



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

”Du ser bara kriser och katastrofer!”

**En studie om kurators upplevda hinder och möjligheter
att fråga om våld i ungas parrelationer**

Carolina Schale

Masteruppsats SOAM21

Aktuell termin VT 2024

Handledare: Alexandru Panican

Abstract

Author: Carolina Schale

Title: *“You only see crises and disasters!” A study on the hospital social worker's perceived obstacles and possibilities to ask about Youth Intimate Partner Violence*

Supervisor: Alexandru Panican

Assessor: Jan Magnusson och Sara Hultqvist

Youth intimate partner violence (Youth IPV) has long been an overlooked field of research, but an increasing number of recent studies are showing the extent and severity of the problem. Health care plays an important role in identifying Youth IPV, but there are no official guidelines regarding which profession within health care should have the responsibility, knowledge or competence to identify Youth IPV. The aim of this study is to explore how hospital social workers within child and youth healthcare reason about the task of asking patients about Youth IPV. The study was based on a qualitative approach, using semi structured interviews conducted with ten professionals from the field. The empirical material was analyzed by using the theoretical concepts of jurisdiction and discretion, complemented by Bourdieu's concepts of capital, field and doxa as an analytical tool. The interviews showed that few hospital social workers routinely ask patients about exposure to Youth IPV, mainly due to a lack of knowledge regarding the problem and an uncertainty of how to handle the answers. The hospital social workers discretion is limited by the lacking knowledge but also by the absence of formal guidelines, organizational structures and routines. Moreover, the focus on diagnoses often impacts the social workers holistic approach and contributes to the risk of overlooking important aspects of young people's lives and missing the opportunity to identify Youth IPV.

Keywords: hospital social work, youth IPV, jurisdiction, discretion

Nyckelord: hälso- och sjukvårdskurator, våld i ungas parrelationer, jurisdiktion, handlingsutrymme

Förord

Det viktigaste först. Tack (!) till de kuratorer som så generöst har ställt upp som respondenter för denna uppsats och delat med sig av sina funderingar, reflektioner och upplevelser. Det är med stor ödmjukhet och tacksamhet jag har tagit emot era berättelser och resonemang. Jag har om och om igen imponerats av hur ni lyckas lyfta, blanda och balansera era många styrkor med sårbarhet, resonemang om kunskap och känslor av otillräcklighet.

Och sedan detta. Äntligen!

Varje stavelse av denna uppsats har värkts fram. Utan allt stöd från min familj, mina vänner och kollegor hade jag gett upp. Jag har tur som har er. Och tack till min handledare Alexandru Panican som har lotsat mig fram genom skrivandets process och både uppmuntrat och utmanat mig. Utan ditt tålamod och klokskap hade jag varit chanslös.

En utgångspunkt för den här studien har varit, förutom nyfikenhet och en förhoppning om att kunna hjälpa till att fylla en kunskapslucka, ett stort mått av självkritik. Under min tid som kurator inom barn- och ungdomssjukvården har jag, tillsammans med de tvärprofessionella team som jag har ingått i, många gånger känt en maktlöshet i arbetet med patienter som exempelvis har haft stora svårigheter att följa sin behandling eller olika psykosomatiska besvär där sjukvården har haft svårigheter att bota eller lindra. Olika yrkesgrupper har bidragit med sitt specifika perspektiv, men mycket sällan diskuterade vi våldsutsatthet i vår unga patients parrelation som en möjlig anledning bakom dålig följsamhet eller dåligt mående. Men, som jag lyfter i uppsatsen, det är ofta så som våldsutsatthet tar sig uttryck – genom psykiska symptom såsom ångest eller depression, eller diffusa fysiska symptom som till exempel huvudvärk, magont eller sömnsvårigheter. Så förutom att hjälpa till att fylla en kunskapslucka har jag också en förhoppning om att bidra till att sätta ljus på en problematik som alltför ofta har missats eller fallit mellan stolarna.

Innehåll

Kapitel 1. Inledning	6
1.1 Syfte och frågeställningar.....	7
1.2 Centrala begrepp.....	8
Kapitel 2. Bakgrund	10
2.1 Kurators arbete inom hälso- och sjukvården i allmänhet	10
2.2 Kurators arbete inom barnsjukvården i synnerhet	12
Kapitel 3. Kunskapsöversikt	14
3.1 Tidigare forskning om våld i ungas parrelationer	14
3.2 Diskussion	21
Kapitel 4. Metod	22
4.1 Metodologiska utgångspunkter	22
4.2 Urvalsprocess	24
4.3 Förståelse och forskningsetiska överväganden	25
4.4 Genomförande	28
4.5 Analysprocess.....	29
4.6 Tillförlitlighet	29
Kapitel 5. Teoretiskt ramverk	32
5.1 Jurisdiktion	32
5.2 Fält, doxa och kapital	33
5.3 Handlingsutrymme	35
Kapitel 6. Analys och resultat	36
6.1 Kurators arbete med våld i ungas parrelationer	36
6.1.1 Frågor på rutin eller indikation.....	40
6.2 Föräldrafokus.....	44
6.2.1 Psykologisering av psykosociala problem?.....	46
6.3 Diagnoser och stuprör	49
6.4 Tillgång till patienten	53
6.4.1 Teamarbete och allianser	54
6.5 Den otydliga rollen som hinder och möjlighet	57
Kapitel 7. Sammanfattande diskussion	60
Litteratur	62
Bilagor	67

Kapitel 1. Inledning

Den 1 juli 2019 infördes legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer i Sverige, vilket innebar ett betydande steg för professionaliseringen av denna yrkesgrupp. Med införandet av legitimation och en skyddad yrkestitel finns också potential att tydliggöra det sociala arbetets utrymme inom hälso- och sjukvården och sätta ljus på vilka kompetenser och kunskaper som krävs av en kurator inom hälso- och sjukvården och vad som faller utanför yrkesgruppens ramar (Morén, *et al.* 2014:250, 253, Gåfvells, 2014: 64). Med ett tydliggörande av det sociala arbetets position inom hälso- och sjukvården är det också möjligt att vissa kunskapsområden som idag hamnar mellan det medicinska, det psykologiska och det psykosomatiska kommer att bli viktigare för kuratorerna att förhålla sig till. Ett sådant område kan vara våld i ungas parrelationer.

Våld i ungas parrelationer har länge varit ett underbeforskat område, vilket kan bero på att det har hamnat i skymundan av forskning om våld i vuxnas nära relationer och vuxnas våld mot barn (Brå, 2021: 102, Överlien, 2018). Men på senare tid har studier visat på problemets omfattning (bl.a. Korkmaz, Överlien & Lagerlöf, 2022, Tagesson & Gallo, 2022). Forskning visar också att funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar och psykiatriska tillstånd har ett starkt samband med alla typer utav våldsutsatthet, också i relation till våld i ungas parrelationer (Jernbo *et al.*, 2023: 60f). Det betyder att många av de unga personer som blivit utsatta för våld i sin parrelation har en regelbunden kontakt med den somatiska barn- och ungdomssjukvården.

Hälso- och sjukvården spelar en viktig roll i upptäckandet av våld i nära relationer (Brå, 2021: 13, 107), men exakt vilken profession inom hälso- och sjukvården som bör sitta på vilket ansvar, kunskap eller kompetens i relation till att fråga om och upptäcka våldsutsatthet framgår inte av lagtexter eller rekommendationer (exempelvis HSLF-FS 2022:39). En risk med detta är att ansvaret faller mellan stolarna och att ingen yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården utvecklar sin kunskap, kompetens eller skapar rutiner gällande hur och när man bör fråga om våld i ungas parrelationer. Kuratorn skulle kunna spela en central roll i upptäckandet av våldsutsatthet med sitt holistiska perspektiv samt psykosociala kunskaper om våld, våldets uttryck, konsekvenser och grupper som löper ökad risk för att utsättas för våld. Inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården besitter kuratorn en unik position för att kunna fråga unga patienter om våld i deras parrelationer. Kuratorn står för den psykosociala kompetensen inom hälso- och sjukvården och har därtill ofta möjlighet till återkommande kontakter med patienter och deras

familjer, som ger goda förutsättningar för en bra arbetsallians och möjlighet att observera förändringar över tid.

Utifrån forskning vet vi att det är av största vikt att våld i nära relationer upptäcks och att den våldsutsatta får hjälp och stöd så tidigt som möjligt (Brå, 2021: 64, Överlien 2018, Överlien, Hellevik & Korkmaz, 2020). I relation till att fråga om och upptäcka våldsutsatthet i nära relationer spelar hälso- och sjukvården en viktig roll (Socialstyrelsen, 2023: 214, Brå, 2021: 107), men det finns en tydlig kunskapslucka gällande hur kuratorer inom hälso- och sjukvården generellt, och i den somatiska barnsjukvården specifikt, arbetar med unga patienter som upplever eller har upplevt våld i sin parrelation.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet är att undersöka hur kuratorer inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården uppger sig arbeta med att fråga om våld i ungas parrelationer.

- 1) Hur resonerar kuratorer inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården kring uppdraget att fråga om våld i ungas parrelationer?
- 2) Vilka hinder beskriver kuratorer inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården gällande att fråga om våld i ungas parrelationer?

1.2 Centrala begrepp

Definition: våld

Våld är ett mångtydigt begrepp som definieras på olika sätt inom både forskning och praktik och våldet kan också ta sig många olika uttryck. Våld i nära relationer avgränsas ofta utifrån WHO:s definition som beteenden från en partner eller före detta partner som orsakar fysisk, sexuell eller psykologisk skada. Utifrån denna definition inkluderas olika former av fysiskt våld, sexuellt våld och tvång, emotionellt/psykologiskt våld samt kontrollerande beteenden (WHO, 2012). Utöver dessa våldsformer brukar materiellt, ekonomiskt och latent våld också ingå, liksom digitalt våld (Brå, 2021: 23). Våld i parrelationer omfattar således olika typer av handlingar, där enbart en del utgör brottsliga handlingar – såsom misshandel, våldtäkt och hot (ibid.).

I denna studie används en bred definition av våld, då det ger utrymme till att inkludera handlingar som inte nödvändigtvis resulterar i kroppslig skada eller död, men som kan få stora konsekvenser för en individ – både omedelbart och på längre sikt. Om konsekvenserna av våld enbart definieras i termer av fysisk skada eller död så begränsas också möjligheterna att förstå våldets fulla omfattning.

Definition: unga

I den svenska ungdomspolitiken utgörs gruppen unga av åldersgruppen från 13 år till 25 år (Remisspromemoria, 2013). I denna studie är utgångspunkten delvis en annan. Eftersom den somatiska barnsjukvården riktar sig till barn mellan 0-18 år så upphör kontakten med patienten innan ungdomstiden officiellt sett är slut. Samtidigt som gränsen 18 år är tydlig i relation till barnsjukvårdens arbete så är den nedre gränsen otydligare. Jag har valt att inte dra en skarp gräns vid 13 år utan låtit respondenterna resonera självständigt utifrån begreppet ”unga” samt sina bedömningar gällande våldsutsatthet i ungas nära parrelationer.

Definition: parrelation

Jag väljer i denna studie att använda begreppet parrelation, i stället för begreppet våld i nära relation vilket är vanligare i studiet av vuxnas utsatthet. Anledningen till detta är att begreppet

nära relation i studiet av unga skulle kunna misstas för andra nära relationer än en parrelation – såsom relationer till föräldrar, syskon eller vänner.

Begreppet parrelation används förhållandevis brett i studien. En parrelation kan, utöver fasta och långvariga relationer, också vara mer tillfälliga relationer med romantiska eller sexuella förtecken. Detta är, enligt Brå (2021: 23), mer förenligt med ett ungdomsperspektiv på parrelationer. Begreppet parrelation används oavsett sexuell läggning eller könsöverskridande identitet eller uttryck.

Kapitel 2. Bakgrund

Utifrån studiens syfte och för att kunna besvara mina frågeställningar måste jag börja med att beskriva kuratorns arbete för att skapa en förståelse kring vilka förutsättningar det psykosociala arbetet utförs inom hälso- och sjukvården. I detta avsnitt kommer jag därför att belysa några områden som är av central betydelse för kuratorns arbete inom hälso- och sjukvården. Avsnittet börjar med sådant som är generellt och gemensamt för kuratorer inom hela hälso- och sjukvården för att sedan fokusera mer specifikt på kuratorns arbete inom barn- och ungdomssomatiken.

2.1 Kuratorns arbete inom hälso- och sjukvården i allmänhet

Socialt arbete inom hälso- och sjukvården är ett mycket brett område, som spänner mellan öppenvård (mottagningsarbete) till slutenvård (avdelningsarbete), från somatik till psykiatri, från akuta tillstånd och trauman till kroniska sjukdomar eller progredierande tillstånd (tillstånd som försämras över tid) och innefattar hela livscykeln – från födelse till död. Alla dessa områden rymmer ett djup och en komplexitet när det gäller mänsklig problematik och utsatthet som kan följa av ohälsa och olika behandlingar. Kuratorns arbete är i stor utsträckning avhängigt på inom vilket verksamhetsområde hen är verksam och målen för kuratorns insatser är olika vid olika typer av tillstånd och varierar beroende på patientens behov. Dock finns det många inslag, perspektiv och teorier som är mer eller mindre gemensamma oavsett inom vilken verksamhet kuratorn arbetar, däribland arbetet med krisstöd och att samtalet är det främsta arbetsredskapet (Morén, *et al.* 2014:237f, 248, Gåfvells, 2014: 54, Lundin, *et al.* 2019: 52). Precis som andra socionomers arbete kan kuratorers arbete inom hälso- och sjukvården benämnas som socialt arbete, men det är också vanligt att använda sig av begreppen psykosocialt arbete, psykosocialt behandlingsarbete och psykosociala insatser. En distinktion mellan begreppen socialt arbete och psykosocialt arbete som görs i litteraturen är att det sociala arbetet främst handlar om patientens yttre sociala situation såsom arbete, bostad och ekonomi och hur det påverkar individens förutsättningar att hantera sjukdom och dess konsekvenser (Lundin, *et al.* 2019: 51f). Begreppet psykosocialt arbete används för att beskriva kuratorns arbete med individens sociala situation och hur patienten hanterar denna tankemässigt och känslomässigt, samt hur patienten agerar utifrån den givna situationen. Centralt för det

psykosociala arbetet är det holistiska perspektivet - att se individen i sitt sammanhang. De sammanhang som är betydelsefulla i det psykosociala arbetet är de olika system och nätverk som patienten ingår i och de olika roller och relationer som patienten har (*ibid.*). Det sociala arbetet inom hälso- och sjukvården bedrivs i spänningsfältet mellan det individuella och samhällseliga (Blom, *et al.* 2014: 20). Ett av kuratorns uppdrag är därför att stärka patientens möjlighet att hantera inre och yttre påfrestningar och att arbeta för förändringar i den sociala miljön så att patientens livssituation utvecklas så gynnsamt som möjligt (Gåfvells, 2014: 53). För att möjliggöra detta arbetar kuratorn med utredning, bedömning och behandling av psykosociala problem som har samband med patientens sjukdomstillstånd, vård och rehabilitering (Lundin, *et al.* 2019: 52f).

En kontakt med kuratorn inom hälso- och sjukvården kan aktualiseras av olika anledningar och på olika sätt. En patient kan remitteras – skriftligt eller muntligt – från andra yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården eller från andra myndigheter. I en sådan remiss finns oftast uppgifter om patienten och en frågeställning som den remitterande insatsen önskar att kuratorn ska svara på eller hjälpa till med. Kuratorn kan också ta kontakt med patienter på eget initiativ, om det framkommit uppgifter som tyder på psykosocial problematik. Inom vissa verksamheter finns rutiner där kuratorn träffar alla patienter inom verksamheten, oavsett om patienten har uttryckt ett behov av en kuratorskontakt eller inte (Lundin, *et al.* 2019: 88f).

En kuratorskontakt inleds oftast med en psykosocial utredning eller kartläggning för att ta fram en så kallad psykosocial anamnes, vilket rymmer sociala uppgifter såsom skola eller arbete, bostad, ekonomi, familjesituation och nätverk samt myndighetskontakter. Men kuratorn inhämtar också information om patientens egna tankar, känslor och upplevelser kring sin situation. Utgångspunkten är det grundläggande perspektivet för kuratorn - att skapa sig en helhetssyn på människan i sitt sammanhang, vilket innefattar fysiska, psykiska, sociala och existentiella faktorer. Denna ligger sedan till grund för kuratorns bedömning och val av åtgärder som avser att förbättra patientens situation. (Lundin, *et al.* 2019: 52, 90f, Gåfvells, 2014: 55). Exempelvis kan kuratorn använda sig av olika former av samtal (individuella eller i grupp), praktiska sociala åtgärder (samordning av planering och rehabilitering) samt information om och hänvisning till samhällets resurser samt rådgivning (ekonomisk och juridisk vägledning) (Lundin, *et al.* 2019: 51ff, 67, Gåfvells, 2014: 53). Vid sidan av det direkta patientmötet kan kuratorn arbeta indirekt med patienters psykosociala situation genom konsultation, utbildning och handledning av vårdpersonal (Lundin, *et al.* 2019: 58, 67).

2.2 Kuratorns arbete inom barnsjukvården i synnerhet

Kuratorn inom barn- och ungdomssjukvården arbetar i stort sett under samma omständigheter som kuratorer inom andra områden. Precis som med det sociala och psykosociala arbetet inom vuxensjukvården så innebär arbetet inom barn- och ungdomssomatiken en komplexitet i såväl arbetsuppgifter som i teoretiska perspektiv. Det holistiska och salutogena perspektivet är centralt, liksom den systemteoretiska synen på människan som en relationell varelse i ett samhällssystem. Kuratorn inom barn- och ungdomssomatiken samarbetar i hög utsträckning med andra personalkategorier i olika teamkonstellationer (Forinder, 2014: 147). Utöver detta finns det några aspekter som är specifika för kuratorns arbete inom barn- och ungdomssjukvården och som yrkesgruppen måste förhålla sig till.

En första viktig utgångspunkt är att det inte i sig är ett psykologiskt eller socialt problem att drabbas av sjukdom i barndomen. Dock innebär sjukdom och funktionsnedsättningar en riskfaktor och en ökad sårbarhet ur en rad olika aspekter. Därför finns det ett fokus hos många barnkuratorer på ett förebyggande och hälsofrämjande arbete, vilket utförs inom ramen för teorier om motståndskraft/sårbarhet/risk- och skyddsfaktorer. (Forinder, 2014: 158).

En annan central del av barn- och ungdomssjukvården arbete är att det inte bara är patienten som man måste förhålla sig till, utan hela familjen – både föräldrarna och syskonen. Det sociala arbetet inom barn- och ungdomssjukvården innebär därför i stor utsträckning samtal med föräldrar. För barnkuratorer är anknytningsteorin av stor betydelse och arbetet som utförs med föräldrarna sker i stor utsträckning utifrån kunskapen om att det är viktigt att stärka föräldrarna i deras omsorg om barnet. Genom att hjälpa föräldrarna med deras reaktioner och förmåga att handskas med traumatiska situationer så hjälper kuratorn indirekt barnet. Detta är avgörande för hur barnet upplever och förmår att klara av en påfrestande situation (Forinder, 2014: 148). Utgångspunkten är att barnkuratorn intar ett holistiskt och systemteoretiskt perspektiv och har förmågan att växla mellan olika perspektiv: att se föräldrarnas, det sjuka barnets och syskonens behov och att kunna ge stöd till hela familjen. Det kan innebära en utmaning för kuratorn att både lyckas hålla fokus på föräldrar och familjen och samtidigt inte tappa bort barnperspektivet. Att inta ett barnperspektiv innebär att vuxenvärlden ska försöka förstå och sätta sig in i barnets värld och de tankar och upplevelser som barnet har om sitt liv och sin situation. I relation till vården är också barnrättsperspektivet centralt, där barnet ska ges utrymme att komma till tals och ges möjlighet att delta i beslut som rör dem och deras vård (Forinder, 2014: 147f, 164). I detta arbete kan också kuratorns kunskaper om utvecklingspsykologi spela en central roll, då

kunskaper om barns emotionella och kognitiva utveckling krävs för att förstå vad som generellt kan upplevas som påfrestande i olika åldrar och vad som kan motverka eller mildra att stress uppkommer i en sjukdomssituation (Forinder, 2014: 150).

