de medicinska professionerna för att öka professionaliseringen. De svenska kuratorerna arbetade genom att härma och försöka efterlikna de medicinska professionerna och smälta in i sjukhusorganisationen medan de tyska kollegorna i stället valt en strategi av att tydligt profilera socialt arbete som ett eget och viktigt område inom den medicinska kontexten. (Sjöström 2013).

Parker Oliver & Peck (2006) undersökte hur socialarbetare som arbetar inom hospice beskrev styrkan i att arbeta i multiprofessionella team samt vilka utmaningar de såg med teamarbetet

inom hospicevården. Socialarbetarna ansåg att ett bra samarbete gynnades av god kommunikation och tillit mellan teammedlemmarna. Även att göra gemensamma patientbesök, ha teamstärkande aktiviteter på arbetsplatsen samt engagemang och stöd från chefen skapade ett gott samarbetsklimat. Utmaningar i teamsamarbetet kunde vara saker som att ha för hög arbetsbelastning, fokus på det fysiska och medicinska (på bekostnad av det psykiska) samt personliga konflikter i teamen. För att öka möjligheterna för gott samarbete visar studien att regelbunden och tydlig utvärdering av samarbetet samt därtill uppföljande och riktade insatser på problemområdena skulle kunna vara en väg att gå. Forskarna föreslår att ansvaret för denna utvärdering och därtill insatser skulle kunna vara en arbetsuppgift som var passande att socialarbetaren höll i, detta skulle kunna hjälpa till att förbättra inte bara socialarbetarens arbete utan även hela teamet och vården på hospice (Parker Oliver & Peck, 2006).

Sammanfattningsvis visar flera av artiklarna att det finns en oklarhet kring socialt arbetes roll i den medicinska kontexten (Cootes et al 2022, Tael et al 2021, Payne 2006, Sjöström 2013) samt att det finns olika sätt att hantera detta på för att öka förtroende och validitet för socialarbetarna i det multiprofessionella teamet. Förmåga att visa självförtroende i sin yrkesroll ansågs viktigt (Cootes et al, Tael et al 2021, Payne 2006). Trygghet i yrkesrollen kan bland annat visas genom tydlighet antingen skriftlig genom arbetsbeskrivningar (Tael et al) eller i det praktiska arbetet (Payne 2006). En strategi för att tydliggöra rollen kan vara att smälta in alternativ utmärka sig gentemot den medicinska personalen (Sjöström 2013). Värna om helhetsperspektivet samt att utvärdera teamarbetet sågs som arbetsuppgifter för socialarbetaren (Parker Oliver & Peck, 2006).

### 3.2 Hälso- och sjukvårdskuratorns handlingsutrymme

Anders Jönsson (2021) har i sin avhandling undersökt socialsekreterares handlingsutrymme och menar att det behöver studeras utifrån vilka begränsningar som finns, vilka ramar. Hans empiri fann tre ramar vari han hittat olika begränsningar i socialsekreterarnas handlingsutrymme; den legala ramen, den politiska ramen och den kollegiala ramen. Han ritar upp dessa som tre cirklar och kallar detta för treramsmodellen som han menar avspeglar socialsekreterarnas handlingsutrymme. Socialsekreterarna är begränsade av socialtjänstlagen i sitt beslutsfattande, de är även påverkade av de lokala politikernas uppsatta riktlinjer och styrning samt slutligen kan normer bland kollegor spela roll för beslutsfattandet då arbetsgruppen strävar efter en konsensus och kontinuitet inom enskilda ärenden. Det utrymme som socialsekreteraren håller sig inom när hen fattar beslut som är inom alla dessa tre ramar

kallar Jönsson (2021) för det ”fogade handlingsutrymme”, ingen ifrågasätter beslutet. Men socialsekreterarna har även möjlighet att fatta beslut som hamnar i strid med någon av dessa ramar och riskerar att bli granskat av exempelvis kollegor eller jurister, detta kallar han för det ”stridbara handlingsutrymme”. Socialsekreterarna i studien tog strid mot ramarna, och utökade sitt handlingsutrymme, när de ansåg det bäst för klienten. (Jönsson 2021).

Lina Ponnert & Kerstin Svensson (2016) har i sin artikel analyserat standardisering av människobehandlande organisationer och vilka följder detta kan få för professionella inom socialt arbete. De diskuterar kring att de professionellas handlingsutrymme begränsas av standardisering, såsom exempelvis arbetsmanualer. De menar att standardisering kan vara ett sätt för organisationer att få legitimitet och minska osäkerheten i arbetet genom att det gör det lättare att exempelvis mäta. Det kan även stärka tilliten till professionen och ge de professionella en känsla av säkerhet, men samtidigt leda till osäkerhet när det kommer till det handlingsutrymme som finns utanför manualen. De menar att standardisering sätter en hög press på socialarbetaren att hantera sitt professionella handlingsutrymme utifrån standardiserade arbetsuppgifter, samtidigt som de inte ska ge avkall på tron på sina egna professionella bedömningar. Socialarbetaren behöver både ha förmåga att orientera sig i manualer och program och samtidigt besitta en hög säkerhet i sin yrkesroll för att fatta beslut utan manual – de kallar detta för en *manual-mental-specialisering* (Ponnert & Svensson 2016)

Bergcrantz McCann & Runessons (2022) har i sin svenska studie undersökt hälso- och sjukvårdskuratorers yrkesroll på IVA i relation till förutsättningar och handlingsutrymme inom den kontexten. Resultatet av deras studie visar att kuratorerna inom IVA utvecklar yrkesrollen i samspel med omgivningen genom förhandlingar och genom ett betydande handlingsutrymme. De skriver att övriga professioner inom IVA såsom sjuksköterskor och psykologer gör anspråk på det psykosociala arbetet på avdelningarna. Exempelvis överlappar hälso- och sjukvårdskuratorn och sjuksköterskornas yrkesroll varandra ofta i det psykosociala arbetet. Intervjuerna visar att hälso- och sjukvårdskuratorerna beskriver det som att de har ett annat djup i sin psykosociala kompetens än sjuksköterskorna. De ser sig som ett komplement till det psykosociala stöd som övrig personal ger samt som en ”extraresurs” när det blir lite extra bökigt. Intervjuerna visar också att inte alla psykosociala behov hos patienterna behöver tillgodoses med hjälp av en hälso- och sjukvårdskurators kunskap och metoder. Mycket av grundläggande tröstande och omvårdnad görs på ett fullvärdigt sätt av exempelvis sjuksköterskan, speciellt då patienten kanske är för sjuk för ett behandlande samtal. Det

beskrivs även att då psykolog tillkallats har denne sagt att det inte kan bedrivas psykoterapi på en intensivvårdsavdelning utan att det psykiska stödet bör göras av hälso- och sjukvårdskuratorn i form av stödjande samtal. Huvudsakligen beskriver studien förhandlingarna mellan yrkeskategorierna som konfliktfria och att det över lag finns en hög tillit till kuratorn och att denne därmed har ett stort handlingsutrymme att utforma sin yrkesroll och sina arbetsuppgifter på IVA utifrån egen person och intresse, utan större inblandning av övriga professioner. Detta riskerar att göra yrkesrollen personbunden, vilket även leder till att arbetet inte dokumenteras eller tas till vara av organisationen till gagn för exempelvis nyanställda kuratorer. Kunskap som blir personbunden och inte dokumenteras forskas inte heller på, vilket får betydelse för hur den uppfattas samt hur den kan användas i exempelvis utbildning och vidare kunskapsutveckling framöver (McCann & Runessons 2022).

För att sammanfatta: Jönsson (2021) har i sin avhandling skissat upp tre ramar vilka begränsar socialsekreterare inom ekonomiskt bistånds handlingsutrymme: den legala ramen, den politiska ramen och den kollegiala ramen. Han visar även på att socialarbetarna tar strid mot någon av ramarna när det ansågs bäst för klienten. Vad gäller den kollegiala ramen så strävade de dock helst efter kontinuitet och konsensus (Jönsson 2021). Ponnert & Svensson (2016) skriver om att standardisering inom socialt arbete kan bidra till ökad tydlighet och legitimitet för organisationen genom att det bland annat underlättar mätning av arbetet, vilket kan hjälpa till att öka tryggheten i arbetet för socialarbetaren. Samtidigt riskerar det att öka otryggheten i att fatta egna beslut utifrån yrkeskompetens och handlingsutrymme. Socialarbetaren behöver kunna manövrera i både manualer samt besitta hög säkerhet i yrkesrollen för att fatta självständiga professionella beslut. McCann & Runessons (2022) beskriver att kuratorerna på IVA har ett betydande handlingsutrymme och utvecklar sin roll i samspel med omgivningen. Huvudsakligen är förhandlingarna mellan yrkeskategorierna konfliktfria och det finns en hög tillit till kuratorn. Kuratorn har stort utrymme att utforma sin yrkesroll och sina arbetsuppgifter på IVA utifrån egen person och intresse, utan större inblandning av övriga professioner, vilket riskerar att göra yrkesrollen personbunden samt att arbetet inte dokumenteras (McCann & Runesson 2022).



## 4. Teori

Då syftet med denna studie är att undersöka hur kuratorerna resonerar om sin roll i det multiprofessionella teamet samt deras handlingsutrymme inom specialiserad palliativ vård så kommer teori kring roller, professionssociologi samt handlingsutrymme att användas.

### 4.1 Goffman och det dramaturgiska perspektivet

Goffman (2020) beskriver att det finns en social interaktionsordning i vilken individer/grupper behöver inrätta sig för att inte störa ordningen i den aktuella sociala inrättningen, exempelvis ett samhälle eller en arbetsplats. En störd ordning blir obekvämt och kan få stora konsekvenser för samarbete och individer. Interaktionsordningen är sårbar för störningar och de som ingår i denna behöver ha en outtalad överenskommelse om hur man får bete sig för att försöka upprätthålla balans och stabilitet. Jag kommer här att beskriva det som Goffman (2020) kallar för ett dramaturgiskt perspektiv och hur det kan användas i studiet av social interaktion. Han föreställer sig att vi alla är skådespelare och/eller publik och att rummet vi delar, vår sociala inrättning, är vår gemensamma teater. Inom teaterns väggar finns ett ”team/lag” med aktörer som gemensamt önskar framföra en viss definition av situation inför publiken. På teatern finns en främre region som är fullt synlig för publiken, här iscensätts avsiktligt det som man vill visa upp. Sen finns det en bakre region som är ”bakom kulisserna” där laget kan göra sådant som inte ska synas, till exempel förbereda framställningen och diskutera eventuella stormoment. Goffman (2020) beskriver den sociala interaktionen mellan individer som ett informationsspel, att medlemmarna i laget samt publiken kommunicerar med varandra genom vad han kallar *intrycksstyrning*. Detta kräver kontroll över de intryck som sänds ut och han skiljer mellan två slags intryck: utsända (kontrollerade ex. ett leende) resp. överförda intryck (okontrollerade ex. skrattanfall). Individen kan alltså styra sitt framträdande genom utsända intryck, men framträdandet blir även starkt påverkat av överförda intryck som är svårare att kontrollera av individen. När det i framträdandet förekommer motsättningar och störningar i form av oavsiktliga gester, beteenden och annat som ifrågasätter den definition av situationen som laget försöker upprätthålla blir situationen instabil och icke-trovärdig. Alla försöker rädda framställningen genom olika metoder och laget vill gärna välja medlemmar som är lojala, disciplinerade och försiktiga samt en publik som uppträder taktfullt.

