



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# **”Här får man vara snäll”**

**En kvalitativ intervjustudie om kuratorers  
relationsbyggande med patienter på psykosmottagningar**

**Rebecka Norell**

Hälso-och sjukvårdskuratorsprogrammet  
SAHS05 Examensarbete  
VT 2024  
Handledare: Lotta Jägervi

# Abstract

Author: Rebecka Norell

Title: "Here you are allowed to be kind"- A qualitative interview study on counselors relationship-building with patients in psychosis outpatient clinics.

Supervisor: Lotta Jägervi

Assessor: Nataliya Thell and Sara Hultqvist

The aim of this study was to gain a deeper understanding of how counselors create and maintain good professional relationships with patients who have psychotic disorders, and how they manage their emotions within these relationships. Qualitative interviews were conducted with six counselors working in outpatient clinics in Region Skåne. The empirical data were analyzed using Hochschild and Bolton's theoretical framework on emotion management in the workplace. The results revealed that counselors often begin their relationships with patients by assisting them in applying for welfare services. This initial support helps build trust with patients who typically find it challenging to trust others. The study also shows that counselors adjust their emotions to align with those of their patients and to help improve their well-being, sometimes using humor as a tool. The title of the study is a quote from one of the counselors. However the results indicate that counselors consider many factors in their approach to kindness. For instance, they need to balance professionalism with a personal touch. The findings reveal that counselors occasionally share personal information with the intention of making patients feel more at ease. This study contributes valuable insights into the factors counselors consider when building professional relationships with patients suffering from severe mental illness.

Keywords: psychotic disorders, counselors, relationship building, emotional work

# Förord

Först och främst vill jag rikta ett stort tack till alla kuratorer som har ställt upp i denna studie! Ni har inte bara gjort denna uppsatts möjlig, ni har även gett mig många insikter inför mitt framtida arbetsliv genom era kloka resonemang och modiga transparens.

Jag är även tacksam över att få ha delat denna resa, som utbildningen inneburit, tillsammans med en så fin klass. Att få ha delat erfarenheter, skratt, pluggstress och intressanta diskussioner med er har gjort resan mycket roligare!

Vill också tacka mina handledare; tack Lotta för att du trott på mig och gett mig kontinuerlig konkret feedback som gjort det möjligt för mig att ro denna uppsatts i hamn. Tack Marie för ett fint handledarskap på min praktikplats på psykosmottagningen, det var bland annat ditt sätt att vara kurator som väckte idén till denna uppsatts. Tack för att du alltid tog dig tid för mig, och för öppenheten i våra samtal.

Slutligen även tack till min käre Kevin som i dubbel bemärkelse lärt mig mycket om relationsbyggande och känslorarbete!

*Helsingborg, Maj 2024*

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b>	<b>5</b>
1.1 Problemformulering	5
1.2 Syfte	6
1.3 Frågeställning	6
1.4 Avgränsningar	7
1.5 Begreppsdefinitioner	7
1.5.1 Psykossjukdomar	7
1.5.2 Den professionella relationen	8
<b>2. Bakgrund</b>	<b>9</b>
2.1 Den psykiatriska vården för patienter med psykossjukdom	9
<b>3. Kunskapsläge</b>	<b>10</b>
3.1 Litteratursökning	10
3.2 Den kontextuella modellen och de gemensamma faktorerna	11
3.3 Den professionella relationen	13
3.4 Professionellas känslor i behandlingsrelationen	14
3.4.1 Empati	14
3.4.2 Känslor hos professionella inom psykiatri	15
<b>4. Teoretiska utgångspunkter</b>	<b>17</b>
4.1 Hochschilds känslöarbete	17
4.2 Utveckling av Hochschilds teori: Boltons känslöhantering	18
4.3 Valda begrepp och dess användning	20
<b>5. Metod och metodologiska överväganden</b>	<b>20</b>
5.1 Kvalitativ metod	20
5.2 Semistrukturerade intervjuer	21
5.3 Urval	22
5.4 Kvalitativ innehållsanalys	22
5.5 Förförståelse	23
5.6 Tillförlitlighet	24
5.7 Forskningsetiska överväganden	25
<b>6. Resultat och analys</b>	<b>27</b>
6.1 Kurators möjligheter till relationsskapande	28
6.1.1 Relationsskapandet utifrån arbetsuppgifterna	28
6.1.2 Relationsskapandet jämfört med andra socionomyrken	30
6.2 Kuratorernas förhållande till känslor i relationsbyggandet	32
6.2.1 Kuratorerna förhåller sig till patienternas verklighetsuppfattning	32
6.2.2 Kuratorerna tonar ner sig själva	34
6.2.3 Kuratorerna förmedlar positiva känslor	35
6.3 Att vara viktig som person	37
6.3.1 Gränsdragningen mellan professionell och personlig	37
6.3.2 Relationens betydelse visar sig vid introduceringen av en kollega	39
<b>7. Avslutande diskussion</b>	<b>41</b>
<b>8. Referenslista</b>	<b>45</b>
<b>9. Bilagor</b>	<b>48</b>
9.1 Bilaga 1 Informationsbrev	48
9.2 Bilaga 2 Samtyckesformulär	50
9.3 Bilaga 3 Intervjuguide	51

# 1. Inledning

## 1.1 Problemformulering

I Sverige insjuknar mellan 1500–2000 personer varje år i den vanligaste psykosjukdomen schizofreni och mellan 30000–40000 personer har diagnosen (Socialstyrelsen 2018). Gemensamt för psykosjukdomar är att personer som har sjukdomen upplever verkligheten annorlunda och har svårt att skilja på fantasi och realitet (1177 Vårdguiden 2021). På gruppnivå lever dessa personer ofta i socialt utanförskap och är stigmatiserade av samhället, till följd av fördomar som finns om personer som har psykosjukdomar (World Health Organization 2022). I Socialstyrelsens (2018) riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni skriver de att personer som har psykosjukdomar ofta har svårt att fungera väl i samspelet med andra människor. Det beror bland annat på att de kan lida av kognitiva funktionsnedsättningar, samt vara misstänksamma mot andra människor till följd av sin sjukdom. Socialstyrelsen (2018) skriver att goda relationer till vårdpersonal ökar möjligheterna till återhämtning och hälso- och sjukvården behöver därför arbeta relationsbyggande. Relationen mellan en professionell och patient skiljer sig i jämförelse med andra vardagliga relationer på två sätt. För det första råder ett beroendeförhållande, patienten är i beroendeställning både emotionellt och fysiskt till den professionella. För det andra behöver den professionella underställa sig regler och professionsetik som gäller oavsett vad den professionella tänker om personen den ska hjälpa (Cullberg, Skott & Strålin 2020). I relationsbyggandet kan utmanande etiska situationer förekomma, då en person med en psykosjukdom ofta saknar självinsikt i hur omfattande dennes vårdbehov är. De kan då isolera sig och vårdpersonalen behöver arbeta motiverande (Socialstyrelsen 2018). Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (SFS 1991:1128) aktualiseras när en patient är i behov av psykiatrisk vård mot sin vilja. Den vanligaste diagnosen hos patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård är någon form av psykosjukdom (Socialstyrelsen 2021). På öppenvårdsmottagningar för patienter med psykosjukdom är det alltså viktigt att motivera patienten till att bibehålla kontakten med vården, även om patienten kanske inte alltid själv ser vårdbehovet, detta för att förebygga att patienten behöver vårdas med LPT. I den inledande kontakten med en nyinsjuknad psykopatient bygger vårdpersonalen upp ett förtroende som ligger till grund för ett gemensamt arbete som ofta varar flera år (Cullberg, Skott & Strålin 2020). Alain Topor har forskat om hur personer som lider av psykisk ohälsa

återhämtar sig och han argumenterar för att huruvida patientens och vårdpersonalens relation är god eller inte är avgörande för hur patienten tar till sig vårdinsatserna. En god relation från vårdpersonalens sida karakteriseras av genuin omsorg och att vårdpersonalen förmedlar hopp (Topor & Borg 2008). Kuratorn använder bland annat stödsamtal för att möta patienterna inom psykiatrin. I stödsamtal använder sig den professionella av sina egna personbundna förmågor, som till exempel empatiskt bemötande och självreglering för att möta patientens känslor (Ljunggren 2017). Relationsbyggande är en stor del av allt socialt arbete och inbyggt i relationer finns det alla möjliga typer av känslor (O'Connor 2020). I en forskningsöversikt skriver O'Connor (2020) att det finns få studier om hur socialarbetarna använder, uppfattar och skapar sina känslor i mötet med människor.

Sammanfattningsvis har många patienter med psykosjukdomar långvarig kontakt med vården. Patienterna har ofta få nära relationer då de bland annat har svårt att hantera dessa till följd av sin sjukdom och kontakten med vården kan då bli extra betydelsefull. Denna studie fokuserar på hur kuratorer skapar och bibehåller en god professionell relation med patientgruppen. Då det finns lite forskning om hur professionella inom socialt arbete förhåller sig till sina känslor i interaktionen med de som möts i arbetet eftersträvar denna studie även att bidra med kunskap om detta.

## 1.2 Syfte

Denna studie syftar till att nå fördjupad förståelse dels av hur kuratorer skapar och bibehåller en god professionell relation med patienter som har psykosjukdomar, dels hur kuratorerna hanterar och använder sina känslor i denna relation. Studien eftersträvar en ökad kännedom om kuratorers upplevelser av att möta en särskilt utsatt grupp, med en förhoppning om att bidra med kunskap om de verktyg kuratorer använder för att bevara en professionell relation med patientgruppen.

## 1.3 Frågeställning

1. Hur skapar kuratorer en god professionell relation med patienter med psykosjukdomar?
2. Hur förhåller sig kuratorer till sina känslor i relationen till patienter med psykosjukdomar?

3. Hur förhåller sig kuratorer till gränsen mellan att vara professionell och personlig i relationen med patienter med psykossjukdomar?

## 1.4 Avgränsningar

Denna studie är avgränsad till kuratorer som arbetar på vuxenpsykiatrimottagningar, inriktning psykos i Region Skåne. Samtliga som intervjuats möter främst patienter med någon av de tre psykossjukdomarna schizofreni, schizoaffektivt syndrom eller vanföreställningssyndrom. Studiens huvudfokus är kuratorers relationsbyggande med denna patientgrupp, samt hur kuratorerna förhåller sig till sina känslor i relationen. Studien berör exempelvis inte kuratorers relationer till patienters anhöriga. Även om majoriteten av kuratorerna har grundläggande psykoterapeututbildning berör studien inte hur relationen ser ut i psykoterapibehandling. I stället är fokuset hur relationen ser ut när kuratorn är i den klassiska kuratorsrollen och håller t.ex. stödsamtal och hjälper till att ansöka om insatser från socialtjänsten.

## 1.5 Begreppsdefinitioner

### 1.5.1 Psykossjukdomar

Studien kommer använda begreppet psykossjukdom som ett samlingsbegrepp för tre olika typer av ihållande psykossjukdomar som patienter listade på psykosmottagningar har. Det finns totalt fem typer av psykossjukdomar: schizofreni, schizoaffektivt syndrom, vanföreställningssyndrom, reaktiv psykos och förlossningspsykos (1177 Vårdguiden 2021). De två sistnämnda är kortvarigare psykostillstånd och tillhör därmed vanligtvis inte patientgruppen som får vård från vuxenpsykiatri specialiserade på psykossjukdomar. Dock kan en nyinsjuknad patient som ännu inte fått en psykossjukdomsdiagnos fastställd vårdas på en sådan mottagning som studien berör. Vid schizofreni är vanföreställningar ett vanligt symtom och det innebär att personen upplever verkligheten olik andra (1177 Vårdguiden 2021). Exempelvis kan personen tänka att hen har magiska krafter eller att hen är förföljd. Ett annat vanligt symtom är hallucinationer där personen hör röster och upplever att hen har kontakt med högre makter. Tankestörningar är också ett symtom som är vanligt och som innebär att personen har svårt att tänka klart och sammanhängande (ibid). Schizoaffektivt syndrom har även symtom som liknar bipolär sjukdom, där depressiva och maniska skov skiftas (ibid). Vanföreställningssyndrom innebär att personen har en övertygelse som inte stämmer med verkligheten. Exempelvis att hen är förföljd eller lider av en sjukdom. Eftersom

personen är övertygad om något kan det vara svårt att få dem ta emot behandling, då de inte betraktar sig själva som sjuka. När personen förstår att människor i dennes närhet inte delar dessa övertygelser kan det leda till att personen drar sig undan (1177 Vårdguiden 2021). När patienter utreds för misstänkt psykosjukdom brukar patientens positiva och negativa symtom utredas (Karolinska institutet 2023). Ett positivt symtom innebär något som tillkommit hos personen, exempelvis rösthallucinationer. Ett negativt symtom är något som personen fått minskad förmåga till, exempelvis ta initiativ. Patientens kognitiva nedsättningar utreds även, exempelvis koncentrationssvårigheter och ologiskt tänkande (ibid). Det finns inget tydligt svar på varför vissa personer utvecklar psykosjukdomar. Faktorer som spelar in är ärftlighet, trauman och stress, vilka alla påverkar hjärnans signalsystem (Internetmedicin u.å).