Ytterligare ett kunskapsområde som är av stor vikt för kuratorn inom barn- och ungdomssjukvården är samspelet mellan kropp och psyke – psykosomatik. Även om psykosomatik också är aktuellt inom vuxensjukvården så är det av särskild betydelse inom barnsjukvården – inte minst när det gäller mycket små barn. Och även om barnet i takt med att det blir äldre utvecklar fler uttrycksmöjligheter så består samspelet mellan kroppsliga och emotionella reaktioner. Forinder (2014: 153) lyfter ätstörningsproblematik och självska debeteenden som tydliga exempel på detta, men understryker också att en sjukdom inte behöver ha en psykisk orsak för att påverkas av psykologiska faktorer – som t. ex. vid en svårinställd diabetes.

En sista, men inte obetydlig del av kuratorns arbete inom barnsomatiken är att uppmärksamma när barn riskerar att fara illa, exempelvis genom barnmisshandel, omsorgssvikt eller genom eget beteende (Forinder, 2014: 162). Kuratorn kallas ofta in i ärenden där vården upplever att föräldraförmågan på något sätt sviktar eller barns eget beteende väcker oro, för att få kuratorns bedömning av situationen och för att få kuratorns stöd i kontakten med socialtjänsten.

Kapitel 3. Kunskapsöversikt

I detta avsnitt presenteras och diskuteras forskning som har haft betydelse för studien. Det finns mycket forskning kring kuratorns arbete inom hälso- och sjukvården och med införandet av kuratorslegitimationen verkar intresset för studiet av denna grupp ha tilltagit. Också forskningen gällande våld i ungas parrelationer har ökat de senaste åren, däremot kvarstår en kunskapslucka gällande kuratorer verksamma inom barn-och ungdomssjukvårdens arbete med våld i ungas parrelationer. Avsikten med avsnittet är inte att ge en fullständig redogörelse för forskning som finns i relation till våld i ungas parrelationer eller hälso- och sjukvårdskuratorns arbete i stort. Den forskning som presenteras ska snarare ses som en inramning av forskningsområdet. Då det saknas tidigare forskning gällande kuratorers arbete med våld i ungas parrelationer inom barnsomatiken så har jag vänt mig till litteratur som kan ses som sammanlänkat med problematiken – såsom våld i vuxnas parrelationer och arbete med barn som far illa.

3.1 Tidigare forskning om våld i ungas parrelationer

Våld i parrelationer är ett samhällsproblem som förekommer både bland unga och vuxna. Det har länge saknats studier inriktade på våld i ungas parrelationer och området har också varit förbiset i bland annat lagstiftning, politik, handlingsplaner, strategier och riktlinjer. Anledningar till detta är bland annat föreställningar om att ungas parrelationer inte är seriösa och enklare att avsluta samt att frågan har hamnat mellan forskningsområdena våld i vuxnas nära relationer och vuxnas våld mot barn (Brå, 2021: 81, 85, 102, Överlien, 2018). På senare tid har området våld i ungas parrelationer ägnats mer akademisk uppmärksamhet och forskning visar att våld i nära relationer ofta etableras tidigt och att våldsutövande inom nära relationer är högst i ungdomsåren (Espelage *et al.*, 2020).

Också i en svensk kontext finns det flera färskaste studier som visar på problemets omfattning (bl.a. Tagesson & Gallo, 2022, Korkmaz, Överlien & Lagerlöf, 2022, Jernbro *et al.*, 2023). I en undersökning om våld i ungas parrelationer där ungdomar i åldern 15-19 år har tillfrågats svarade 59,7 procent av de tillfrågade att de någon gång hade utsatts för någon typ utav våld i parrelation vid ett eller flera tillfällen (Korkmaz, Överlien & Lagerlöf, 2022: 541). I en annan

svensk studie, där nästan 6000 elever i årskurs nio har tillfrågats gällande upplevelser av generell våldsutsatthet, svarade ungefär hälften av eleverna att de någon gång haft en relation och 31 procent av dessa uppgav att de varit utsatta för någon form av våld i parrelation (Jernbro *et al.* 2023: 39). Båda dessa studier visar att flickor i högre utsträckning rapporterar om utsatthet för våld och att det digitala våldet är den vanligaste formen av utsatthet (Jernbro *et al.*, 2023: 83, Korkmaz, Överlien & Lagerlöf, 2022: 541). En brist i relation till båda dessa studier, och studier gällande våld i ungas parrelationer generellt, är att de barn och unga som inte går i vanlig grundskola eller gymnasieskola på grund av exempelvis intellektuell funktionsnedsättning eller kommunikationssvårigheter inte finns representerade. Detta är problematiskt inte minst då detta potentiellt är en grupp som skulle kunna vara särskilt utsatt för våld i parrelation (Jernbro *et al.* 2023: 88f).

Eftersom det länge har funnits ett underskott på forskning om våld i ungas nära relationer så är mycket av den kunskap som finns på området våld i nära relationer baserad på vuxnas erfarenheter. Det finns många likheter i det våld som förekommer i vuxnas och ungas parrelationer, bland annat att våldet kan ta sig många olika uttryck: fysiskt, psykiskt, sexuellt, digitalt, materiellt och ekonomiskt. Det är vanligt att dessa våldsformer samverkar och ju fler sorters våldsutsatthet desto allvarigare blir den samlade effekten för den utsatta personen. Våld i en parrelation tenderar att upprepas och pågå under en längre tid samt innebär ofta en stark kontroll och begränsning av den utsattas livsutrymme. Gemensamt är också den så kallade våldsnormaliseringsprocessen och våldscykeln, där studier visar att ungdomar löper högre risk att fastna än vuxna (Pensak, 2015). Andra likheter som lyfts i litteraturen är att de utsatta ofta känner skam och lägger skulden för våldet på sig själva, de förminskar och ursäktar våldet och pratar sällan om våldet med utomstående samt att de känner en lojalitet med sin partner och ett starkt hopp om att situationen ska bli bättre (Brå, 2021: 8, 29, 161).

Men det finns också viktiga skillnader och omständigheter som är centrala att ta hänsyn till i studiet av, och arbetet med, våld i specifikt ungas parrelationer, vilket lyfts av flertalet studier, bl.a. Brå (2018, 2021), Murray och Azzinaro (2019), Pensak (2015), Överlien (2018), Korkmaz & Överlien (2020), Överlien (2020), Överlien, Hellevik & Korkmaz (2020). En aspekt som forskningen lyfter är identitetsskapandet och de viktiga psykosociala förändringar som sker under just ungdomstiden. Detta är en tid präglad av intensiv social inlärning och ökad autonomi i förhållande till föräldrar, parallellt med att individen börjar etablera starka känslomässiga band i parrelationer och dessa relationer ger möjlighet att utveckla både självidentitet, sexualitet och

förmåga till intimitet (Stonard *et al.* 2017). Samtidigt kan dessa tidiga relationer innebära utmaningar gällande hanteringen av relationssvårigheter och konflikter. Forskare menar att detta i sig kan innebära en högre risk för användning av sämre konfliktlösningsstrategier, som exempelvis våld eller övervakning och kontroll (Murray & Azzinaro 2019: 25, 28; Barter & Stanley, 2016: 485, 493). Vidare, eftersom ungdomar ofta blir utsatta eller utsätter andra för våld redan i sin första romantiska relation finns det en risk att de utvecklar uppfattningen att våldsamma eller kontrollerande beteenden är normala eller ett uttryck för kärlek (Murray & Azzinaro 2019: 28).

Andra viktiga skillnader som bland annat Överlien (2018) belyser är att våld i ungas parrelationer mer sällan förekommer i hemmet, att ungdomars förhållanden ofta är mer kortvariga och varken har barn, bostad eller ett äktenskap som de försöker att bibehålla. Skolan är också en viktig faktor i relation till våld i ungas parrelationer. Här kan den unga våldsutsatta tvingas att möta sin förövare men här finns också viktiga vuxna som har möjlighet att se och ingripa vid bevittnande av våld, vilket har stor betydelse för om våldet upphör eller fortsätter (Brå, 2021, Korkmaz, Överlien & Lagerlöf, 2022, Korkmaz, 2021: 26). Också ungas sociala situation och umgängesmönster skiljer sig på ett betydande sätt från vuxnas, där forskning visar att vänner har stor betydelse för vad som anses som acceptabelt beteende i relationer och därtill att unga som utsätts för våld i parrelationer nästan uteslutande vänder sig till vänner - om de berättar för någon alls. Studier visar att goda vänskapsrelationer mellan tjejer minskar risken för utsatthet och våldsutövning, men samtidigt kan våldsutövarens kompisnätverk bidra till att utsattheten för den våldsutsatta intensifieras, bland annat genom ryktesspridning eller genom kontroll och övervakning av den utsatta personen (Korkmaz, 2021, Murray & Azzinaro, 2019). I relation till detta lyfter också flera studier de digitala mediernas centrala betydelse för våld i ungas parrelationer. Sociala medier och digitala verktyg kan utgöra såväl arenor för psykiskt våld som att användas för övervakning och kontroll av den som utsätts (Brå, 2018: 8, Överlien 2018, Hellevik 2019, Korkmaz 2021).

Allvarliga konsekvenser av våldet

Våld i ungas parrelationer riskerar att få allvarliga konsekvenser – både fysiskt och psykiskt, på kort och lång sikt (Överlien 2018, Överlien, Hellevik & Korkmaz 2020). Forskning visar att unga som utsätts för våld i sin parrelation löper en ökad risk för att drabbas av depressioner, ångest, posttraumatiskt stressyndrom, självmordstankar och självmordsförsök, ätstörningar,

missbruk och riskfyllt sexuellt beteende (Brå, 2021: 96). Men också mer diffusa symptom och till synes mindre dramatisk problematik såsom minskad aptit, sömnsvårigheter, magont, huvudvärk, psykosomatiska problem och kroniska smärttillstånd har signifikanta samband med våld (Jernbro *et al.* 2023: 68). Våld i ungas parrelation lyfts också av forskare som särskilt allvarlig då den sker under ungdomstidens kritiska utvecklingsfas, vilket riskerar att störa utvecklingen av förmågan att etablera välfungerande (omsorgsfulla och meningsfulla) relationer och förmågan till intimitet med andra (Murray & Azzinaro, 2019: 25).

Få unga berättar om sin våldsutsatthet

För att våld i ungas parrelationer ska upphöra är det viktigt att det upptäcks (Brå, 2021: 64), men forskningen visar att unga sällan berättar för någon om de är utsatta för våld i en parrelation och att det finns flera svårigheter med att få våldet att uppmärksammas (Korkmaz och Överlien, 2020, Tagesson & Gallo, 2022: 333). En sådan problematik är att unga själva inte definierar sig som våldsutsatta då det finns stor okunskap om vad som räknas som våld (Peterson, 2023: 50, Jernbro *et al.* 2023: 86, Brå, 2021: 95). Vidare lyfter Överlien, Hellevik och Korkmaz (2020: 804) att det kan finnas ett normativt grupptryck från vänner i kombination med ett motstånd i att inte vilja ses som ett offer. Överlien (2018) menar även att våldet kan vara förenat med tabu och starka skamkänslor och därför berättar man inte om sin utsatthet. Samtidigt visar Brås rapport *Våld i ungas parrelationer* att det är mycket vanligt att ungdomar som upplever våld i sin parrelation upprepat söker hjälp hos olika vårdinstanser under tiden för den våldsamma relationen. I rapporten framgår att flera intervjupersoner uppger en upplevelse av oförståelse från professionella och en oförmåga att ”se” våldet eller dess allvar vid vårdkontaktarna. Detta i kombination med att de själva är oförmögna att formulera sin utsatthet på ett sätt som de professionella förstår gör att våldet inte uppdagas (Brå, 2021: 96).

I relation till att upptäcka våldet lyfter flera studier vikten av att professionella som möter barn i sitt yrke har kunskap kring våld i ungas parrelationer samt att dessa verksamheter rutinmässigt ställer frågor om utsatthet för våld i parrelation – detta gäller inte minst i olika vårdkontexter och när unga uppvisar symptom på psykisk ohälsa eller självskadebeteenden (Jernbro *et al.* 2023: 89f, Brå, 2018: 13). Det är viktigt bland annat därför att unga våldsutsatta, som inte i första hand söker vård och stöd för själva utsattheten, kan söka vård för symptom som är relaterade till utsattheten, såsom exempelvis stress och olika former av psykiska och fysiska hälsoproblem (Wilson & Maloney, 2019). Brå rapporterar att rutinmässiga frågor är ett eftersatt område när

det gäller våld i ungas parrelationer också i verksamheter som möter unga, där frågor om våld i parrelationer sällan dokumenteras och det saknas generellt uppföljningar och utvärderingar kring utfallet (2021: 82f).

Brå lyfter särskilt den viktiga roll som aktörer inom hälso- och sjukvården spelar för att kunna upptäcka våld i ungas parrelationer (2021: 107) och det tillhör hälso- och sjukvårdens förebyggande uppdrag på våldsområdet att identifiera personer som utsatts för våld eller som utsätter andra för våld (Socialstyrelsen 2023: 214). Samtidigt visar undersökningar i en svensk kontext att många professionella som arbetar med barn och unga saknar kunskap och en medvetenhet kring denna problematik, vilket innebär att det riskerar att bli ett osynligt område i deras verksamhet. Det gäller också personer som arbetar inom vården, med undantag från personal på Sveriges ungdomsmottagningar, som generellt anses ha en bra inblick och medvetenhet om våld i ungas parrelationer (Brå, 2021: 80f).

Att fråga om våld: hälso- och sjukvården

Som lyfts tidigare så saknas det studier som specifikt undersöker hälso- och sjukvårdskuratorernas arbete med våld i ungas parrelationer. Därför har jag sökt kunskap inom närliggande områden såsom hälso- och sjukvårdspersonals arbete med våld i vuxnas nära relationer och oro för barn, samt forskning kring hur socialsekreterare inom svensk socialtjänst beskriver våld i ungas parrelationer.

Det finns flera studier på självrapporterade hinder bland hälso- och sjukvårdspersonal gällande att fråga om våld i nära relationer. I studier gjorda av Beynon m.fl. (2012) och Sprague m.fl. (2012) lyfts tidsbrist och bristande utbildning som två centrala hinder för att fråga om våld i mötet med en patient. Men också känslan av ett personligt obehag hos de professionella gällande problemet (Sprague *et al.* 2012), brist på insatser och en rädsla för att kränka patienten med frågor om våld beskrivs som viktiga hinder (Beynon *et al.* 2012). Sundborg *et al.* (2012) beskriver att sjuksköterskor inte ställer frågan om våld rutinmässigt eftersom sjuksköterskorna har en rädsla för att frågan kan upplevas som kränkande. Sjuksköterskorna uttryckte också en osäkerhet i hur frågan bör ställas och vad de skulle göra med svaret. Bara hälften av de tillfrågade sjuksköterskorna frågade alltid kvinnor om våld och oftast när en kvinna skadats fysiskt. Studien lyfter också bristande kunskap kring våld i nära relationer som ett centralt hinder för att våga fråga och förmågan att identifiera patienter som är utsatta för våld i nära relation. En slutsats som författarna drar är att en konsekvens av okunskapen och ovilligheten

att fråga kring våld kan bli att man behandlar symtom på våldsutsatthet men missar övergrepp vilket leder till mer och onödigt lidande för dessa kvinnor.

Studierna som presenteras ovan visar på många likheter i upplevda hinder gällande att fråga om våld i nära relationer. Samtidigt baseras resultaten enbart på rapporterade hinder gällande att fråga vuxna kvinnor om våldsutsatthet i nära relation, med en stereotyp och begränsad definition av vad våld i nära relation innefattar. Detta innebär att studierna har begränsningar gällande grupper såsom män, ungdomar, och personer utsatta för annat våld än fysiskt.

I ett antal artiklar samt en avhandling undersöker Svärd (2014, 2016, 2017a, 2017b) hälso- och sjukvårdspersonals erfarenheter kring att anmäla till socialtjänsten när de känner oro för ett barn samt analyserar olika faktorer påverkan på anmälningsbenägenhet. Svärd lyfter ett antal aspekter i relation till hälso- och sjukvårdens hantering och agerande gällande oro för barn som också kan vara applicerbart gällande arbetet med våld i ungas parrelationer.

I likhet med studierna av Sprague *et al.* (2012), Beynon *et al.* (2012) och Sundborg *et al.* (2012) gällande att fråga om våld i nära relation lyfter Svärd bristande kunskap hos personalen inom hälso- och sjukvården som ett centralt hinder för att göra bedömningar om ett barn som är i riskzonen för att fara illa. Generellt, menar författaren, har kuratorerna mer utbildning än övrig hälso- och sjukvårdspersonal om barn som riskerar att fara illa (Svärd, 2017b: 86).

Svärd's forskning visar också att det finns en ovilja inom vården att anmäla oro för ett barn om man inte helt säkert kan avgöra att det handlar om barnmisshandel eller försummelse och när det är svårt att avgöra om ett barn har råkat ut för en olycka eller inte (2017b: 81). I relation till detta är det också relevant att lyfta det faktum att problematiken gällande oro för barn inte enkom, eller i första rummet, är en medicinsk fråga utan risksituationen kan handla om sociala, psykologiska eller emotionella frågor - även om dessa ofta är sammanflätade. Därför tillhör bedömningen inte bara en enskild profession och dess kunskapsbas. Att vårdpersonal känner en osäkerhet vid bedömning kan ha att göra med att oron är av icke-medicinsk karaktär i ett medicinskt sammanhang (Svärd, 2017b: 83). Dessa resultat skulle kunna vara applicerbara också för hälso- och sjukvårdens arbete med våld i ungas parrelationer.

Det tvärprofessionella teamarbetet brukar lyftas som en positiv utveckling inom hälso- och sjukvården, då det bland annat kan bidra till att det holistiska perspektivet på patienten stärks (Krag-Rønne Mannsåker *et al.* 2022: 2596, Svärd, 2014: 509). Men det finns ett antal aspekter av det tvärprofessionella arbetet som också kan innebära hinder för att upptäcka våld i ungas parrelationer. Den interna hierarkin inom hälso- och sjukvården lyfts som ett hinder i relation

till att anmäla oro för ett barn som misstänks fara illa, liksom oklara professionsroller och bristande formell jurisdiktion inom teamen (Svärd, 2017b: 82). Samtidigt som de tvärprofessionella teamen förväntas ta allt större plats inom hälso- och sjukvården, inte minst inom barn- och ungdomssomatiken, så pågår en allt större professionalisering inom hälso- och sjukvården. Problemet med detta är att det finns områden – såsom barn som far illa och våld i ungas parrelationer som kunskapsmässigt hamnar mellan de professionella stolarna. För att undvika detta krävs just det tvärprofessionella samarbetet – förutsatt att det finns en förmåga att ta sig förbi yrkesmässiga skillnader och ömsesidig respekt för olika kompetenser. Dock, menar Svärd (2014: 508) finns det en utmaning när det gäller hanteringen av barn i riskzonen för att fara illa eftersom de olika professionernas kunskapssystem kan komma i konflikt och det är inte klart definierat vilket yrke som är mest kompetent att bedöma vad som ofta är en komplex situation (ibid.). Detsamma skulle kunna argumenteras gäller för våld i ungas parrelationer. Dessutom, menar Svärd, är det både tydligt och problematiskt att de olika professionerna inom hälso- och sjukvården inte konkurrerar om en expertroll i att bedöma barn som kan vara i riskzonen för att fara illa. Samtidigt som detta ofta anses vara ett lågstatus-arbete så upplevs det vara en svår uppgift som medarbetare inte är utbildade för (Svärd, 2017b: 83ff, 89). Därför är det inte ovanligt att arbetet med och bedömningen av dessa fall och situationer överlämnas till någon annan som en undvikandestrategi (ibid.), vilket också stämmer överens med resultaten från studien av Sundborg *et al.* (2012).

Att fråga om våld: socialtjänsten

I en studie om i vilken utsträckning svenska socialarbetare inom socialtjänsten kommer i kontakt med våld i nära relationer samt deras beredskap att hantera sådana ärenden, bekräftar författarna Lundberg och Bergmark (2021) att våld i nära relationer är ett utbrett problem som en stor andel av socialarbetarna kommer i kontakt med i sitt yrke. Socialarbetarnas beredskap att hantera dessa ärenden samt att fråga om våld varierade - där enheterna för missbruk och familjerätt uppgav att de alltid eller ofta frågade om våld, medan enheten för ekonomiskt bistånd tenderar att fråga i en mycket lägre utsträckning. Studien visar också att respondenterna generellt upplever att de är förhållandevis dåligt rustade för att hantera sådana ärenden. Studien visar också att 1) utbildning kring våld i nära relationer, 2) hög självupplevd kompetens inom området samt 3) kunskap kring administrativa rutiner (vad man gör med svaret) var för sig tenderar att öka sannolikheten att socialarbetare regelbundet frågar klienter om våldsutsatthet. Också Tagesson och Gallo (2022) studerar socialtjänsten – men i sin artikel undersöker de hur

socialarbetare inom den svenska socialtjänsten beskriver våld i ungas parrelationer. Studiens resultat visar att merparten av de tillfrågade socialsekreterarna beskrev våld i ungas parrelationer med kunskaper och teoretiska definitioner från områdena våld i vuxnas nära relationer och arbete med ungdomar med olika svårigheter. Studiens resultat understryker vikten av att socialt arbete med våld i ungas parrelationer måste iaktta en särskild medvetenhet gällande sina normer och stereotypa föreställningar gällande ålder, kön och särskilt de tonåringar som inte följer genusnormen. Författarna lyfter att många socialsekreterare har den vuxna individen som norm vilket visar sig i beskrivningar av tonåringars förmågor, inte som tonårsspecifika, utan snarare som bristande vuxen-förmågor (Tagesson & Gallo, 2022: 345).