När en individ spelar en roll vill hen att de som observerar ska ta hens iscensättning på allvar, att observatörerna alltså ska tycka att rollframträdandet är trovärdigt och att individen faktiskt

besitter de egenskaper som hen försöker påvisa. Goffman (2020) menar att om individen, jaget, erkänns som trovärdig av publiken så är det för att scenen spelats korrekt och inte väckt misstro. Han menar att identiteten uppstår och utvecklas i ett samspel mellan individen och omgivningen. Det är hur rollgestalten framställs på scenen som avgör om hen blir tilldelad en trovärdig identitet av publiken, vilket därmed är positivt för laget (Goffman 2020).

## 4.2 Abbott och jurisdiktion

Sociologen Andrew Abbott gav 1988 ut boken "The system of Professions" som redogör för hans systemteori för professioner. Han skriver att alla professioner besitter en jurisdiktion med specifika arbetsuppgifter knutna till sig. De band som knyter arbetsuppgifterna till professionen är dock olika starka och påverkansbara. Han anser att arbetsfördelningen mellan yrken är utsatt för en ständig kamp för bibehållandet eller erövrandet av en viss jurisdiktion, de är i en ständig konflikt för att befästa och utvidga sin yrkesmässiga domän och rätt att verka inom denna. Abbott (1988) ser professionerna som ett ekologiskt system, vilket innebär att om något ändras på en sida påverkar det även en annan del av systemet, vilket gör att professionerna är ömsesidigt beroende av varandra. Det är denna dynamik som skapar konkurrens och strider kring jurisdiktion. Olika professioner anser sig ha mer rätt än andra att äga jurisdiktionen, de eftersträvar full jurisdiktion genom olika metoder, exempelvis utbildning och att skapa en legitimation över kunskap för att få utföra vissa arbetsuppgifter. Abbott (1988) menar att alla professioner har en önskan om att skapa full jurisdiktion, men inte sällan behöver yrkesgrupperna förhandla om en uppgörelse "settlement" på ett eller annat sätt. Det finns olika typer av uppgörelser mellan olika professioner och även inom professionerna i sig. Han menar dock att en professions essens är dess arbete, inte dess organisation och att dessa gränsstrider påverkar innehållet och kontrollen över arbetsuppgifterna. Vidare anser han att det bästa sättet att analysera förändringar inom en profession är genom att studera vilka krafter som påverkar arbetets innehåll och kontroll och hur det påverkas av störningar i systemet av olika professioner och jurisdiktioner (Abbott 1988).

Abbott (1988) beskriver att professioner är organiserade runt det kunskapssystem som är förknippad med den arbetsuppgift som hör till dess jurisdiktion, vilket gör att ju närmare den kunskapen som den professionelle befinner sig desto högre status har hen. Ur denna synvinkel har rent akademiskt arbete högre status än de som möter klienter ute på "fältet". Han menar att detta kan göra att professioner drar sig bort från det praktiska arbetet mot en mer "ren" professionell miljö och exempelvis endast tar emot remisser från andra professionella. Han

menar att denna mekanism försvagar jurisdiktionen och öppnar upp en ledig plats för andra professioner att träda in. För att ha fortsatt kontroll över sin jurisdiktion kan professionerna använda andra medel, såsom att strukturera karriärgången inom en profession så att den börjar med arbete i "fält" och slutar med mer "renodlad" kunskapsmiljö som akademiker eller specialist på något vis. Detta gör att det inom en profession kan finnas medlemmar som uppbär olika status beroende på var i karriären hen är, vilket kan skapa tvetydighet kring en professions status (Abbott 1988).

### 4.3 Lipsky och handlingsutrymme

Michael Lipsky (2010) har myntat begreppet street level bureaucrats, gräsrotsbyråkrater på svenska. Detta syftar till den socialarbetare eller annan yrkeskategori som i egenskap av representant för en organisation står i första ledet, i frontlinjen, och bemöter en klient eller patient. Socialarbetaren har då ett uppdrag som är begränsat utifrån organisationens uppdrag och ramar samtidigt som hen möter en människa som har egna förhoppningar, behov och önskemål i förhållande till socialarbetaren. Detta skapar enligt Lipsky (2010) ett dilemma för gräsrotsbyråkraten, då dessa båda inte alltid drar åt samma håll. Det blir socialarbetarens uppgift att försöka förena människans behov med organisationens uppdrag på ett sätt som båda upplever rätt. Till sin hjälp har socialarbetaren sin professionella kunskap och organisationens resurser. Lipsky (2010) beskriver att gräsrotsbyråkrater ofta arbetar under förhållanden med lite resurser i förhållande till de uppgifter de förväntas utföra, hög och ökande arbetsbelastning, vaga, ambivalenta och ibland konfliktfyllda arbetsmål uppsatta av organisationen de arbetar för samt svårt att mäta vad det är de faktiskt gör för att nå dessa mål. Han menar att det är omöjligt för gräsrotsbyråkraterna att göra ett fullvärdigt arbete utifrån dessa förutsättningar och att de behöver hantera detta på olika sätt för att känna att de gör ett bra jobb. Exempelvis genom att maximera utnyttjandet av tillgängliga resurser eller att organisera sitt arbete för att hitta en lösning inom de resursbegränsningar de möter. Ett annat sätt är att skapa skriftliga rutiner, förenkla och strukturera upp arbetet. Lipsky (2010) argumenterar vidare att de rutiner kring deras arbete, ex. beslutsfattande som görs av gräsrotsbyråkrater har en politisk effekt i samhället då de ofta representerar organisationer med makt över människors vardagliga liv. Gräsrotsbyråkrater har således, genom sitt handlingsutrymme, makt att påverka både på en individuell och politisk nivå. Lipsky (2010) menar att då gräsrotsbyråkrater ofta har ett stort handlingsutrymme utan större insyn av sin organisation så är det även viktigt att granska de rutiner som de skapar för att förenkla sitt arbete (Lipsky 2010).

## 5. Metod

I detta kapitel kommer jag att redogöra för hur jag har gått till väga metodologiskt för att svara på syfte och frågeställningar som sats upp i inledningskapitlet.

### 5.1 Metodval

Kvalitativ forskningsstrategi har valts då syftet är att undersöka hur hälso- och sjukvårdskuratorernas resonemang kring sitt handlingsutrymme och sin roll i det multiprofessionella teamet. Detta då syftet är att ta fram resultat baserat på intervjupersonernas perspektiv och uppfattning av sin verklighet. Jag ämnar tolka och analysera beskrivningar snarare än siffror och kvantifiering av empirin (Bryman 2011). Då problemformuleringen inte utgår från några i förväg precisa uppfattningar eller teorier utan härrör från enstaka och tillfälliga iakttagelser och nyfikenhet går det att säga att ett induktivt förhållningsätt har använts. Empirin har fått vara vägledande. (Halvorsen 1992)

### 5.2 Datainsamlingsmetod

Valet föll på semistrukturerade intervjuer och en intervjuguide med halvstrukturerade frågor utformades (se bilaga 1.). Även fast en struktur fanns så var det möjligt för intervjupersonen att komma med egna infallsvinklar samt även följdfrågor från mig som intervjuare. Semistrukturerad intervju gör att risken att lämna intervjun med ett material som inte är relevant för undersökningen minskar samt att jämförelse mellan intervjuerna underlättas av en viss struktur i intervjun (Hartman 2004; May 1997).

Alla sju intervjuer utfördes personligen och alla utom en utfördes på hälso- och sjukvårdskuratorernas arbetsplats, i dennes rum. En utfördes i ett studierum på ett bibliotek. Intervjuerna tog mellan 45–100 minuter att utföra. Alla intervjuer spelades in digitalt och transkriberades därefter ut och kodades med påhittade namn. Detta ändrades sedan till slumpmässigt valda siffror 1–7 då det är ett mer neutralt kodningssätt.

### 5.3 Urvalsprocess

Då intervjupersonerna finns inom en specifik region i södra Sverige och inom en tydligt avgränsad verksamhet (specialiserad palliativ vård) gjordes det ett målinriktat urval samt även ett bekvämlighetsurval (Bryman 2011). Urvalsprocessen gick till så att en förfrågan om att delta i studien (bilaga 2), skickades ut via epost till samtliga hälso- och sjukvårdskuratorer anställda

inom specialiserad palliativ vård inom regionen. Åtta kuratorer svarade via email att de ville ställa upp på en intervju, men endast sju intervjuades slutligen på grund av att en ställde in på grund av sjukdom. Vid tiden då intervjuerna gjordes var fem av intervjupersonerna mellan 43-49år, en var 56år och en var 63år. Samtliga har flerårig arbetslivserfarenhet av att arbeta som hälso- och sjukvårdskuratorer på sjukhus, vårdcentral och inom psykiatri. Jag har bekräftat att fem av sju har grundläggande psykoterapiutbildning steg 1, oklart om de andra två har det eller inte. Samtliga har även erfarenhet av andra socionomyrken såsom arbete inom socialtjänsten. Nedan presenteras de sju intervjupersonerna utan inbördes ordning. Ordningen har inte heller något samband med vilken siffra som kuratorerna tilldelats i analysdelen. Detta för att visa på deras arbetslivserfarenhet då detta har relevans för analysen i och med att arbetslivserfarenhet är del av det som påverkar handlingsutrymme och roll i det multiprofessionella teamet.

- A. Arbetat som socionom i sju år varav kurator i fem år. Endast som kurator inom palliativ vård. Utbildade sig sent i livet och har arbetat inom andra yrken tidigare.
- B. 18 år som socionom varav åtta år som kurator - varav fyra år inom palliativ vård. Tidigare arbetat som kurator inom andra avdelningar på sjukhus.
- C. 12år som socionom varav tre år som kurator. Har bara arbetat som kurator inom palliativ vård. Tidigare arbetat inom socialtjänsten med ekonomiskt bistånd samt utredare barn/familj.
- D. Arbetat som kurator i 19år, endast inom palliativa vård. Ej socionom. Magister i psykologi samt studerat bland annat sociologi, juridik, olika metodutbildningar samt familjeterapeutisk grundutbildning. Arbetat inom vården samt socialtjänsten tidigare.
- E. 18år som socionom varav 11år som kurator, varav 10år inom palliativ vård. Arbetat som kurator inom andra avdelningar på sjukhus tidigare.
- F. 30år som socionom varav 18år som kurator varav fyra månader inom palliativ vård. Har tidigare arbetat som kurator inom vårdcentral samt inom andra avdelningar på sjukhus. Även många år inom socialtjänsten.
- G. 25år som socionom varav 17år som kurator, varav två år inom palliativ vård. Har tidigare arbetat 15år som kurator inom psykiatri.