### 1.5.2 Den professionella relationen

Denna studie undersöker relationen mellan kurator och patienter med psykosjukdomar. Eftersom det inom vården pratas om både professionell relation, terapeutisk relation och allians ansågs det viktigt att resonera kring varför begreppet professionell relation valdes.

Sigmund Freud var den första som talade om terapeutisk allians och syftade då på relationen mellan patient och terapeut vid psykoanalytisk terapi (Psykologiguiden u.å.). Begreppet stod för den pakt som båda parter ingick med gemensamt mål att övervinna de omedvetna krafter patienten led av. Idag används begreppet fortfarande i behandlingssammanhang och innefattar ofta två delar: det formella avtalet om samarbete mot målet med behandlingen och den emotionella relation som utvecklas mellan terapeuten och patienten (ibid). I kunskapsläget redogörs för forskning där begreppet allians används i olika konstellationer. Det har setts som värdefullt att ha med, även om denna studie inte syftar till att undersöka relationen mellan kurator och behandlare vid psykoterapeutisk behandling. Eftersom även kuratorer arbetar mot gemensamma mål med patienterna och utvecklar emotionell relationella band. Vidare har även forskning om de gemensamma faktorerna för alla framgångsrika behandlingskontakter tagits med i kunskapsläget. Två gemensamma faktorer är allians och en god terapeutisk relation, eller den verkliga relationen (Wampold 2015). Alliansen kräver ett band mellan terapeuten och patienten i syfte att kunna arbeta mot ett meningsfullt mål. Den verkliga relationen är mer fri och genuin (ibid). Wampold konstaterar dock att de två begreppen allians och terapeutisk relation är svårdefinierade, då forskare genom tiderna använt dem olika. Eftersom studien inte berör kuratorns upplevelse av relationen med patienten i



psykoterapeutbehandling har begreppen allians och terapeutisk relation inte använts i studiens syfte och frågeställningar. I stället används begreppet professionell relation. Även det begreppet är brett, men anses ändå vara det som tydligast definierar relationen mellan kurator och patient. Att vara professionell betyder att agera så som omgivningen tänker att den professionella utifrån sin yrkesroll ska agera. Den professionella låter inte sina personliga angelägenheter ta plats i relationen med den som den möter i sitt arbete (Svensson 2021; Ljunggren 2017) En professionell besitter vetenskaplig kunskap inom ett visst område (ibid).

## 2. Bakgrund

### 2.1 Den psykiatriska vården för patienter med psykossjukdom

År 1995 kom psykiatrireformen som skiftade ansvaret för sociala insatser för personer med allvarlig psykisk ohälsa från landstingen till kommunerna (Topor, Denhov & Bülow 2019). Syftet var att personer med allvarlig psykisk ohälsa skulle normaliseras och bli en del av samhället. Dessa personer hade tidigare huvudsakligen bott och vårdats på institutioner, men under 1980-talet började vården alltmer övergå till öppenvårdsmottagningar. Det blev nu endast socialtjänstens ansvar att tillgodose behovet av bostad och sysselsättning för denna målgrupp. En av de psykiatriska diagnoser som personer som tidigare bott på institution hade var olika former av psykossjukdomar. De sociala frågorna var kuratorns uppgift att hantera men när psykiatrireformen kom prioriterade många av dem inte dessa frågor, då flera arbetade som psykoterapeuter. Efter psykiatrireformen har just en välfungerande samverkan mellan vården och kommunerna fått stor betydelse (ibid). Att samverka är all vårdpersonals ansvar, men kuratorerna får ofta ta huvudansvaret då de precis som socialsekreterarna på socialtjänsten har en socionomutbildning, vilket främjar samarbetet (Framme 2016). Vidare har kuratorn, precis som socialtjänsten, ett holistiskt synsätt på patienten och ser den i sitt sociala sammanhang. Majoriteten av professionerna som arbetar inom psykiatrin präglas av ett biomedicinskt perspektiv (ibid).

Socialstyrelsens (2022) statistik över hur många patienter som besökt öppenvårdsmottagningar för patienter med psykossjukdomar under år 2020 visar att Region Skåne är en av de tre regioner som har flest besök av patientgruppen. Socialstyrelsen (2018) skriver i sina riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd att till följd av sin sjukdom kan dessa personer ofta ha kognitiva funktionsnedsättningar.

Behandlingsarbetet med patienten innefattar därför att hjälpa hen att hitta sin plats i samhällslivet, skapa relationer, ordna praktiska saker och motverka stigmatisering. En person med schizofreni har ofta nedsatt autonomi då de upplever verkligheten annorlunda. Vården behöver därför ha kontinuitet i vård- och omsorgskontakter och samordna vård- och stödinsatser (Socialstyrelsen 2018). Utöver de psykosociala insatserna rekommenderar Socialstyrelsen (2018) bland annat antipsykotisk medicin, psykologisk behandling och tidigt omhändertagande av personer som nyinsjuknat i psykossjukdom första gången. Det sistnämnda innefattar att ge stöd till hela patientens familj, vilket bör ges av ett tvärprofessionellt team där kuratorn har särskild expertis om psykosociala faktorer. Det finns även verksamheter inom vården med särskilt uppdrag att ta hand om nyinsjuknade patienter och de rekommenderas följa patienten fem år (Nationella Vård- och insatsprogram u.å.). Vidare rekommenderar Socialstyrelsen (2018) kognitiv beteendeterapi som psykologisk behandling för personer med psykossjukdom. Antipsykotiskt läkemedel lindrar de flesta symtomen, men det finns inget botemedel mot schizofreni (Karolinska institutet 2023).

Topor, Denhov & Bülow (2019) konstaterar att efter psykiatrireformen har patienter fått mer inflytande över sin vård. Vården har blivit mer återhämtningsinriktad där patienten betraktas som den som bäst kan uttala sig om sitt liv. Nya metoder som ger patienten inflytande har även utvecklats, som exempelvis delat beslutsfattande och brukarstyrd inläggning (ibid). Personen kan fortfarande ha en risk att återinsjukna och kan ha vissa symtom kvar, men med rätt stöd från vården och socialtjänsten kan personen hitta strategier att leva ett välfungerande liv (Socialstyrelsen 2018).

## 3. Kunskapsläge

### 3.1 Litteratursökning

Sökningar har gjorts med begreppen ”schizophrenia”, ”counseling”, ”relationship”, ”common factors” ”therapeutic relationship” och ”emotions” i LUB search (Lunds universitets databas) och i databasen Libris (databas för bland annat avhandlingar) under februari 2023. Sökordet schizofreni användes då det är den vanligaste psykossjukdomen, som det därav finns mest forskning om. När en sökning med de tre förstnämnda begreppen gjordes gav det 650 träffar på peer reviewed vetenskapliga artiklar. Många av artiklarna handlade om stigmatiseringen av

personer med schizofreni eller relationen till anhöriga runt patienten. Dessa artiklar valdes bort då de inte bedöms vara av relevans för denna studie. Det har visat sig finns mycket forskning om allians och den terapeutiska behandlingsrelationen. Då fokus för denna studie inte varit behandlingsrelationen när kuratorer utför psykoterapi, redogörs det även om forskning om de så kallade gemensamma faktorerna för alla positiva behandlingsrelationer. Kedjesökning har genomgående använts under litteratursökningen. Det har gjorts genom att i artiklarna identifiera författare som ofta refererades till och därefter söka upp de refererade artiklarna.

## 3.2 Den kontextuella modellen och de gemensamma faktorerna

Forskningen om den kontextuella modellen och de gemensamma faktorerna har ansetts vara intressant att redogöra för eftersom de inte kopplas till en specifik behandlingsmodell. Den kontextuella modellen menar att behandlingen för en person vars liv plötsligt förändrats handlar om att få personen att växa i sitt sammanhang, snarare än att tekniskt ordna ett problem (Frank & Frank 1993). Denna modell brukar beskrivas som den medicinska modellens motpol, då den medicinska modellen snarare ser diagnostisering och medicinering som lösningen på problemet (ibid). Modellen argumenterar för betydelsen av fyra beståndsdelar för att personen ska känna sig hjälpt. För det första vikten av vilka förväntningar patienten har på behandlingen. Patienter kan till exempel ha en tanke om att känna sig förstådd av terapeuten och detta i sig fyller en placebo-liknande effekt. Den andra komponenten kallas den verkliga relationen och syftar då på relationen mellan terapeut och patient, som liknar vanliga sociala processer där ett första intryck kan vara avgörande. Patienter gör en helhetsbedömning av om terapeuten är en person att lita på. Dock skiljer sig relationen från andra då den präglas av tunga samtalsämnen och sekretess. På så sätt behöver patienten inte oro sig över om terapeuten kommer avbryta kontakten som följd av att patienten berättat vissa saker, då syftet med relationen är just detta. Modellen framhäver vikten av relationen i sig, som präglas av en mänsklig kontakt med en person som bryr sig (Frank & Frank 1993; Wampold 2015). Den tredje och fjärde beståndsdelarna är starkt sammanhängande och handlar om den idé och medförande specifika inslag som behandlingen som valts innehåller. Den tredje komponenten är att patienten behöver hålla med om det innehåll som förklarar dennes problematik, till exempel kognitiv beteendeterapi. Den sista delen i den kontextuella modellen är att patienten behöver vara okej med det praktiska

innehållet som behandlingen innehåller. I det nämnda exemplet skulle patienten acceptera att kbt-terapeuten uppmanar patienten att förändra sitt sätt att tänka och ger hemuppgifter (Frank & Frank 1993). Wampold (2015) beskriver den kontextuella modellen på liknande sett som Jerome Frank, men särskiljer inte de två sistnämnda faktorerna. Istället betraktar Wampold de som en faktor, patienten behöver hålla med om både behandlingens idé och praktik.

Wampold (2015) är en känd anhängare av den kontextuella modellen och har i sina studier fokuserat på evidensen för de så kallade gemensamma faktorerna. Gemensamma faktorer syftar på de framgångsrika faktorer som förekommer i alla psykoterapeutiska behandlingar, oavsett teoretisk anknytning. Wampolds studier argumenterar för att de gemensamma faktorerna är viktigare än behandlingstekniken. Han fokuserar särskilt på betydelsen av det humanistiska inslaget som relationen mellan behandlare och patient har. Den mest studerade gemensamma faktorn är allians och denna består av tre delar; bandet mellan terapeut och patient, överenskommelsen om målet med behandlingen och behandlingens innehåll. En annan viktig gemensam faktor som Wampold argumenterar för är betydelsen av terapeutens förmåga till empati. Empati beskrivs av Wampold som en komplex process där en person kan sätta sig in i en annans situation och bli berörd av denna. Utöver Wampold har flera andra forskat på de gemensamma faktorerna utifrån olika teoretiska anknytningar. De flesta som arbetar med behandling ser idag betydelsen av dem, men det finns ytterligheter där vissa erkänner att det finns vissa gemensamma faktorer som är viktiga i alla behandlingssammanhang och andra ser dem som i sig läkande (Ljunggren 2017).