3.2 Diskussion

Sammantaget visar tidigare forskning på att våld i parrelationer är ett samhällsproblem som förekommer både bland unga och vuxna. Omfattningen, allvarlighetsgraden och potentiella konsekvenser av våld i specifikt ungas parrelationer blir allt tydligare ju fler studier som görs på området. Studier visar också att för att våld i ungas parrelationer ska upphöra är det viktigt att det upptäcks och att hälso- och sjukvården spelar en nyckelroll gällande att ställa frågor kring våldsutsatthet. Den tidigare forskning som gjorts gällande att ställa frågan om våld i nära relationer inom hälso- och sjukvården baseras på upplevelser hos läkare, sjuksköterskor och barnmorskor och handlar om att upptäcka våld i vuxnas parrelationer. Med detta tycks det finnas en dubbel kunskapslucka i forskningen – dels gällande hälso- och sjukvårdens arbete med att fråga om och upptäcka våld i *ungas* parrelationer och specifikt hälso- och sjukvårdskuratorns arbete med problematiken.

Kapitel 4. Metod

Good methodology chapters describe how the research was actually done and highlight the challenges you faced, the changes in your research ideas and what you learned from it. Therefore try to avoid writing in the passive voice and trying to kid your examiners that everything went as planned.

Silverman, 2017: 472

Med utgångspunkt i citatet ovan presenterar jag i detta kapitel vilka metodologiska val och överväganden jag har gjort samt redogör för studiens utformning och tillvägagångssätt. Kapitlet innehåller också diskussioner kring min vetenskapsteoretiska ansats, min förförståelse samt forskningsetiska ställningstaganden.

4.1 Metodologiska utgångspunkter

Studien har präglats av en abduktiv ansats, vilket har inneburit att processerna av empiriinsamling, analys och teoretisering har skett parallellt och kontinuerligt. Under studiens gång har jag pendlat mellan de olika processerna och därigenom har empirin och teorin påverkat och färgat varandra.

Utifrån studiens syfte att undersöka hur kuratorer inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården uppger sig arbeta med våld i ungas parrelationer så har en kvalitativ metod i form av semistrukturerade intervjuer använts. Jag ville använda en kvalitativ metod utifrån min ambition att studera upplevelser hos kuratorer inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården där kontexten är av betydelse liksom enskilda intervjupersoners beskrivningar, uppfattningar, resonemang och erfarenheter – vilket är klassiska ingångar för kvalitativa studier (Bryman, 2018: 454, 561). För att få tillgång till denna empiri ansåg jag att semistrukturerade intervjuer, med möjlighet till följsamhet och flexibilitet, passade bra. Min förhoppning var att få fylliga och detaljerade svar, men också ge mina intervjupersoner möjlighet att tolka mina frågor och utveckla sina svar utan en strikt intervjuguide att förhålla oss till (Bryman, 2018: 482, 562f, 567, 581).

Utifrån min studies kvalitativa ansats och ambitionen att undersöka kuratorers upplevelser gällande hinder och möjligheter i sitt arbete att fråga om och upptäcka våld i ungas parrelationer så har den (social)konstruktivistiska synen på kunskap legat nära till hands. Många aspekter av

konstruktivismen är viktiga i relation till intervjun som metod - såsom reflektionen kring vad det är som skapas, av vem det skapas av och hur skapandet går till (Sohlberg & Sohlberg, 2019: 311). En central utgångspunkt gällande en intervjustudie med konstruktivistisk ansats är att intervjun är en aktiv process där kunskapen produceras i interaktionen och samtalet mellan intervjuare och intervjuperson. Den sociala och språkliga kontexten tillskrivs stor betydelse och fokus ligger på subjektiva upplevelser och beskrivningar med tolkande analys (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2022: 57, Bryman, 2018: 454, Sohlberg & Sohlberg, 2019: 32, 318, Kvale & Brinkmann, 2014: 34, 69, 77f).

Men i en studie om våld i ungas parrelationer så är det inte helt okomplicerat med en socialkonstruktivistisk syn på kunskap. I boken *Social konstruktion av vad?* lyfter vetenskapfilosofen Ian Hacking (1999: 14f) att det är inte alltid som analyser i termer av sociala konstruktioner frigör. Ett sådant exempel är våld i ungas parrelationer – för även om problemet skulle kunna argumenteras vara en social konstruktion så hjälper det inte de som drabbas.

Genom sin diskussion om huruvida verkligheten existerar oberoende våra sinnen eller är en social konstruktion så visar Hacking på att det inte behöver finnas någon motsättning mellan verklighet och konstruktion, utan att dessa samspelar. Hackings resonemang öppnar också upp för möjligheten att se på konstruktivismen som en flytande skala, snarare än något svart eller vitt (1999:35f). Hacking lyfter övergrepp mot barn som ett exempel på konstruktivism, där han skriver att ” [...] det *är* ett verkligt ont, och det var det redan innan begreppet konstruerades. Det är icke desto mindre konstruerat. Varken dess verklighet eller konstruktion ska ifrågasättas” (1999: 46). Det är således inte tingen eller förekomsterna i sig som är socialt konstruerade, utan våra upplevelser av dem och känslor för dem (Hacking, 1999: 42f). Hacking menar också att det finns en risk med att blanda ihop de fundamentalt olika kategorierna objekt och begrepp, men också en stor vinst med att erkänna sociala konstruktioner av begrepp för att öka medvetenheten och åstadkomma förändring eller positionsförflyttning (1999: 18f). Utifrån detta går mina ontologiska och epistemologiska utgångspunkter en balansgång. Ontologiskt befinner studien sig någonstans emellan ontologisk realism, att det finns en verklighet bortom betraktaren (Brandén, 2015: 2), och uppfattningen att sociala företeelser och kategorier skapas via socialt samspel och befinner sig i ett tillstånd av ständig revidering (Bryman, 2018: 57f). Precis som med den ontologiska balansgången så är min epistemologiska utgångspunkt inte en extremvariant som följer av idealistisk ontologi eller empirisk induktivism (Sohlberg & Sohlberg, 2019: 79f, 318) där kunskap enbart utgår från subjektet och säker kunskap finns i våra erfarenheter och förmedlas via våra sinnen. Istället är studiens utgångspunkt att kunskap

är föränderlig och min grundläggande kunskapsstrategi är inriktad på förståelse och tolkning (Sohlberg & Sohlberg, 2019: 303, Bryman, 2018: 455). Detta innebär också att jag erkänner att kunskap till del skapas genom interaktion och i intervjusituationen, vilket också gör att jag måste förhålla mig aktivt till min roll som forskare (Bryman, 2018: 455, 458). Samtidigt tycker jag att Kvale och Brinkman (2014: 69, 71f) på ett spännande sätt belyser epistemologiska frågeställningar när de använder sig av metaforer för att beskriva intervjuarens roll – där intervjuaren antingen kan vara en malmetare och intervjun är då en process för att samla in kunskap eller så är intervjuaren en resenär som är delaktig i konstruerandet av kunskapen. Dessa metaforer representerar naturligtvis olika idealtyper av intervjukunskap som given respektive konstruerad kunskap och utifrån min ontologiska ståndpunkt måste jag beskriva mig själv som en resande malmetare. För även en kvalitativ forskare med konstruktionistiska inslag kan, vid sidan om att fokusera på intervjupersonernas egna perspektiv och beskrivningar, också ha som ambition att få fram giltig och faktisk information, eller att klargöra ett begrepp eller kartlägga en grupp intervjupersoners föreställning om ett visst begrepp eller socialt problem (Kvale & Brinkman, 2014: 191f).

Konstruktioner såsom kunskap befinner sig inte i ett vacuum. Min ambition har inte varit att studera konstruktionen av våld i ungas parrelationer utan hur kuratorer inom den somatiska barnsjukvården resonerar kring/ konstruerar sitt professionella uppdrag att fråga om och upptäcka våld i ungas parrelationer, samt vilka möjligheter och hinder de upplever i arbetet med detta.

4.2 Urvalsprocess

I studiens inledande fas kontaktade jag kuratorer verksamma inom den somatiska barnsjukvården. Samtliga tillfrågade kuratorer arbetar med barnet som patient och har en socionomexamen, men deras arbetslivserfarenhet, tid på nuvarande arbetsplats och patientgrupper (utifrån diagnos) varierar, vilket var ett medvetet val då jag ville skapa förutsättningar för såväl djup i intervjun som representativitet för gruppen. Mitt urval har således varit målstyrt och strategiskt utifrån kuratorernas direkta koppling till mitt forskningsområde (Bryman, 2018: 495ff, Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2022: 61). Studiens urvalsstorlek resulterade i tio intervjuer, då jag upplevde en tillräcklig mättnad gällande empirin samt informationsreduktion. Samtidigt som det efter tio intervjuer gick att se vissa återkommande svarsmönster, vilket vittnar om en representativitet genom mättnad i materialet

(Eriksson-Zetterquist & Ahme, 2022: 64), så var det svårt att helt avgöra mättnadsgraden då varje intervjuperson delade med sig av sina egna erfarenheter, reflektioner och upplevelser. Det gör varje intervju unik och ny information och nya vinklar tillkom vid varje intervju. Men utifrån en balansgång mellan urvalsstorlek och behovet av att hålla det empiriska materialet lagom stort för att kunna genomföra en djupgående analys så upplevdes empirin som tillräcklig (Bryman, 2018: 201, 501, 506, 508). Jag har också varit mån om att ha tillräckligt många intervjupersoner för att kunna täcka upp för såväl integritet som trovärdighet samt att minimera risken för att göra felaktiga analytiska eller teoretiska generaliseringar (ibid.). För att täcka upp för mina respondenters integritet har jag valt att inte lista mina respondenter med information om arbetsplats, antal år i yrket, kön eller ålder. Jag har också valt att inte tydliggöra inom vilken region mina respondenter arbetar eller belysa exakt vilka verksamheter de befinner sig inom. I citaten som används har jag valt att ta referera till kuratorerna som Kurator 1, Kurator 2, Kurator 3 osv, men dessa siffror är slumpmässigt utvalda och representerar inte den följd i vilken intervjuerna utfördes.

4.3 Förförståelse och forskningsetiska överväganden

Min förförståelse för forskningsområdet samt min relation till mina intervjupersoner behöver belysas och diskuteras. Jag har tidigare arbetat som kurator inom hälso- och sjukvården i ungefär fyra år. Under den här tiden arbetade jag med barn i olika åldrar samt deras familjer – inom olika verksamheter, på olika avdelningar och i olika team. Eftersom jag har velat undersöka just gruppen kuratorer inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården så har jag kontaktat kuratorer som är verksamma inom området och som jag har haft kännedom om sedan tidigare. En del av studiens intervjupersoner har tidigare varit mina kollegor, i bemärkelsen att vi tillhört samma organisation och arbetsplats men inte har haft gemensamma patientgrupper, och några av respondenterna har börjat på sin arbetsplats efter att jag har slutat arbeta som kliniker eller arbetat på annan ort. Eftersom kuratorsarbetet i mångt och mycket utförs inom tvärprofessionella team och man oftast är ensam företrädare för sin profession inom dessa team så har jag sällan samarbetat i arbetet kring patienter med någon av mina respondenter. Jag är medveten om att min förförståelse, tidigare kollegiala relation till respondenterna samt erfarenhet av att arbeta med liknande patientgrupper och i samma sammanhang kan påverka studiens resultat. Troligtvis hade intervjupersonernas sätt att prata om sitt arbete och sina

upplevelser sett annorlunda ut om de hade blivit intervjuade av en person helt utan koppling till deras arbetsplats och professionella fält.

Samtidigt innebär inte mina förkunskaper och tidigare kollegiala relation med några av respondenterna enbart begränsningar för studien – utan också ett antal möjligheter. Dels har min tidigare roll som kurator gett mig tillträde till fältet och tillgång till det urval av respondenter som jag önskade intervju. Min bakgrund gör också att jag delar språk med respondenterna och har en förståelse för kurators komplexa arbete. Positivt i relation till detta är dessutom att risken har varit liten för att jag skulle använda mig av felaktiga referensramar, vilket annars kan vara en risk när man ska försöka förstå människors arbete inom ett fält som man inte har egen erfarenhet av (Bryman, 2018: 482). En risk kan också vara att man missar aspekter av respondenternas sociala verklighet, som är av central betydelse för dem, men som man själv som forskare inte har tänkt på eftersom man inte delar deras verklighet (ibid.). Dock har jag funderat mycket kring de potentiella problemen med att jag på ett sätt studerar en världsbild och en social verklighet som jag under en tid var med och skapade samt hurvida en del av min förförståelse kanske också har skapat omedvetna förväntningar hos mig gällande vilken empiri jag skulle få. Denna problematik har jag aktivt försökt att hantera genom systematiska arbetssätt i både metod, teori och analys, vilket jag hoppas på att kunna visa på kontinuerligt genom studien.

En viktig utgångspunkt för mig gällande att förhålla mig till min förförståelse har varit den kvalitativa intervjustudiens förutsättningar, intervjuarens roll och min syn på kunskap, vilket jag har redogjort för ovan. En central del av detta är att vara tydlig och transparent gällande min roll i forskningsprocessen, vilket hänger samman med reflexivitet.

Reflexivitet handlar om att forskaren funderar kring förutsättningarna för sin aktivitet, visar på en reflektiv medvetenhet om fältets dynamik men också har ett kritiskt reflekterande kring den egna rollen som forskare, eftersom forskaren alltid är en del av sitt resultat (Alvesson & Skoldberg, 2017: 381f, 385, Bryman, 2018: 458, 471). Därav har det varit betydelsefullt för mig att förhålla mig till detta i relation till min förförståelse – och det är också någonting som författare inom det metodologiska fältet återkommer till som centralt i kvalitativa forskningssammanhang (Bryman, 2018, Harding, 1993, Alvesson & Skoldberg, 2017: 396).

Oavsett förförståelse utgör en forskares närvaro alltid en risk för ”kontaminering”, en oavsedd påverkan, av materialet (Jacobsson, 2008:170). Till viss del kan man arbeta sig runt en sådan problematik genom att inte ställa ledande frågor, men idag uppmuntras också forskaren att göra

själva kontamineringen (interaktionen under intervjusituationen) till föremål för analysen. På detta sätt blir forskarens interaktion med respondenten under intervjun en empirisk resurs. I relation till detta har jag också sett de upplevelser som kuratorerna ger uttryck för i intervjuerna som kunskap som produceras under intervjuens gång och där jag som intervjuare har spelat en roll i skapandet. Utifrån detta har jag varit försiktig med att tolka kuratorernas utsagor som en objektiv bild av deras arbete eller arbetsplats, utan har som utgångspunkt att deras svar delvis har färgats av vad de tror att jag vill veta samt hur de själva vill framstå (Jönsson, 2023: 91).

Forskning varken är eller kan vara värdeneutralt eftersom en forskares partiskhet, forskarbias, aldrig på riktigt kan tas bort eller kommas runt (Harding, 1993: 49, 57). Den objektivitet som ska prägla värdeneutrala studier skapas och påverkas alltid av maktrelationer. Det är viktigt att forskaren är tydlig med sin subjektivitet – detta är ett sätt att placera kunskapssubjekten på samma kritiska och kausala plats som kunskapsobjekten (Harding, 1993: 69). På så sätt kan kunskap och fördomar granskas och bedömas på ett mer transparent sätt än sådan forskning som utger sig för att vara värdeneutral.

Forskningsetiska överväganden

Jag har redan inlett min diskussion kring vilka forskningsetiska överväganden jag har ställt inför, men vill lyfta ytterligare några aspekter som jag anser är av särskild betydelse. I ett större perspektiv så har forskningen en viktig position i samhället – ur lärandeperspektiv, utvecklingsperspektiv och ett demokratiskt perspektiv. Därför vilar det också ett stort ansvar och stora förväntningar på forskarens axlar. Också på en masterstudents axlar vilar ett ansvar - gentemot sina studieobjekt och respondenter, men också gentemot de som indirekt kan påverkas av studien och de genererade resultaten (Vetenskapsrådet, 2017: 8).

Genomgående under studien har jag förhållit mig till Vetenskapsrådets publikation *God forskningsed* (2017) samt forskningsetiska principer (2002). Före intervjun har samtliga intervjupersoner fått information och beskrivning om studiens syfte, samtycke och anonymitet samt hur det insamlade materialet kommer att användas och hanteras. Samtycke har inhämtats skriftligt vid varje intervjutillfälle och då har också informationen om studiens syfte och möjligheten att avbryta deltagandet i studien upprepats muntligt (Silverman, 2017: 59f, 62, Kvale & Brinkman, 2014: 105ff).

Också vid hanteringen av studiens empiriska material har forskningsetiska frågor varit av central betydelse. Under transkriberingen av intervjuerna har anonymitetskravet varit

närvarande, genom att deltagarna har aidentifierats redan i ett första steg genom användandet av ”Kurator 1”, ”Kurator 2”, osv. Varken namn eller kuratorns inriktning inom verksamheten förekommer i något av det empiriska materialet. Jag har medvetet utelämnat alla diagnoser som kuratorerna nämner i intervjuerna och har valt att inte närmare specificera vilka sjukhus eller städer som kuratorer är verksamma i. I de fall där jag har varit tvungen att korrigera texten för att säkra intervjupersonernas konfidentialitet så har jag likväl gjort mitt yttersta för att säkerställa att texten är lojal mot intervjupersonens muntliga uttalanden (Kvale & Brinkman, 2014: 99).

4.4 Genomförande

Studien genomfördes under 2023–2024, där intervjuerna ägde rum mellan april-juni 2023. Intervjuerna genomfördes på respondenternas arbetsrum. Detta var ett medvetet och aktivt val då det kan bidra till att till viss del jämna ut den ofrånkomliga maktobalansen i en intervjusituation (Kvale & Brinkman, 2014: 19, 51ff). Intervjuerna pågick mellan 45–60 minuter. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades i sin helhet av mig. Totalt består det empiriska materialet i form av transkriberingar av 125 sidor. I framställningen av studiens resultat och analysen så är citaten som används ”putsade” genom att jag har tagit bort exempelvis utfyllnadsord såsom ”ah” och ”eh” i syfte att öka läsbarheten.

Utifrån den semistrukturerade intervjun som metod har jag använt mig av en intervjuguide som i första hand har använts som ett underlag för samtal snarare än som en färdig mall för intervjuerna. Mina första två intervjuer var pilotintervjuer (men hanteras som likvärdigt empiriskt material) och efter dessa tillfällen justerade jag intervjuguiden genom att ta bort vissa frågor och i större utsträckning ställa frågor utifrån olika teman: 1) kuratorns roll, 2) kunskap och kunskapsproduktion, 3) våld i ungas parrelationer?

Under intervjuerna har jag presenterat vilka teman jag önskar samtala kring, men mina intervjupersoner har fått stor frihet att utforma sina egna svar, reflektera fritt och välja att svara på helt andra frågor än de som stod i min intervjuguide. Jag har också tillåtit mig själv att både anpassa och ställa andra frågor samt ändra ordningsföljd på mina teman utifrån samtalets utveckling. Detta är en av de stora fördelarna med kvalitativa intervjuer – då man kan få både en bredare bild med fler nyanser och dimensioner, och svar på helt andra frågor än man först tänkt (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2022: 60, Bryman, 2018: 563).

4.5 Analysprocess

Utifrån studiens abduktiva ansats så har mitt analysarbete skett kontinuerligt och parallellt med empiriinsamlingen och teoretiserandet (Blomberg, 2004: 20f). Bland annat började min analysprocess och bearbetning av empirin under intervjuerna genom att jag har varit mån om att ta anteckningar parallellt med min inspelning av intervjuerna, vilka jag sedan har skrivit in som kommentarer i mina transkriberingar.

Jag har burit med mig olika teman och analyskategorier in i intervjuerna, av vilka några sedan har sorterats bort medan andra har formats om och använts i min kategorisering av intervjuerna som en helhet. Tematiseringen har med detta skett före, under och efter intervjuerna och jag har under processens gång varit öppen för nya teman som trätt fram.