## 5.4 Tillförlitlighet

För att mäta studiers kvalitet går det att använda olika typer av kriterier, exempelvis validitet och reliabilitet som ofta används då kvantitativa forskningsstrategier tillämpas. Validitet innebär att undersöka det som studien är satt att undersöka och inget annat. Reliabilitet är

studiens tillförlitlighet, det vill säga att mätningar är korrekt gjorda så att någon annan forskare vid ett senare tillfälle med samma metod ska kunna komma fram till samma sak. (Thurén 1991). För att öka denna studies validitet har jag genomgående försökt att ha ett kritiskt och medvetet öga till arbetsprocessen. Vad gäller förfaringssättet så har jag ämnat att noga kontrollera att jag verkligen har undersökt det jag velat undersöka genom att kontinuerligt stämma av allt jag gör i processen så som intervjuguide, fakta, val av teori och analysmetod med studiens syfte och frågeställning. Inom den kvalitativa forskningen är dessa kriteriers relevans dock omdiskuterad, då det i sådana undersökningar inte har samma fokus på mätning av siffror och statistik som i kvantitativa studier, utan är mer inriktade på beskrivningar av upplevelser och tolkningar av verkligheten (Bryman 2011).

Bryman (2011) beskriver Lincoln & Gubas (1985) tankar om att kvalitativ forskning ska bedömas utifrån andra kriterier än den validitet och reliabilitet som används inom kvantitativ forskning, de föreslår tillförlitlighet som ett alternativt mått på kvalitet. De har formulerat fyra delkriterier för att mäta en kvalitativ studies tillförlitlighet och utgår liksom min studie från att det inte finns någon absolut sanning om den sociala verkligheten som går att bevisa. Kriterierna är *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *möjlighet att styrka och konfirmera* (Bryman 2011). För att öka studiens *trovärdighet* har jag exempelvis försökt säkerställa att jag uppfattat intervjupersonernas verklighet på rätt sätt genom att under intervjuens gång använda mig av sammanfattningar för att bekräfta att jag uppfattat deras verklighet på rätt sätt. Jag har försökt att göra en balanserad beskrivning av intervjupersonernas verklighet och i analysen påpekat när det inte är en enhetlig bild som delas av alla respondenter utan att det är exempelvis majoriteten som säger en viss sak. Därav kan vissa tolkningar som jag gjort spegla majoritetens åsikter och ibland inte vara i enlighet med alla intervjuades tankar. Det är mina tolkningar av empirin och inte absoluta sanningar. Vad gäller *överförbarhet*, som handlar om det som visar sig i resultat och analys går att generalisera till andra sociala miljöer eller situationer, så finns det en begränsning med denna studie då det är ett såpass litet urval att det kan vara svårt att göra några generaliseringar inom andra områden. Dock har jag försökt att skapa detaljerade och innehållsrika beskrivningar av hälso- och sjukvårdskuratorernas resonemang, vilket skulle kunna vara till stöd och inspiration för någon annan som gör en liknande forskning i en annan miljö. *Pålitligheten*, som skulle kunna motsvara kriteriet reliabilitet, har jag försökt stärka genom att anta en granskande och kritisk blick genom hela studiens förfarande. Jag har försökt att noga beskriva hur jag gått till väga metodmässigt, så att det ska kunna granskas av andra, i alla delar från problemformulering till metodologiska val och analys och diskussion. Vad gäller

*möjlighet att styrka och konfirmera* innebär att jag har agerat i god tro och inte låtit mina personliga värderingar påverka utförande och slutsatser i denna uppsats. Jag är medveten om att en fullständigt objektiv ställning från mig inte är möjlig, men jag har som sagt genom denna medvetenhet försökt att agera så objektivt som möjligt genom att genomgående vara noga med metod samt reflektera kring förförståelse och etiska överväganden under arbetets gång (Bryman 2011).

## 5.6 Förförståelse

Denna studie påbörjade våren 2022 för att sedan ligga vilande och återupptas nu i juli 2023. Under tiden den har legat vilande har jag arbetat som hälso- och sjukvårdskurator på Ystad lasarett och diskussionen om kuratorns roll i teamet har under denna tid varit närvarande i kuratorsgruppen på sjukhuset. Jag har därmed skapat mig egna uppfattningar av hur det kan fungera i ett team och hur olika kuratorer kan resonera kring detta. Jag är medveten om att detta kan påverka mitt sätt att läsa och analysera intervjuerna i denna studie. Att jag är medveten om detta har gjort det möjligt för mig att reflektera kring och motarbeta förförståelsen med syfte att vara så objektiv som möjligt.

## 5.7 Etiska överväganden

Vid planeringen av denna uppsats har Vetenskapsrådets (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning lästs* och jag har försökt att tillgodose individskyddskravets fyra grundläggande huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Vad gället informationskravet så har jag i ett första respondentbrev (se bilaga 1.) som jag skickat via mejl till alla tillfrågade beskrivit studiens syfte samt på vilket sätt jag ska säkerställa anonymiteten. Jag har även informerat om möjligheten att när som helst välja att inte vara med, även efter att intervjuerna är gjorda. Jag har också upprepat denna information muntligt inför varje intervju med respondenterna för att säkerställa att informationen gått fram. Samtycke har inhämtats muntligt samt skriftligt (se bilaga 3) inför varje intervju. Angående konfidentialitetskravet så har de inspelade samt digitalt transkriberade intervjuerna förvarats digitalt på en lösenordsförsedd laptop samt när de skrivits ut i en låst låda. De utskrivna intervjuerna har varit försedda med sifferkod i stället för namn. För att säkerställa nyttjandekravet så kommer all insamlat material att förstöras efter att uppsatsen är färdig, så att det inte ska kunna användas till något annat.

Jag har genomgående under analysen försökt att inte använda citat som skulle kunna härleda till en specifik kurator eller arbetsplats. Jag har inte heller avslöjat vilken region som intervjuerna har utförts inom, detta för att ytterligare försäkra mig om anonymiteten, då specialiserad palliativ vård är en ganska smal verksamhet med få anställda kuratorer. En svaghet är att kuratorerna själv inom regionen är medvetna om vilken region det är och därav kanske skulle kunna läsa sig till vilka citat som kommer från vilken kurator, för att undvika detta har jag i största möjligaste mån försökt att inte välja uppenbara citat samt att skriva ut hur de resonerar i generella ordalag.

## 5.8 Val av analysmetod

Den analysmetod som valts för att analysera materialet är tematisk analys. Detta var gjorts för att skapa struktur och ordning i intervjumaterialet och på så vis skapa klarhet och göra det lättare att finna exempelvis repetitioner i materialet. Detta skapar också förutsättningar för att se om intervjupersonerna resonerar lika eller olika inom ett tema eller om återkommande tema går att koppla till tidigare forskning eller valda teorier (Bryman 2011).

Jag började med att läsa igenom varje intervju noggrant flera gånger och under tiden som intervjuerna genomlästes gjordes kommentarer i marginalen. Efter hand började fyra tema med underliggande koder att utkristallisera sig. Dessa var, med underliggande koder:

### 1. Beskrivningar av arbetsuppgifter

- Individ – stöd eller terapi
- Systemtänk och samhällslänk
- Palliativ vård – tungt och tacksamt

### 2. Beskrivningar av hur det psykosociala arbetet styrs

- Ledningen och teamets betydelse – tillit och fria tyglar
- Patientens behov
- Kurators intresse och tidigare erfarenhet
- Resurser

### 3. Beskrivningar av kurators roll i det multiprofessionella teamet

- Kurators roll i det multiprofessionella teamet
- Ta sin plats – visa vad man kan
- Värderas högt?



- Fungerande samarbete – kommunikation och förståelse

#### 4. Hur de vill utveckla det multiprofessionella samarbetet

- Kuratorn som specialist - öka baskunskapen i teamet
- Öka samverkan – tidigare skede, gemensamma besök
- Fler kuratorer närvarande i teamen
- Legitimationen

De olika temana färgkodades med överstrykningspenna och citat som kändes relevanta för temat klipptes ut och lades i respektive temas hög. Därefter lästes varje hög igenom igen varefter citat att använda valdes ut efter relevans utifrån studiens syfte, samt teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning. En ny och slutlig uppdelning av materialet gjordes utifrån syfte och frågeställningar under de nya rubrikerna; *Kuratorernas arbetsuppgifter och styrning av dem*, *Kuratorernas roll i teamet*, *Utveckling av roll och arbetsuppgifter*.

## 6. Resultat och analys

I detta kapitel kommer jag att analysera det resultat som framkommit i enlighet med uppsatsens syfte, vilket är att undersöka hur hälso- och sjukvårdskuratorer inom specialiserad palliativ vård resonerar om sitt handlingsutrymme och sin roll i det multiprofessionella teamet, för att fördjupa förståelsen för deras yrkesroll samt det psykosociala arbete som utförs på vårdenheterna. Resultatet analyseras mot de teorier som presenteras i teorikapitlet och utifrån dras till tidigare forskning. De frågeställningar som sattes upp för studien var:

1. Hur beskriver kuratorerna sina arbetsuppgifter och sin möjlighet att utforma dem?
2. Hur beskriver kuratorerna sin roll i det multiprofessionella teamet?
3. Vilka hinder och möjligheter ser de gällande att utveckla det psykosociala arbetet samt samarbetet i de multiprofessionella teamen i framtiden?

### 6.1 Kuratorernas arbetsuppgifter och handlingsutrymme

Handlingsutrymme kan studeras utifrån vilka begränsningar som en professionell har i sitt arbete, vilka ramar (Jönsson 2021; Lipsky 2010). Anders Jönsson (2021) fann i sin empiri tre ramar vari han hittat olika begränsningar i socialsekreterarnas handlingsutrymme; den legala ramen, den politiska ramen och den kollegiala ramen. Hälso- och sjukvårdskuratorerna inom specialiserad palliativ vård är begränsade i sitt arbete av en *legal ram* i form av flera lagar

exempelvis Hälso- och sjukvårdslagen (SFS1982:763) och Patientsäkerhetslagen (SFS2010:659). De behöver även, som den enda samhällsutbildade inom en medicinsk värld, värna extra om exempelvis barns rättigheter och våld i nära relation, vilket gör att även Socialtjänstlagen (SFS:2001:453) är en del av deras legala ram. Kuratorerna har också sjukhusets samt vårdenhetens riktlinjer, regler och resurser att förhålla sig till som skulle kunna jämföras med den *organisatoriska/politiska ramen* som Jönsson (2021) beskriver, samt att de också arbetar i ett multiprofessionellt team som kan ses som deras kollegor, samtidigt som de också har regelbunden kontakt med palliativa kuratorer på andra sjukhus, alla dessa tillsammans utgör en *kollegial ram* som de behöver förhålla sig till i sitt arbete. Jag kommer nedan att analysera kring hur kuratorerna resonerar kring sitt handlingsutrymme med utgångspunkt i dessa tre ramar. Jag tar även upp några exempel på hur kuratorerna står strid mot någon av ramarna för att utvidga sitt handlingsutrymme så som Jönsson kallar för det ”stridbara” handlingsutrymme.

### Legala ramen

Vad jag har funnit i min empiri så talar kuratorerna inte så mycket om den legala ramen som begränsande för handlingsutrymme. De är samstämmiga när de talar om att de främst arbetar med individuella insatser i form av stödjande och bearbetande samtal med patienter och deras anhöriga. Detta är i enighet med Gåfvelts (2014) som beskriver att kuratorns arbete oftast sker på individnivå. Samtidigt förhåller de sig till lagar i sitt dagliga arbete genom att de värnar om exempelvis barns rättigheter och våld i nära relation (SFS:2001:453, SFS1982:763 SFS2010:659). Detta citat visar på hur en av kuratorerna ser på sitt arbete och de rättigheter och skyldigheter hon arbetar med:

Jag står för de psykosociala delarna att bevaka och värna. Att lyfta helhetsperspektivet att se till alla som finns runt om den sjuke, som bor under samma tak i alla fall. Att värna barnperspektivet och de närstående. Att följa de rättigheter som patient och närstående har. Men också våra skyldigheter och då inte de medicinska utan våra frågor (Kurator 7).