Sammanfattningsvis kan tre gemensamma faktorer urskiljas som de vanligaste. Den första är allians, som redogjorts för ovan. Den andra är behandlarens förmåga att skapa en god relation till patienten som bygger på äkthet och ömsesidighet. För det tredje patientens inställning till behandlingen som då syftar på förväntan och motivation (Ljunggren 2017; Wampold 2015).

Den kontextuella modellen och de gemensamma faktorerna brukar ibland beskrivas som ”Drontens dom” (Bergmark & Lundström 2011). Detta begrepp kommer från Alice i underlandet där en fågel agerar domare i en tävling och dömer att alla är vinnare. I psykoterapiforskning syftar drontens dom på att alla behandlingar har goda resultat (ibid). Bergmark & Lundström (2011), professorer i socialt arbete, skriver att om dronten har rätt har det stor betydelse för synsättet på metoder inom socialt arbete eftersom delar av socialt arbete liknar psykoterapi.

### 3.3 Den professionella relationen

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den behandling som i kombination med antipsykotisk medicin under en längre tid setts som mest effektiv för personer med schizofreni i både USA och England (Sivec & Montesano 2012). Som tidigare nämnt är det även den behandling som Socialstyrelsen rekommenderar i Sverige (Socialstyrelsen 2018). I en litteraturöversikt av sju studier om effekterna av KBT för personer med schizofreni skriver Sivec & Montesano (2012) att behandlingen visar måttlig effekt vid långtidsuppföljningar av behandlingsresultatet. I jämförelse med kontrollgrupper där oftast samma behandlare ombads engagera och stärka patienter utan att använda KBT-inslag framkom att skillnaderna på behandlingsresultaten var små. Författarna påpekade att detta visar att gemensamma faktorer som en god terapeutisk relation och empati för patienten kan ha större påverkan för patienter med schizofreni än behandlingsmetoden i sig (ibid).

Ett av de mest väl utforskade områdena inom psykoterapiforskning är den terapeutiska alliansen och vikten av den för att uppnå goda behandlingsresultat. Eftersom många studier redan visat vikten av den terapeutiska relationen har forskningen de senaste decennierna inriktats mer på att dels beskriva faktorer som behövs för att utveckla en god allians och dels att utforska alliansbrott och reparationer i alliansen (Safran, Muran & Eubanks-Carter 2011). Alliansbrott definieras som att samarbetet mellan terapeuten och patienten påverkas av spänningar eller sammanbrott, det kan till exempel handla om missförstånd eller att parterna har olika uppfattningar om vad målet med behandlingen är. Studier visar att terapeuten tenderar att uppleva fler skeenden i behandlingen som alliansbrott än vad patienten gör (ibid). Kåver (2011) och Safran, Muran & Eubanks-Carter (2011) menar att studier visar på att terapeuten finkänsligt kan utforska patientens relationsteman i syfte att se om spänningen som finns dem emellan även återfinns i andra relationer som patienten har. Holmqvist Larssons (2019) avhandling handlar om just alliansbrott och reparationer av dessa inom psykoterapi. Resultatet visade bland annat att de längre psykoterapibehandlingarna som hade innehållit reparationer av alliansen hade samband med bättre utfall av behandlingen, än de terapeutiska relationer som inte hade haft alliansbrott.

Johanssons (2006) avhandling handlar om relationen mellan patient och vårdpersonal inom allmänpsykiatri. Johansson skriver att det finns få studier om alliansen mellan patient och vårdpersonal inom allmänpsykiatri, men betydligt fler studier inom psykoterapi.

Avhandlingen består av tre delstudier; patientens upplevelse av god psykiatrisk vård, hur patienten upplevde den terapeutiska alliansen och hur olika patientfaktorer hängde samman med den terapeutiska alliansen. Den första delstudien visade att det viktigaste för patienterna var att känna sig förstådd och att vårdpersonalen förmedlade empati och tog sig tid. Den andra studien visade att god allians innebar relationella och emotionella band och att personer med högre psykosocial funktionsnivå enklare etablerade en terapeutisk allians. Den tredje delstudien visade att personalen uppfattade alliansen sämre än vad patienterna gjorde och att det var patienternas upplevelse av alliansen som var viktigast (Johansson 2006).

Att en av de viktigaste faktorerna för patienten är att vårdpersonalen tar sig tid kan kopplas till Topor, Boe & Larsens (2018) forskningsöversikt över studier som visar betydelsen av "little things"-mikrobekräftelser som personalen gör för patienter med psykisk ohälsa. Mikro-bekräftelse är inte en del av behandlingen, utan de är vardagliga handlingar som ofta går obemärkt förbi. De kan ta sig uttryck genom ord, exempelvis genom att personalen delar något litet om sitt privatliv. De kan även ta sig uttryck genom gester, exempelvis en kram. Även handlingar som inte vanligen brukar förekomma, som att exempelvis ta en promenad tillsammans ses som en mikro-bekräftelse. Forskningsöversikten visar dock att personal som gör dessa extra småsaker riskerar att betraktas som oprofessionella, men att det är beror på hur arbetsplatsen är utformad. Effekterna som patienterna beskrivit är att de känner sig som mer än bara en patient, de känner sig som alla andra när personalen gör det lilla extra och visar att de bryr sig om dem. liknar dessa mikro-bekräftelser med forskning om de gemensamma faktorerna. De menar att de båda lyfter det positiva med emotionella komponenter i relationen mellan behandlare och patient (ibid).

## 3.4 Professionellas känslor i behandlingsrelationen

### 3.4.1 Empati

I en forskningsöversikt skriver O'Connor (2020) att det generellt finns få studier om socialarbetares känslor i relation till den hjälpsökande och särskilt få studier om hur socialarbetarna själva använder, uppfattar och skapar känslor i verkligheten. I forskningsöversikten identifierar O'Connor (2020) en paradox i att socialarbetare å ena sidan ser uppvisandet av känslor som en resurs som främjar interaktionen med dem som socialarbetarna möter. Å andra sidan finns det en ambivalens hos socialarbetarna och de organisationer de tillhör om var känslorna ska få plats i praktiken. Socialarbetarna behöver

hantera komplexa känslor i samtalen med hjälpbehövande människor, de ska visa empati och vara resilienta (ibid).

Att visa empati är en av de färdigheter som en professionell i ett människovårdande yrke behöver ha. Empati definieras som förmågan att sätta sig in i en annan persons känslor och anpassa sitt förhållningssätt efter detta (Holm 2002). Forskning visar att hur de professionella uttrycker empati är till stor del beroende av formella och informella regler på arbetsplatsen (ibid). Ulla Holms (1995/2009) bok "Det räcker inte att vara snäll" är en studie om skillnaden mellan empatin hos professionella och icke-professionella hjälpare. Studien visade att professionella hade en mycket större empatisk förmåga och även en reflekterande förmåga över sitt eget agerande, såsom känslor och motiv. Vidare var förmågan till självdisciplinen, det vill säga att hålla tillbaka egna affekter och ta brukarens perspektiv mycket större hos de professionella än hos de icke professionella. Med studiens titel syftar Holm (2009) på att professionella inte bara kan vara snälla, utan behöver förhålla sig till maktobalans, etiska frågor och ha utvecklade psykiska strategier när de ska hjälpa. Även Ljunggren (2017) menar att empati är en av de personbundna färdigheterna som en professionell samtalsledare behöver ha. En grundläggande personbunden förmåga ses som starkt förenade med personligheten. Människor har olika tillgång till förmågorna, men samtliga går att förbättra genom att aktivt öva sig på dem. Majoriteten av de personbundna förmågorna innebär att den professionella använder sitt egna känsloliv. Utöver empati är exempel på dessa förmågor självreglering, att den professionella kontrollerar sina impulser som känslor väcker (ibid).

### 3.4.2 Känslor hos professionella inom psykiatrin

Kamp & Dybbroe (2016) skriver om hur känslor hos de professionella inom psykiatrin är en kontinuerlig del av patientarbetet där den professionella bearbetar, hanterar och håller tillbaka känslor. De menar på att detta känslorarbete behövt förändrats i takt med att sjukvården under de senaste 20 åren har utvecklats till att bli alltmer marknadsorienterat och styrt av new public management. Toppstyrning och kontroll leder till att de professionella inte kan vara lika självständiga och de behöver följa standardisering. Ett av de mest vanliga standardiseringsinstrumenten är diagnossystemet DSM som delar in människor i olika psykiatriska diagnoser. Standardisering utmanar professionellas uppfattning om professionsetik och hur man uppnår god kvalitativ vård. Detta riskerar att ge mindre legitimitet till mer komplexa teorier som ser individen i sitt sammanhang. Kamp & Dybbroe

drar slutsatsen att det komplexa känslöarbetet som de professionella utför för att möta patienterna och anhöriga blir osynligt, då det inte kan mätas.

I en artikel beskriver Walsh och Meyersohn (2001) socialarbetares utmaningar med avslut av schizofrenipatienter utifrån teorin om jagpsykologi. Walsh och Meyersohn (2001) skriver att personer med schizofreni till följd av kognitiva nedsättningar har svårt med interpersonella förmågor. De har därför ofta ett litet socialt nätverk och många av de relationer som finns är konfliktfyllda. Den kliniska relationen mellan socialarbetare och patient blir därför en viktig arena för patienten att utveckla sina interpersonella förmågor. För att detta ska gå behöver det finnas en positiv relation mellan patient och socialarbetare. I den inledande delen av samtalskontakten är det vanligt att personen med schizofreni använder försvarsmekanismer mot socialarbetaren. Personen kan till exempel projicera negativa känslor från tidigare erfarenheter av att bli avvisad genom att ifrågasätta socialarbetarens intensioner och vara ambivalent till kontakten. Även socialarbetaren kan reagera på patientens beteende och exempelvis distansera sig känslomässigt och uppleva svårigheter med att få kontakt. Om socialarbetaren upplever att patienten inte investerar i behandlingen kan hen visa ambivalens inför att arbeta med klienten som ett försvar mot frustrationen. När det är dags för ett avslut av behandlingen kan socialarbetaren känna sig obekvämt för hur stark relationen blivit och ha svårt att släppa taget. Socialarbetaren kan då vara hjälpt av kollegor eller handledning. Walsh och Meyersohn (2001) menar att det finns vissa specifika komponenter som ett avslut av en behandling med en schizofreni-patient bör innehålla. För det första bör socialarbetaren normalisera avslut av nära relationer och prata om att slutet av relationen förhoppningsvis kan göra att patienten känner enklare inför avslut i andra relationer. Vidare bör socialarbetaren undersöka de ofta blandade känslor patienten känner inför separationen och bekräfta patienten i att det är vanligt att känna så. Socialarbetaren bör även hjälpa patienten att sammanfatta patientens liv och behandlingens process i dåtid, nutid och framtid, detta för att stärka patientens identitet och hjälpa till att se ett sammanhang. Det är viktigt att avslutet av behandlingen blir bra för att patienten ska kunna våga satsa på framtida relationer och bibehålla de framsteg som gjorts i behandling. Walsh och Meyersohn (2001) resonemang om avslut påminner om Safran, Muran & Eubanks-Carter (2011) slutsatser, som jag tidigare nämnt, att terapeuten bör använda spänningarna i den terapeutiska relationen till att utforska patientens andra relationsteman.