I min bearbetning och analys av de individuella intervjuerna har jag försökt att fånga kuratorernas mening för att sedan se till den samlade empirins mönster och gemensamma nämnare. Detta har krävt en medvetenhet för att inte förenkla eller förlora det unika i respondenternas enskilda upplevelser eller beskrivningar. Jag också slagit vakt om de avvikelser som har framträtt i materialet, för även när materialet har uppfattats som spretigt och besvärligt så har jag burit med mig Wästerfors och Sjöbergs ord om att det potentiellt är i dessa avvikelser som man finner den mest heltäckande förklaringen, alternativt den mest precisa definitionen av det aktuella fenomenet (2008: 80).

Utifrån den abduktiva ansatsen så har teori använts både som ingång till och som reflektion över empirin och processambitionen har varit en pendelrörelse mellan empiri och teori med förhoppningen om att få en förståelse för såväl empiriska som teoretiska mönster (Blomberg, 2004: 20f). Blomberg menar att en fortgående reflektion kring tolkningar och empiriska mönster under forskningsprocessen kan vara ett sätt att validera undersökningen internt, delvis då forskaren genom pendlingen skapar utrymme att ifrågasätta sina egna förklaringar.

4.6 Tillförlitlighet

Vare sig en studie är kvalitativ eller kvantitativ så finns det fundamentala krav på kvalitet och vetenskaplighet (Jacobsson, 2008: 162). Hur detta ska avgöras och vilka kriterier som ska användas vid bedömmandet av kvalitet och utförande har länge varit en fråga för diskussion.

Inom den kvantitativa forskningen är begreppsparat validitet (mäts det som avses att mätas?) och reliabilitet (hur väl mäts det som mäts?) vedertagna, men inom den samhällsvetenskapliga och kvalitativa forskningen är begreppens användbarhet ifrågasatt (Jacobsson, 2008: 165). Detta är naturligt då frågor om reliabilitet och validitet speglar epistemologiska frågor om (säker och mätbar) kunskap och huruvida objektivitet är möjligt eller ens önskvärt (Kvale & Brinkman, 2014: 291ff, Jacobsson, 2008: 165). Många forskare menar att det finns mer användbara sätt att bedöma en kvalitativ studies kvalitet, där bland annat Jacobsson (2008: 166) presenterar ett mindre polariserat perspektiv som bygger på att en författare visar på en metodologisk medvetenhet och presenterar forskning som är solid, rimlig och välgrundad. Detta går också i linje med två begrepp som ofta lyfts som lämpliga för att värdera och bedöma kvaliteten hos kvalitativa studier: tillförlitlighet och äkthet (Bryman, 2018: 467, 454, Jacobsson, 2008: 165). Min förhoppning är att möta dessa kriterier dels genom en transparens och kontinuerlig reflektion gällande metod, övervägningar, process och utförande. Men också i mina beskrivningar i analysen. Min vetenskapsteoretiska utgångspunkt är att det finns en verklighet som går att studera, men den sociala verkligheten kan uppfattas och beskrivas på många olika sätt. Min ambition är därför att tolka och återge mina respondenters beskrivningar så fylligt som möjligt och med variation, nyans och mångfald för att ge trovärdighet till mina resultat (Bryman, 2018: 479). Kvale och Brinkman menar att just precisionen i beskrivningen och stringensen i tolkningen är den kvalitativa intervjuens motsvarighet till de kvantitativa måttens exakthet (2014: 47). Förmågan att ge en rättvis bild av de olika upplevelser och åsikter som framkommer i materialet är också en central del för att möta upp kravet på äkthet/autenticitet (Bryman, 2018: 470). För ytterligare transparens har jag också valt att publicera min intervjuguide för att öppna upp för möjligheten att bedöma intervjudesignens kvalitet i relation till studiens syfte (Kvale & Brinkman, 2014: 296).

En kritik gällande min studie, liksom andra kvalitativa intervjustudier, är frågan gällande överförbarhet och möjligheten för andra forskare att reproducera mina resultat vid andra tidpunkter. Gällande överförbarheten så är inte min ambition att resultaten ska kunna överföras eller generaliseras till andra grupper eller kontexter, utan den generaliserbarhet som finns ska ses som teoretisk och värdet ligger i det kontextuellt unika och på de aspekter som framkommer av den sociala verkligheten som jag studerar (Bryman, 2018: 479).

Frågan huruvida mina resultat skulle kunna reproduceras vid andra tidpunkter och av andra forskare, är något jag har förhållit mig till i alla delar av min forskningsprocess (intervju, utskrift och analys) genom att exempelvis i möjligaste mån inte ställa ledande frågor, transkriberat

intervjuerna i sin helhet och eftersträvat täta beskrivningar med representation av mångfald och variation i min analys (Kvale & Brinkman, 2014: 295).

Kapitel 5. Teoretiskt ramverk

I följande kapitel kommer jag att redogöra för de teoretiska begrepp som jag har valt utifrån studiens syfte samt utifrån områden och perspektiv som framkommit i empirin. Jag har valt att använda mig av de professionsteoretiska begreppen jurisdiktion och handlingsutrymme. Dessa begrepp går på många sätt hand i hand med varandra och är ömsesidigt förstärkande. Men begreppen ger mig också, var och en för sig, möjlighet att analysera och förstå empirin. Som ett komplement till jurisdiktionsperspektivet har jag också valt att använda mig av Bourdieus begrepp fält, doxa och kapital.

5.1 Jurisdiktion

En viktig del i analysen av kuratorernas resonemang kring sitt uppdrag, hinder och möjligheter att fråga om och upptäcka våld i ungas parrelationer har varit förståelsen för den kontext som kuratorn arbetar inom. Inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården arbetar kuratorn tillsammans med många andra professioner såsom sjuksköterskor, läkare, dietister, fysioterapeuter och medicinska sekreterare. Dessa professioner bildar tillsammans ett system, för att använda den inflytelserike professionsforskaren Abbotts terminologi, som upprätthålls genom de handlingar och arbetsuppgifter som tillskrivs professionerna (1988). En central del av Abbotts resonemang kring dessa system är att alla professionerna strävar efter att försvara och utöka sin *jurisdiktion* (Abbott, 1988, Svärd, 2014: 511f). Med jurisdiktion avses det område, eller den domän, som professionen gör anspråk på och har monopol över och är enligt Abbot länken mellan professionen och den professionella (Abbott, 1988: 117f). Detta innebär att en profession har maximal jurisdiktion om man ”besitter ett territorium inom vilket man har ensamrätt att utforska förhållanden, planera och utföra tjänster samt kontrollera medlemmarnas utbildning” (Svensson, Johansson & Laanemets, 2021: 95). Det är få professioner som besitter maximal jurisdiktion, men utifrån graden av en professions legitimitet och kontroll kan gruppen skapa en mer eller mindre tydlig jurisdiktion. I brist på formell jurisdiktion, såsom legitimation, lagstiftning, nationella riktlinjer eller arbetsbeskrivningar, är begreppet *informell jurisdiktion* relevant (Abbott, 1988: 86). Det informella jurisdiktionsarbetet utgörs av ett förhandlingsarbete mellan professioner på en arbetsplats och kan handla om förhandlingar om tolkningsföreträde, rätten och kunskapen att definiera en problematik, göra bedömningar, sätta diagnoser och komma med förslag på lösningar eller behandling, baserat på olika professioners kunskapsbas.

Professionernas jurisdiktion är alltså inte absoluta eller permanenta, utan kan förstärkas eller försvagas i processer av faktiskt professionellt arbete. I denna studie har jag valt att tolka ”förhandling” och ”förhandlingsarbete” brett, där en förhandling kan bestå av arbete som utförs för att utöka ett jurisdiktionärt område. Jag har valt att enbart använda mig av ett av Abbotts begrepp – jurisdiktion – och inte hela hans systemteoretiska perspektiv eller begreppsapparat. Jag har gjort denna avvägning utifrån vad empirin har visat samt att studiens syfte inte har varit att studera hela systemet, utan enbart kuratorns upplevelser och beskrivningar av sitt uppdrag att fråga om våld i ungas parrelationer.

5.2 Fält, doxa och kapital

Abbotts jurisdiktionsbegrepp har hjälpt mig att begripliggöra delar av det som framkommit i min empiri, men analysen har också krävt kompletterande begrepp och perspektiv. Utifrån detta har jag valt att använda mig av Bourdieus teoretisering gällande fält, doxa och kapital.

I likhet med Abbott är Bourdieus perspektiv relationellt, vilket innebär att den sociala verkligheten består av relationer mellan positioner och strukturer (Bourdieu 1995: 44). Detta system av relationer och positioner benämner Bourdieu som *fält*. Kopplat till fältbegreppet är *doxa* ett viktigt grundantagande. Doxa ska förstås som fältets underförstådda spelregler. Inom varje fält finns sociala strukturer som både vägleder och begränsar sociala handlingar och dessa doxa reglerar vad som är legitimt och därmed möjligt att tänka, säga och göra inom ett fält (Bourdieu 1977:164, Carlhed, 2011: 284, 291)

En viktig del av fältbegreppet är att relationerna mellan positioner på fältet består av ett hierarkiskt dominans- och maktförhållande mellan dominerande (de härskande) och de dominerade (de underordnade) positioner där agenternas positioner avgörs av deras samlade kapitaltillgångar (Bourdieu 1995: 44ff). *Kapital* ett av Bourdieus mest grundläggande begrepp, som enkelt kan beskrivas som symboliska och materiella tillgångar. Bourdieu skiljer mellan olika former av kapital: ekonomiskt kapital, socialt kapital (exempelvis tillgång till sociala nätverk), symboliskt kapital (som definieras i relation till det specifika fält man studerar och som där erkänns som legitimt) samt kulturellt kapital (som definieras i relation till de dominerande värderingarna i samhället tex vetenskapligt kapital och utbildningskapital) (Bourdieu, 1986: 281, Bourdieu 1988: 73ff, Broady, 1998: 3, Carlhed, 2011: 285). Vilket värde

ett kapital har eller tillskrivs beror på den totala sammansättningen av kapitalen, och måste analyseras i relation till ett specifikt fält samt till de andra grupper som är aktiva där. Utifrån detta är det inte enbart utifrån en total mängd av kapital som tillträde ges till vissa positioner på fältet, utan också utifrån den specifika sammansättningen av kapital. (Bourdieu, 1996: 73ff, Carlhed, 2011: 285). Kapitalen, dess sammansättning och användning måste också förstås och analyseras genom att ställas mot fältets doxa som ”värderar dem som legitima eller ej i olika grad, vilket i sig skapar en specifik ekonomi av symboliskt kapital” (Carlhed, 2011:298).

Det är lätt att tolka Bourdieus fältbegrepp som enbart konfliktinriktat, men perspektivet utgår inte självklart från att det enbart är makt och strid som driver agenterna på fältet – det kan också vara en tro på det man gör som något gott, seriöst och osjälviskt och inte nödvändigtvis en strid på något fält (Carlhed, 2011: 292). Det finns därför möjlighet att se till såväl kamp som samarbete (i form av allianser) genom Bourdieus fältbegrepp. Detta synliggör också en viktig skillnad mellan Bourdieus fältbegrepp och Abbotts systembegrepp. Där Abbott betonar gränserna i systemet kan perspektivet med hjälp av Bourdieu vidgas för att också inkludera vad som håller samman fältet, kulturellt och symboliskt dvs. doxan och dess relationer samt striderna om densamma (Bourdieu 1977: 167, Carlhed, 2011: 292).

Ett Bourdieuskt perspektiv på kurators roll och funktion inom hälso- och sjukvården har också varit hjälpsamt för min analys då det öppnar upp för möjligheten av differentiering inom en yrkesgrupp (Bourdieu 1995: 45). Kuratorer som utför socialt arbete inom hälso- och sjukvården ska ur detta perspektiv betraktas som aktiva inom ett annat fält än sitt eget - det medicinska fältet - och verksamma i en organisation som domineras av den medicinska doxan, vilket är en annan doxa än den man skolats in i. Detta kan få konsekvenser för hur det praktiska arbetet utförs samt ha betydelse för vilka strategier den individuella kuratorn inom hälso- och sjukvården väljer och utvecklar för att förhålla sig till relationerna mellan socialt arbete och medicin. Kuratorn kan välja att använda sig av en mimetisk strategi (Sjöström, 2013, Sernbo, 2019), vilket innebär att kuratorn försöker smälta in i den medicinska miljön genom att exempelvis använda sig av medicinsk terminologi och definiera sitt arbete i relation till organisationens medicinska termer eller anpassa sitt arbete efter medicinska bedömningar snarare än sina egna (socialt arbete). Den andra strategin är aposematisk, där kuratorn i stället betonar sin särart som socialarbetare genom att använda sig av det sociala arbetets specifika kunskap, teorier och metoder. Genom att tydligt särskilja sig från den medicinska kunskapsbasen gör kuratorn sin egen kunskap mer specifik (Sjöström, 2013; Sernbo, 2019).

5.3 Handlingsutrymme

Under mina intervjuer framkom handlingsutrymme som ett centralt begrepp för att förstå hur kuratorer inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården uppger sig arbeta med att fråga om våld i ungas parrelationer.

Det finns många olika perspektiv på och tolkningar av handlingsutrymme. Ett perspektiv är Ronald Dworkin, som beskriver handlingsutrymme illustrerat som en doughnut (flottyr munk) (1978: 31). Hålet i bakverket blir liknelsen för handlingsutrymmet, vilket omgärdas av ramar och begränsningar bestående av lagar, regler, policys, normer och överenskommelser. Ett handlingsutrymme måste således förstås genom att beakta vad som begränsar det (Jönsson, 2023: 104) och det är inte heller regler, eller avsaknaden av desamma, som är handlingsutrymmet – utan möjligheten att agera mellan dessa regler (Svensson, Johansson & Laanemets, 2021:26). Hur stort en enskild medarbetares handlingsutrymme är avgörs och formas delvis av organisationen och dess uppdrag. Men handlingsutrymmet och dess användning påverkas också av flera andra faktorer såsom rutiner, professionella tolkningar och traditioner samt individuella faktorer hos såväl kurator som patient, samt interaktionen dem emellan (Svensson, Johansson & Laanemets, 2021:17, 26). Ett handlingsutrymme kan utnyttjas på många olika sätt och individuella kunskaper, erfarenheter, intressen och värderingar bidrar till hur stort ett handlingsutrymme *är* och *görs*. I relation till detta kan handlingsutrymmet beskrivas som en balansakt mellan krav och resurser, vilken inte består av ett neutralt kalkylerande, utan istället överväganden i arbetet, även om dessa överväganden många gånger är outtalade. Genom detta blir hanteringen av handlingsutrymmet ett verb snarare än ett substantiv, en kapacitet snarare än ett utrymme eller ett faktum (Sernbo, 2019: 39, 62).

I studien görs också en distinktion mellan det *fogade* handlingsutrymmet och det *stridbara* handlingsutrymmet (Jönsson, 2023: 124, 127). Inom ramen för denna studie ska det fogade handlingsutrymmet förstås som att kuratorn låter sitt handlingsutrymme fogas till, eller begränsas av, hälso- och sjukvårdens mer eller mindre uttalade ramar. Det fogade handlingsutrymmet ska inte förstås som att kuratorn är tvingad att foga sig efter de olika ramarna och genom detta inte ha något handlingsutrymme. I stället ska det fogade handlingsutrymmet tolkas som att vara något valbart från fall till fall. (Jönsson, 2023: 128). Det stridbara handlingsutrymmet skapas då en socialarbetare inte fogar sig efter olika ramar, utan istället väljer att strida för sitt beslut och för sitt handlingsutrymme, som med detta också kan utvidgas (Jönsson, 2023: 128).

Kapitel 6. Analys och resultat

I följande kapitel kommer studiens resultat och analys att presenteras i relation till forskningsfältets kunskapsläge och studiens teoretiska ramverk. Studiens frågeställningar besvaras löpande i analysens olika delar, som består av de övergripande teman som växte fram under analysprocessen.

6.1 Kuratorns arbete med våld i ungas parrelationer

Under intervjuerna med kuratorerna om deras arbete med att fråga sina patienter inom barn- och ungdomssjukvården om våld i egna parrelationer framkom att få av respondenterna hade erfarenheter av att ställa frågan (annat än till vuxna kvinnor). Respondenterna lyfte ett antal hinder som i stor utsträckning går i linje med sådant som återkommande lyfts i litteraturen gällande vård- och omsorgspersonals hinder för att fråga om våld i vuxnas nära relationer (Sprague *et al.* 2012, Sundborg *et al.* 2012). Ett hinder som lyftes är okunskap gällande våld i ungas egna nära relationer. Några av kuratorerna lyfte okunskap gällande våld i nära relationer i allmänhet, då bland annat på vilka olika sätt våldet kan manifesteras sig, utöver det fysiska, där den största kunskapsluckan uttrycktes gälla det digitala våldet. Också osäkerhet kring vad man ska göra med svaret om det i ett samtal framkommer våldsutsatthet i en ung patients parrelation lyftes som ett hinder.

Om man ser det så här, rent praktiskt, om man skulle jämföra det mot vuxna. Om man möter en vuxen person som har våld i nära relation, då har jag ju oftast en kunskap kring vart jag kan vända mig för råd, eller vart jag hänvisa om det skulle bli värre. Det låter lite hemskt, men jag vet inte om jag kan säga det om en ung... skulle ha samma problem. Kvinnojouren? Nej men är man inte vuxen då? [...] Kanske en osäkerhet också – att man inte riktigt vet vad man ska göra när man får svaret. Ska man göra en orosanmälan? Ska man prata med föräldrarna? Eller vad gör jag? Man har ingen naturlig samarbetspartner kanske på samma vis som med en kvinnojour... Måste man ringa socialtjänsten? Göra något direkt? Ring polisen? Nej, det kanske lite grann det att få ansvaret: vad gör man med det? Jag tror inte att någon av mina kollegor skulle fundera: nej, den frågan ställer jag inte för jag vet inte hur jag ska hantera svaret. Men någonstans kanske det försvinner från vår tankegång när vi möter patienten – vilka frågor ska jag ställa? Hur ska jag tolka svaren?

Kurator 7

Citatet sätter ljus på hur kuratorns upplevda okunskap och osäkerhet gällande hur hen ska och kan agera om våldsutsatthet i parrelation framkommer kan påverka kuratorns benägenhet att ställa frågan till en patient. Min tolkning är att kuratorn upplever handlingsutrymmet som otydligt, vilket skulle kunna förstås genom att kuratorn varken har en upplevd eller formell jurisdiktion över området våld i ungas parrelationer. Detta påverkar också hur kuratorn formar sitt handlingsutrymme då handlingsutrymmet inte i första hand begränsas av vilka ramar och regler som kuratorn har att förhålla sig, utan att det i detta fall snarare är avsaknaden av desamma som blir ett hinder för handlingsutrymmet. Om ett handlingsutrymme förstås genom att beakta vad som begränsar det (Dworkins doughnut-metafor 1978:31, Jönsson, 2023: 104) så visar citat på att kunskaper kring våld, formaliserade riktlinjer och samarbetsvägar med andra instanser skulle öka handlingsutrymmet och möjligheterna för kuratorn inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården att ställa frågan kring våld i parrelationer.

Brå lyfter i sin rapport från 2018 att våld i ungas parrelationer är en problematik som i allt för hög utsträckning är osynlig i myndigheters kunskapsproduktion och att kunskapen är låg både hos många professionella som arbetar med frågan på strategisk nivå och hos de som arbetar direkt med barn och unga. Detta påverkar samhällets förmåga att motverka våldet, men innebär också att utsatta individer riskerar att inte få de insatser och det stöd de behöver (Brå, 2018: 15). Utifrån studiens intervjuer framkommer att detta gäller också för den somatiska barn- och ungdomssjukvården, där okunskapen kring problemets omfattning skapar en osynlighet av problemet inom organisationen, vilket också utgör ett tydligt hinder för kuratorn att arbeta med frågan. Det sociala arbetets kunskapsproduktion- och kunskapsutveckling gällande våld i ungas parrelationer inom en så starkt institutionaliserad organisation som hälso- och sjukvården är en utmaning, men av stor betydelse. Detta gäller på såväl individuell nivå som på kollektiv nivå, för att kunskapsfältet ska kunna utvecklas. Okunskapen och osäkerheten gällande problematiken som framkommer i intervjuerna kan också ses som ett uttryck för att våld i ungas parrelationer inte har en naturlig plats inom det medicinska fältet, då det inte är en renodlad medicinsk fråga. Därför finns det heller inte ett organisatoriskt stöd för kuratorn att utveckla sin kunskap och kompetens inom området. En risk med detta är att kuratorn fogar sig till den medicinska doxan och anpassar sitt handlingsutrymme till de ramar och kategoriseringar som organisationen tillhandahåller.