Citatet ovan visar även på en medvetenhet om sitt uppdrag som samhällsutbildad inom en medicinsk värld och hur viktigt hon tycker att detta är. Med ”våra frågor” tolkar jag det som att hon menar de frågor som rör sociala problem såsom exempelvis övergrepp, våld och missbruk. Flera av kuratorerna talar även om att det är dem som värnar barnperspektivet och barnens

rättigheter samt vilka skyldigheter som sjukvården har att exempelvis anmäla till socialtjänsten när det finns oro kring barn eller våld i nära relation:

... jag har ringt socialtjänsten vid något tillfälle, två tillfällen, där vi tänkte kring det här med våld i nära relationer. Sen har jag gjort lite orosanmälningar. [...] ..det är ju jättesvårt att vara en så pass tillmötesgående förälder som man vill vara, när man har en döende person i familjen (Kurator 5).

Detta ser jag som exempel på innehållet i den legala ram som omgärdar kuratorernas handlingsutrymme och som de rör sig inom när de fattar beslut om hur de ska handla i sitt arbete. Jag hittar inget i min empiri som tyder på att kuratorerna tar strid för att utöka sitt handlingsutrymme inom denna legala ram så som Jönsson (2022) kallar för ett stridbart handlingsutrymme.

### Organisatoriska/politiska ramen

Kuratorerna som intervjuats talar alla om hur organisationens ramar; ledningen på vårdenheten och tillgängliga resurser i form av tid och personalmängd påverkar det psykosociala arbete som utförs inom den specialiserade palliativa vården på olika sätt. Kurator fyra beskriver bristen på tid som resurs så här *"Jag tycker att jag sållar en del, man får prioritera där det behövs mest. Hade det varit lite mer resurser så hade man kunnat nå fler. Jag skulle vilja att det psykosociala skulle få mer tid."* Detta ser jag speglar det dilemma som Lipsky (2010) talar om drabbar gräsrotsbyråkraten när hen ska försöka förena patientens behov med organisationens uppdrag på ett sätt som båda upplever rätt. Kuratorn känner i detta fall att hon inte har möjlighet att hjälpa alla patienter som hon ser har behov av hennes tjänster. Hennes handlingsutrymme begränsas av organisationens brist på resurser. Det är också tydligt i intervjuerna att kuratorerna beskriver olika förutsättningar resursmässigt på de olika sjukhusen, exempelvis vad gäller antal anställda kuratorer och möjligheten till vidareutbildning. Inom den politiska och organisatoriska ramen tolkar jag även in ledningen för organisationen, chefen, och hur dennes styrning spelar roll för kuratorernas handlingsutrymme inom vårdenheten. Bland annat genom att fördela resurser till fördel för det psykosociala arbetet. Även om alla de intervjuade kuratorerna uttrycker önskemål om mer tid och resurser till psykosocialt arbete så beskriver de även genomgående sina möjligheter att påverka sitt arbete som mycket stort och att de har en hög tillit från ledningen. De flesta känner att deras chef värderar psykosocialt arbete högt. Som kurator ett uttrycker det:

Hon [chefen] ser behovet i ett stort sammanhang, utan det psykosociala så skulle det bli sämre resultat. Både för ekonomin i vår verksamhet och för patienterna samt de andra yrkesgrupperna. På så vis kan hon förklara för sin chef, på det språk som de behöver höra där uppe, att det behövs en kurator till. När chefen kan prata om det psykosociala på det sättet så blir det mer pengar till verksamheten och mer resurser till kuratorerna att göra det vi vill göra (Kurator 1).

Lipsky (2010) talar även om att gräsrotsbyråkrater ofta har ett stort handlingsutrymme med liten insyn från sin organisation. Detta speglar den tillit som jag hör att flera av de intervjuade kuratorerna talar om att de får från organisationen och ledningen.

Jag får mycket cred för att jag är duktig och att jag är absolut nödvändig. Men jag tror inte riktigt att de vet vad jag gör, chefen säger ”Det vet du bäst själv” (Kurator 7).

Även McCann & Runessons 2022 fann i sin studie av kuratorerna på IVA att det över lag fanns en hög tillit till kuratorn och att denne därmed hade ett stort handlingsutrymme att utforma sin yrkesroll och sina arbetsuppgifter utifrån egen person och intresse utan större påverkan av andra professioner. McCann & Runesson (2022) menade att det fanns en risk för att detta skulle göra yrkesrollen personbunden och att arbetet inte dokumenterades och togs tillvara av organisationen, till gagn för exempelvis nyanställda kuratorer. I mina intervjuer berättar flera av kuratorerna att de upplever det som att de själv fick forma sin tjänst när de var nyanställda, så som uttrycks i detta citat:

Jag fick skapa mitt eget hjul och jag har format hur jag jobbar efter vad jag tycker är viktigt. Sen fick jag ju såklart informationen vad en kurator brukar göra, men jag fick liksom forma det efter vad som passar mig bäst. Jag har helt enkelt inte följt någon mall (Kurator 2).

Någon berättar att det inte fanns en arbetsbeskrivning alls när hon började utan att hon fick söka information från kuratorer på närliggande sjukhus om hur de arbetar, och en annan berättar om att det fanns en arbetsbeskrivning, men att den inte var förankrad på arbetsplatsen:

Jag fick en arbetsbeskrivning, men det var många ord i den. [...] Det var ju en ganska bra arbetsbeskrivning. Men det blev -våldigt- tydligt att den inte var förankrad på arbetsplatsen, här i teamet, i arbetet. [...] Jag tror att den man är blir ens roll mycket. För rollen är ganska, lite diffus

och okänd. Så det blir mycket kopplat till person. Alla vet att jag har samtal, men sen är det rätt så mycket att jobba in sin roll, har jag upplevt det (Kurator 4).

Det går att antyda att även arbetet som kuratorerna inom specialiserad palliativ vård utför riskerar att bli personbundet på grund av deras stora handlingsutrymme. Citaten ovan visar även att bristen på dokumentation av arbetet lett till en otydlighet kring arbetsuppgifter för nyanställda kuratorer inom verksamheten. Palliativ vård har dock till skillnad från IVA tydliga kunskapsstöd om psykosocialt arbete (RCC 2023, Socialstyrelsen 2013). Kuratorerna som intervjuats har även själva, i ett sjukhusövergripande samarbete, skapat skrivna riktlinjer för hur deras arbete kring närstående inom ASIH ska bedrivas inom regionen:

...och nu finns det ett dokument och en handlingsplan för hur vi ska bedriva närståendearbete. Och den är väldigt kortfattad egentligen och det tycker jag är väldigt bra. För de tänker ju att vi ska ha ramar att följa, men innehållet måste vi stå för själva (Kurator 7).

Att skapa skriftliga rutiner kan enligt Lipsky (2010) vara ett sätt för gräsrotsbyråkrater att förenkla och skapa struktur i ett arbete vars organisation ofta lider av resursbrist, otydliga mål och där det är svårt att mäta arbete (Lipsky 2010). Även Ponnert & Svensson (2016) menar att skapandet av exempelvis en arbetsmanual kan vara ett sätt för organisationer att få legitimitet och minska osäkerheten i arbetet genom att det gör det lättare att exempelvis mäta och ge de professionella en känsla av säkerhet, med risk för att då minska handlingsutrymmet för den enskilde (Ponnert & Svensson 2016). De intervjuade kuratorerna uttrycker dock alla att de känner sig trygga i sin professionella roll och att de inte heller har några problem med att känna sig trygga i att fatta beslut utifrån sina egna professionella bedömningar.

Jag har rätt så fria tyglar att möta familjen där de är. Då kan jag dra lite nytta av tidigare arbetslivserfarenheter och jag behöver inte gå in i en manualstyrd verksamhet eller myndighetsutövande. Så det ger mig rätt så fria ramar att möta människor där de är (Kurator 5).

Här tar kurator fem upp sin tidigare arbetslivserfarenhet och att hon har nytta av denna i sitt nuvarande arbete. Jag tolkar det som att hon uppskattar sin frihet att kunna möta människorna ”där de är” utan att vara styrd av en manual i sitt arbete. Hon visar på en trygghet i sin yrkesroll och tilltro till sin kunskap och yrkeserfarenhet. Jag ser att kuratorerna som intervjuats samtliga känner sig bekväma i sin yrkesroll och sin kunskap samt att de även har förmåga att orientera sig i de kunskapsstöd som finns inom palliativ vård samt att de även själva författa riktlinjer för

sitt arbete, utan att för den delen behöva skapa detaljerade manualer för att styra sitt arbete och skapa säkerhet. Man skulle kunna säga att de besitter en manual-mental-specialisering utifrån Ponnert & Svenssons (2016) resonemang.

### Kollegiala ramen

Jönsson (2021) talar om arbetsplatsnormer inom arbetslag på socialkontoren som styrande för socialsekreterarna och jag tänker mig att för de intervjuade kuratorerna handlar den kollegiala ramen mycket om samarbetet inom det multiprofessionella teamet. Vissa av de intervjuade kuratorerna har även andra kuratorer som de träffar och samarbetar med dagligen på sin vårdenhets, men inte alla. De palliativa kuratorerna inom regionen har även ett kuratorsnätverk tillsammans som de utbyter idéer och stöttar varandra inom:

Och sen också kuratorsnätverket, att man lär sig av varandra. Man får ta del av vad som är viktigt. Vad vi ska göra, exempelvis om det är några stödgrupper vi ska utveckla. Nu har vi utvecklat efterlevandestödgrupper för barn som anhöriga tillsammans med föräldrar, det är jättefint. Vårdhunden har också utvecklats, nu har vi två vårdhundar (Kurator 3).

Flera av kuratorerna berättar att de också får mycket ut av att samtala om ärenden med personal såsom arbetsterapeut och sjukgymnast. De beskrivs som paramedicinska och att de delar kuratorns holistiska syn jämfört med läkare och sjuksköterskor. Övervägande majoritet av kuratorerna beskriver att de också tar hjälp av sina kollegor från de medicinska professionerna läkare och sjuksköterska när de tänker kring sitt arbete med olika patienter, som illustreras av citatet nedan:

Jag frågar mycket, går till sjuksköterskorna och frågar om det är något som de tycker att jag skulle behöva veta? [...] Jag försöker verkligen skapa situationer där man fritt reflekterar i jobbet, så att jag får min information från andra yrkeskategorier. Jag tänker att det är ett väldigt tacksamt sätt att jobba. Att man inte ska vara för mycket i sitt eget, jag tänker att det är väldigt viktigt att vara nyfiken på vad andra håller på med, vad de uppfattar och att ta information från andra (Kurator 2).