## 4. Teoretiska utgångspunkter

### 4.1 Hochschilds känslöarbete

I detta arbete kommer resultatet analyseras med hjälp av sociologen Arlie Russel Hochschilds teori om anställdas användande av sina känslor i relation till de människor som möts i yrket. Hochschild (1983/2012) anser att känslor är något som i vissa avseenden kan styras och på så sätt användas för att uppnå mål som verksamheten kräver. Hon inspirerades av Erving Goffmans dramaturgiska perspektiv, som syftade på att människor anpassar hur de presenterar sig själva beroende på situation. Goffman hade dock mer fokus på ytliga anpassningar, som t.ex. klädsel och Hochschilds fokus är alltså de inre känslomässiga anpassningarna. Hochschild menade att människor använder *Emotional work* för att anpassa oss efter den sociala kontexten genom att hämma eller framkalla känslor. Det görs för att möta den sociala ordning och de outtalade regler som kontexten medför. Det finns alltså *feeling rules-känsloregler* om hur en person förväntas uppträda. När en person känner en känsla men föreställer en annan känsla görs detta för att upprätthålla de *känsloregler* som finns i den sociala kontexten. Hochschilds teori handlar om när en arbetare förhåller sig till de *känsloregler* som organisationen och professionen har. Hon använder begreppet *Emotional labour* för att förklara hur arbetare reglerar sina känslor i syfte att hantera en annans känslor. För att göra detta kan arbetaren använda sig av *surface acting* som i studien översatts till *ytligt emotionellt agerande* för att föreställa känslor som denna egentligen inte har och gömma de riktiga känslorna. Fokus är på vad personen gör på utsidan, till exempel klistrar på ett leende. När en anställd använder *ytligt emotionellt agerande* lurar den som möts i yrket, medans när den anställda använder *djupt emotionellt agerande* lurar hon både sig själv och personen hon möter. Personen använder *djupt emotionellt agerande* för att eftersträva äkthet i sitt beteende genom att medvetet försöka förändra den inre känslan, så att den överensstämmer med den sociala situationen (Hochschild 2012). Hochschild menade att *djupt emotionellt agerande* görs bäst av skådespelare och diplomater. Det handlar om att personen tappat bort vad hen egentligen skulle känt, om hen inte varit så van vid att möta en annans persons känslor och hantera dem genom att framkalla vissa känslor hos sig själv. De två typerna av emotionellt agerande görs för att upprätthålla en professionalitet, utifrån rådande professionella och organisatoriska regler om hur personen ska hantera vissa situationer. Båda typer av känslöagerande grundas i personens yrkesroll, inte i personen själv. *Emotional labour* kopplade Hochschild till en studie hon gjorde av flygvärdinnor. Hochschild menar att

flygvärdinnorna använde *emotional labour* för att möta passagerarnas känslor.

Flygvärdinnorna använde *djupt emotionellt agerande* för att exempelvis möta passagerare som drack för mycket alkohol. Flygvärdinnorna fokuserade på att passagerarens anledning till att bli berusad var flygrädsla och framkallade en känsla av medlidande för passageraren.

Flygvärdinnorna använde *ytligt emotionellt agerande* för att genom påklistrand leenden skapa en god atmosfär som signalerade servicekänsla. Hochschild (2012) menade att för mycket känslöarbete kan leda till utmattning och för mycket *ytligt emotionellt agerande* kan leda till att arbetaren blir cynisk och för distanserad till arbetet.

## 4.2 Utveckling av Hochschilds teori: Boltons känslöhantering

Majoriteten av de tidigare studier som använt Hochschilds teori har antingen fokuserat på risken för utmattning eller att verksamhetens organisation inte ger utrymme till känslöarbete (Falkenström & Hjärpe 2018). Ett exempel på det senare är Falkenström & Hjärpes (2018) studie om socialarbetares dokumentationskrav där de drar slutsatsen att det påverkar socialarbetarens möjlighet till känslöarbete. Hochschild (2012) har själv uttryckt att hennes teori kan användas för att förstå känslöarbete inom alla yrken där arbetaren behöver förhålla sig till både sina egna och andras känslor. Huvudfokuset för hennes teori var dock vinstdrivande organisationer. Av dessa anledningar finns det flera som utvecklat Hochschilds teori. Exempelvis Theodosius (2008) som forskade på sjuksköterskors känslöarbete.

Även Sharon Bolton (2005) utvecklade Hochschilds teori. Bolton menar att Hochschild bidrar till en negativ syn på arbetet där det som styr känslölivet är vinstdrivande intressen. Bolton anser att personal, särskilt inom offentlig sektor, utför ett mer komplext känslöarbete.

Arbetarens känslöliv styrs inte bara av organisatoriska intressen, utan även av professionsregler och sociala koder. Bolton utvecklar Hochschilds resonemang och använder sig också av Goffmans dramaturgiska perspektiv och presentationen av sig själv. Bolton fokuserar på vad som motiverar en person att uppträda på ett särskilt sätt.

Bolton presenterar fyra olika typer av *emotion management* som i denna studie översatts till känslöhantering: ekonomiskt (*pecuniary*), normativt (*prescriptive*), uppvisande (*presentational*) och filantropiskt (*philanthropic*) (översättning Svensson 2021). De två förstnämnda har gemensamt att de motiveras mer av organisatoriska mål och de två sistnämnda motiveras mer av outtalade sociala regler. Bolton (2005) menar att *ekonomisk*

*känslohantering* kan liknas med Hochschilds begrepp *emotional labour* som fokuserar på den kommersiella användningen av känslor i organisationer. Anställda uppträder med känslor, men känner egentligen ingenting, servicepersonal är exempel på en yrkesgrupp som använder sig av detta. Bolton menar att skillnaden mellan de två förstnämnda är att *normativ känslohantering* kan appliceras på professionella inom offentlig sektorn. Begreppet *ekonomisk känslohantering* har därför valts bort i denna studie. *Normativ känslohantering* är mer komplext än det förstnämnda då det motiveras av både social status och regler för professionen. *Normativ känslohantering* handlar om de känsloregler en arbetare förväntas uppvisa utifrån sin profession, det kan liknas vid en slags ”professionell mask”. Exempelvis förväntas vårdpersonal visa empati för patienter, men samtidigt inte uttrycka känslor genom att gråta inför patienten. Professionella behöver även balansera de regler om känsloarbeta som tillhör deras profession med det som arbetsgivaren förväntar sig utifrån politiska och byråkratiska mallar. Detta kan leda till etiska dilemman. Arbetarna kan uppvisa motstånd till normativ känslohantering och i stället använda någon av de två sistnämnda: uppvisande och filantropiskt. Dessa två skiljer sig från Hochschilds teori då de inte motiveras av organisatoriska intressen, utan av uttalade sociala regler i interaktion och behovet av mänsklig kontakt. *Uppvisande känslohantering* liknar Bolton (2005) vid Hochschilds begrepp *emotion work* som styrs av allmänna sociala regler. Bolton liknar även begreppet med Goffmans ”presentation of self”. En person som använder sig av *uppvisande känslohantering* gör det som förväntas utifrån den sociala situationen. Bolton (2005) menade att kollegor kan motiveras av sociala regler och använder *uppvisande känslohantering* gentemot varandra. *Filantropisk känslohantering* har stora likheter med *uppvisande känslohantering*, men när man gör *filantropisk känslohantering* ger man emotionellt sätt det lilla extra, vilket Bolton liknar med att ge en gåva. Exempelvis genom att använda humor i interaktionen med den som möts i arbetet. Bolton anser att vårdprofessioner är de som tydligast ger sina känslor som en gåva. Men den professionella vårdaren kan inte visa för mycket empati för den som vårdas, då hen fortfarande behöver uppträda professionellt. Bolton menar att arbetaren då behöver balansera både *normativ-* och *filantropisk känslohantering*. Vårdpersonals känsloarbeta påverkar patienternas upplevelse av vården. Om vårdpersonalen skulle behöva hålla tillbaka *filantropisk känslohantering* och endast utföra *normativ känslohantering* skulle det vara på bekostnad av patienternas upplevelse av vården. Bolton menar att de som verkar inom den ideella sektorn har större möjligheter att använda sig av *uppvisande-* och *filantropisk känslohantering* och ta roller som exempelvis vän, skämtare eller modersfigur. Bolton (2005) menade att samtliga fyra typer av känslohantering kan användas i en social situation av en

arbetare som är skicklig på detta. Dock används de i olika utsträckning, beroende på vad den sociala situationen kräver.

## 4.3 Valda begrepp och dess användning

Den valda teorin bedöms vara intressant för studiens frågeställningar då den fokuserar på hur anställda använder sina känslor i arbetet. I forskningsläget framkom det att hur socialarbetare och vårdpersonal inom psykiatrin använder sina känslor påverkar patientens upplevelse av relationen. Vidare anses särskilt Boltons teori kunna bidra till en fördjupad förståelse av studiens tredje frågeställning. Det då teorin berör den anställdas känslouppvisande både när den anställda motiveras av att upprätthålla sitt professionella jag och sitt personliga jag. I analysen kommer Hochschilds begrepp *känsloregler*, *ytligt emotionellt agerande* och *djupt emotionellt agerande* användas. Av Bolton kommer följande begrepp användas: *normativ känslohantering*, *uppvisande känslohantering* och *filantropisk känslohantering*. Även om Bolton kritiserar Hochschilds teori har det inte setts som problematisk att använda begrepp myntade från de båda teoretikerna, då de bedöms komplettera varandra. Hochschilds begrepp anses kunna appliceras på analysen om vad som händer känslomässigt inom kuratorn, medan Boltons begrepp anses kunna användas för att förstå vad som motiverar kuratorn som arbetar inom offentlig sektor till att hantera sina egna och patientens känslor på det sätt som kuratorn gör. Det finns likheter mellan när en anställd använder *filantropisk känslohantering* och när en anställd inom vården ger patienter mikrobekräftelse, som det redogjordes för i kunskapsläget (Topor, Boe & Larsens 2018). Därför har begreppet *filantropisk känslohantering* använts på liknande sätt, när kuratorerna motiveras av genuina omsorgskänslor för patienterna och gör det lilla extra.

# 5. Metod och metodologiska överväganden

## 5.1 Kvalitativ metod

En kvalitativ metod valdes till denna studie, utmärkande för dessa är att de söker förståelse för hur en viss grupp människor upplever verkligheten i sin kontext. Kvalitativa studier har ofta ett induktivt angreppssätt där forskaren inte vet så mycket om forskningsområdet och teorin väljs utefter studiens resultat. Motsatsen till detta är en deduktiv ansats, vilket innebär att teorin är utgångspunkt och prövas i studien (Bryman 2018). Denna studie inleddes med ett

induktivt angreppssätt, det fanns en öppenhet inför vad resultatet skulle visa och intervjufrågorna utformades inte efter någon teori. Dock hade jag en förförståelse av psykiatriområdet som studerades, eftersom jag hade min praktik inom området och därmed hade jag ganska tydliga frågeställningar från början. Förförståelsen kommer utvecklas i avsnitt nedan. Tidigt i insamlandet av empirin identifierades vissa teman, vilket ledde till att teorin valdes tidigt. Därför fick studien en alltmer deduktiv ansats när analysarbetet påbörjades, då mängden empiri var stor och empiri som var särskilt intressant för studiens syfte och teori valdes. Det här kommer utvecklas i avsnittet om kvalitativ innehållsanalys. Denna förflyttning mellan induktiv och deduktiv ansats kallas för en abduktiv (Lundman & Hällgren Graneheim 2017). När teorin applicerades på resultatdelen anpassades ett teoretiskt begrepp utifrån tidigare forskning och resultatdelen. Det skulle kunna anses vara en form av induktivt angreppssätt där teorin i ett visst avseende anpassas efter studiens resultat. Det här utvecklas i teoriavsnittet.

## 5.2 Semistrukturerade intervjuer

En vanlig kvalitativ forskningsmetod är semistrukturerade intervjuer som utformas så att forskaren kan föra samtalet åt olika håll, beroende på intressanta saker som respondenten tar upp. Intervjuguiden behöver inte följas punktligen utan frågorna kan ställas i annan ordning och följdfrågor tillåts. Det skiljer sig från kvantitativa intervjuer där sådana förändringar inte tillåts (Bryman 2018). Under intervjuerna avvek jag ibland från intervjuguiden på så sätt att jag ibland ställde frågorna i en annan ordning och ställde följdfrågor utifrån särskilt intressanta saker respondenten berättade. Intervjuguiden bör innehålla olika teman av frågor som forskaren ställer för att få förståelse för hur intervjupersonen uppfattar sin situation. Frågorna som utformas i intervjuguiden ska ge svar på studiens frågeställningar, men ska inte vara ledande. För att få svaren i en kontext bör bakgrundsfrågor ställas som t.ex. ålder och antal år på arbetsplatsen (Bryman 2018). De riktlinjerna har följts vid utformandet av denna studies intervjuguide, se bilaga 3. Bakgrundsfrågor ställdes och därefter berördes olika teman, exempelvis kuratorernas uppfattning om gott relationsskapande, hanteringen av egna känslor i relationen och gränsen mellan att vara professionell och privat. Bryman (2018) menar att det är av betydelse att intervjuerna spelas in för att inte något ska missas. Som intervjuare är det viktigt att vara aktivt lyssnande och flexibel, för att kunna fånga upp intressanta svar och ställa följdfrågor. Alla intervjuer spelades in på en diktafon, en intervju genomfördes digitalt och de övriga genomfördes i kuratorns arbetsrum där intervjun skedde ostört.