Samtidigt var det inte alla respondenter som uttryckte en osäkerhet kring vad man ska göra med svaret. En kurator beskrev hur hen resonerade kring sitt handlingsutrymme om det i samtal framkom våld i ungas parrelationer på följande sätt:

I: Vad gör ni med svaret då? Om det framkommer.

Q2: Det beror ju såklart på vad det är som framkommer. Är det något riktigt allvarligt som man utsätts för eller utsätter någon för så, i vissa fall måste jag göra en orosanmälan men i andra fall kan vi ha några samtal kring det och få lov att involvera föräldrarna eller någon annan viktig vuxen. I annat fall kan man se till så att de får etablerat en annan kontakt – en långvarig samtalskontakt eller... ja det beror ju helt på vad det är som framkommer.

Kurator 2

Citatet är ett exempel på hur kuratorns handlingsutrymme kan bestå av olika valmöjligheter och hur det används avgörs, formas och påverkas av en rad olika faktorer. En faktor är vilken organisation kuratorn verkar inom och hur organisationens uppdrag är formulerat, men också rutiner, professionella tolkningar samt individuella faktorer hos kuratorn (Svensson, Johansson & Laanemets, 2021:17, 26). Jag tolkar citatet ovan som att kuratorn ger uttryck för känsla av trygghet i både sin kunskap gällande våld i ungas parrelationer, sin roll som kurator och vilket handlingsutrymme hen har i relation till svaret på frågan. Vad kuratorn också ger uttryck för är att ett handlingsutrymme kan utnyttjas på olika sätt och hur stort ett handlingsutrymme är och görs beror i stor utsträckning på individuella kunskaper, erfarenheter, intressen och värderingar. Detta kan också argumenteras gå i linje med det som Sernbo (2019: 39, 62) lyfter – att hanteringen av handlingsutrymmet är en förmåga snarare än ett utrymme eller ett faktum, alltså ett verb snarare än ett substantiv. Kuratorns tolkning av situationen och val av handling skulle också kunna tolkas som ett stridbart och därmed utökat handlingsutrymme. Citatet belyser också att en individuell kurators erfarenhet och vana att fråga om våld i ungas parrelationer till viss del kan överbrygga hindret som det medicinska fältet och organisationen utgör.

Ytterligare en aspekt som lyftes under intervjuerna är att det finns en rädsla gällande att ställa frågan om våldsutsatthet och att denna rädsla är kopplad till huruvida det skulle vara olämpligt att ställa frågan om våld samt en rädsla för vad det väcker hos patienten att få frågan.

I: Hur tänker... har du några funderingar kring varför kuratorer inom barnsjukvården sällan ställer frågan om våld i ungas egna parrelationer?

Q6: Jag tänker att det kanske är samma anledning till varför man sällan ställer den till vuxna också. Att det finns en rädsla – för vad det ska väcka hos den man pratar med. Att det skulle vara olämpligt på något sätt. Samtidigt som vi ju vet att det är jätteviktigt och att det kanske borde göras lite mer rutinmässigt. För att ta bort den jobbiga känslan kring det – att vi skulle öva lite mer på det... har jag funderat kring. Men att vi inte ställer den till ungdomar – ja men dels för att det är en jobbig fråga att ställa och dels att vi kanske inte ser på unga som varelser som har de här sorternas relationer...

I: Kärleksrelationer?

Q6: Kärleksrelationer. Eller att de kärleksrelationerna skulle vara mer oskyldiga kanske än relationer senare i livet. Och att vi tänker... att man har föreställningar om att de här unga har relationer med jämnåriga och att i den åldern så förekommer det inte våld. Föreställningar om

hur unga lever, som kanske inte stämmer överens med verkligheten. Därför att jag har rätt lite kunskap känner jag, om ungas levnadsvanor.

Kurator 6

Citat visar att okunskapen som påverkar kuratorns benägenhet att ställa frågor om våld till unga patienter är mångbottnad. Samtidigt som det finns samma hinder att fråga ungdomar om våldsutsatthet som vuxna, såsom rädsla och en föreställning om att frågan ska vara olämplig, så finns det dessutom en risk att okunskap om ungdomars liv och vardag tillsammans med stereotypa föreställningar kring deras kärleksrelationer skapar fler hinder att ställa frågan. Detta understryks också av nästa citat som visar hur en kurator med erfarenhet och vana av att ställa frågor om våldsutsatthet till unga patienter, i kombination med kunskap om såväl våld i ungas parrelationer som ungdomars vardag bidrar till en ökad sannolikhet att kuratorn ställer frågor till unga patienter om våld i deras parrelationer.

I: Har du stött på våld i ungas nära relationer i samtal?

Q2: Ja det har jag

I: Det har du? Många gånger eller?

Q2: Ja, många gånger. När jag jobbade i psykiatrin.

I: När du jobbade i psykiatrin ja. Var det någonting som du hade som en fråga som du brukade ställa, eller hur brukade det komma fram?

Q2: Från början hade jag inte det, utan jag kommer ihåg när jag blev medveten om det. Hur ungas sätt att leva och ha kärleksrelationer faktiskt skiljer sig från hur det var när jag själv var ung. Och när jag blev medveten om det och började undersöka det mer så formade jag nog frågor som jag brukade fråga till ungdomar efter det.

I: Hur ser de frågorna ut?

Q2: Har du blivit utsatt för våld eller övergrepp? Har du gjort saker som du efteråt känner att du inte var bekväm med? Sedan har jag också frågat, om du i efterhand har känt att du har varit utsatt för någonting som du inte förstod då var helt ok.

I: Och det här har du också med dig i ditt arbete inom somatiken?

Q2: Ja det har jag.

I: Har du kontakt med ungdomar i ditt nuvarande jobb?

Q2: Oh ja, det har jag.

I: Är det en fråga du har ställt, någon gång?

Q2: Ja det har jag.

Kurator 2

Ytterligare en respondent resonerade kring sitt uppdrag i relation till att fråga om våld i ungas parrelationer i följande citat:

I: Hur många gånger har du ställt frågan kring våld i barns egna nära relationer?

Q8: Jag har haft med mig frågan, men jag skäms idag ändå. Därför att jag har studsat förbi den. Jag har inte... Jag har frågat om våld. Jag har sett våld. Jag har in... men har fått ett nej och släppt det. Så även om jag har haft ett ganska brett spektrum... men sen har jag också mött, när jag började på barnmedicin så var jag... du är så negativ! Du ser bara kriser och katastrofer! Men på barnmedicin frågar man inte om missbruk. Man frågar inte om våld. Man frågar inte om sådana saker. Och när jag sa: men har ni tänkt på att det kan vara våld? Har ni tänkt på att det kan vara övergrepp? Har ni tänkt på att det kan vara det? Så har de sagt att: du är en sådan katastrofmänniska! Ja, fast... ja. Men jag måste erkänna att jag har inte... det har varit min

okunskap på barnmedicin, det är den kunskapen jag har om våld i ungas nära relationer. För jag har liksom haft den i mitt frågebatteri, men jag har bara svept förbi den.

Kurator 8

Kuratorn beskriver hur hen har kunskap om frågan om våld i ungas parrelationer, men uttrycker en okunskap gällande att driva frågan på det medicinska fältet. En tolkning är när att andra yrkesgrupper inom barn- och ungdomssjukvården säger att kuratorn är en ”katastrof-människa” så är det ett uttryck för att kuratorn inte följer organisationens syfte och mål, inte fogar sig till det medicinska fältet eller dess doxa. När kuratorns arbete och psykosociala perspektiv på våld i ungas parrelationer inom det medicinska fältet översätts till att bara se ”kris och katastrof” så kan detta vara ett uttryck för att problemet varken har ett upparbetat kapital eller jurisdiktion inom barn- och ungdomssomatiken. Sakfrågans bristande kapital och jurisdiktion inom fältet påverkar således kuratorns upplevda möjligheter till handlingsutrymme. Utifrån kuratorns beskrivning innebär detta inte bara att kuratorn fogar sitt handlingsutrymme utifrån det medicinska fältet och dess doxa, utan att det är också ett icke-stridbart jurisdiktionsområde. I relation till detta har också språket betydelse (Bourdieu, 1977: 167). Genom att översätta våldsutsatthet i ungas parrelationer till ”kris och katastrof” så görs problematiken till något som ligger utanför det medicinska fältet med dess doxa om diagnosticering och behandling, vilket riskerar att ytterligare begränsa kuratorns handlingsutrymme.

6.1.1 Frågor på rutin eller indikation

Under intervjuerna lyfte samtliga kuratorer den psykosociala kartläggningen som sitt viktigaste arbetsredskap och en grundläggande rutin för kuratorns arbete. Denna kartläggning är oftast kuratorns första möte med en patient och dennes familj och utgör grunden för kuratorns bedömning och fortsatta insatser. En kurator sammanfattade vad en psykosocial kartläggning består av på följande vis:

I alla mina första samtal har jag en psykosocial kartläggning så att säga. Då ingår det att jag alltid gör en familje-karta och så utgår jag lite grann från den. Sedan ringar jag in andra sammanhang som barnet är i och sedan så ringar jag in med frågor då också det psykiska mående – ofta kopplat till diagnos eller orsaker till varför den är på just den här mottagningen. Och det gör jag ofta både med förälder och barn, gärna i olika konstellationer. Så de får gå in och ut i rummet lite grand.

Kurator 2

I citatet beskriver kuratorn att den psykosociala kartläggningen sker på rutin och täcker in många viktiga aspekter i en patients liv (psykiska, sociala, relationella och praktiska) för att på så sätt ge kuratorn en så bra helhetsbild över barnets situation som möjligt. I intervjuerna framkom att ingen av respondenterna, med undantag från en kurator, hade med frågor om våldsutsatthet i egen parrelation i den psykosociala kartläggningen och inte heller med sig frågan i sin ”inbyggda agenda” i arbetet i övrigt.

Sen ska den [inbyggda agendan] utökas! Jag tänker att det här med våldet är inte inbyggt i min i alla fall! Sen tänker jag att det kanske skulle bli det lite mer men... hur ser skolan ut, hur ser det ut med kompisar, sover du på nätterna... Allmänt liksom. Hur ser det ut där hemma? Vi har ju med oss väldigt mycket av detta när vi frågar. Sedan finns det saker som vi missar helt och hållet såklart.

Kurator 3

Eftersom frågor om våldsutsatthet inte ställs på rutin utan enbart på indikation riskerar ungas utsatthet att missas. Detta måste också förstås i relation till att det i intervjuerna framkom att flera av kuratorerna upplever att de är ovana att ställa frågor kring våldsutsatthet i unga patienters egna relationer, vilket skapar en känsla av osäkerhet och gör kuratorerna obekväma med att ställa frågan.

Kanske rädsla? Eller jag vet inte. Jag har nog inte varit så rädd för att ställa frågor egentligen. Jag tror inte att det handlar om det egentligen. Utan... det finns inte... jag vet inte... Obekvämt kanske? Det är samma sak som när man ska prata kring sexualitet till exempel. När man är ovan vid det så känns det lite jobbigt första gången man ska prata kring saken. Men ju mer van man blir med det, ju mer bekvämt blir det ju. Det är samma sak med våld. Det borde vara som en fråga som allting annat.

Kurator 3

I: Hur tänker du – just när det kommer till våld i ungas nära relationer, borde det finnas något system kring att fråga om det eller är det onödigt?

Q2: Mmmm, nej, jag tänker att det gott kan finnas ett system. Dels för att öva upp sig för att prata om det och för att det inte ska glömmas bort på något vis. Sedan tänker jag att man säkert inte får napp varje gång liksom, även om det är, men att det här att man ändå har övat sig i det på något vis. Att chansen finns där.

Kurator 2

I båda citaten ovan lyfts vikten av att kuratorn skapar en vana och ett system kring att fråga unga patienter om våldsutsatthet i sina parrelationer för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet och minska risken för att frågan faller bort. Också tidigare forskning visar på vikten av att rutinmässigt ställa frågor om utsatthet för relationsvåld bland unga i samtliga vårdkontexter (Jernbro *et al.* 2023: 89f, Brå, 2018: 15). Detta är viktigt dels då unga som är våldsutsatta i första hand inte söker vård och stöd för själva våldsutsattheten utan snarare för symtom som är relaterade till utsattheten såsom huvudvärk, stress, sömnbesvär eller magont (Sundborg *et al.* 2012:1). I relation till den somatiska barn- och ungdomssjukvården skulle ett

uttryck också kunna vara exempelvis dålig följsamhet till medicinsk behandling, vilket respondenterna beskriver som ärenden då kuratorn ofta kopplas in. Vidare visar tidigare forskning att det är ovanligt att unga spontant berättar om sin utsatthet, vilket därför kräver att professionella som möter ungdomen ställer frågor (Brå, 2021: 107, 82f). Utifrån detta menar Brå att det är viktigt att professionella som möter ungdomar rutinmässigt ställer frågor om relationsvåld (ibid), snarare än enbart på indikation eller vid misstanke.

I citaten ovan lyfter en av kuratorerna att det kan behövas ett system för att frågan om våld i ungas relationer inte ska glömmas bort. Detta kan förstås som att våld i ungas parrelationer inte har en naturlig plats, eller jurisdiktion, inom det medicinska fältet. Genom att skapa system genom rutiner eller riktlinjer kan kuratorn överbrygga detta och skapa legitimitet för frågan. Det är också ett sätt att tvinga fram en medvetenhet och även om, kuratorn uttrycker det, man inte får napp varje gång så ökar chansen att upptäcka våldsutsatthet i ungas parrelationer.

Samma kurator menar att rutiner kan behövas så att yrkesgrupper inom barn- och ungdomssjukvården får öva sig på att fråga och prata om våld i ungas parrelationer. Jag tolkar detta som ett uttryck för att problemet inte finns inarbetat i kuratorns jurisdiktion. Kuratorerna behöver inte öva på att fråga om ekonomi, relationer, samhällskontakter eller krisreaktioner, men däremot på att fråga om våld i ungas parrelationer. Det saknas således, vilket framkommer i flertalet intervjuer, kunskap om och erfarenhet av att arbeta med problematiken.

Få av respondenterna uppgav att de har egna eller verksamhetsförankrade rutiner, riktlinjer eller handlingsplaner gällande att fråga unga om våldsutsatthet i parrelation. Detta kan tolkas som att det finns organisatoriska luckor och tillkortakommanden i relation till problemet med våld i ungas parrelationer som skapar ytterligare hinder för kuratorn att arbeta med frågan. För att överbrygga dessa hinder krävs ett aktivt jurisdiktionsarbete från kuratorns sida, vilket i sin tur kräver såväl kunskap om problematiken som viljan och förmågan att strida för ett utökat handlingsutrymme i relation till just våldsutsatthet i ungas parrelationer. Istället för riktlinjer eller rutiner lyftes i intervjuerna vikten av att som kurator vara följsam till patienten och behovet av att skapa förtroende och bygga allians med patienten för att kunna ställa frågor kring våldsutsatthet i parrelation. I relation till att flertalet kuratorer beskrev att de frågade om våldsutsatthet på indikation snarare än rutin lyftes olika funderingar kring vad som avgör huruvida kuratorn väljer att fråga om våldsutsatthet eller inte.

I: Hur ofta har du frågat en ungdom om våld i egen nära relation?

Q4: (paus) Nu har jag inte jobbat här särskilt länge men jag tippar, och nu uppskattar jag det här: fem gånger kanske. 4-5 gånger.

I: Är det mycket?

Q4: Nej! Och då vill jag bara betona att då är det också... det har inte varit som en följd av någon slags screeningformulär – att det här frågar vi alltid...

I: Det finns inga rutiner eller riktlinjer gällande att fråga barnet om våld?

Q4: Inte implementerat i min verksamhet i alla fall. Och det kanske det... jag tänker att det är, det borde man kanske införa. Att det här frågar vi alltid. Men jag tänker att det är... det finns risker med att ha sådana screeningformulär också. För att det blir: OK, så du frågar inte för att du är genuint intresserad, utan du gör det för att du ska - för att du har ditt lilla formulär. Hur intresserad är du av att höra min subjektivt... det finns så mycket risker med screening och det finns så många möjligheter med screening. Det gäller nog hur man förklarar det. [...] Men det har inte varit så att jag i min liksom, när jag försöker inhämta en social anamnes och göra den, att det är en punkt. Det är det inte. Utan jag har frågat dem det när de själva har börjat komma in på att: jag lever i en relation som inte har varit så bra och att det inte har varit så där... och det är då jag har varit inne och: vill du berätta mer och vad är det som inte har varit bra?

Kurator 4

I citatet lyfts bland annat aspekten kring risker och nackdelar med att ställa frågor om våldsutsatthet utifrån en manual och på basis av rutiner. Utifrån ett handlingsutrymmesperspektiv kan standardiserade metoder och frågeformulär både argumenteras begränsa kuratorns handlingsutrymme men kan också stärka och stödja kuratorn genom att systematisera frågorna och ge kuratorn något mer än sitt eget omdöme att grunda sitt beslut på (Jönsson, 2023: 115). Samtidigt kan man tolka att kuratorn i citatet upplever manualer och screeningformulär som ett tilldelat och fogat handlingsutrymme, medan frågor på indikation och utifrån en uppbyggd allians och förtroende istället blir ett slags stridbart handlingsutrymme. Utifrån denna tolkning är inte handlingsutrymmet något neutralt utan laddas med värderingar grundande i huruvida det finns ett genuint intresse för patientens situation och berättelse samt förmåga att skapa förtroende i ett samtal. Detta kan i förlängningen också vara ett uttryck för kuratorernas helt egna doxa inom det medicinska fältet. Denna doxa tar sig ett aposematisk uttryck och kuratorn betonar sin särart som socialarbetare genom att tydligt särskilja sig från den medicinska kunskapsbasen och doxa. Följande citat kan ses som ett exempel på detta:

Alltså det som jag tänker är att, där... man nog använder sig av sina tentakler, känselspröt liksom. Är det någonting här i den här som kan vara tecken på att den här ungdomen blir utsatt för våld av sin partner? Och jag har ju ställt frågan liksom.... Liksom, är det... Hur tycker du att din pojkvän/flickvän behandlar dig? Gör han eller hon någonting mot dig som du inte tycker om? När man kanske har känt att njaaaa, är det någonting i den här relationen som inte är riktigt bra? Så det beror helt på vad som tas upp under samtalet liksom.

Kurator 5

Den strategi som kuratorn beskriver att hen använder för att avgöra huruvida hen ska fråga en patient om våld eller inte, kan beskrivas som i grunden annorlunda mot det som annars präglar det medicinska fältet och doxan. I citatet beskriver kuratorn hur hen ger sin bedömning med hjälp av ”sina tentakler, känselspröt” och inte utifrån någon konkret eller kunskapsbaserad metod.

Flertalet av kuratorerna beskriver i intervjuerna att det saknas utarbetade rutiner – både i verksamheterna och hos yrkesgruppen, vilket resulterar i att kuratorer inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården frågar sina patienter om relationsvåld på indikation snarare än rutin. Detta betyder att det i stor utsträckning är avhängt på den enskilda kuratorns bedömning huruvida frågor om våldsutsatthet är relevant eller inte. Detta kan sägas vara ett exempel på handlingsutrymme som ett fritt val och med detta, menar Jönsson (2023: 116ff), riskerar handlingsutrymmet få godtyckliga drag. Man skulle också kunna tolka kuratorernas beskrivningar som ett uttryck för yrkesgruppens höga grad av autonomi, något som återkommande lyfts av litteraturen som ett utmärkande drag hos yrkesgruppen (bl.a. Sernbo, 2019). Samtidigt kan en hög grad av autonomi innebära att de yrkesmässiga gränserna blir otydliga (både inåt och utåt), vilket också påverkar kuratorernas arbete med kunskapsområdet våld i ungas parrelationer. Ett problem gällande kunskapsområdet våld i ungas parrelationer är att detta är ett område som ingen professionell grupp inom hälso- och sjukvården har formell jurisdiktion över. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022: 39) fastställs att alla vårdgivare ansvarar för att det ska finnas kunskap om och rutiner för att fråga om och upptäcka våldsutsatthet i sin verksamhet. Denna brist på formell jurisdiktion, i kombination med att området är svårt att placera inom en specifik ram - medicinsk, psykologisk eller psykosocial - gör att risken är stor att ingen profession heller tar strid för den informella jurisdiktionen vilket innebär att problemet riskerar att förbises, glömmas bort eller falla mellan stolarna. Det riskerar alltså att bli ett exempel på när allas ansvar blir ingens ansvar.