Flera beskriver att de följer med sina kollegor på hembesök och medan sjuksköterskan eller läkaren sköter om den sjuka så har de möjlighet att få ett samtal med exempelvis den anhörige. Kollegorna möjliggör här att kuratorn på ett naturligt sätt får tid för samtal. Utan dessa gemensamma besök skulle kuratorns möjligheter att nå patienten/den anhörige och arbeta med

denne vara mer begränsat. Handlingsutrymmet påverkas därmed av samarbetet med kollegorna. Ett exempel på detta kan ses i denna beskrivning av kurator 5:

Man kan komplettera varandra. Ibland när vi har oroliga närstående kan oron ta sig uttryck på olika vis, till exempel aggressivitet, kontrollbehov, ledsnad, tar över samtalen eller vad det nu är. Då brukar jag åka med sjuksköterskan och så pratar jag med närstående. Vi börjar tillsammans, men sen kan jag ofta prata med närstående och då kan sjuksköterskan få lite arbetsro samtidigt som jag kanske avlastar den närstående med att den kan få pysa ut sin oro och jag kan möta den (Kurator 5).

En kurator beskriver att hon ibland har fått ta på sig rollen att vara ”lite sträng” gentemot teamet då det rörde exempelvis en orosanmälan gällande ett barn. Att hon tar på sig rollen om att berätta vad som gäller för teamet som inte var så villiga att anmäla av rädsla att förlora familjens förtroende. Även två av de andra kuratorerna tar upp detta med att behöva vara bestämda gentemot den medicinska personalen gällande just barnperspektivet. Kuratorerna tar här strid gentemot den kollegiala ramen när de känner att de måste, för patientens/barnets bästa, på samma sätt som socialsekreterarna gjorde i Jönssons avhandling (2021) när det gällde det bästa för deras klient.

Det finns även ett exempel på en kurator som uppmärksammar att en av läkarna i hennes team engagerar sig lite extra i familjer som är lika läkaren själv, som hen identifierar sig med, och att det sällan är en invandrarfamilj. Kuratorn menar att läkaren förmodligen inte gör detta medveten, men att hon som samhällsutbildad, yrkeserfaren och medveten om social orättvisa ser detta. Kuratorn uppfattar detta som svårt att tala om med läkaren, så hon försöker styra bort från detta ”bakom kulisserna” inom sitt psykosociala arbete. Detta gör hon genom att uppmärksamma läkaren på de familjer som också behöver det lilla extra, men som läkaren själv inte valt ut. Och då följer läkaren kuratorns råd och går till dessa familjer också. Detta skulle också kunna ses som att kuratorn tar strid för sitt handlingsutrymme utifrån patientens bästa. Det går även att analysera varför kuratorn gör detta ”bakom kulisserna”, genom att se på det utifrån Goffmans (2020) dramaturgiska teori om att arbetslag söker konsensus och inte gärna sticker ut och tar strid, då detta skapar störningar i ”spelet”. Även i Jönssons (2021) avhandling beskrivs att socialsekreterarna ogärna tog strid i den kollegiala ramen, då detta upplevdes som besvärligt. Ut Goffmans (2020) synvinkel skulle detta kunna förklaras av de störningar i spelet som skapas och den tillhörande risken att den enskilde skulle förlora i tilltro bland de andra i laget (Goffman 2020)

## 6.2 Hälso- och sjukvårdskuratorns roll i det multiprofessionella teamet

Mycket litteratur och tidigare forskning visar på att socialt arbete i en medicinsk kontext kan ha svårt att hävda sin roll och sin kunskap (Parker Oliver & Peck, 2006; Payne, 2006; Taels et al 2021, Johnsson & Lindgren 1999, Gåfvelts 2014; Cootes et al 2022; Sjöström 2017). Under denna rubrik kommer jag att utifrån valda teorier och nämnd tidigare forskning att utforska hur de intervjuade kuratorerna inom specialiserad palliativ vård resonerar om sin roll i det multiprofessionella teamet inom deras respektive vårdenhet. För att finna svar på frågeställningen om hur kuratorerna beskriver sin roll i det multiprofessionella teamet.

### Högt värde – men diffust?

När man läser i litteratur och forskning är det lätt att få uppfattningen att de medicinska professionerna inte anser att det psykosociala arbetet är lika viktigt som det medicinska, såsom exempelvis Cootes et al (2022) som skriver om kunskaphierarkier och att medicinsk kunskap värderas högre. Även att socialt arbete kan uppfattas som luddigt och oklart (Payne 2016, Johnsson & Lindgren 1999, Gåfvelts 2014) bidrar till denna bild. Utifrån min empiri tycker jag mig se att intervjuade kuratorerna för det mesta uttrycker att de känner sig högt värderade i sina team och att det psykosociala arbete som de representerar är uttalat viktigt, speciellt då de kunskapsstöd som är vägledande för palliativ vård i Sverige lyfter det (RCC 2023; Socialstyrelsen). Jag låter detta citat representera detta:

Jag tycker att det känns bra att vara en del i ett team för det har ändå blivit en tydlighet, jag känner mig uppskattad och behövd och tror att dem skickar bevakningar<sup>1</sup> och pratar med mig när vi behöver samarbeta. [...] Jag tycker att dem är jätteduktiga på det psykosociala. Det är många som ser, bryr sig, engagerar sig, pratar, har fina samtal, fångar upp närstående. Jag tycker både att läkare och sjuksköterskor, ja alla, gör det på ett jättebra sätt (Kurator 4).

Alla de intervjuade kuratorerna säger att det är uttalat viktigt med psykosocialt arbete inom deras vårdenheter, att chefer, läkare och sjuksköterskor värnar om det. Samtidigt vittnar många av de intervjuade om att det finns en otydlighet kring vad kuratorerna faktiskt gör och kan. Flera berättar om att de har behövt ”ta sin plats” och visa vad de kan för att vinna den respekt och tillit som de nu säger att de har. Samma kurator som så citatet ovan, reflekterar kring vad det

---

<sup>1</sup> Med *bevakningar* åsyftas den kommunikation som görs mellan sjukvårdspersonalen i datasystemet Melior som används inom den aktuella regionen. Personalen skickar bevakningar angående patienter.



beror på att hon behövt ”ta sin plats” och menar att det kan vara en kombination av okunskap och ibland prestige och hierarki. Hon menar att kuratorn på grund av sin diffusa roll behöver vara tydlig med vad hen faktiskt kan:

...för annars är det lite luddigt -samtalsstöd-, och det gör ju också sjuksköterskor, läkare, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Så vad är vad? Socionom är ju ingen statustitel i sjukvården. [...] Det är ju en lite diffust, bred, generalistutbildning. Vi har inte riktigt ett hantverk när vi kommer ut (Kurator 4).

Kurator fyra visar alltså i första citatet att hon tycker att sina medicinska kollegor i teamet är kunniga och duktiga inom psykosocialt arbete, samtidigt som hon säger att hon som hälso- och sjukvårdskurator har fått jobba för att få dem att förstå vad det är hon kan och gör i sin profession som socionom i en medicinsk kontext. Hon tar upp arbetsuppgiften samtalsstöd och menar att det kan ses som luddigt då även de andra professionerna gör detta. Flera av de andra kuratorerna delar detta resonemang, men inte alla. Kurator ett beskriver en tydlighet när hon beskriver värdet av sin erfarenhet från socialtjänsten, vilket representerar den kunskap och arbetsuppgifter som också ligger inom psykosocialt arbete, men är närmare samhällsvetenskapen är den psykologiska vetenskapen.

Jag är så tacksam över de år som jag har arbetat inom socialtjänsten. Det är någonting som jag absolut inte skulle vilja vara utan, de medicinska professionerna har inte alls dessa ögon. För dem är det en trygghet att jag har jobbat så länge inom socialtjänsten och en kompetens som värderas väldigt mycket (Kurator 1).

Kurator två resonerar om hierarkin inom vården så här:

Sjukvård är ju ganska hierarkisk, man har läkare överst, sen har man sjuksköterskor, sen har man kanske nåt annat, sen har man undersköterskor och det tycker jag är väldigt bra att det finns, för det finns en ansvarsfördelning också och det ska vara turligt så att saker inte faller mellan stolarna. Men det kan ju ibland bli liksom fartblint på det viset att man har väldigt mycket fokus på medicinerna till exempel (Kurator 2).

Jag tolkar detta som att hon talar positivt om hierarkin ur ett patientorienterat synsätt, alltså att det blir bra för patienterna med en turordning så att inte saker faller mellan stolarna. Men att

hon samtidigt ser att det på grund av majoriteten av medicinskt utbildade kan göra att det psykosociala blir mindre framträdande.

Kuratorerna talar om vikten av att visa vem man är och att jobba in sin roll för att vinna respekt och tilltro. Detta går att analysera utifrån Goffmans (2020) dramaturgiska perspektiv på så vis att kuratorerna kan ses som deltagare i en social interaktionsordning på vårdenheten och i det multiprofessionella teamet vari det hela tiden är en pågående uppvisning av ens roll för att uppfattas som trovärdig av både publik och lagmedlemmar. Alla försöker rädda framställningen genom olika metoder och laget(teamet) vill enligt Goffman (2020) gärna välja medlemmar som är lojala, disciplinerade och försiktiga samt en publik som uppträder taktfullt. När det i framträdandet förekommer motsättningar och störningar i form av oavsiktliga gester, beteenden och annat som ifrågasätter den definition av situationen som laget försöker upprätthålla riskerar situationen att bli instabil och icke-trovärdig. Kuratorernas beskriver alla att de har fått arbeta på sin roll genom att samarbeta med övrig personal och visa upp sig som trovärdiga, vilket de tydligen har lyckats med allihop. De är en del av laget och de uppträder taktfullt. Officiellt i alla fall. Goffman (2020) talar om att det finns en backstage där laget och individerna kan hantera sådant som inte ska synas utåt, exempelvis störningar av olika slag. Kuratorerna ger uttryck för att de tror att de uppfattas som oklara och luddiga, men att de samtidigt värderas högt av sina medicinska kollegor. Det finns en motsättning i detta. Vad är det som värderas högt i deras arbete om det inte är klart vad det är de faktiskt gör eller ska göra? Sker det samtal om det ”oklara” bakom kulisserna för att inte störa ordningen i framträdandet? Är det så att kuratorn med sitt breda kunskapsfält skapar oreda i skådespelet och att vissa kunskaper de besitter är mer luddiga för den medicinska personalen än andra? Det verkar så om man jämför vad kuratorerna säger angående oklarheten gällande arbetsuppgiften ”samtalsstöd” och tydligheten gällande arbetsuppgifter som handlar om samhällskunskap.

Malcolm Payne (2006) utgår liksom Goffman (2020) från ett socialkonstruktivistiskt synsätt när han menar att professionell identitet och yrkesroll hela tiden formas i de sociala relationer, samspel och kunskapsutbyten som sker i det multiprofessionella teamet. De intervjuade kuratorerna ger intryck av de genom att arbeta tätt samman med sina kollegor i de multiprofessionella teamen, föra en god kommunikation och ”visa vem de är”, själva byggt upp den tillit de säger sig ha:

...en del läkare tror att de kan mer kring vissa samtal än vad man kanske har utbildning till. Men det har också blivit tydligt ibland när vi haft samtal tillsammans, då kan man visa att man har olika ögon och ingångar. Så jag tycker ändå att det har blivit tydligare för mig med tiden (Kurator 4).

De intervjuade kuratorerna talar mycket om att visa vem de är i sitt praktiska arbete och de tar plats på sina vårdenheter på olika sätt. Ett exempel är att de vid några av sjukhusen har infört speciella psykosociala ronder som sker en gång i veckan och där kuratorn är ordförande, ibland tillsammans med sjukgymnasten.