## 5.3 Urval

Urvalet som valdes var ett målstyrt som innebär att respondenterna väljs utifrån syftet med forskningen. Detta skiljer sig från exempelvis bekvämlighetsurval, där man använder de respondenter som finns nära till hands (Bryman 2018). Då syftet för denna studie var att undersöka kuratorer på psykosmottagningars upplevelse av relationen med patientgruppen, var det målstyrda urvalet inledningsvis att endast välja kuratorer som arbetat minst två år på arbetsplatsen. Anledningen för detta kriterium var att de ansågs hunnit få en bättre uppfattning om relationsskapandet med patientgruppen. Inledningsvis skickades informationsbrevet till enhetschefer på fyra olika psykosmottagningar i Region Skåne. På detta sätt hittades två respondenter. Därutöver direktkontaktades fem kuratorer via mailadresser som jag hade tillgång till via skånekatalogen, fyra av dessa medverkade. Totalt har alltså sex kuratorer från sex olika psykosmottagningar i Region Skåne intervjuats. Endast Region Skåne valdes som geografiskt område för att inte riskera att olika regioners organisering av psykiatri skulle leda till spretig empiri och istället rikta fokus på olika möjligheter till relationsskapande beroende av region. Som sagt efterfrågades främst kuratorer som hade minst två års arbetslivserfarenhet på en psykosmottagning. Alla utom en kurator uppfyllde detta kriterium, denna har nästan två års arbetslivserfarenhet. Utifrån det gjordes bedömningen att även denna kurator hade tillräckligt med arbetslivserfarenhet för att kunna berätta om sin upplevelse av relationsskapandet med patientgruppen. I genomsnitt har kuratorerna arbetat 9,5 år inom psykosvården. Att ha grundläggande psykoterapeututbildning var inget krav för att delta i studien, men alla utom en kurator hade utbildningen. Det anses vara nämnvärt, då de har ytterligare utbildning i att arbeta relationsbyggande med patienter.

## 5.4 Kvalitativ innehållsanalys

En kvalitativ innehållsanalys gjordes av intervjuerna, denna metod grundar sig i ett hermeneutiskt synsätt, som innebär att analysen utgår från erfarenhetskunskap som synliggörs i berättelser (Lundman & Hällgren Graneheim 2017). Analysarbetet inleddes med en induktiv ansats där återkommande teman skrevs ner redan under transkriberingsarbetet och därefter under noggrannare genomläsning av transkriberingarna. En induktiv ansats innebär att neutralt leta efter mönster i texterna utan att vara bunden av förutbestämda direktiv (ibid). Eftersom flera intressanta teman identifierades, som inte alla kan täckas i denna uppsats, fick

analysarbetet en alltmer deduktiv ansats, teman valdes som ansågs vara särskilt intressanta för studiens frågeställningar och den valda teorin. Denna förflyttning mellan induktiv och deduktiv kallas abduktiv ansats (ibid). Analysarbetet inleddes med att transkriberingarna färgkodades. Kodning av meningsenheter är ofta det som forskaren börjar med i kvalitativa innehållsanalyser (Bryman 2018). Koder är en kort beteckning som förklarar textens innehåll och används som ett verktyg för att betrakta materialet på andra sätt (Lundman & Hällgren Graneheim 2017). Det är både vanligt och önskvärt att det inledande analysarbetet genererar många koder (Bryman 2018). Kodningsarbetet genererade cirka 10 koder. Efter kodningsarbetet identifierar forskaren gemensamma nämnare mellan olika koder och utifrån detta delas koderna antingen in i olika kategorier, men koderna kan även direkt tematiseras. Skillnaden mellan kategorier och teman är att teman har ett underliggande budskap som säger något om vad forskaren funnit (Lundman & Hällgren Graneheim 2017). I denna studie har jag främst delat in koderna i kategorier, utan underliggande budskap, utefter studiens tre frågeställningar. Det här är resultatets tre huvudkategorier med underkategorierna i parentes; *Kuratorns möjligheter till relationsskapande* (med två underkategorier: Relationsskapandet utifrån arbetsuppgifterna och relationsskapandet jämfört med andra socionomyrken), *kuratorernas förhållande till känslor i relationsbyggandet* (med tre underkategorier: kuratorerna förhåller sig till patienternas verklighetsuppfattning, kuratorerna tonar ner sig själva och kuratorerna förmedlar positiva känslor) och *att vara viktig som person* (med två underteman: Gränsdragningen mellan professionell och personlig och relationens betydelse visar sig vid introduceringen av en kollega).

## 5.5 Förförståelse

Under socionomutbildningen gjorde jag praktik inom allmänpsykiatrin och sedan dess har jag haft ett särskilt intresse för mötet med personer med psykisk ohälsa. Hösten 2023 påbörjade jag praktik på en vuxenpsykiatrimottagning, med inriktning psykos i Skåne. Jag la tidigt märke till att vårdpersonalen och patienterna generellt sätt hade en närmare relation med varandra än jag upplevde inom allmänpsykiatrin. Det tror jag till stor del beror på organisatoriska orsaker, där man inom allmänpsykiatrin har ett mycket större patientantal än på psykosmottagningen. Men även då det är viktigt att skapa en förtroendefull relation med en särskilt utsatt patientgrupp som utifrån sin sjukdomsbild har svårt att lita på andra. Även om jag gjort min praktik på en psykosmottagning har jag inte haft en närmare relation eller varit i beroendeförhållande till någon av respondenterna.

## 5.6 Tillförlitlighet

För att reflektera kring studiens tillförlitlighet har Lincoln och Gubas fyra delvillkor, som återges av Bryman (2018) använts. Reliabilitet och validitet är de vanligaste begreppen för att mäta en studies tillförlitlighet inom kvantitativ forskning. Lincoln och Gubas (1985; 1994 se Bryman 2018) menade att det behövs andra begrepp för att mäta en kvalitativ studies tillförlitlighet. Härmed följer en redogörelse av dessa:

- **Trovärdighet.** Resultatet återger på ett trovärdigt sätt den sociala verklighet som har studerats. När det föreligger flera uppfattningar om denna verklighet är det avgörande om det som forskaren kommer fram till är trovärdigt och godtas av andra. Ett tillvägagångssätt för att säkerhetsställa trovärdigheten är att förhandspresentera studiens resultat till respondenterna för att få deras bekräftelse på detta (Bryman 2018). I denna studie har resultatet inte återgetts till de intervjuade kuratorerna. Däremot har jag under intervjuernas gång återgett det som kuratorerna berättat och ställt följdfrågor om det varit några oklarheter. Vidare har det genom den kvalitativa innehållsanalysen eftersträvats att söka återkommande beskrivningar av den kuratorernas verklighet. Efter att resultatet hade färdigställts presenterades även resultatet för fyra kuratorer verksamma på psykosmottagningar och de gavs då möjlighet att berätta om de upplevde att studien speglade verkligheten, vilket de ansåg den gjorde.
- **Överförbarhet.** Till skillnad från kvantitativa studier kan kvalitativa studier inte generaliseras till en större befolkningens mängd. Överförbarhet inom kvalitativ forskning syftar istället på att studien så detaljrikt som möjligt skildrar det som studeras, så att läsaren kan bilda sig en uppfattning om i vilken utsträckning resultaten kan överföras till en annan omvärld (Bryman 2018). I denna studie har sex kuratorer på lika många psykosmottagningar i Region Skåne intervjuats. Studiens överförbarhet till Region Skåne bedöms därför vara ganska hög. Däremot går det inte att säga att resultatet kan överföras till andra psykosmottagningar i Sverige. I resultatdelen har många dimensioner av relationsskapandet med patientgruppen och citat tagits med, i en eftersträvan att läsaren själv ska kunna bilda sig en uppfattning om överförbarheten.
- **Pålitlighet** syftar på att forskaren varit transparent med tillvägagångssättet i studien, t.ex. urvalsprocessen. T.ex. kan utkast av studien lämnas till kollegor för



genomläsning (Bryman 2018). En noggrann redogörelse av studiens uppbyggnad har eftersträvats i denna metoddel. Vidare har handledaren för studien vid ett flertal gånger läst igenom utkast, vilket får anses styrka studiens pålitlighet.

- En möjlighet att styrka. Detta kriterium handlar om i vilken utsträckning forskaren varit objektiv/subjektiv, personliga åsikter ska inte ha påverkat resultatet. Total objektivitet är inte möjlig i samhällslig forskning (Bryman 2018). I denna studie har jag försökt vara transparent med att jag hade en förförståelse om området genom min praktikplats på en psykosmottagning. Denna förförståelse bedöms dock inte ha lett till att jag låtit egna åsikter påverka resultatet, eftersom citat som speglar de intervjuade kuratorernas verklighet valts ut.

Lincoln och Gubas menar även att det finns kriterier för att studien ska uppnå äkthet. Resultatet ska ge en rättvis bild av samtliga respondenter. Ontologisk autenticitet syftar på om studien leder till att respondenterna får insikter om sin verklighet. Pedagogisk autenticitet innebär om studien bidrar till att andra i respondenternas närhet får lärdom (Bryman 2018). I den följande resultatdelen har jag med citat från samtliga kuratorer, vissa citeras dock oftare då deras beskrivningar anses illustrerar resultatet bättre. Teman som varit återkommande hos respondenterna har valts och resultatet bedöms ge en äkta bild av kuratorernas upplevelser. Respondenterna bedöms kunna få insikter om sin verklighet genom att andra kuratorer på andra arbetsplatser berättat om liknande saker, samt då den teoretiska analysen anses bidra till fördjupad förståelse av deras relationsbyggande. Studien anses bidra med kunskap till kuratorernas kollegor från andra yrkesprofessioner om hur kuratorerna arbetar relationsbyggande med patientgruppen. Lincoln och Gubas (Bryman 2018) anser även att äkthet kan uppnås genom katalytisk autenticitet, som innebär att studien leder till att respondenterna kan förändra sin situation. Vidare kan äkthet uppnås genom teknisk autenticitet, respondenterna får möjligheter att göra välbehövliga förändringar. De två sistnämnda äkthetskraven kan inte denna studie sägas uppfylla, då den berört flera verksamheter med olika chefer, som inte fått resultatet återgett till sig.

## 5.7 Forskningsetiska överväganden

Denna uppsatts har utgått från Vetenskapsrådets (2002) fyra forskningsetiska principer. Även om Vetenskapsrådets rapport är gammal och en del i innehållet som t.ex. viss lagstiftning är utdaterad är de fyra forskningsprinciperna som särskilt berör forskning inom samhällsvetenskap fortfarande relevant. Principerna finns till som utgångspunkter, då alla

forskare behöver göra forskningsetiska överväganden. Forskningens tillförande vägs mot individsskyddskravet, som innebär att personer skyddas från att utsättas för inblick i deras liv.