6.2 Föräldrafokus

Ett hinder för att fråga patienter om våld i deras parrelationer som återkom i merparten av intervjuerna är att få av kuratorerna har enskilda samtal med patienten. De flesta av de intervjuade kuratorerna beskriver hur deras arbete i hög utsträckning var fokuserat på samtal med och stöd till patienternas föräldrar.

I: Hur ofta träffar du tonåringar i ditt jobb?

Q3: Jag gör det rätt så sällan. För jag har framförallt föräldrar

Kurator 3

I: Har du samtal med barn och ungdomar?

Q6: Nej inte jättemånga.

I: Inte jättemånga?

Q6: Nej. Mest föräldrar.

Kurator 6

I: Hur mycket samtalskontakter har du haft med ungdomar?

Q7: Ja, jag skulle väl säga att det är primärt föräldrar som jag stöter på. Just för att – om man kollar utifrån somatiken och avdelningen där så är det oftast frågor kring vab och Försäkringskassan som dyker upp. Praktiska frågor som de behöver hjälp med. Lyckligtvis så slipper ungdomarna den kontakten, det är ju svintråkigt ju.

Kurator 7

Under intervjuerna framkom flera olika anledningar till att kuratorn främst arbetar gentemot föräldrarna och sällan har samtal med patienten direkt eller i enrum. En anledning är den medicinska kontexten, då patienterna ofta är påverkade av sin sjukdom, genomgår svåra behandlingar, har ont och inte vill eller orkar ha en egen samtalskontakt med kuratorn. Utifrån detta beskriver flera av kuratorerna att deras viktigaste uppgift är att stötta föräldrarna att klara av barnets sjukdom och att de genom denna kontakt också stöttar barnen indirekt. En annan anledning som lyfts under intervjuerna är att kuratorns arbete ofta är inriktat på de praktiska bitarna såsom kontakter med Försäkringskassan, vilket gör att fokus ofta hamnar hos föräldrarna. Att kuratorns fokus hamnar på föräldrarna och de praktiska frågorna skulle kunna förstås genom se detta arbete som ett kurators-specifikt kapital. Att hantera de praktiska frågorna och kontakter med myndigheter såsom Försäkringskassan kan tolkas som både ett socialt och symboliskt kapital för kuratorn, där kuratorns kompetens inom just dessa områden erkänns som legitimt utifrån barn- och ungdomssomatiken (fältets) doxa. Just det praktiska arbetet gentemot myndigheter är också kuratorns tydligaste jurisdiktion med mycket lite konkurrens gällande såväl kunskap som utförande från andra yrkesgrupper på fältet.

Precis som tidigare forskning visar så beskriver kuratorerna i intervjuerna hur en central del av deras arbete är att förhålla sig till hela familjen (Forinder, 2014: 148) och ett stort fokus läggs på relationen mellan föräldrar och barn – både gällande att arbeta med skyddsfaktorer för barnet men också för att undersöka riskfaktorer.

I: Men tenderar ni att ha ett väldigt stort fokus på föräldra-barn-relationen också högre upp i åldrarna?

Q5: Det tror jag ju att vi har. Det är kanske det som vi har mer av. Hur föräldra-barn-relationen ser ut. Och att...

I: För när tänker ni som barnkuratorer att förändringen sker – att föräldrarna inte längre är de viktigaste personerna för ett barn, utan det är andra personer? Vilken ålder ungefär?

Q5: Ja det är ju ganska sent i livet, tänker jag. Föreställer jag mig.

I: Om du skulle sätta en ålder?

Q5: Jag skulle... ja... utifrån att de barnen som vi träffar har en kronisk sjukdom, eller en annan svår sjukdom så är ju min erfarenhet... att när det kommer till föräldrarna är den starkaste, i det jag möter. Högt upp...

I: Och när du säger högt upp?

Q5: Ja alltså till 18-årsdagen.

Kurator 5

I: Tror du att ni tenderar att ha ett så pass stort fokus på föräldra-barn-relationen att ni glömmer bort ungas egna nära relationer – kärleksrelationer?

Q2: Ja det tror jag. Jag tror att många tänker att, har man tur får man reda på om de har sällskap över huvud taget. Men att man inte vill vara där och rota. Att det får komma självt av ungdomen, men det gör det ju inte. [...] Och att man har fokus på föräldra-barn för att det är föräldrarna som ska stötta dem i vad det nu är de har kontakt med sjukvården för. Att man gärna sorterar bort det där andra, som faktiskt kan ha stor påverkan på måendet.

Kurator 2

Citaten belyser en del av det medicinska fältets doxa och sociala strukturer inom barn- och ungdomssomatiken. Den sociala strukturen utgår från fokus på sjukdomen som är anledningen till patientens kontakt med sjukvården och förutsätter att föräldrarna är barnets och ungdomens största skydds- och riskfaktorer. Detta är både vägledande och begränsande för alla agenter på fältet – även för kuratorn. En risk med ett alltför ensidigt fokus på relationen mellan föräldrar och barn är att patientens andra viktiga relationer och riskfaktorer riskerar att tappas bort och osynliggöras.

6.2.1 Psykologisering av psykosociala problem?

Det är inte enbart kuratorernas fokus på praktiska arbetsuppgifter som gör att kuratorerna inte träffar patienten i egna samtal. En aspekt som återkom under intervjuerna var att det finns en informell uppdelning mellan kuratorer och psykologer inom barn- och ungdomssomatiken, där psykologen har som rutin att erbjuda barn och unga samtal och kuratorn fokuserar på föräldrarna. En anledning till detta är, som beskrivet tidigare, att kuratorn ofta kopplas in när föräldrar till patienter har frågor av praktisk karaktär exempelvis kopplat till Försäkringskassan.

I: Och då funderar jag på: vad är det som gör att ni inte träffar de här barnen?

Q1: Dels att jag har kontakt med... 90% är med föräldrarna och sedan är det någon enstaka ungdom som jag har en kontakt med.

I: Men hur kommer det sig – att det är en enstaka ungdom?

Q1: För att vi har den uppdelningen – psykologen i teamet går in och erbjuder alla ungdomar över 12 ett samtal. Och då har jag föräldrarna.

Kurator 1

I: Men jag funderar på... för ni träffar ju ganska ofta barn... familjer ja, men också barn där sjukvården säger att det här funkar inte. Där följsamheten är dålig... det är tokigt liksom. Hur gör du... om vi bortser från våldet... hur gör du din bedömning i att... när går du in? När blir du aktualiserad i ett ärende?

Q9: Det varierar... jättemycket. Jag tror nog att vår psykolog tar en hel del av dem.

I: Ja, hon tar många av ungdomarna och barn? Så ni har den uppdelningen – att du tar vuxna och hon tar barn?

Q9: Ja. Jag kan ju sitta med barn som vill ha en kuratorskontakt för ofta har de träffat mig när de blivit sjuka, får sin diagnos, men jag kan ju ha ett samtal med dem där jag säger att du behöver mer hjälp än vad jag kan ge dig i detta. Och om de är intresserade då av att psykologen... och då bokar vi en tid där jag är med i första mötet med psykologen och att hon sedan träffar dem.

Kurator 9

Det kuratorerna beskriver gällande uppdelningen där kuratorerna tar föräldrarna och psykologerna tar barnen kan ses utifrån olika perspektiv. Det kan förstås som ett uttryck för ett gott samarbete mellan kuratorer och psykologer och en uppdelning som baseras på erfarenhet och vanligt återkommande behov hos såväl patienten som hos föräldrarna. Det kan också vara – precis som *Kurator 9* beskriver, att en patient har en problematik där psykologen kan ge bäst stöd och behandling. Utifrån detta har både kuratorerna och psykologerna tydlig jurisdiktion över sina områden. Samtidigt tolkar jag den rutin och uppdelning som ett möjligt uttryck för att sociala och psykosociala problem medikaliseras – eller i detta fall psykologiseras. Morén *et al.* beskriver att det inte är ovanligt att sociala problem medikaliseras genom att individer som på olika sätt avviker från vad som anses normalt, ses som en bärare av sjukdom eller ett sjukdomsliknande tillstånd som bör ”botas” (2014:245). Ett exempel på detta är hur barn och unga med oro, sömnsvårigheter, beteendeproblem eller psykiskt illabefinnande får diagnoser eller medicineras även om problemen har social eller psykosocial grund (*ibid.*). Det skulle kunna argumenteras att psykologernas arbete med utredning, testning, diagnostisering utifrån förutbestämda klassifikationsregister och behandling utifrån modeller i större utsträckning går i linje med det medicinska fältets doxa än vad kuratorernas psykosociala arbete gör. Därför skulle man kunna förstå denna uppdelning som att psykologens arbete, som går i linje med den medicinska doxan, med patienten värderas som legitimt och naturligt.

En tolkning jag gör av kuratorernas beskrivning gällande uppdelningen mellan psykologer och kuratorer är att det i alla människobehandlande yrken är nödvändigt att kategorisera människor, situationer och behov. Samtidigt är den här kategoriseringen ett led i definitionsprocesser som har potentiellt stor inverkan på människor och vilken hjälp de får. Därför finns det anledning att vara uppmärksam på vilka kategorier man applicerar och varför (Svensson, Johansson & Laanemets, 2021: 258). En aspekt på detta är att individens problem och behov riskerar att anpassas efter den institutionella logiken och den medicinska doxan. Detta gör att olika

yrkeskategorier kan tolka individens problem genom en organisatorisk ram och detta innebär inte nödvändigtvis en korrekt återspeglning av individens problematik, utan formas av fältets specifika doxa och de förväntanshorisonter som ryms inom denna logik.

Vidare tolkar jag att uppdelningen mellan psykologer och kuratorer avspeglar en utgångspunkt om att problematiken ligger hos ungdomen snarare än utanför. I de fall då en ungdom är utsatt för våld i sin parrelation kan våldet få psykologiska uttryck och konsekvenser som barnet kan behöva hjälp att hantera, men samtidigt kan det finnas ett värde av tvärprofessionellt samarbete för att aktivera olika kompetenser. Dessutom verkar uppdelningen vara baserad på ålder och kategori (patent/ förälder) snarare än problematik och hjälpbehov – där patienten konsekvent kategoriseras som i behov av psykologiskt stöd och föräldrarna i främsta rummet i behov av psykosociala insatser och praktiskt stöd. Slutligen, om det finns en ”naturlig” och cementerad uppdelning där psykologen tar samtal med barn så görs antaganden om att barnet alltid i främsta rummet har en psykologisk problematik och är behjälpt av psykologisk hjälp. Med detta har psykosociala insatser diskvalificerats och potentiellt också kuratorns jurisdiktionsarbete gällande våld i ungas parrelationer, förstått utifrån att det är en förhandling och möjlighet att identifiera både problematik och de arbetsuppgifter som tillhör yrkesgruppen samt vilka arbetsmetoder som kan anses relevanta. Denna diskussion synliggör att där andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården ofta har formell jurisdiktion och är ensampraktiserande av specifika metoder, diagnoser eller behandlingar så har kuratorn inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården inte monopol på det sociala (Svensson, Johansson & Laanemets, 2021: 101).

En tolkning gällande uppdelningen mellan kuratorer och psykologer skulle också kunna vara att föräldrakontakten med fokus på praktiska arbetsuppgifter är ett exempel på fogat och tilldelat handlingsutrymme för kuratorn och då som en konsekvens av ett framgångsrikt jurisdiktionsarbete av psykologerna gällande behandling av patienten. Samtidigt kan man vända på det och tolka kuratorns jurisdiktionsarbete gällande samhällskontakter och praktisk hjälp som framgångsrikt. Om så är fallet blir tolkningen att kuratorn inte strider för handlingsutrymmet eller jurisdiktionen med psykosociala insatser direkt till patienten eller för arbetsuppgiften att fråga om våld i ungas parrelationer.

I en av intervjuerna resonerade kuratorn kring eventuella vinster och risker med uppdelningen mellan psykologer och kuratorer:

I: Finns det någon särskild vinning, alternativt en risk med att barnet får psykologstöd och det psykosociala behandlingsarbetet ges till föräldrarna?

Q6: Japp. Jag är helt med på vad du tänker. Eller det kanske jag inte alls är, men jag tänker i alla fall att risken är ju för att jag tänker att socionomen då har helhetsbilden, eller försöker i alla fall se hela människan och se människan i sitt sammanhang... att psykologen liksom har ett smalare fokus och ett snävare... att jobba mer med det inre, med tankar och känslor och så. Och kanske missar vissa av de här delarna som påverkar barnet och som finns runt omkring – relationer och skolan – allt det som är jätteviktigt.

I: Nej... men en tanke som jag får är ju att ni ska ju vara, precis som du säger, att ni ska ha helhetsperspektivet och det samhällseliga också med er. Så då undrar ju jag om det kan vara så att... det missas på grund av det. Att psykologerna har ju sin profession, men [...] att ni är ju de som kan röra er ganska fritt på någon vänster, att då är det inte fokus på en diagnos eller en behandling av en viss typ utav beteende. Utan psykosociala insatser är ju...

Q6: Men... absolut. Så där kanske vi missar, för jag kanske upplever att vi... en del i den här kunskaps... vad en kurator ska göra... En del i det upplever jag är att vi har någon slags uppdrag av att just ha ett barnperspektiv. Vi har ett ansvar för att liksom stämma av: finns här en suicidrisk? Alltså, det finns vissa sådana punkter... finns här våld i nära relation? Att det ändå är en sådan... Jag ser det som tydliga områden som vi ändå ska checka av, hålla koll på. Ekonomi är ett annat. Social situation i stort på något sätt. Och när man möter vuxna att man kollar av: finns det barn? Men när det då gäller barn, att vi då kanske lite grann släpper själva barnet och fångar upp föräldrarna istället... eller kanske syskon. Ja, det kanske är en sådan risk? Om vi inte träffar barnen så mycket...

Kurator 6

Kuratoren lyfter hur den informella men befästa uppdelningen mellan kuratorer och psykologer kan innebära ett hinder för kuratorn att fråga om våld i ungas parrelationer, men det innebär också en potentiellt ökad risk att våldsutsattheten missas genom att fokus läggs på psykologiska faktorer snarare än psykosociala. Kuratorn, som det sociala arbetets företrädare inom hälso- och sjukvården, har som uppgift att bistå utsatta människor i spänningsfältet mellan det individuella och det samhällseliga, vilket våld i ungas parrelationer är ett exempel på. Dessutom har kuratorn en viktig uppgift att representera det psykosociala perspektivet i en medicinsk värld, vilket också innebär att reflektera över riskerna med att psykologisera eller medikalisera av sociala problem samt aktivt arbeta med hälso- och sjukvårdens kunskap och insikt gällande att sociala problem kan "förkroppsligas" och komma till uttryck som fysiska eller psykiska symtom (Morén, *et al.* 2014: 246).

6.3 Diagnoser och stuprör

När respondenterna resonerade kring olika hinder gällande att fråga patienter om våld i egna parrelationer kom bland annat den medicinska kontexten återkommande upp – på olika sätt. En aspekt är att många av kuratorernas patienter kämpar med svår sjukdom och att det i dessa fall inte finns utrymme att fokusera på någonting annat än vården och behandling. En kurator beskrev det som att *allt annat blir sekundärt*. Samtidigt var det flera av respondenterna som

lyfte hur den medicinska kontexten ofta skapar ett alltför snävt och ensidigt fokus på det medicinska och att detta tar sig uttryck genom en diagnosfixering och ett stuprörstänk, vilket kan utgöra ett hinder för kuratorn att fråga om och upptäcka våld i ungas parrelationer.

I: Finns den här medvetenheten? Riskerna med att vara exempelvis kroniskt sjuk och utsättas för våld?

Q2: Jag tror inte att man är så medveten om det som man borde vara. Här inom somatiken är man väldigt inriktad på diagnosen. Kommer man till sjukgymnasten för att få upp rörligheten i benen så är det det man jobbar med. Det är väldigt avgränsat. Så nej, jag tycker att medvetenheten borde kanske... någonstans har man andra sårbarheter i livet... jamen du vet ju med neuropsykiatriska diagnoser eller andra... har varit utsatt för något så påverkar ju det den medicinska också.... Det hör ju ihop. Så nej, det behövs nog att medvetenheten ökar kring det. Att ställa frågor. Likaväl som man frågar om alkoholvanor och drogvanor.

[...] Ja, jag tror att man vill smalna av. Vad är vårt fokus, ja. Det andra är ju kanske inte vårt bord. Är det nog ofta man tänker. Vi smalnar av – tillhör det här detta?

I: Vad ser du för risker med att vi smalnar av?

Q2: Åh, det finns stora risker! Den största risken är ju att det [våldsutsatthet i egen parrelation] aldrig kommer fram. Att barnet aldrig får hjälp.

Kurator 2

I citatet beskriver kuratorn hur det medicinska fältets doxa är ett fokus på den somatiska diagnosen, men kan också vara ett uttryck för en starkt jurisdiktionsstyrd verksamhet där olika yrkesgrupper slår vakt om sin egen domän. Detta kan få till följd att olika yrkesgrupper väljer att ha ett smalt fokus snarare än att sträva efter en helhetsbild, vilket de flesta av respondenterna uttrycker är deras huvuduppdrag och att det potentiellt är av en avgörande betydelse för att kunna uppmärksamma våld i ungas parrelationer. Citatet belyser också en aspekt som framkom i flera intervjuer, nämligen att ansvaret att fånga upp våld i ungas parrelationer ligger på någon annans bord, utanför den somatiska vårdkontexten, såsom hos barn- och ungdomspsykiatri, ungdomsmottagningen, habiliteringen för barn och unga eller skolkuratorn.

I: Frågar du någonting om det [våld i egen parrelation]?

Q9: Nej. Jag vet inte om jag tänker att om man har dom så tar man inte det där ens kroniska sjukdom hör hemma. Jag tänker att man går till ungdomsmottagningen.

I: Du tänker att man tar det någon annanstans?

Q9: Ja, eller skolkuratorn?

I: Så ditt fokus är på sjukdomen?

Q9: Hur man hanterar det i sin vardag, tror jag ja.

I: Ja och det har aldrig kommit upp spontant i ett samtal?

Q9: Nej det har inte det.

Kurator 9

Precis som kuratorn i citatet ger uttryck för, beskrev några av respondenterna att det ibland är patientens uttryckliga önskan om att hålla kontakten med hälso- och sjukvårdskuratorn till att enbart handla om sjukdomen och att samtalskontakt om livets andra områden i dessa fall hamnade utanför vården, men det kan också förstås som en konsekvens av det medicinska fältets diagnos-doxa. Om fokus hålls allt för strikt på den somatiska sjukdomen finns också en

risk att kuratorn inte öppnar upp för möjligheten att samtala om annat, sådant som ligger utanför det medicinska fältet eller diagnos-doxan. Som en kontrast till detta lyfte andra kuratorer sina möjligheter att fokusera på annat än sjukdomen, diagnosen eller det medicinska och att det just är våldsutsatthetens icke-medicinska karaktär som öppnar upp för kuratorn att se problematiken och agera utifrån ett psykosocialt perspektiv.

I: Vad skulle du säga avgör – vad frågar vi om och vad frågar vi inte om? Finns det liksom...?

Q2: Men om jag inte tänker på mig själv, utan mer övergripande så tror jag att det handlar om att man dels att man kanske inte har erfarenheter av det sedan tidigare, att man inte vet vad man ska göra av svaren. Och att man är rädd för att man inte håller sig till uppdraget.

I: Att man inte håller sig till uppdraget...?

Q2: Att det är någonting man ska fråga om på BUP eller ungdomsmottagningen eller någonting. Att man kanske bollar det vidare till andra.... Men, jag då som kanske pratar mer om det tänker att ibland räcker det att man pratar om det, vi, och att man involverar kanske familjen i någonting. Och inte behöver remisser.... Det är ju inte någon sjukdom. Det räcker kanske att de pratar med mig några gånger eller att föräldrarna faktiskt får reda på det och kan stötta. Så jag tänker att det är en kurators och en psykologs uppgift även här. [...] Att man vågar faktiskt ta steget ifrån diagnosen och den medicinska omvårdnaden, för att egentligen är ju inte det vårt bord.

I: Diagnoserna nej och den medicinska omvårdnaden?

Q2: Nej

Kurator 2

I detta citat ger kuratorn uttryck för att det finns en underliggande tanke om att våld i ungas parrelationer inte är en del av hälso- och sjukvårdens naturliga uppdrag, utifrån att det inte är en sjukdom och inte kan behandlas medicinskt. Samtidigt öppnar kuratorn upp för att det är ett jurisdiktionärt område som kan vara kuratorns uppdrag och att detta är värt att slå vakt om, ett handlingsutrymme att strida för. Med detta understryker citatet att utökad jurisdiktion går hand i hand med det stridbara handlingsutrymmet och att kuratorn arbetar, och positionerar sig, utifrån en aposematisk strategi för att genom att betona sin särart som socialarbetare skapa utrymme att använda sig av det sociala arbetets specifika kunskap, teorier och metoder. I intervjuerna framkom det att alla kuratorerna påverkas av det medicinska fältets diagnos-doxa, men att de agerar olika utifrån val av strategier.