... vi har en psykosocial rond en gång i veckan där jag som kurator är ordförande. Och där pratar vi inte medicinskt. Det ska inte vara medicinskt, det tar vi ansvar för. Vi går igenom våra patienter, fokus avlidna, nya patienter, så gör vi liksom en check, är det någonting här som kuratorn ska gå in i? (Kurator 3)

Samtliga värderar högt att de har arbetat länge tidigare och inte kommer direkt från utbildningen. Detta upplever dem har hjälpt dem att stå stadigt och visa vad de kan. Men även om alla de intervjuade kuratorerna har lång arbetslivserfarenhet kan det vara svårt i början att visa vad man kan, vilket detta citat visar:

Såklart var det väldigt svårt i början, jag tyckte att det var hemskt att hålla i den psykosociala rondan. Jag var inte van, det var läkare och sjuksköterskor och jag kände inte dem, så det var lite ja, det var.. pust.. Men nu tycker jag om det! (Kurator 1).

Payne (2006) anser att för att vinna förtroende för sin profession är det mest effektivt att visa sitt värde i det dagliga arbetet. Detta är enligt honom mycket mer effektivt än att försöka skapa en fast yrkesbeskrivning, då innebörden av arbetet ser så olika ut inom olika specialiserade kontexter på exempelvis sjukhus, samt även inom olika multiprofessionella team beroende vilka professioner och personer som ingår. Det arbetssätt som skapas inom ett specialiserat multiprofessionellt team är resultatet av den kunskap som professionerna förhandlar om och lär av varandra kontinuerligt från botten – upp, inte från topp-ner. En av de intervjuade kuratorerna beskriver, liksom Paynes (2006) resonemang, hur arbetet formas olika beroende av vilka individer som ingår i det multiprofessionella teamet:

Det blir lite olika arbetskultur, det handlar lite om ledaskap och om hur individerna formar sina arbetsplatser på något sätt. Vilka individer som råkar finnas i en arbetsgrupp påverkar väldigt mycket på vilket sätt man jobbar. Det finns liksom praktiska skillnader, vilka saker man gör eller vilka verktyg man använder men också mer strukturella grejer, det är ganska komplicerat men det är stora skillnader mellan enheterna upplever jag (Kurator 2).

Tael et al 2021 visar på två sätt att öka gott samarbete för socialarbetare inom multiprofessionella team inom palliativ vård och det ena är att vara tydlig med skillnaden mellan psykosocialt synsätt och medicinskt och för att uppnå detta behövs kompetenta och erfarna socialarbetare i teamen som kan hävda sin plats och rätt. De bör också ha specialiserad utbildning och kunskap om just palliativ vård. Det andra är att det är mycket viktigt med en tydlig arbetsbeskrivning av det arbete som en socialarbetare inom palliativ vård förväntas utföra samt tillhörande lista på kärnkompetenser som denne behöver ha. Intervjuerna med kuratorerna visar att de lättare kan ta sin plats och visa vad de kan om de är säkra och trygga i sin kunskap och arbetslivserfarenhet, i enlighet även med både Payne (2016) och Tael et al (2021). Flera av dem beskriver att det vid nyanställning inte fanns en fungerande arbetsbeskrivning, men de har ändå alla lyckats väl med att få tillit och respekt i sina team, genom att visa vad de kan praktiskt.

### Specialisering av det psykosociala arbetet

De intervjuade kuratorerna är samstämmiga i att ha en önskan om högre utbildning inom exempelvis grundläggande existentiella samtal hos övrig personal i det multiprofessionella teamet. Flera vittnar om att de flesta i den medicinska personalen redan gör mycket av det psykosociala basarbetet då det oftast är de som först träffar patienter och anhöriga och då får ta de första samtalen. Flera ur den medicinska personalen har redan grundutbildning i exempelvis samtalsmetod, men inte alla och jag hör flera av de intervjuade kuratorerna resonera att en jämnare nivå av psykosocial kunskap skulle vara att föredra då det skulle resultera i jämnare vård för patienterna. Flera pratar om vikten av att springa på rätt bollar och att kuratorn inte behöver åka till alla som är ledsna. Ledsenhet är en del av normal sorg som kurator två uttrycker det här:

Bara att någon är orolig till exempel, att någon har ångest, det betyder inte nödvändigtvis att det är något som kuratorn måste hjälpa med. Viss typ av ångest tillhör processen att dö, och mycket av ångest kan också läkarna, sjuksköterskorna och undersköterskorna hjälpa med. Jag tänker att en kurator ändå ska vara en specialist, i stället för att vara en sällskapsdam (Kurator 2).

De intervjuade kuratorerna anser över lag att deras tjänster till patienterna ska tillkallas när det behövs något mer än det som de kallar för basstödet, som en form av specialistvård inom psykosocialt arbete. Jag tolkar det som att det ofta handlar om specialistkunskaper inom samtal samt att det anses viktigt med grundutbildning inom samtal exempelvis psykoterapi steg 1.

När jag kom hit, då satt vi bara i stödjande samtal och lyssnade på människor som ville prata. Vi hade socionomutbildningen, men nu när jag ser i backspegeln så ser jag att det inte var tillräckligt. Det är inte tillräckligt, det är inte specialistvård. Nu har vi hälso- och sjukvårdslegitimationen och terapi steg ett har man satsat mer på. Idag kan jag gå in ett samtal och säga att nu vet jag vad jag ska fokusera på. Jag har ett mål med samtalet. Det är liksom inte bara att dra i alla trådar som finns (Kurator 3).

Johnsson & Lindgren (1999) skriver att specialisering kan vara ett sätt att skapa tydlighet för den enskilde socialarbetaren inom yrket som i sin natur är komplext och mångfasetterat och kräver en sammanvävning av både personlig utveckling och stor teoretisk kunskap. De kopplar bland annat utvecklingen mot mer psykoterapeutiskt socialt arbete inom hälso- och sjukvården som en del av detta (Johnsson & Lindgren 1999). Manuela Sjöström (2013) visar i sin avhandling att både svenska och tyska hälso- och sjukvårdskuratorer påpekar luddigheten i sin yrkesroll men har valt olika strategier för att komma runt det, de svenska kuratorerna arbetade genom att härma och försöka efterlikna de medicinska professionerna och smälta in i sjukhusorganisationen medan de tyska kollegorna i stället valt en strategi av att tydligt profilera socialt arbete som ett eget och viktigt område inom den medicinska kontexten. Att dras mot psykoterapi kan ses som ett steg att närma sig den medicinska kontexten (likt de svenska kuratorerna) och att hävda vikten i den ”breda blicken” och samhällskunskapen som att särskilja socialt arbete från medicinen (likt de tyska kuratorerna). Jag kan se båda strategierna bland de intervjuade kuratorerna. Även om de flesta av de intervjuade kuratorerna ser sin huvuduppgift inom stödjande och bearbetande samtal med patienter och anhöriga, medan de i varierande grad lyfter samhällskunnigheten som viktig. En kurator menar att ingen annan av den medicinska personalen kan eller vill ta exempelvis kontakterna med socialtjänsten:

...det är vi som söker kontakt med socialtjänsten, det är grundläggande att det är vi som ska ha den rollen, det är ingen annan som kan ta den. För det är vår utbildning som socionomer och vår grund. Jag älskar det praktiska också, att hjälpa till med exempelvis ekonomin och så. Det ska vi behålla tänker jag. Det är ingen sjuksköterska som har jobbat inom socialtjänsten. Det är vår del

fortfarande, som jag inte tycker att någon annan ska ta, och ingen annan är intresserad av det heller (Kurator 1).

Andrew Abbott (1988) skriver att alla professioner besitter en jurisdiktion med specifika arbetsuppgifter knutna till sig, vilka hela tiden förhandlas om (Abbott 1988). De intervjuade kuratorerna beskriver sina arbetsuppgifter som psykosociala och med de menar de flesta bearbetande och stödjande samtal samt att ha helhetsblicken och jobba med anhöriga och nätverk. Flera av de intervjuade kuratorerna beskriver att övriga professioner också kan ha stödjande samtal och att det till och med är önskvärt att de besitter en baskunskap inom psykosocialt arbete så att kuratorerna själva kan ägna sig åt mer specialiserat psykosocialt arbete. Abbott (1988) skriver att professionerna är organiserade runt det kunskapssystem som är förknippad med den arbetsuppgift som hör till dess jurisdiktion, vilket gör att ju närmare den kunskapen som den professionelle befinner sig desto högre status har hen. Utifrån detta resonemangen skulle man kunna tolka det som att de intervjuade kuratorerna finner sin jurisdiktion inom det psykosociala arbetet, som de framför allt förknippar med det professionella behandlande samtalet. Det kan tänkas att för att öka sin status, medvetet eller omedvetet, söker de sig närmare en *ren* kunskap inom psykosocialt arbete, så som specialisering är. Det skulle kunna vara ett försök att öka sin tydlighet och komma bort från den diffusa roll som flera av dem också känner igen sig i. Det finns också uttalanden bland de intervjuade kuratorer där de visar en rädsla för att bli marginaliserade av specialistsjuksköterskor som tar över sorgegrupper, sorgebearbetning, svåra samtal och närståendestöd. De säger att specialistsjuksköterskorna forskar och utbildar sig kring detta, att de har det i sin specialistutbildning. Detta tyder på att det finns en pågående gränsstrid om jurisdiktion inom området svåra samtal, stöd och behandling mellan palliativa specialistsjuksköterskor och palliativa kuratorer.

Alltså jag hoppas på att vi specialiserar oss mer, som läkarna och sjuksköterskorna har sina specialistsjuksköterskor och specialistläkare. Att vi också har en specialisering inom palliativ vård. Om det är hälso- och sjukvårdslegitimation eller vilken utbildningsform det ska vara. Det ska vara en utbildningsform som ska vara anpassad till behovet här så att det blir mer evidens i det. Det ska inte vara upp till varje kurator, utan arbetet ska vara det som har mest evidens (Kurator 3).

Enligt Abbott (1988) kan det dock vara försvagande för jurisdiktionen när yrket strävar efter specialisering, då detta öppnar upp en lucka för andra professioner att träda in, så som de intervjuade kuratorerna beskriver att de lämnar öppet för övriga professioner att utöva psykosocialt basstöd. Ett sätt för professioner att täppa till denna lucka i sin strävan efter full jurisdiktion skulle kunna vara att det inom professionen skapa en karriärstege för de nya inom branschen som då kan göra basstödet i stället för en helt annan profession. Likt det finns för exempelvis läkare i form av underläkare eller läkare under utbildning (Abbott 1988).

### 6.3 Framtida utveckling av roll och arbetsuppgifter

Denna del av analysen kommer att undersöka olika tankar och reflektioner som kuratorerna ger uttryck för kring förbättringsmöjligheter av sitt arbete i framtiden. Detta görs utifrån uppsatsens syfte samt frågeställningen om vilka hinder och möjligheter som de ser gällande att utveckla det psykosociala arbetet samt samarbetet i de multiprofessionella teamen inom specialiserad palliativ vård i framtiden?

#### Fler kuratorer

Vad jag hör övergripande att samtliga kuratorer talar om är att de önskar mer av det psykosociala arbetet inom specialiserad palliativ vård, på alla plan. De är samtliga erfarna socialarbetare och ser utifrån sin långa erfarenhet och utbildning ett stort behov hos sina patienter både inom individuellt arbete såsom stödjande och bearbetande samtal, men även på grupp och på samhällsnivå. De uttrycker att de skulle behöva vara fler kuratorer för att kunna utöka och förbättra det psykosociala arbetet.