- Informationskravet. Principen innebär att forskaren behöver informera deltagarna vilket syfte studien har och på vilka förutsättningar de deltar. Deltagarna ska få information om att de när som helst kan avbryta sitt deltagande, då deltagandet är frivilligt. I denna studie skickades ett informationsbrev (se bilaga 1) ut i samband med det första mailutskicket till enhetschefer och kuratorer. Kuratorerna fick alltså tidigt information om studiens syfte och att de när som helst kunde dra sig ur. Efter att informationsbrevet skickades ut har syftet justerats genom att begreppen känslöarbete och utmaningar omformulerats till mer öppna formuleringar. Innebörden i syftet bedöms fortfarande vara detsamma och informationskravet om syftet bedöms därför vara uppfyllt. I informationsbrevet framkom även mitt namn, uppsatsens nivå, tillhörande institution, samt kontaktuppgifter till mig och ansvarig handledare. Informationskravet handlar även om att ge information till deltagarna att resultatet endast kommer användas i forskningssyfte och var resultatet kommer publiceras. Informationsbrevet som skickades ut innehöll även dessa saker, deltagarna upplystes om att uppsatsen kommer examineras muntligt och efter godkännande publiceras i Lunds universitets datasystem.
- Samtyckeskravet innebär att deltagarna i studien ska lämna sitt samtycke till att medverka. Det ska alltid inhämtas när deltagarna har en aktiv medverkan i studien, vilket de som intervjuats i denna studie haft. Innan intervjun startade skrev alla kuratorer under en samtyckesblankett (se bilaga 2). Innehållet i samtyckesblanketten informerade deltagarna om att deras personuppgifter och det de berättade under intervjun skulle förvaras konfidentiellt, samt var resultatet skulle redovisas och publiceras.
- Konfidentialitetskravet. Principen innebär att förvara personuppgifter och inhämtad empiri på ett sätt som gör att utomstående inte får tillgång till materialet. I denna studie har samtliga intervjuer spelats in på en diktafon som aldrig varit uppkopplat till internet. Efter att intervjuerna transkriberats har alla inspelningar raderats. Vidare handlar konfidentialitetskravet om att deltagarna i studien ska förbli anonyma på ett sådant sätt att utomstående inte kan identifiera vilka som deltagit och vad de sagt. Då kuratorer på psykosmottagningar i Region Skåne med minst cirka två års arbetslivserfarenhet är en relativt liten grupp så har flera etiska överväganden gjorts.

Deltagarnas utsaga har mycket noggrant anonymiserats genom att deras kön, ålder och antal års arbetslivserfarenhet har utelämnats i studien. Pronomen han/hon har bytts ut till det könsneutrala hen. Bedömning har gjorts att detta inte påverkar studiens resultat då denna studie inte ägnar att undersöka skillnader mellan olika kuratorers upplevelser utifrån de nämnda kategorierna. Vidare har de valda citaten noggrant lästs igenom för att personliga detaljer som riskerar att kunna härledas till en person inte ska komma med. Det faktum att urvalet är väldigt specifikt gör att det finns risk att deltagarna känner till varandra genom arbetet och kan misstänka vilka som deltagit i studien, bedömningen har gjorts att utelämnandet av personlig information minimerar denna risk. Då citaten som använts i resultatdelen inte innehåller personliga uppgifter bedöms risken för att dessa ska kunna härledas till en särskild person som låg. Den eventuella risken för och följderna av identifiering anses inte överväga nyttan som forskningen kan erbjuda i att få en ökad förståelse av kuratorers upplevelse av relationsskapandet med patienter med psykosjukdom.

- Nyttjandekravet innebär att deltagarna ska kunna lita på att deras utsagor endast används i forskningssyfte för den studie som presenterats för dem. Empirin i denna studie har och kommer endast användas i denna studie, detta säkerställs då de transkriberade intervjuerna kommer raderas efter godkännande av denna uppsats.

## 6. Resultat och analys

Syftet med denna studie var alltså att nå fördjupad förståelse dels av hur kuratorer skapar och bibehåller en god professionell relation med patienter som har psykosjukdomar, dels hur kuratorerna hanterar och använder sina känslor i relationen. Studiens tre frågeställningar var:

1. Hur skapar kuratorer en god professionell relation med patienter med psykosjukdomar?
2. Hur förhåller sig kuratorer till sina känslor i relationen till patienter med psykosjukdomar?
3. Hur förhåller sig kuratorer till gränsen mellan att vara professionell och personlig i relationen med patienter med psykosjukdomar?

I detta avsnitt kommer frågeställningarna besvaras i kronologisk ordning genom tre resultatsavsnitt. Resultatet kommer analyseras utifrån teorin om användandet av känslor i arbetet. När teoretiska begrepp används tydliggörs detta genom att begreppen kursiveras.

Kuratorernas citat är avidentifierade genom att de citeras som R som står för respondent och en siffra mellan 1–6.

## 6.1 Kuratorns möjligheter till relationsskapande

### 6.1.1 Relationsskapandet utifrån arbetsuppgifterna.

Samtliga kuratorer beskriver att de själva är ganska fria att utforma sin yrkesroll. Det leder till att kuratorerna definierar olika arbetsuppgifter som sin huvudsakliga, även om samtliga kuratorer utför alla arbetsuppgifter görs det i olika utsträckning. Ett par kuratorer ser familjearbetet med nyinsjuknade psykopatienter som sin viktigaste arbetsuppgift, en beskriver stödsamtalen som det som hen gör mest, medans ett par andra beskriver det stödjande och konsultativa arbetet om välfärdssamhällets resurser som det som tar mest utrymme. Det framkommer även att kuratorns roll formas av kollegornas uppfattning om den: ”Så som jag upplever det här är kollegornas uppfattning av vad man kan göra och kan göra bra nästan avgörande för vilken roll man får professionellt” (R5). Det som dock förenar kuratorerna är upplevelsen av att när de gör något konkret för att hjälpa patienten, exempelvis ansöka om något från välfärdssamhället, skapar det en bra grund till relationen.

Jag tror nog att det ibland kan vara en hjälp att man börjar kontakten i något konkret, praktiskt och att det kan vara ett sätt att skapa kontakt. Så att även om vi ser att det här är en person som har behov kanske inom många livsområden, men det enda personen själv tänker den behöver hjälp med kanske är pengar, så då kan det vara en naturlig ingång. Och man kan få möjlighet att visa sig hjälpsam. (R1).

Som Socialstyrelsen (2018) skriver är det vanligt att patienter med psykosjukdom saknar sjukdomsinsikt och att vårdpersonalen då behöver arbeta relationsskapande. I citatet beskriver kuratorn hur hen ser att patienten har fler behov, men anpassar sig efter vad patienten själv vill ha hjälp med. Utifrån Hochschilds (2012) begrepp *ytligt emotionellt agerande*, kan det förstås som att kuratorn döljer de oroskänslor hen har för andra delar av patientens liv och fokuserar endast på ekonomin, eftersom patienten förväntar sig det. Att börja behandlingsarbetet med patienten i det som patienten är mest angelägen om kan kopplas till forskningen om vikten av alliansskapande. Wampold (2015) menar att allians mellan behandlare och patient är den viktigaste så kallade gemensamma faktorn, som forskning visat är viktig i alla behandlingsformer. Alliansen består bland annat av att behandlare och patient

arbetar mot ett gemensamt mål. I citatet ovan börjar kuratorn och patienten relationen mot ett gemensamt mål att ordna patientens ekonomi och på så sätt skapas god allians. En annan kurator formulerar det såhär: ”Det kan vara så att man har personer man tycker är i behov av mer än vad de har. Ja, de vill inte själva liksom, då får man försöka ha det på en bra balans. För skulle man vara för påträngande, så finns ju risken att de inte vill komma” (R3). De båda kuratorerna förhåller sig till *känsloregler* om att inte uppträda för påstridigt, för att då skulle patienten sluta komma. *Känsloregler* handlar om hur en person bör uppträda, både utifrån sociala outtalade sociala regler och utifrån organisatoriska och professionella outtalade *känsloregler* (Hochschild 2012). Utifrån Boltons (2005) begrepp *uppvisande känslohantering* kan kuratorernas förhållningssätt förstås som att de motiveras av socialt outtalade regler om att inte vara påstridig mot en person. Kuratorn visar sig hjälpsamma genom att vara patienten till lags. Samtidigt behöver kuratorerna förhålla sig till organisationens känsloregler. I denna studie har det varit tydligt att samtliga kuratorer arbetar i organisationer där de uppmanas till att vara tålmodiga och flexibla i sitt relationsskapande. En kurator säger såhär: ”De har ju ofta sådana funktionsnedsättningar som gör att man kan inte bara ta ett nej för ett nej. Utan man behöver hitta ett sätt att få en kontakt och leta efter en värld som gör att jag får kontakt” (R2). Kuratorernas förhållningssätt kan därför även förstås utifrån *normativ känslohantering*, kuratorerna är i sin professionella roll och motiveras av organisatoriska regler om att möta patientens avvisande med flexibilitet och nyfikenhet om hur de får kontakt med just denna patient. I kommande citat beskriver en kurator om hur hen gått emot en del av den egna professionen och gjort en omdiskuterad arbetsuppgift för att skapa relationer:

Och i många år har vi ju hjälp patienter med fondansökningar, vilket har varit lite omdiskuterat om vi verkligen ska göra det. Och jag har mer sett det som en ingång för att kunna få kontakt med någon. [...] Man kommer ju också in på hur människor lever. Liksom har de vänner? Har de stöd? Trivs de i sin bostad? [...] Jag har liksom sett det som en ingång för att skapa kontakt. För att en del av våra patienter vill inte ha kontakt. Så man får liksom hitta någonting som ger individen någonting och sen så kan man bygga på det i bästa fall. (R4).

Senare under intervjun jämför samma kurator hur hen agerade när hen var ny på arbetsplatsen och säger såhär om hur hen gör nu: ”Nu hade jag bara sagt okej, vi fyller i blanketten så hade jag kanske bara tagit pennan liksom. Jag hade kanske inte gjort en grej av att de skulle sitta där tillsammans och lida över den här blanketten” (R4). Kuratorn gör alltså något som inte

förväntas av professionen när hen hjälper till med fondansökningar och fyller i blanketter för patienter. Bolton (2005) menar att arbetare ibland kan drivas av status när de utför *normativ känslohantering* och uppträder med *känsloregler* som organisationen eller professionen förväntar sig. Utifrån det kan det förstås som att socionomprofessionen förvänta sig att status uppnås om kuratorn i citatet ovan håller tillbaka omsorgskänslor för patienten och låter patienterna själva fylla i fondansökan. Bolton (2005) menar att arbetaren kan gå emot den *normativa känslohanteringen* och istället använda sig av *filantropiskt känslohantering* och emotionellt sätt göra det lilla extra. Då motiveras kuratorn dels av sociala regler men även av personliga känslor om hur situationen bör hanteras. Kuratorn ovan hanterar patienternas hjälpsökande med att ta sig tid och vara hjälpsam då det går i linje med det hen själv tänker är ett bra sätt att bygga en relation på.

### 6.1.2 Relationsskapandet jämfört med andra socionomyrken

Genomgående hos kuratorerna är att det de ser som mest meningsfullt i sitt arbete som kurator för denna patientgrupp är att få hjälpa en särskilt utsatt patientgrupp. Även om allt socialt arbete syftar till att hjälpa människor nämner flera kuratorer skillnader från deras tidigare socionomyrken. En skillnad, som även nämndes i föregående avsnitt, är att kuratorerna behöver vara mer tålmodiga i relationsbyggandet med patientgruppen. Flera drar jämförelser med tidigare arbeten inom myndighetsutövning, som alla utom en kurator hade arbetat med.

Är man van vid att jobba, ja typ i ett mottag. Vad vet jag barn och familj, ekonomiskt bistånd. Det är korta kontakter, intensiva kontakter, samla in information, klappat och klart och avslutat, nästa. Är det det som man gillar eller motsvarigheten till det. [...] Då ska man inte jobba med det här, utan man ska här vilja ha, vara bekväm med långvariga kontakter. (R3).

En annan skillnad som flera av kuratorerna beskriver är att de på psykosmottagningar får möjlighet att göra det som de ser behöver göras.

Det fina tycker jag med att vara här..... Jag har jobbat på några ställen innan, särskilt myndighet är stor skillnad. Här får man vara snäll, man får hjälpa till. Jag behöver inte tänka på individens liksom självständighet. Det är klart att jag har det målet, men det är inte det jag ska jobba med, att få patienter att göra själv. Det är liksom inte det. Utan ser jag ett behov så kan jag få hjälpa till. (R4).