I: Vad är det fokus på?

Q10: Om man tänker sig på mottagningstider där jag är med någon gång: ja det kan ju vara på skolan, eller hur det är med vänner och sedan är det ju det rent medicinska väldigt mycket – hur de sköter det eller hur de mår av det så att säga, eller om det har förvärrats och de ska göra något ingrepp. Sedan tänker jag – går du in med en doktor och sen ska man vara med i... så handlar det kanske lite grann om vilken approach de har också. Jag tror att det styr. Det medicinska. Jag tror att en stor del ändå är vilken infallsvinkel doktorn har.... Ibland påverkar mig också.

Kurator 10

I citatet framkommer att läkarens infallsvinkel också påverkar kuratorns strategier, perspektiv och bedömningar. Jag tolkar detta som att kuratorn anpassar sig och sitt arbete till det medicinska fältets diagnos-doxa och formar sin jurisdiktion genom att smälta in i

organisationen, vilket är ett uttryck för en mimetisk strategi (Sjöström 2013). I citatet beskriver också kuratorn den hierarki som råder inom hälso- och sjukvården och där läkaren besitter en mycket stark jurisdiktion och given legitimitet inom fältet. Genom att anamma en mimetisk strategi så utmanar inte kuratorn läkarens ensamrätt på att göra bedömningar eller tolkningsföreträde, utan fogar sig istället till det handlingsutrymme som ges utifrån läkarens definition av problem och förslag på lösningar. I relation till detta lyfte flera respondenter vikten av kuratorns roll som en motpol till diagnosfixeringen.

I: Vad blir vinningen när du lyckas få in din tårbit?

Q6: Jag tycker att det blir en bättre helhet.

I: För patienten?

Q6: För patienten och för teamet också – för deras syn på patienten och familjen. Att vi får liksom en, nej men precis som en hel bild kring människan – så som vi socionomer ofta pratar om: att vi ser hela människan, vi ser människan i sitt sammanhang. Jag tänker att min roll blir rätt ofta blir att sätta den här patienten... inte... att tänka på den mer som en människa i ett sammanhang, inte bara som patienten som har den här sjukdomen. Rätt ofta pratar man ju här kring... man benämner ju inte människor som människor, utan mer som diagnoser. "Så har vi den här frakturen där, och så har vi den här epilepsin som ligger på den avdelningen". Att man avhumaniserar personer.

I: Så vinningen när du får in din tårbit, är en vinning både för patienten och för teamet – att man lyckas skapa en helhetsbild. Och då är risken, om jag tolkar dig rätt, när du inte får in din tårbit... är att...

Q6: Att man saknar en bit. Att då blir det bara det medicinska som är kvar.

Kurator 6

Också i detta citat framkommer hur fokus på diagnos är en viktig del av det medicinska fältets doxa. Här tolkar jag det också som att doxan som fältets underförstådda spelregler manifesteras som dominansförhållandena i relation till det som är rätt, sant och odiskutabelt samt att detta upprätthålls genom att symbolisk makt utövas genom exempelvis språket där patienten refereras till som en diagnos (Bourdieu 1991, 23, 137f, Bourdieu, 1977: 167, 192f, Bourdieu 1995 s. 109, 147). I citatet lyfts betydelsen av kuratorns helhetsperspektiv för att skapa förutsättningar för hela teamet att se patienten som något mer än en diagnos. Men för att detta helhetsperspektiv ska få en plats inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården så krävs att kuratorn antingen tar en strid mot fältets doxa och potentiellt skapar/ utvecklar sin egen doxa. Båda dessa alternativ förutsätter ett stridbart handlingsutrymme och ett informellt men aktivt jurisdiktionsarbete gällande rätten att definiera och bedöma en problematik baserat på den psykosociala kunskapsbasen.

6.4 Tillgång till patienten

En förutsättning för att kuratorn ska kunna ställa frågor om våld i ungas parrelationer är naturligtvis att de kommer i kontakt med patienten. En möjlighet till detta är för kuratorn att medverka på de dagliga ronderna eller läsa journaler hos inläggande patienter för att skapa sig en egen bild gällande huruvida det finns behov av psykosocialt stöd hos en patient eller dennes familj. Men samtliga kuratorer beskriver att de i huvudsak blir inkopplade i ärenden och får kontakt med patienter och deras familjer genom att vårdpersonal på ett eller annat sätt ”flaggar” för dem, genom exempelvis skriftlig remiss eller en muntlig förfrågan. Det uppdrag och den problembeskrivning som den medicinska personalen ger när de aktualiserar kuratorn i ett ärende beskrivs också vara det som kuratorn många gånger har som utgångspunkt och ser som sitt uppdrag i mötet med patienten. Merparten av respondenterna förhåller sig positiva till att vården formulerade såväl ett uppdrag som en problemformulering inför att kuratorn ska gå in i ett ärende. Redan när en kurator kopplas in (eller inte) i ett ärende så sker således en tolkning och en definiering av en patients problematik, vilket när det gäller frågor såsom våld i ungas parrelationer kan vara problematiskt då det handlar om en icke-medicinsk fråga i en medicinsk kontext. Samtidigt underströk flera kuratorer att även om vården kommer med ett uppdrag och en problembeskrivning så påverkar det inte nödvändigtvis kuratorns bedömning gällande problematik och insats.

I: Vad är det som avgör vad du tar upp med dina patienter? Är det så att det är den medicinska kontexten som avgör och den medicinska beställningen – här är en arg pappa, lös det! Här är en dålig följsamhet hos det här barnet...

Q4: Jag tänker såhär: att får jag en förfrågan: här har vi en arg pappa eller här har vi en dålig följsamhet eller här eller vad det än må vara, så går jag in i det och sedan stirrar inte jag... är det inte just det som alltid behöver prägla hela det samtalet. Jag går in och berör det, men jag går in och tar ett helhetsgrepp. Så att säga.

I: Så från att ha blivit inkallad på kanske vårdens initiativ, för liksom så: det här funkar inte...

Q4: Nej men jag går in i det för att då har jag fått tillträde till patienten. Men sedan gör jag ju mitt utifrån... försöker jag få mig en helhetsbild och då inte fokuserat på varför man har efterfrågat mig, tänker jag. [...] Jag tror att vi kan missa det om vi är alltför fokuserade på att arbeta mot en fråga som är identifierade av vården. Är vi för fast där så missar vi det tänker jag.

Kurator 4

I: Jag funderar på det här med att ni arbetar utifrån en medicinsk kontext och ibland, eller ganska ofta, arbetar nästan på uppdrag av vården... att vården liksom redan har formulerat en problemformulering. Så ska ni gå in och serva på någon vänster... förenkla för vården genom att hjälpa familjen.

Q6: Ja, det tycker jag är spännande. För jag känner ofta inte att jag gör det.

I: Servar vården?

Q6: Nej, jag servar inte. Jag följer inte deras uppdrag. Det kommer ofta en problembeskrivning som sedan visar sig vara något helt annat.

Kurator 6

Jag tolkar det som att kuratorerna behöver vårdens problembeskrivning för att få tillgång till patienten, men att denna sedan inte är det som kuratorn nödvändigtvis ser som sitt uppdrag. Detta kan ses som ett uttryck för kuratorns autonomi och stora handlingsutrymme, men kan också vara ett sätt på vilket kuratorn strider för, eller bevakar, sin jurisdiktion. Kuratorn får ett handlingsutrymme av vården genom att få tillgång till patienten och detta lämnar en möjlighet för kuratorn att välja tolkning, tillämpning och hur hen ska agera. Genom att arbeta förbi vårdens uppdrag och problembeskrivning arbetar kuratorn för att vidga sitt handlingsutrymme. Utifrån Bourdieus fältteori så strider agenterna på fältet om makt och inflytande genom att använda sig av symboliskt kapital, vilket definieras utifrån det som agenterna på fältet tillskriver värde eller ser som värdefullt utifrån att det ger erkännande, anseende och auktoritet (Bourdieu, 1995: 97f, 154f). Det medicinska fältets symboliska kapital skulle utifrån detta definieras som rätten att diagnosticera, men också utifrån att definiera en problematik, vilket också är en grundutgångspunkt gällande jurisdiktion. Om kuratorn är öppen med vilka bedömningar hen gör och insatser hen beslutar om så kan detta resultera i en utökad jurisdiktion. Men väljer kuratorn att inte synliggöra sitt arbete finns risken att rollen blir otydlig för andra yrkesgrupper och att kuratorn enbart har lyckats skapa ett internt symboliskt kapital genom att inte serva, eller följa vårdens uppdragsbeskrivningar. På detta sätt kan värnandet av autonomin ske på bekostnad av en försvagad och otydlig jurisdiktion. Således, om kuratorn skapar sig utrymme och legitimitet gällande att göra bedömningar kring våld i ungas parrelationer så kan detta resultera i en ökad kunskap om problematiken inom barn- och ungdomssjukvården i stort samt tydliggöra kuratorns uppdrag att arbeta med frågan ur ett psykosocialt perspektiv. Detta skulle kunna innebära en ökad jurisdiktion för såväl rollen som problematiken på det barn- och ungdomsmedicinska fältet.

6.4.1 Teamarbete och allianser

Utifrån att kuratorn i stor utsträckning är beroende av att vården på något sätt ”flaggar” för att en patient har behov av kuratorskontakt så resonerade samtliga respondenter kring samarbete, teamarbete och allianser med andra yrkeskategorier inom vården. Dessa teamarbeten och allianser – och i de fall där de saknas – har betydelse för hur kuratorn resonerar kring sitt uppdrag och möjlighet att fråga unga patienter om våld i deras parrelationer.

De flesta av kuratorerna i studien beskriver samarbetet i de tvärprofessionella teamen som gott och som en central del av sitt arbete. Många beskriver sin roll och funktion, samt det psykosociala perspektivet, som en viktig och uppskattad del av teamarbetet inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården.

I: Tycker du att det finns en psykosocial medvetenhet i de teamen som du arbetar i? En respekt för det psykosociala?

Q1: Ja. Verkligen! Jag har aldrig känt mig ifrågasatt, som vad kan du göra? Det är alltid klockrena frågor. [...] De är mina ögon och öron. Och det gäller alla professioner.

Kurator 1

I: Och hur märker man det?

Q9: Att man lyssnar. Och att man kommer till oss. Eller jag ska inte säga oss – man kommer till mig för att rådfråga. Och för att få stöd och hjälp om man har en jobbig patient eller hur man ska hantera ett besök eller om man vill vara med på ett gemensamt besök, ett teambesök. Nej jag tycker att de lyssnar

I: Att man ofta kommer till dig?

Q9: Ja, ja.

Kurator 9

I citaten beskrivs hur ett tvärprofessionellt samarbete som innehåller förtroende och kunskap om varandras roller skapar goda förutsättningar för att kuratorn kopplas in i ärenden och kommer i kontakt med patienter. I kontakten med patienten kan kuratorn göra sin kartläggning och bedömning, vilket ökar möjligheterna för kuratorn att ställa frågor om våld. Samtidigt tolkar jag båda citaten som att kuratorerna är tydliga med att funktionen kurator är tätt sammanlänkad med dem som individer och inte till yrkesrollen i allmänhet. Detta kan bland annat förstås genom Bourdieus begrepp socialt och symboliskt kapital (1986: 286f), vilket är knutet till individen och inte till yrkesgruppen. Både det sociala och det symboliska kapitalet är relationella till sin natur och beroende av aktivitet för att skapa sociala relationer som behöver underhållas, upprepas och aktivt användas som resurser (Carlhed, 2011: 285). Utifrån detta perspektiv så kan kuratorernas kapitalsammansättning skiljas sig åt, vilket också har betydelse för kuratorns individuella position på fältet. Jag tolkar också citaten som att dessa kuratorers individuellt upparbetade kapitalsammansättning värderas som legitima utifrån fältets doxa, vilket ger kuratorn tillgång till rum och ett utökat handlingsutrymme.

I intervjuerna framkom således att kuratorns plats i teamen, och därmed också i hög utsträckning tillgång till patienten, är individuell och relationell, något kuratorn behöver arbeta sig till och inte något som kommer av sig självt. Detta kan vara ett uttryck för att varken kuratorn som funktion eller det psykosociala kunskapsområdet besitter ett institutionaliserat och officiellt erkänt kapital (Bourdieu, 1986: 286), utan att de allianser och relationer som kuratorn bygger är en förutsättning för att kunna verka fullt ut inom fältet. Genom ett aktivt relationellt

arbete på fältet kan kuratorn också antas få tillgång till fler resurser och öka sitt sammantagna kapital på fältet, vilket också skulle kunna påverka kuratorns jurisdiktion och öka utrymmet att både definiera problem och komma med förslag på lösningar. Detta skulle i praktiken kunna ha stor betydelse för kunskapsspridningen, ökad medvetenhet om samt samverkan kring social och psykosocial problematik såsom våld i ungas parrelationer.

Ett antal av studiens respondenter problematiserade också kring teamarbetet och beskrev bland annat hur teamarbetet kunde brista med följderna att yrkesgrupper arbetar som öar, eller i stuprör. Några av kuratorerna lyfte också en känsla av ensamhet gällande att företrädarna det psykosociala perspektivet i teamen.

Q6: Jag ingår i flera olika team. [...] Där jag ju är ensam i min profession. Och jag kan tycka rätt ofta att det känns rätt ensamt, att vara den som har det psykosociala blicken på saker och ting. Även om andra ofta har mycket tankar och liksom input och de tycker mycket saker, så är det jag som på något sätt kommer med... vad ska man kalla det då?

[...] Expertis skulle man kunna kalla det, men jag känner mig rätt sällan som en expert. Mer som en som typ, amen jag kilar liksom in det psykosociala som små tårtbitar i det medicinska, i diskussionerna kring patienterna. Det är sällan som jag är den som har helhetssynen – utan alla delarna behövs ju, när vi ska samverka kring patienter. Och det är ju det som gör det så spännande. Och där tycker jag att man som kurator rätt ofta får kämpa för att få in sin kil, få in sin tårtbit liksom, av det psykosociala tänket och expertisen som du kallar det.

I: Vad blir vinningen när du lyckas få in din tårtbit?

Q6: Jag tycker att det blir en bättre helhet.

I: För patienten?

Q6: För patienten och för teamet också – för deras syn på patienten och familjen. Att vi får liksom en, nej men precis som en hel bild kring människan – så som vi socionomer ofta pratar om: att vi ser hela människan, vi ser människan i sitt sammanhang. [...]. Och det som också... det är inte strikt bara doktors syn, utan det kan vara fysioterapeuten eller dietisten, eller någon annan, arbetsterapeuten, så att alla bidrar ju med sina bitar, men jag tycker att i de teamen där jag ingår och där det fungerar som bäst där är det där alla professionerna delar med sina tårtbitar. För då får ju jag också deras tårtbitar och då får ju jag också en helhetssyn på den här patienten på ett annat sätt.

Kurator 6

I citatet framkommer bland annat att kuratorn behöver teamet för att kunna få en förståelse för helheten. Ett välutvecklat teamarbete är alltså utifrån detta synsätt inte enbart till gagn för patienten och vården, utan också en förutsättning för att kuratorn ska kunna skapa sig en förståelse och helhetsbild av patientens situation. Där det finns ett intresse för varandras professionella områden och bedömningar skapas bättre förutsättningar och möjligheter att möta och behandla patienter med sammansatt problematik, såsom gällande våld i ungas parrelationer. I arbetet med komplex problematik är det sällan som en yrkesgrupp sitter på alla de verktyg, resurser och insatser som behövs i form av kompetens och expertis (Svensson, Johansson & Laanemets, 2021: 201f, Svärd, 2017b: 83) och i ärenden där en ungdom är utsatt för våld i sin parrelation är helhetsbilden avgörande och ett välfungerande teamarbete kan vara en

förutsättning för att upptäcka utsattheten. Detta då problematiken kan argumenteras vara i grunden psykosocial, men kan ta sig medicinska eller psykologiska uttryck. Inte sällan är dessa områden sammanflätade och med detta tillhör bedömningarna inte en isolerad yrkesgrupp och dess kunskapsbas. Ett sådant samarbete skulle kunna utmytna i ett vidgat handlingsutrymme för kuratorn och möjligen också ett helt nytt tvärprofessionellt handlingsutrymme. Utifrån Abbotts systemiska och gränsinriktade perspektiv skulle detta bli svårt, men inom ramen av Bourdieus fältbegrepp skulle det inte nödvändigtvis bli en konflikt eller en fråga om makt- och revirstrid mellan agenterna på fältet. Här finns istället en möjlighet att se till samarbete och allianser mellan yrkesgrupper och enskilda agenter som drivs av samma doxa – i detta fallet patientsäkerhet (Bourdieu, 1977: 167, Carlhed, 2011: 292).

Kuratorn beskriver också att hen känner sig ensam i rollen som det psykosociala perspektivets företrädare i sina team samt att hen sällan känner sig som en expert. Detta skulle kunna vara ett uttryck för en svag jurisdiktion med konsekvensen att kuratorn upplever en uppgiftsösäkerhet, och har svårigheter att definiera vad som är ens uppgifter och vad som är de bästa lösningarna på det gällande problemet. I praktiken kan en generell uppgiftsösäkerhet hos kuratorn också bli ett hinder för att arbeta med en sakfråga som inte redan finns inarbetad i vare sig rollen eller organisationen, såsom våld i ungas parrelationer.

6.5 Den otydliga rollen som hinder och möjlighet

Under intervjuerna lyftes också respondenternas upplevelse kring rollen som kurator och i följande citat fångas ett antal hinder och möjligheter som var återkommande under intervjuerna gällande att fråga om och upptäcka våld i ungas parrelationer. Det ena är kuratorrollens otydlighet.

Alltså, själva funktionen kurator är ganska så integrerad i barnsjukvården, tycker jag. Om jag jämför med andra ställen, där man kanske knappt vet om att det finns en kurator. [...] Och jag tycker också att kuratorn har en relativt – om man skulle rangordna i status – hög status på barnmedicin. Men sedan vet man inte alltid vad man ska göra med den. [...] Utgår man ifrån barnmedicin som organisation så har ju kuratorn en relativt synlig roll, men inte alltid tydlig roll. Inte alltid en förståelse för vad en kurator gör. Sedan är min erfarenhet att kuratorn... eftersom kuratorsrollen är så otydlig, om jag generaliserar, så hänger det väldigt mycket på person. Så att kuratorsrollen där man är hänger väldigt mycket ihop med vem man är som person och vad man vill göra. Så jag har ju upptäckt att det finns många olika typer av kuratorer. För vi har väldigt – även om den är otydlig – så har vi väldigt mycket mandat att styra vårt eget arbete och det gör ju att det kan se väldigt olika ut från ställe till ställe. [...] Att man formar det själv utifrån vad man själv tycker är viktigt.

Kurator 8

Utifrån citatet tolkar jag kuratorn som att hen ger uttryck för att kuratorns roll är otydlig för såväl kuratorn som för övriga yrkeskategorier inom barn- och ungdomssjukvården. Bilden av kuratorns roll som otydlig och svårdefinierad är också något som lyfts återkommande i litteraturen (bl.a. Svärd, 2014: 511f, Sernbo, 2019: 27, 39, Gåfvells, 2014: 62). Detta kan potentiellt ha stor betydelse för vilka möjligheter kuratorn har att arbeta med att fråga om och upptäcka våld i ungas parrelationer. En aspekt är att den otydliga rollen kan innebära att kuratorn varken har ett upplevt eller faktiskt ansvar gällande att fråga kring just ungas våldsutsatthet i parrelation och därför heller ingen jurisdiktion att arbeta med problematiken.

Samtidigt, precis som citatet belyser, så tillskrivs kuratorsrollen en relativt stor frihet och ett stort handlingsutrymme. Sernbo lyfter i sin avhandling att frånvaron av kontroll, övervakning (både i och av rollen) och av myndighetsutövande funktioner kan användas av kuratorn som en möjliggörare för ett patientfokus (Sernbo, 2019: 33), vilket är avgörande för att kunna arbeta med frågan om våld i ungas parrelationer. Å andra sidan beskriver citatet, vilket också återkom i flera intervjuer, att kuratorns otydliga roll gör att kuratorer formar sin roll utifrån det som den individuella kuratorn tycker är viktigt och intressant. Detta innebär att kuratorns arbete i hög utsträckning blir subjektivt. Således krävs det inte enbart att kuratorn får ”en flagga” och en problembeskrivning från vården och insläppt i rummet, utan det fodras också att kuratorn har tidigare erfarenhet och kunskaper att upptäcka våld i ungas parrelationer. Detta i kombination med att kuratorn i hög utsträckning med sig själv som främst verktyg och inte utifrån standardiserade modeller eller formulär riskerar att skapa ett godtyckligt handlingsutrymme (Jönsson, 2023: 116) gällande att fråga om våldsutsatthet.