Jag hoppas att det utvecklas, liksom jag tyckte på vårdcentralen, varför anställer man inte fler kuratorer som skulle kunna göra mer än att bara ha de nödvändigaste samtalen för att folk ska hålla ihop. Det borde vara fler kuratorer och låt oss jobba mer övergripande, med exempelvis grupper eller andra saker. Och särskilt i dagens läge när man saknar både sjuksköterskor och läkare (Kurator 6).

Det finns en önskan om mer utbildning inom psykoterapi och mer specialisering så som analyserats i föregående avsnitt. Men det finns även en önskan om mer utåtriktat arbete mot samhället och samverkan med övrig vård och skola, speciellt när det gäller barnperspektivet:

Jag hoppas också att vi kommer att samarbeta mer kring barn, utifrån barnperspektivet. Ett mål som vi har här nu, som vi har skrivit ner, är att samarbeta mer med skola och förskola och liksom samhället. Socialtjänsten också faktiskt (Kurator 3).

Även om kuratorerna uttrycker att de har ett stort handlingsutrymme och frihet i det praktiska arbetet, så visar deras resonemang kring vad de önskar om framtiden på en frustration att inte kunna tillgodose patienternas behov på grund av att de är begränsade av resurser. Detta går att se utifrån Lipskys (2020) resonemang om gräsrotsbyråkratens dilemma. Denna kommentar visar att det även finns en frustration i att inte bjudas in i utvecklingsarbetet, vilket är en del av den organisatoriska ramen av handlingsutrymmet (Jönsson 2021):

Det jag funderar mycket på är att jag tycker att vi borde ha en mer självklar roll vad gäller internt utvecklingsarbete. [...] Ibland blir vi tillfrågade, till exempel gällande efterlevandestöd, om jag vill vara med i grupper och så. Men det är mycket läkarstyrkt i utvecklingen på arbetsplatsen och där tycker jag att vi skulle kunna ha mycket tydligare roll. Både vad gäller utbildning på vissa teman, och i utvecklingen av själva teamarbete och arbetet i sig, att vi skulle kunna oftare bli tillfrågade helt enkelt (Kurator 4)

Detta går även att analysera utifrån Abbott (1988) teori kring jurisdiktion, att det sker en gränsstrid mellan läkare, sjuksköterskor och kuratorer gällande utvecklingsarbete och att kuratorerna här är i minoritet i den medicinska kontexten och inte släpps fram.

### Ökad samverkan inom det multiprofessionella teamet

I enlighet med resonemanget som förts kring att kuratorerna behöver ta sin plats och visa vad de kan för att minska otydligheten i deras roll inom det multiprofessionella teamet (Payne 2016) så talar flera kuratorer om att de önskar öka samarbete och samverkan med övriga professioner. Både utåt, med personal utanför vårdenheten såsom hemtjänst, BUP, skolor, och inom vårdenheten såsom med sjuksköterskor, läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut med flera.

Kanske att vi skulle ha utrymme för att göra mer gemensamma besök till patienter, för de flesta gångerna är det jag som åker själv. Jag skulle önska att göra det mer, för det stärker teamet att göra det tillsammans. [...] Det hade kunnat leda till en bättre bedömning och mer uppmärksamhet på när jag exempelvis skulle behöva komma med på en inskrivning (Kurator 1).



Både fler gemensamma besök samt att komma in i ett tidigare skede är det flera av de intervjuade kuratorerna som talar om. Kurator fyra beskriver dilemmat så här *”För jag tycker inte att jag har så mycket tid att åka tillsammans alltid och planera så att det blir så”*. Parker Oliver & Pecks (2006) studie visar att gemensamma besök framkom som positivt för samarbetsklimatet inom multiprofessionella team inom palliativ vård, tillsammans med bland annat att ha teamstärkande aktiviteter på arbetsplatsen samt stöd från chefen. De framhöll även att utvärdering av samarbetet var viktigt för utvecklingsarbetet och att detta skulle kunna vara en arbetsuppgift som socialarbetarna skulle hålla i (Parker Oliver & Peck, 2006). Kurator sju trycker än mer på vikten av att vara fler kuratorer inom verksamheterna, bland annat för att våga ta plats:

Jag har ju önskat att vi var fler, och att vi kanske kom in i ett ännu tidigare skede än vad vi ibland gör. Jag tänker att den palliativa vården behöver jobba parallellt med den rationella vården tidigare än vad vi gör. För där kan vi verkligen samarbeta på ett annat sätt för att fånga upp behov. [...] Men framför allt att vi skulle vara fler och våga ta plats (Kurator 7).

### Legitimationen

Legitimering är en del av vad Abbott (1988) tar upp om att göra anspråk på jurisdiktionen. Auktoriteten och rätten att utöva specifika arbetsuppgifter sanktioneras av samhället genom att godkänna legitimation för yrkesgruppen, vilket även automatiskt utestänger andra yrkesgrupper från arbets-/kunskapsområdet. (Johnson & Lindgren 1999). Gåfvelts 2014 skriver att kuratorerna inte helt erkänts som sjukvården sociala experter, detta menar hon kan ha att göra med att kuratorerna inte haft legitimation (Gåfvelts 2014). De intervjuade kuratorerna är eniga om att de än så länge inte har sett någon större betydelse av legitimationen ute i praktiken, varken vad gäller tydlighet för yrkesrollen, lönemässigt eller vid nyanställningar. De är dock alla överens om att det är positivt med legitimationens tillkommande, även om de också har kritiska reflektioner kring det. En kurator talar om legitimationen för som en symbolisk handling sprungen ur ett mindervärdeskomplex. Hon menar att det kommer av att det psykosociala fältet är luddigt, att det är svårt att mäta och att legitimationen tillkommit ur känslomässiga anledningar samt att det inte kommer att förändra någonting i praktiken. En annan ser en fara i att det kommer att skapas ”slimmade” hälso- och sjukvårdskuratorer som inte har arbetat inom andra områden av socialt arbete tidigare och därmed inte har de erfarenheterna med sig in i patientarbetet:

Det är inte dumt att ha jobbat ett tag på soc eller någon annan stans och har förstått lite vad människor lever i för verklighet och vad man kan förvänta sig av andra myndigheter. Det blir väldigt teoretiskt. Och lite blåögt. Det är det jag tror man missar, med legitimationen, att folk ska bli strömlinjeformade (Kurator 6).

En del av de intervjuade kuratorerna är hoppfulla om att det är kuratorns väg att gå för att få mandat och visa vad kuratorn kan i den medicinska kontexten. Men de flesta verkar inte särskilt imponerade av dess effekt i vardagsarbetslivet än så länge. Kurator sju får avsluta detta analyskapitel med sin reflektion kring legitimationsfrågan:

Jag tänker att den handlar om att positionera sig som en enda människa i ett stort hav av medicinska människor. Jag tror inte att vi blir bättre för det utan det handlar om hockeyn vi spelar. Det är liksom det vi presterar som är det viktiga (Kurator 7).

## **7. Diskussion**

Genomgående i alla delar av analysen har diskussionen kring att socialt arbete kan te sig som oklart och ”luddigt” i en medicinsk kontext funnits med. Tidigare forskning har visat på att detta är en verklighet för socialt arbete inom hälso- och sjukvård internationellt och även inom palliativ vård utomlands.

När de intervjuade kuratorerna resonerar om sitt handlingsutrymme talar de om hög tillit från chefen och att de har ett mycket stort handlingsutrymme på så vis att de säger sig kunna forma sitt arbete fritt och välja vilka bollar de ska springa på och när. Dock visar det sig vid närmare analys att de är ganska begränsade av den organisatoriska ramen vad gäller resurser såsom tid och personal. Alla ser att det finns ett större behov av psykosocialt arbete hos patienter och anhöriga inom specialiserad palliativ vård än vad de har möjlighet att utföra, både på ett individuellt plan samt på grupp- och samhällsnivå. Det har ibland varit dåligt dokumenterat ute på vårdenheter vad det är som faktiskt är deras arbete och som nyanställda menar kuratorerna att de själva fick forma sitt arbete efter egen person, kunskap och intresse. Arbete riskerar därmed att bli personbundet. Det som talar emot detta inom palliativ vård är att de utvecklar sitt arbete i samråd med både andra kuratorskollegor genom sitt kuratorsnätverk och andra professioner i det multiprofessionella teamet. De skapar gemensamma skriftliga rutiner utan att för den delen känna behov av detaljstyrda manualer. Att skapa skriftliga rutiner kan ses som ett sätt att komma bort från osäkerhet i yrkesrollen och skapa ordning i ett stort handlingsutrymme, vanligt för gräsrotsbyråkrater. De intervjuade kuratorerna verkar dock inte känna sig otrygga i

sin yrkesroll eller med sitt handlingsutrymme, även om de registrerar att övrig personal kan uppleva socialt arbete som diffust. De tar hjälp av sina medicinska kollegor när de arbetar och de talar om vikten av kommunikation och samarbete kring patienten. De tar även strid mot den kollegiala ramen när de anser att det är viktigt för patientens skull, och utökar då sitt handlingsutrymme. Ibland striden dock bakom kulisserna för att inte störa lagspelet för mycket. Om risken är för stor att det kan bli allt för störande att strida öppet har man alltså funnit en bakväg inom sitt handlingsutrymme. De visar alla förståelse och lojalitet gentemot sina vårdenheter och medicinska kollegor, de spelar för det mesta med taktfullt.

Att flera uppfattar att socialt arbete kan te sig diffust på deras vårdenheter, även om de känner sig uppskattade och värderade, skulle kunna ses som ett störmoment i framträdandet, vilket sker bakom kulisserna. Det är dock inte alla kuratorer som ser detta som ett störmoment. Några tycker att det är störigt att deras roll är diffus och andra har inget problem med det. Jag har sett i analysen att det ofta är arbetsuppgiften ”samtal” som kan ses som diffus då även sjuksköterskor med flera utbildar sig i detta. Men inte lika mycket arbetsuppgiften som rör samhällsorientering såsom myndighetskontakter. Kan det vara så att de kuratorer som anser att det är störigt att rollen är diffus också är de som lägger mer tonvikt vid samtalet medan de som lägger större tonvikt vid samhällsorientering och helhetsbild inte uppfattar det som lika stort problem? Specialistsjuksköterskor utbildar sig i samtal, men ingen annan verkar göra anspråk på de arbetsuppgifter som rör samhällsorientering. Jag tyder detta som att det finns en jurisdiktionsstrid kring just arbetsuppgiften samtal, men inte övrigt psykosocialt arbete som rör samhällsvetenskaplig teori och kunnande eller det som är essensen inom psykosocialt arbete, integreringen av dessa båda och insikterna som den ger, att se helheten.