I citatet ovan beskriver kuratorn hur skönt hen tycker det är att få vara snäll. Genom Boltons (2005) teori om att en del av arbetarens känslouppträdanden kommer från den egna identiteten går det att förstå att kuratorn tycker det är skönt att tillåtas uppvisa dessa genuina omsorgskänslor för patienterna. Bolton menar att om en arbetare tvingas utföra alltför mycket *normativ känslohantering* riskerar arbetaren att tappa bort varför hen valde yrket från början. Kuratorn i citatet ovan beskriver att hen jämfört med tidigare yrken inom myndighet får möjlighet att hjälpa människor på ett annat sätt, vilket kan tänkas vara en anledning till att hen valde yrket. Detta kan kopplas till O'Connors (2020) litteraturöversikt om socialarbetares känslor där forskning visar att socialarbetare ser känslor som ett viktigt verktyg i interaktionen med brukare, men är ambivalenta till när de faktiskt ska användas. Härmed följer ytterligare ett citat som fångar denna ambivalens:

I vart fall när jag gick utbildningen så var det ju mycket med empower-perspektiv i socialt arbete. Vi skulle hjälpa människor att hjälpa sig själva. Medans i ett omvårdnadsparadigm ligger du mer på, att du går in och hjälper och gör åt mer istället för. I alla fall kände jag att jag kom från ett annat håll, att det var någonting som man gärna inte gjorde utan man försöker skapa möjligheter för att få personer att reda ut det här själv, men det går inte alltid och ibland så måste man gå in och göra istället för. Jag har ju stått och stekt hamburgare till folk för att de ska ha något att äta så de inte behöver bli inlagda. [...] Har man en stark relation kan man ju stå för att gå in och ta över, för att i kraft av att jag skyddar den person du är när du är frisk, där är det inte lika problematiskt. Men det var ändå jobbigt för mig i alla fall i början. (R5).

Kuratorn beskriver övergången från det hen fått lära sig om att socionomprofessionen ska syssla med empowerment, till att arbeta i ett omsorgsparadigm där hen förväntas gå in och göra istället för. Som redogjordes för ovan kan det genom Boltons (2005) begrepp *normativ känslohantering* betraktas som att det professionella uppträdandet som socionomprofessionen förväntar sig är att kuratorn ska hantera hjälpsökande med att stärka dem till att göra själv. Samtidigt innebär utförandet av psykosvård att kuratorerna snarare ska möta patienternas hjälpsökande med omsorg och göra det som behöver göras. Det skulle kunna förstås som att två *normativa känslohanteringar* om hur kuratorn ska bemöta den hjälpsökande krockar. När kuratorn går in och hjälper patienten att laga mat kan det förstås som att kuratorn tar sig tid att göra det lilla extra och utföra *filantropisk känslohantering*. Det är inget som förväntas av

kuratorn, men kuratorn gör det för att visa omsorgskänslor och för att förebygga att patienten behöver läggas in. Det kan även kopplas till att forskning visat att när behandlare ger patienter med psykisk ohälsa mikrobekräftelser skapar det en bättre upplevelse av vården. Det får även patienten att känna att någon bryr sig (Topor, Boe & Larsen 2018). Lite senare under intervjun säger samma kurator: ”Psykiatrin, som det ser ut i Skåne i Sverige idag så är det inte jättemånga hörn som funkar särskilt bra, men psykosteamen är ofta skyddade öar där man har bättre möjlighet att kunna känna att man gör det man behöver göra och mindre samvetsstress” (R5). Utifrån Boltons (2005) teori kan det tolkas som att organisationens ramar bidrar till att kuratorn kan utföra mer *filantropisk känslohantering*. Detta överensstämmer även med tidigare forskning som visat att hur de professionella uttrycker empati är beroende av formella och informella regler på arbetsplatsen (Holm 2002). Att just psykosmottagningar är en organisation där kuratorerna kan få möjlighet att ge patienterna det de behöver är ett återkommande tema.

Inom allmänpsykiatrin där man jobbar med kortare kontakter. Där kan det vara svårare, ibland märker man att det här är en person som skulle behöva mycket mer och som man är förhindrad att ge till. Här tycker jag att, vi avslutar dem ju sällan på mottagningen” (R2).

Organisationens strukturer leder till att behandlarna i mindre utsträckning än exempelvis allmänpsykiatrin behöver stå för något som de själva inte håller med om, t.ex. att tidigt avsluta patienter. Det kan ses som att kuratorerna inte behöver förhålla sig till lika många *känsloregler* där de ska vara positiva även om de själva tycker något är dåligt.

## 6.2 Kuratorernas förhållande till känslor i relationsbyggandet

### 6.2.1 Kuratorerna förhåller sig till patienternas verklighetsuppfattning

Flera kuratorer pratar om utmaningarna med att psykosjukdomen leder till att patienter får en annan verklighetsuppfattning och att de då behöver anpassa sitt sätt att prata. I kunskapsläget redogjordes för forskning om den kontextuella modellen, där ett av de viktiga inslagen för att en behandlingsrelation ska fungera är att behandlare och patient har samma förståelse av patientens problematik (Frank & Frank 1993). I denna studie har det dock framkommit att det går att ha en god behandlingsrelation även om kuratorns och patientens uppfattning om



problematiken skiljer sig åt. En kurator beskriver här hur hen anpassar sig när hen ger psykoedukation:

Många här tycker ju inte att de är sjuka såklart. Och då kan man använda andra ord. Jag tycker inte det viktiga är att någon säger att de har haft psykos, det spelar inte så stor roll, utan man kanske har varit känslig. Man kanske har en sårbarhet, man är stresskänslig, man har mått dålig. Olika sätt liksom för att prata om det som har varit jobbigt utan att hamna i konflikt kring vad som har hänt egentligen. (R4).

Genom kuratorernas berättelse ges en förståelse för att det finns *känsloregler* om att kuratorernas känslor om vad som är rätt förklaringsmodell får stå tillbaka, då det hör till patienternas sjukdomsbild att de kan ha en annan verklighetsuppfattning. Som tidigare redogjorts för i resultatdelen visar studien att organisationen kuratorerna är verksamma i förväntar sig att personalen ska vara tålmodiga och anpassa sitt bemötande. Utifrån denna förståelse möter kuratorn patienten med *normativ känslohantering*, kuratorn är i sin professionella roll och eftersträvar att finna saker som hen och patienten kan vara överens om. Socialstyrelsen (2018) skriver i sina riktlinjer för vård av personer med schizofreni och liknade tillstånd att behandlaren hamnar i etiskt utmanade situationer när patienten har bristande verklighetsuppfattning. Här beskriver en kurator en sådan etiskt utmanande situation:

Är det så att vi inte får kontakt med någon, eller de kan ju till och med ringa upp och säga att nu vill jag inte ha med er att göra längre. Det är väldigt sällan vi bara: "ja okej, vi hörs". För vi vet ju vad som kommer hända. De kommer bli försämrade och risken är att de kommer tas in på slutenvård med tvång och det är ingen som vill det. [...] Vi vet ju att när vi väl har övertalat någon att åka till psykakuten, även fast det kan vara motvilligt, så efteråt när man fått behandling ibland under tvång, så brukar de vara tacksamma. När de väl har klarnat till och inser att man var sjuk (R3).

Citatet illustrera hur organisationen har *känsloregler* om att kuratorn ska uppträda med *normativ känslohantering* och möta patienternas avvisande med att motivera dem till att ta emot vård. Patienter kan behöva vård med tvång enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (SFS 1991:1128) och behandlaren kan då behöva möta patienter som är upprörda. Kuratorerna i denna studie har berättat att det är ganska sällan de behöver möta patienter som

är hotfulla och en fara för sig själva och andra. Men när de möter detta behöver de validera, här berättar en kurator hur samtalen med patienterna efter tvångsinläggning brukar gå till:

Det viktiga är ju att även där kunna validera. Alltså, det blir ju igen på något sätt parallella upplevelser för att även om jag kanske då kan se det från ett perspektiv och se att det var faktiskt nödvändigt att man har tänkt att risken är så stor att du skulle skada dig själv eller att det skulle hända något hemskt eller du skulle förvärras i ditt mående... Att det var faktiskt tvunget att göra detta, men att samtidigt från andra sidan kunna se-Men för dig måste det ha varit förfärligt, alltså att verkligen förstå vikten av att validera vad den personen har varit med. Så att man ändå kan visa att jag faktiskt förstår det, att för dig måste det ha varit fruktansvärt och att det går att förstå besvikelsen. (R6).

Kuratorernas sätt att anpassa sitt språk och att validera patientens obehagliga upplevelse av att ha varit vårdad med tvång kan förstås genom Hochschilds (2012) begrepp *djupt emotionellt agerande*. Även om kuratorn inte delar uppfattningen om att tvångsvården var onödig fokuserar kuratorn på patientens obehagliga upplevelse och får därmed empatiska känslor för patienten. Vidare innebär *djupt emotionellt agerande* att kuratorn medvetet anpassar känslorna hen förmedlar, men känner fortfarande äkta empati för att patientens upplevelse måste varit obehaglig. Genom att kuratorn använder *djupt emotionellt agerande* kan hen bättre möta den sociala situationen som består av en upprörd patient.

### 6.2.2 Kuratorerna tonar ner sig själva

En del i att anpassa sitt bemötande gentemot patienterna menar flera kuratorer handlar om att anpassa sina egna emotioner. I denna underkategori följer citat från när kuratorerna berättar när de dämpat sina egna sinnesstämningar.

Jag försökte liksom att, anpassa, tona ner mig själv, anpassa ner mig själv och bli väldigt icke hotfull, väldigt liksom stilla i kroppen lite tystare i rösten och försöka att tona in till henne på något sätt. Så att hon skulle, ja för att jag ville inte ta mer plats än henne, utan jag förminskade mig och mina affekter. (R1).

När kuratorn i citatet ovan anpassar sitt kroppsspråk kan det tolkas som att hen använder sig av *djupt emotionellt agerande*. Som nämnts använde Hochschild (2012) begreppet för att

beskriva när arbetare framkallar äkta känslor i syfte att påverka känslorna hos den arbetaren möter. När kuratorn tonar ner sig själv kan det ses som ett uttryck för empati, som innebär att sätta sig in i personens som möts situation. Forskning har visat att empatiskt bemötande är en av de viktigaste delarna med ett professionellt bemötande (Holm 2002; Holm 2009). I det kommande citatet beskriver en kurator ett exempel på när hen inte hade så mycket tid mellan samtalen med två patienter. Kuratorn gick från ett samtal med en mer välmående patient som kuratorn bedrev psykoterapi med, till ett samtal med en patient där kuratorn brukar uppträda mer lågmäلت.

Och så hade jag inte så mycket tid efter det samtalet, så jag skulle hämta en patient i väntrummet och hann inte släppa det här. [...] Så märkte jag att nu är jag på en helt annan nivå här. Då gäller det ju att dämpa sig, det gick jättesnabbt, men man måste ju vara lyhörd för det. [...] Så att där märkte jag, okej nu behöver jag vara tyst lite grann, andas lite ja, stanna, lugnar ner mig liksom så. [...] Det är inte alltid så lyckat att reagera så mycket. Det är inte hjälpsamt för patienter här generellt att jag kommer med min reaktion, utan jag försöker vara mer neutral.

Det är först i kontakten med patienten som kuratorn påminns om de rådande *känsloreglerna* som finns i kontakten med denna patient. Kuratorn använder *ytligt emotionellt agerande* när hen snabbt skiftar sina yttre känslouttryck för att påverka patientens känslor. Kuratorn är väl medveten om att hen egentligen är mer glad, men genom *ytligt emotionellt agerande* lurar kuratorn patienten att kuratorn är neutral, som hen brukar vara i deras möten. Kuratorn verkar vara van vid att anpassa sitt känslouttryck, då hen säger att det inte är så lyckat att komma med sina egna reaktioner. Utifrån det kan kuratorns utsaga förstås som att hen använt mycket *djupt emotionellt agerande* och vanligtvis tappat bort hur hen egentligen hade reagerat om hen inte varit så van vid att möta patienter i liknande situationer.

### 6.2.3 Kuratorerna förmedlar positiva känslor

Ett annat genomgående tema är att kuratorerna försöker få patienterna att må bättre genom att förmedla positiva känslor.

Vi var också ute på promenad samtidigt, så att vi kunde också titta på saker och liksom tillsammans, ser du det? Och prata om det vi såg och i det så blev det ju att jag

försökte reglera upp glädje eller vad man ska säga lite mer...ofarliga ämnen och var lite mera...Få lite mer energi och sprida mer glädje. (R1).