Q6: Men att det finns en bild av vad vi ska göra och hur vi ska göra det... Men den borde vara mer... den borde vara formbar eftersom den också är diffus liksom. Att vi borde kunna utveckla den mer.

I: Och frågan är vad ni gör med det diffusa?

Q6: Ja

I: Det diffusa handlingsutrymme, de diffusa ramarna... ser du det som en frihet?

Q6: Nej men jag tycker att det är en vinst med det hela att det inte är så där ”mallat” kanske, utan att vi litar till oss själva – men det bygger mycket på att vi är vettiga personer på något sätt. [...]

Ja. Och det tycker jag att vi är lite dåliga på. Det blir ofta rätt mycket, inom kuratorsgruppen, att så här har vi alltid gjort, så här gör vi. Att de normerna är rätt så fasta. Men att vi skulle nog behöva öva mer på det här, reflekterandet.

Kurator 6

Det som i intervjuerna, precis som i citatet ovan, framställs som en relativt fri roll menar jag också kan tolkas som att rollen begränsas av relativt få formella ramar. Detta kan innebära både möjligheter och hinder i relation till handlingsutrymme. Ramar kan beskrivas som begränsningar för kuratorns handlingsutrymme – men kan också beskrivas som möjliggörare

för handlingsutrymme. Jönsson (2023: 109, 124) beskriver att fler regler och ramar inte tar död på handlingsutrymme, utan tvärtom och något paradoxalt, kan skapa ett större handlingsutrymme då det finns ett utrymme att välja vilka regler som prioriteras över andra. Samtidigt krävs det att handlingsutrymmet aktivt väljs att användas. För att handlingsutrymmet aktivt ska kunna väljas och användas fordras kunskap om såväl som problemet som hur det kan och ska hanteras. Detta är något som flera kuratorer i studien lyfter som sina kunskapsluckor i relation till våld i ungas parrelationer.

Samtidigt som kuratorsrollen beskrivs som styrd av få formella ramar ger kuratorn i citatet ovan uttryck för att rollen och arbetet begränsas av desto fler informella ramar, vilka kan vara svåra att agera gentemot då de inte finns nedskrivna och det är svårt att avgöra hur vaga eller tillåtande de är. Kuratorn beskriver att hen behöver förhålla sig till den kuratorsspecifika doxan med underförstådda spelregler, vid sidan om doxan på det medicinska fältet.

Slutligen så tolkar jag kuratorernas beskrivningar av sin otydliga roll och stora frihet som att gruppen saknar kulturellt kapital (Bourdieu, 1986) i form av formell jurisdiktion – inte minst i relation till att arbeta med frågan om våld i ungas parrelationer. Problematiken gällande våld i ungas parrelationer saknar i sig formell jurisdiktion genom att det exempelvis i de nationella riktlinjerna (HSLF-FS 2022:39) som beskriver hälso- och sjukvårdens ansvar gällande våld i nära relationer enbart nämner barn i relation till våld mellan vuxna i hemmet och därtill inte uttrycker vilken yrkesgrupp som har vilket ansvar. Detta är ett exempel på hur frågan om våld i ungas parrelationer fortfarande är ett osynligt problem i myndigheters kunskapsproduktion, vilket också får konsekvenser i hur olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården (inte) arbetar med frågan. Utifrån Abbotts teoretisering torde bristen på den formella jurisdiktionen hos både kuratorerna som grupp och problematiken i sig leda till en informell jurisdiktion (Abbott, 1988) och med detta öppna upp för ett jurisdiktionsarbete bestående av förhandlingar mellan olika yrkesgrupper gällande tolkningsföreträde, rätten och kunskapen att definiera en problematik, göra bedömningar, sätta diagnoser och komma med förslag på lösningar eller behandling, baserat på olika kunskapsbaser. Men om ingen strider för att ha jurisdiktion över ett område såsom våld i ungas parrelationer så är risken överhängande att det är ett problem som förbises. Kombinationen av kuratorns otydliga roll och svaga jurisdiktion inom barn- och ungdomssjukvården samt okunskapen kring våld i ungas egna parrelationer skapar tillsammans en dubbel informell jurisdiktion.

Kapitel 7. Sammanfattande diskussion

Syftet med studien har varit att undersöka hur kuratorn inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården uppges arbeta med att fråga om våld i ungas parrelationer. Studiens frågeställningar har riktats mot hur kuratorerna resonerar kring sitt uppdrag att fråga om våld i ungas parrelationer samt vilka hinder de beskriver sig se och möta i sitt arbete med frågan.

Studiens resultat visar att få av de intervjuade kuratorerna har erfarenhet av att fråga unga patienter om våldsutsatthet i egen parrelation samt att detta är kopplat till olika hinder såsom okunskap om våld i ungas relationer, särskilt digitalt våld, samt en osäkerhet gällande hur man hanterar svaret om våld framkommer. Detta resultat bekräftar tidigare forskning gällande att det finns en kunskapslucka gällande våld i ungas parrelationer inom yrkesgrupper som möter ungdomar. Den bristande kunskapen om våld i ungas parrelationer påverkar också kuratorernas upplevda och faktiska handlingsutrymme att fråga, upptäcka och agera.

Studien synliggör också att det saknas rutiner och riktlinjer för att uppmärksamma problematiken inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården. Kuratorerna i studien beskriver att de i huvudsak ställer frågor om våld i ungas parrelationer på indikation och inte på rutin samt att frågor om våldsutsatthet i egen parrelation inte finns med som en del i deras psykosociala kartläggning.

Ytterligare ett hinder för kuratorn att ställa frågor kring våld i patientens parrelation är att kuratorns arbete i hög utsträckning riktas mot föräldrarna, snarare än ungdomen. Detta beror på flera faktorer, däribland patienternas sjukdomstillstånd och kuratorns praktiskt inriktade arbetsuppgifter såsom myndighetskontakter. En slutsats är att ett alltför ensidigt fokus på föräldrar riskerar att osynliggöra ungdomarnas egna relationer och potentiella våldsutsatthet. Vidare finns en informell uppdelning mellan kuratorer och psykologer, där kuratorn ansvarar för föräldrakontakten och psykologen har samtal med patienten. Detta kan leda till att sociala och psykosociala problem psykologiseras och att viktiga aspekter av ungdomars situation riskerar missas. En tvärprofessionell samverkan skulle kunna bidra till en mer helhetlig förståelse och ge bättre förutsättningar för att våld i ungas parrelationer upptäcks och att rätt stöd kan sättas in.

Studiens resultat visar också hur den medicinska kontexten innebär både hinder och möjligheter för kuratorn att arbeta med frågan om våld i ungas parrelationer. Ett hinder som lyfts i studien

är det starka diagnosfokus som präglar vårdkontexten, vilket också kan påverka hur kuratorn ser på sitt uppdrag och arbete. En risk med detta är att helhetsperspektivet förloras, vilket beskrivs som ett av yrkesgruppens expertisområden och viktigaste uppdrag. Vidare är kuratorns möjlighet att ställa frågor om våld är beroende av deras tillgång till patienterna, vilket ofta sker genom vårdpersonalens initiativ. Ett gott tvärprofessionellt samarbete och allianser inom teamen är därför avgörande för att kuratorn ska kunna arbeta effektivt med dessa frågor.

Kuratorrollen upplevs som otydlig och saknar formella ramar. Bristande kunskap om våld i ungas parrelationer kan leda till att problemet blir osynligt, och riskerar att göra att kuratorerna inte ser våld i ungas parrelationer som en del av sitt uppdrag. Samtidigt ger den stora friheten kuratorerna möjlighet att själva forma sitt arbete och inkludera frågor om våld. Studien visar att det diffusa handlingsutrymmet för kuratorn i kombination med den bristande jurisdiktionen för problemet med våld i ungas parrelationer skapar möjligheter för kuratorn att välja fritt, men det skapar också potentiella luckor i arbetet med att fråga om och upptäcka våld i ungas parrelationer.

Kuratorn skulle - med sitt holistiska perspektiv, psykosociala expertis och kunskap om samhällsproblem - kunna spela en nyckelroll gällande att fråga om och upptäcka våld i ungas parrelationer hos patienter i barn- och ungdomssjukvården. De skulle också kunna bidra på ett betydelsefullt sätt till kunskapsutveckling samt utarbetandet av rutiner och riktlinjer inom organisationen gällande problematiken. Men för att fullt ut kunna bidra med sin expertis och perspektiv behövs organisatoriska och professionella förutsättningar. Studien visar att det finns en bristande kunskap om våld i ungas parrelationer inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården och att denna okunskap får konsekvenser för såväl det formella, det upplevda och det faktiska handlingsutrymmet.

Sammanfattningsvis har studien visat på att kuratorn inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården möter flera hinder i arbetet med att fråga om våld i ungas parrelationer, men också att det finns potential att förbättra detta arbete genom ökad kunskap, tydligare riktlinjer och gott samarbete inom vårdteamen.

Slutligen, så har denna studie enbart undersökt hur kuratorn inom den somatiska barn- och ungdomssjukvården uppger sig arbeta med att fråga om våld i ungas parrelationer. För att öka förståelsen för hur hälso- och sjukvården kan arbeta med frågan behövs forskning utifrån ett tvärprofessionellt perspektiv, med fokus på gränsarbete och hur olika yrkesgrupper tänker kring ansvar och möjligheter att upptäcka våld i ungas parrelationer.

Litteratur

Abbot, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Labor*. Chicago: The University of Chicago Press

Alvesson, . & Sköldbberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

Barter, C. och Stanley, N. (2016). Inter-personal violence and abuse in adolescent intimate relationships: Mental health impact and implications for practice. *International Review of Psychiatry*, 28, s. 485–503.

Beynon, C., Gutmanis, I., Tutty, L., Wathen, N. & MacMillan, H. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health* 12:473

Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press. Översättning av Richard Nice. Orginalpublikation: *Esquisse d'une théorie de la pratique, précédé de trois études d'ethnologie kabyle*, Librairie Droz, 1972.

Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. I: J. G. Richardson (ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, pp. 241–58. New York, NY: Greenwood Press.

Bourdieu, P. (1988). *Homo Academicus*. Översatt av Peter Collier. Cambridge: Polity Press

Bourdieu, P. (1991). *Language and Symbolic Power*. Redigerad av John B. Thompson. Cambridge: Polity Press

Bourdieu P. (1995). *Praktiskt förnuft – Bidrag till en handlingsteori*. Göteborg: Daidalos.

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

Blomberg, S. (2004). *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen: Genomförandet av en organisationsreform och dess praktik*. Doktorsavhandling. Lund: Lunds universitet

Brandén, H. (2015). *Kritisk realism*. Rapportserie Sociologi i Linköping. 2015:1. Linköping: Linköping universitet

Broady, D. (1998). *Kapitalbegreppet som utbildningssociologiskt verktyg*. Skeptronhäften nr. 15

Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 3. uppl. Stockholm: Liber.

Brottsförebyggande rådet (2018). *Brott i nära relation bland unga*. Kortanalys 6/2018. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Brottsförebyggande rådet (2021). *Våld i ungas parrelationer*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Rapport 2021:15

Carlhed, C. (2011). Fält, habitus och kapital som kompletterande redskap i professionsforskning. I *Socialvetenskaplig tidskrift*, (4), p. 283-300

Dworkin, Ronald (1978) *Taking rights seriously*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Eriksson-Zetterquist & Ahrne, G. (2022). Intervjuer. I: Ahrne, G & Svensson, P (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber. ss, 8-16.

Espelage, D. L., Leemis, R. W., Niolon, P. H., Kearns, M., Basile, K. C., & Davis, J. P. (2020). Teen dating violence perpetration: Protective factor trajectories from middle to high school among adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 30 (1), 170-188.

Forinder, U. (2014). Socialt arbete med sjuka barn. I: Ann Lalos, Björn Blom, Stefan Morén & Marianne Olsson (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Gåfvells, C. (2014). Socialt arbete i en medicinsk kontext. I: Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

HSLF-FS 2022:39 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*

Hacking I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University press.

Harding, S. (1993) Rethinking Standpoint Epistemology: What is 'Strong Objectivity'? I: L., Alcoff & E., Potter (red.), *Feminist Epistemologies*, 49–82. London: Routledge.

Hellevik, P.M. (2019). Teenagers' personal accounts of experiences with digital intimate partner violence and abuse. *Computers in Human Behavior*, 92, s. 178–187.

Jacobsson, K. (2008) Den svårfångade kvaliteten. I: Wästerfors, D. & Sjöberg, K. (red.) (2008). *Uppdrag: Forskning: konsten att genomföra kvalitativa studier*. Malmö: Liber

Jernbro, C., Landberg, Å. & Thulin, J. (2023). *Våld mot barn. En nationell kartläggning*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Jönsson, A. (2023). *Professionellt pappersgöra: Att bemästra ett komplext handlingsutrymme i beslutstexter om ekonomiskt bistånd* (1 uppl.). Doktorsavhandling, Lund: Lunds universitet.

Korkmaz, S. (2021). *Youth Intimate Partner Violence in Sweden: Prevalence and Young People's Experiences of Violence and Abuse in Romantic Relationships*. Doktorsavhandling. Stockholm: Stockholms universitet.

Korkmaz, S., Överlien, C. & Lagerlöf, H. (2022). Youth intimate partner violence: Prevalence, characteristics, associated factors and arenas of violence. *Nordic Social Work Research*, 12(4), 536-551.

- Korkmaz, S. & Överlien, C. (2020). Responses to youth intimate partner violence: the meaning of youth-specific factors and interconnections with resilience. *Journal of Youth Studies*, 23(3), s. 371–387.
- Krag-Rønne Mannsåker, I., Vågan, A., Østertun Geirdal, A. & Stenberg, U. (2022). Hospital Social Workers' Boundary Work in Paediatric Acute Wards—Competitive or Collaborative? *British Journal of Social Work*. Vol. 52, s. 2595–2612
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Upplaga 3:2 Lund: Studentlitteratur
- Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (2014) (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lundberg, L. & Bergmark Å. (2021) Self-perceived competence and willingness to ask about intimate partner violence among Swedish social workers, *European Journal of Social Work*, Vol. 24, No. 2, ss.189–200.
- Lundin, A., Benkel, I., De Neergaard, G., Johansson, B. & Öhrling, C. (2019). *Kurator inom hälso- och sjukvård*. 3:e upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Morén, S., Blom, B., Lalos, A. & Olsson, M. (2014). Socialt arbete i hälso- och sjukvård – villkor och utmaningar. I: Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Murray, A. & Azzinaro, I. (2019). Teen Dating Violence: Old Disease in a New World. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 20(1), 25-37.
- Pensak, R. (2015). Must be 18 or older: How Current Domestic Violence Policies Dismiss Teen Dating Violence. *William & Mary Journal of Women and the Law*, 21(2), s. 499–523.
- Pensak, R. (2015). Must be 18 or older: How Current Domestic Violence Policies Dismiss Teen Dating Violence. *William & Mary Journal of Women and the Law*, Vol. 21, s. 499–523.
- Petersson, C. (2023). *Kommer du att döma mig om jag berättar?... om ungdomar sexuella beteende och utsatthet för våld*. Doktorsavhandling. Växjö: Linnaeus University Press
- Remisspromemoria (2013). *En ny ungdomspolitik*. U2013/4442/UC. Utbildningsdepartementet.
- Sernbo, E. (2019). *Med avstegen som arbetsplats: en etnografisk studie av hälso- och sjukvårdskuratorns arbete*. Avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet. https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/59806/1/gupea_2077_59806_1.pdf
- Silverman, D. (2017). *Doing qualitative research*. (5 uppl.) London: Sage
- Sjöström, M. (2013). *To blend in or stand out? Hospital Social Workers' Jurisdictional Work in Sweden and Germany*. Avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Socialstyrelsen (2023) *Våld i nära relationer. Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Sohlberg, P. & Sohlberg, B. (2019). *Kunskapens former: Vetenskapsteori, forskningsmetod och forskningsetik*. Fjärde upplagan. Stockholm: Liber
- Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N.K. & Bhandari, M. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. *Women & Health*, 6(52), 587–605.
- Stonard, K. E., Bowen, E. Walker, K. & Price, S.A. (2017) "“They’ll Always Find a Way to Get to You”: Technology Use in Adolescent Romantic Relationships and Its Role in Dating Violence and Abuse" i *Journal of Interpersonal Violence* Volume 32, No 14, s. 2083 – 2117
- Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P. & Törnkvist, L. (2012). Nurses’ preparedness to care for women exposed to Intimate partner violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*, 1(11)
- Svensson, K., Johnsson, E. & Laanemets, L. (2021). *Handlingsutrymme. Utmaningar i socialt arbete*. Andra utgåvan. Stockholm: Natur & Kultur
- Svärd, V. (2014). Hospital Social Workers’ Assessment Processes for Children at Risk Positions in and Contributions to Inter-professional Teams. *European Journal of Social Work*. Vol. 17, No. 4, 508-522.
- Svärd, V. (2016). *Children at Risk? Hospital Social Workers’ and their Colleagues Assessment and Reporting Experiences*. Skriftserien Nr 2016:2. Institutionen för social arbete. Göteborgs universitet
- Svärd, V. (2017a). “Why don’t they Report?” Hospital Personnel Working with Children at Risk. *Child Care in Practice*. Vol. 23, No. 4, 342–35
- Svärd, V. (2017b). Assessing children at risk: organizational and professional conditions within children’s hospitals. *Child and Family Social Work*. Vol 22, 81–91
- Tagesson, E.H. & Gallo, C. (2022) ““When we talk about intimate partner violence we talk in an adult way’ – Social workers’ descriptions of intimate partner violence between teenagers,” *Qualitative social work*, 21(2), pp. 332–348
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Vetenskapsrådet (2017). *God forskningsed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- WHO (2012). *Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence*. Genève: World Health Organization.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf Hämtad 2023-10-21.
- Wilson, T. och Maloney, M. (2019). Dating Violence in Adolescent Relationships. *International Journal of the Whole Child*, 4(2), s. 82–87.

Wästerfors, D. & Sjöberg, K. (red.) (2008). *Uppdrag: Forskning: konsten att genomföra kvalitativa studier*. Malmö: Liber

Överlien, C. (2018). Våld mellan ungdomar i nära relationer: Digitala medier och utövande av kontroll. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 25(1), s. 67–86.

Överlien, C. (2020). Young People's Experiences of Violence and Abuse in Same-sex Relationships: Understandings and Challenges. *Nordic Journal of Social Research*, 11(1), s. 109–128.

Överlien, C., Hellevik, P.M. & Korkmaz, S. (2020). Young Women's Experiences of Intimate Partner Violence – Narratives of Control, Terror, and Resistance. *Journal of Family Violence*, 35, s. 803–814.

Bilagor

Bilaga 1

Intervjuguide

Tema 1 - Kuratorns roll

Hur beskriver kuratorn sitt arbete, sin position och plats i de tvärprofessionella teamen?
Hur funkar det? Vad fungerar? Vilka hinder upplever kuratorn? Relationer och allianser?

Tankar om den organisationella kontexten samt språket (på vilka sätt används språket?)

Hur förhåller kuratorn sig till/ använder sig av hierarkier och förhandlingar inom teamen? (i relation till vad som definieras som problemet hos patienten). Finns det tillfällen när du har tolkningsföreträde? Beskriv!

Vad är viktigt – den medicinska kontexten vs det psykosociala perspektivet.

Kuratorns upplevda handlingsutrymme?

Tema 2 – Kunskap och kunskapsproduktion

Hur värderas kuratorns (expert)kunskap inom teamet?

Vilket inflytande har din kunskap i relation till teamets arbete? I relation till patienten?

Vad spelar roll för kuratorns kunskapsproduktion?

Tema 3 - Våld i ungas parrelationer

Frågar du ungdomar om våldsutsatthet i egen parrelation?

Hur arbetar du med frågan?

Vad avgör vad som tas upp i mötet med patienten? Vad som inte tas upp i mötet med patienten?

Hur ser proceduren ut i teamet när ni definierar en patients problematik och möjliga lösningar?

Vad avgör vad du tar upp i mötet med unga patienter?

Funderingar kring förväntanshorisonter utifrån kontext och patientgrupp?