De flesta av kuratorer talar om att de skulle vilja ha mer utbildning inom vad de kallar ”basen” inom psykosocialt arbete bland övriga professioner, och att de själv då skulle vara specialister som går in när det blir extra ”svårt”. Jag funderar kring vad de menar att den psykosociala ”basen” innefattar? Jag får uppfattningen av att det är endast samtalsbiten som denna bas berör, alltså exempelvis existentiella samtal och samtal som ångesthantering i stället för medicinering. Jag funderar över socionomens kunskap att se helheten utifrån både samhällsvetenskaplig och psykologisk teori, kan sjuksköterskor och läkare lära sig att grundläggande uppmärksamma exempelvis social orättvisa eller se sambandet mellan låg ekonomisk status och hälsa i mötet med patienter? Detta är också en viktig del i det grundläggande stödet som hälso- och sjukvårdskuratorn står för som inte får glömmas bort eller nedvärderas tänker jag. Abbott

(1988) menar att specialisering inom sitt kunskapsområde är förknippat med att nå högre status inom sin jurisdiktion. Detta försvagar enligt honom jurisdiktionen och lämnar en lucka öppen för andra professioner att ta. Utifrån detta resonemang så lämnar kuratorerna över en del av sin jurisdiktion till övrig personal inom det multiprofessionella teamet när de specialiserar sig. Om man tänker sig att det är baskunskap om samtal det handlar om, vem kommer då värna om det samhällseliga inom basen, eller helhetsblicken? Abbot (1988) skriver även att det för professionen går att lösa detta dilemma genom att integrera karriärstegen i arbetet. En av kuratorerna nämner att hierarki inte behöver vara fel då det blir en turordning som gör att inget faller mellan stolarna, vilket är bra för patienterna. Jag leker med tanken hur det skulle bli om det anställdes socionomer inom sjukvården som inte var legitimerade specialister, för att fylla ut basarbetet. Då skulle inte helhetsblicken riskera att falla mellan stolarna och jurisdiktionen kanske stärkas. I den tidigare forskningen lyfts att för att öka tydligheten i socialarbetares roll inom sjukvården är det viktigt med trygghet och arbetslivserfarenhet. Kanske skulle dessa tjänster som socionom inom sjukvården vara en väg för de icke-legitimerade att skaffa praktisk erfarenhet och kunskap, likt karriärstegen som läkare och sjuksköterskor har. Det skulle också kunna vara ett tydligt sätt för organisationernas HR att se hur de skulle kunna använda legitimationen i kompetensstegen samt även kanske få till en kraftigare löneökning för de legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorerna, vilket uteblivit idag.

Denna uppsats har bland annat visat att de intervjuade hälso- och sjukvårdskuratorerna skapar validitet och trovärdighet genom att vara synliga i det dagliga arbetet i det multiprofessionella teamet, vilket även ökar tydligheten för rollen som socialarbetare i en medicinsk kontext. Detta är en mycket liten studie av några kurators resonering kring ämnet och kan därför inte göra anspråk på att ha några heltäckande svar. Mer forskning behövs för att undersöka hälso- och sjukvårdskuratorns roll på sjukhuset och i den specialiserade palliativa vården för att än mer fördjupa förståelsen för hur det psykosociala arbetet utförs inom vårdenheterna och hur det multiprofessionella samarbetet kan öka. Denna studie har utgått enbart från de intervjuade hälso- och sjukvårdskuratorernas perspektiv, kanske hade det varit intressant att vidare utforska hur övriga professioner i det multiprofessionella teamet uppfattar kurators roll och det psykosociala arbete som utförs inom specialiserad palliativ vård.

# Referenslista

Abbott, Andrew (1988). *The system of profession – an essay on the division of expert labour*. Chicago: The university of Chicago Press.

Alvehus, Johan (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod – en handbok*. Stockholm: Liber

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

Bergcrantz McCann, Erika & Runesson, Ingrid (2022). Hälso- och sjukvårdskurator på IVA en specialiserad yrkesroll som riskerar att bli personbunden. *Socialmedicinsk tidskrift nr 1*, pp 29-40.

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

Cootes Hannah, Heinsch Milena och Brosnan Caragh (2022). ‘Jack of All Trades and Master of None’? Exploring Social Works’ Epistemic Contribution to Team-Based Health Care. *British Journal of Social Work*, 52(1), 256-273.

Goffman, Erving (2020). *Självframställning i vardagslivet*. Lund: Studnetlitteratur

Gåfvells Catharina (2014). Socialt arbete i en medicinsk kontext. I: Björn Blom, Ann Lalos, Stefan Morén & Mariann Olsson (Red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Föreningen för socionomer inom palliativ vård (u.å.) *Kvalitetskriterier*. <https://fsip.se/kvalitetskriterier> [2021-05-10]

Halvorsen, Knut (1992). *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur

Hartman, Jan (2004). *Vetenskapligt tänkande – från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Hultkvist S. & Olsson M. (2016). Kuratorn i det palliativa teamet. I: Strang P, Beck-Friis B. (2012) *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber.

Johnsson, Lisbeth & Lindgren Hans (1999) Yrkesroll och professionalitet. I: Bernler Gunnar, Cajvert Lilja, Johnsson Lisbeth & Lindgren Hans (red.): *Psykosocialt arbete - idéer och metoder*. Stockholm: Natur & Kultur.

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

May, Tim (1997). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur

Parker Oliver Debra & Peck Marlys (2006). Inside the Interdisciplinary Team Experiences of Hospital Social Workers. *Journal of Social Work in End-of Life & Palliative care, Vol. 2(3)* 2006.

Payne M (2009) 'Developments in end-of-life and palliative care social work: international issues', *International Social Work, 52(4)*, pp. 513–524. Available at: <https://search-ebscohost-com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=ccm&AN=105407554&site=ehost-live> (Accessed: 6 May 2022).

Payne, M. (2006). Identity Politics in Multiprofessional Teams: Palliative Care Social Work. *Journal of Social Work, 6(2)*, 137–150.  
<https://doiorg.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1468017306066741> (Hämtad: 2022-06-22)

Regionala Cancercentrum i Samverkan (2021) Palliativ vård – Nationellt vårdprogram. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-varld/vardprogram/> (Hämtad 2022-03-15)

Sjöström Manuela (2013). To blend in or stand out?: hospital social workers' jurisdictional work in Sweden and Germany Göteborg: Göteborgs universitet

Socialstyrelsen (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf> (Hämtad 2021-12-18)

Socialstyrelsen (2014) *Legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-4-21.pdf> (hämtad 2023-07-01)

Socialstyrelsen (2018) *Palliativ vård - förtydligande och konkretisering av begrepp*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf> (Hämtad 2020-12-20)

SFS (2017:30). Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

Strang P, Beck-Friis B. (2012) *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber.

Taels, B., Hermans K., Van Audenhove C., Cohen J., Hermans Koen, Declercq A. (2021) 'How can social workers be meaningfully involved in palliative care? A scoping review on the prerequisites and how they can be realised in practice', *Palliative Care & Social Practice*, pp. 1–16. doi: 10.1177/26323524211058895.

WHO (2008) 'WHO Definition of Palliative Care'. Geneva: WHO. Available online at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Hämtad 2020-12-20).

## Bilaga 1. Respondentbrev

Hej!

Jag heter Lisa Lagerström och läser just nu hälso- och sjukvårdskuratorprogrammet vid Lunds universitet. Jag har haft min verksamhetsförlagda utbildning inom den palliativa vården och ASIH och min examensuppsats kommer handla om hur kuratorer som arbetar inom palliativ vård och ASIH resonerar kring sitt handlingsutrymme och roll i det multiprofessionella teamet vid specialiserad palliativ vård. För att skapa större förståelse för hur det är att arbeta med psykosocialt arbete inom den medicinska kontext som palliativ vård bedrivs.

Jag har tänkt att utföra semistrukturerade intervjuer med 8 kuratorer som arbetar inom palliativ vård. Jag tänker mig ca. 1h. Jag skickar ut detta brev till alla kuratorer som arbetar inom palliativ vård och ASIH i er region och jag hoppas innerligt att någon skulle vilja hjälpa mig. Självklart kommer alla intervjuade vara anonyma och om det finns önskemål om det kommer jag även att kunna dölja i vilken region jag har gjort intervjuerna och endast skriva exempelvis ”en Region i södra Sverige”. Om ni väljer att delta får ni när som helst ångra er och välja att inte vilja vara med. Även efter att intervjuerna är utförda, det är helt frivilligt. Ni kommer att få en kopia av den färdiga uppsatsen om ni önskar detta.

Svara på detta email med namn och kontaktuppgifter, så kontaktar jag er för att svara på eventuella frågor samt om ni väljer att delta, boka in en tid för intervju.

Ser fram emot att höra från er,

Lisa Lagerström

## **Bilaga 2. Intervjuguide**

### **Bakgrund:**

Namn/ålder

Hur länge har du varit socionom?

Hur länge har du arbetat som kurator inom palliativa?

Varför har du valt att arbeta som kurator inom palliativ vård?

### **Kuratorns arbete**

Hur hade du föreställt dig att ditt uppdrag som kurator skulle bli innan du började arbeta inom palliativ vård – och hur blev det?

Hur skulle du beskriva dina arbetsuppgifter som kurator i palliativ vård idag?

- Är detta så du vill arbeta eller finns det något du skulle vilja ändra?
- Vad är bra med detta sätt att arbeta?
- Hur skulle du beskriva skillnaden mellan att ge psykosocialt stöd på den palliativa avdelningen respektive ASIH?

Arbetar du ensam eller har du en kollega som också är kurator med samma arbetsuppgifter, och hur påverkar det ditt arbete?

### **Samarbete med övriga professioner**

Vad skulle kuratorn kunna göra mer för att stärka det sociala, psykologiska och existentiella stödet till patienter och anhöriga på din arbetsplats?

Vad skulle övriga professioner kunna göra mer för att stärka det sociala, psykologiska och existentiella stödet till patienter och anhöriga på din arbetsplats?



Hur upplever du att samarbetet fungerar med övriga professioner i teamet?

- Vad fungerar bra?
- Vad fungerar dåligt?

Hur tycker du att din chef och övriga professioner värnar om det psykosociala arbetet inom palliativ vård?

### **Kurators roll över tid och legitimationens betydelse?**

Upplever du att din roll och ditt handlingsutrymme som kurator i palliativ vård har förändrats över tid?

- Vad tror du det beror på?

Hur tror du att hälso- och sjukvårdskurators handlingsutrymme och roll vid palliativ vård kommer att utvecklas i framtiden? (Inte vad du vet, utan vad du skulle kunna tänka dig utifrån hur situationen ser ut idag)

Vilken betydelse tror du att legitimationen för hälso- och sjukvårdskuratorer kommer att ha för er kuratorer inom den palliativa vården?

### **Övrigt**

Finns det något du skulle vilja säga mer allmänt om det psykosociala arbete du utför och/eller din roll som kurator inom palliativa specialistvården?

## Bilaga 3. Samtyckesformulär

### Samtyckesformulär

Samtycke till att delta i studien

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

Jag samtycker till att:

- Delta i studien om *kuratorers handlingsutrymme och roll i det multiprofessionella samarbetet inom palliativ specialvård.*
- Att uppgifter om mig behandlas på det sätt som döljer min identitet – jag kan vara anonym.
- Följande personuppgifter samlas in: Namn, ålder och arbetsplats.
- Personuppgifter kommer att användas till: organisering av intervjuerna och analys av empiri, ej offentligt.
- De insamlade uppgifterna kommer att bevaras tills att uppsatsen är godkänd

Plats och datum

Underskrift

Ansvarig för studien

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Namnteckning: \_\_\_\_\_