Kurators sätt att förmedla positiva känslor kan förstås som att kuratorn utför *ytligt emotionellt reglerande* för att påverka känslorna hos patienten, så att denna ska må bra. Vid denna typ av emotionellt uppträdande menar Hochschild (2012) att det som händer på personens utsida är det som är i fokus. Kuratorn beskriver hur hen försöker avleda patientens negativa tankar genom att titta på saker i naturen. I nästa citat följer ytterligare exempel på när en kurator försöker avleda en patients negativa tankar, men här med humor.

Kan man då bjuda på sig själv, att man har varit glömsk eller gjort någon tabbe och sånt, humor tror jag är ganska bra faktiskt beroende på återigen vad det är för situation. [...] Men humorn kan absolut vara ett bra verktyg. Framförallt om det är någon person som är rätt ensam som kan komma hit och inte bara se oss som en vårdinstitution, utan ett ställe man kan öppna upp sig, skämta och ha kul. (R3).

Bolton (2005) pratar om humor som en *filantropisk känslohantering* där arbetaren kan ta andra roller än bara professionell. Kuratorn ovan beskriver hur humorn kan göra att patienter betraktar psykosmottagningen som mer än bara vård, utan även ett ställe där det finns utrymme till att skoja tillsammans. Bolton (2005) menar att det är viktigt för särskilt vårdpersonal att utöver det professionella- den *normativa känslohanteringen* även få släppa fram *filantropisk känslohantering* för att patienterna ska få en bra upplevelse av vården. Det kan kopplas till tidigare forskning som visat att om personalen gör små vardagliga saker som inte förväntas av dem kan det förbättra behandlingsrelationen. Det kan även få patienten att känna sig som mer än bara en patient (Topor, Boe & Larsens 2018). I det följande citatet sätter kuratorn ord på att det ibland kan vara tungt att förmedla positiva känslor.

Det tunga är att man är något sorts ställföreträdande hopp ju såklart hela tiden. Men sen går ju också åren om man tänker att okej de är liksom runt 35 år. Nu har livet sett ut så här i många år. Så det gäller att själv fortfarande tro på någonting (R4).

Ovanstående citat kan tolkas som att kuratorn utför *normativ känslohantering*, då kuratorn egentligen upplever uppgivenhet över att inte se en förbättring i patientens liv, men behöver ta på den professionella masken och förmedla framtidshopp för att få patienten att må bättre.

## 6.3 Att vara viktig som person

### 6.3.1 Gränsdragningen mellan professionell och personlig

Kuratorerna har berättat om två återkommande teman gällande gränsen mellan att vara professionell och personlig i relation med patientgruppen. För det första berättar samtliga kuratorer om att de är medvetna om att arbetet innebär långa kontakter med samma patienter. Detta tycker samtliga kuratorer är meningsfullt och leder till att vården blir bättre, som en kurator formulerar det: ”Man kan använda historien man har för att hjälpa framåt” (R1). Men de långa kontakterna innebär även att kurator och patient lär känna varandra på ett mer personligt sätt: ”En del patienter som man träffar länge de lär känna en. Man väljer ju vad man delar med sig av, men liksom ja, de vet ens familjesituation och var man bor och kanske lite vad man gillar att göra när man är ledig” (R1). Kuratorerna beskriver hur det över tid leder till att patienterna får mycket information om dem.

Jag är ganska rädd om mitt privata. För att jag känner lite att när man har kontakt i många år, så även om jag kanske tycker att jag ger bara små saker så över tid så blir det liksom en stor del av mig och det vill inte jag. [...] Jag vill inte vara viktig som person för min patient för att jag tänker att slutar jag så ska de bygga upp en relation med någon annan. [...] Sen kan jag ju nämna att jag har ett djur till exempel, men jag är så snål med de sakerna. (R4).

Citatet kan förstås som att kuratorn är noggrann med att upprätthålla sin professionella roll, då kuratorn vet att relationen är villkorad med att kuratorn kan sluta. Det kan ses som att kuratorn därmed inte delar saker om sitt privatliv utan förhåller sig mer professionellt och utför mer *normativ känslohantering*. När kuratorn säger att hen är snål med att dela privata saker kan det utifrån den *filantropiska känslohanteringen* ses som att kuratorn är snål med att ge gåvor om hens privatliv. En annan kurator beskriver det såhär: ”Jag har någon patient som jag har telefonkontakt med som varje gång; vad ska du göra i helgen, vad ska du göra nu när vi lägger på luren? Och så där liksom, någonstans att jag ger en beskrivning utav en ganska vanlig vardag och att ibland dela med sig utav det som är lite personligt” (R2).

Även denna kurators utsaga kan kopplas till *filantropisk känslohantering*, kuratorn ger patienten en gåva genom att beskriva en vanlig vardag. Det är inget som vare sig organisationen eller professionen förväntar sig av kuratorn, kuratorn motiveras istället av sociala regler om att småprata. Kuratorernas resonemang om att det ibland är bra att bli personlig med patienterna kan kopplas till tidigare forskning om den så kallade verkliga relationen mellan behandlare och patient. Relationen liknar vanliga sociala processer och innebär för patienten en mänsklig kontakt med en person som bryr sig. Dock skiljer sig relationen från andra då den präglas av tunga samtalsämnen och sekretess (Frank & Frank 1993; Wampold 2015).

Det andra temat om gränsen mellan kurators professionella och personliga jag är att kuratorerna upplever att arbetet kräver att de använder mer av sitt personliga jag. Det beror på att patientgruppen ofta är känslig för om vårdpersonalen är oäkta. En kurator beskriver det såhär: "Eftersom det finns mycket paranoia misstänksamhet i symtombilden- att försöka att vara ganska så den man är på något sätt att" (R1). En annan säger följande:

Jag tycker nog inte att själva gränsen är svår, men jag tror det är väldigt viktigt att om man börja jobba i den här typen av verksamhet att man själv funderar igenom det så att man själv har klart för sig vad skillnaden är. Därför att du måste kunna vara personlig, annars kan du inte jobba med människor med psykos. De är supersensitiva för om det är något fejk eller om du liksom säger något som blir för vagt. Det går inte och det kan liksom trigga jättemycket paranoia att vad är det du döljer egentligen. Du måste kunna vara du när du sitter där. Och i det menar jag kanske då genuin, men jag är fortfarande genuin men i min yrkesroll. Jag tillåter inte mig själv att reagera som om det var min bästa vän som sitter där. (R6).

Att kuratorn säger att man behöver kunna vara personlig i kontakten med patientgruppen kan kopplas till att Bolton (2005) menar att vissa känslor kommer från arbetarens inre själv. Ett exempel på sådana är *uppvisande känslohantering*. Genom det begreppet kan det ses som att kuratorn motiveras av sociala regler om att vara äkta i relationen med patienten. Kuratorn använder *djupt emotionellt agerande* när hen på ett medvetet sätt framkallar äkthet i sitt beteende för att möta patientens paranoia, men samtidigt betonar att hen fortfarande är i sin yrkesroll. Hochschild (2012) menade även att *djupt emotionellt agerande* innebär att arbetaren glömt hur hen egentligen skulle reagerat om hen inte varit på arbetet. Detta kan

kopplas till att kuratorn beskriver hur hen inte tillåter sig själv att reagera som hen skulle gjort till en vän. Vad som motiverar kuratorn till att agera såhär går att förstå utifrån begreppet *normativ känslohantering*, där hen agerar utifrån vad som förväntas från yrkesrollen och upprätthåller en mask och reagerar inte med de känslor som hen hade gjort till en vän.

Kuratorerna pratar även om att gränsdragningen handlar om att skydda sina egna känslor:

Alltså, jag är inte här för att bli vän med någon i slutändan utan jag är här för att hjälpa till och se till deras sociala situation och så vidare. [...] Det är ju hedrande på sätt och vis att veta att man ja, för vissa patienter är man liksom extremt viktig[...] Jag tror att de allra flesta har en bra distans till det ändå, det måste man ha också med den här patientgruppen, till jobbet generellt för det kommer komma bakslag. Vi måste finnas där om det blir så. Då behöver jag ha en distans till det också. (R3).

I citatet ovan beskriver kuratorn balansen mellan att vara engagerad i en patient, men inte så pass engagerad så att hen inte orkar finnas där om patienten mår sämre.

Kuratorn behöver utföra *normativ känslohantering* och förhålla sig professionellt till patienten. Följande citat illustrerar att kuratorn är i sin profession, men samtidigt sig själv: ”Du använder ju dig själv i ditt, visserligen då rustad med då vad du har lärt dig och att du är i din profession och så, men det är ju fortfarande jag, så att man kan bli väldigt trött” (R6). Hochschild (2012) menade att arbetare riskerar utmattning om de går in för helhjärtat i sitt arbete med egna känslor. Å andra sidan riskerar för mycket *ytligt emotionellt agerande*, där arbetaren döljer vissa känslor och framställer andra, att arbetaren blir för distanserad till arbetet.

### 6.3.2 Relationens betydelse visar sig vid introduceringen av en kollega

Att de professionella som arbetar med psykospatienter blir viktiga över tid och att de också värnar mycket om relationen har varit ett återkommande tema. Det har även synliggjorts när kuratorerna pratat om när de av olika anledningar behöver introducera en kollega till patienten. Dels har kuratorerna pratat om detta när de behöver avsluta kontakten av olika anledningar. ”Och där är det jag tänker att xx(namn) kommer att gå in så att då kommer jag att introducera att hen kommer vara med vid något besök. [...] Så att om min kontakt avslutas, hur kommer kontakterna se ut med mottagningen i övrigt?”(R2). Citatet illustrerar ett återkommande tillvägagångssätt, att först träffa patienten tillsammans när en ny kollega ska ta över patientkontakten. Utöver vid

avslut har introduceringen av en kollega även aktualiserats när nya kollegor börjat. I följande citat beskriver en kurator hur hen upplevde det var att själv börja arbeta.

Man håller sina relationer till patienterna rätt så hårt och låter inte vem som helst komma in och göra något med patienterna. Utan då behöver de veta vad jag är för person, att jag går att lita på, att jag kan bidra med någonting. [...] Jag tror att det är en sida av att det är långa relationer, blir ganska starka relationer mellan behandlare och patient, att man är väldigt mån om dem och bryr sig väldigt mycket och skyddar. Kommer här nya kan det ta lång tid innan man har full kalender i veckan. (R5).

Citatet kan förstås utifrån *uppvisande känslohantering*, där kollegorna drivs av regler för social interaktion i relation med patienterna, snarare än organisatoriska intressen. Det kan ses som att kollegorna drivs av en social regel om att inte introducera vem som helst till en patient de har en förtroendefull relation till. Kollegorna har fått starka relationer med patienterna och blivit viktiga som personer för dem. De som känt patienten längre vill först se om den nyanställda lever upp till de *känsloregler* som förväntas av den. Hade kollegorna snarare drivits av organisatoriska intressen kanske de hade behövt introducera kollegan tidigare, för att använda de resurser som finns. Kuratorernas reflekterande över hur viktiga relationerna med patienterna kan bli och hur det påverkar förhållningssättet kan kopplas till Holms (2009) forskning om empati. Holms forskning visar att professionella har utvecklat en större förmåga att kritisk kunna reflektera över sitt eget empatiska bemötande gentemot de som ska hjälpas. I följande citat reflekterar kuratorn om hur hen tänker vid introduceringen av nya kollegor:

Man liksom kastar inte in patienter för att det för patienten är det här en ny människa. Man känner inte den. Och som kollega vet jag inte heller riktigt. Hur är du som människa? Jag behöver också känna förtroende för dig, för jag vet att de här patienterna jag har haft kommer jag ha till jag slutar här. Alltså man tar ett stort ansvar för patienten (R4).

När kuratorerna tar ett stort ansvar för patienten kan de anses utföra *filantropisk känslohantering*, där de motiveras av känslor som kan härledas till dem själva och sociala regler. De antar en skyddande inställning gentemot patienterna. *Filantropisk känslohantering* innebär även att arbetaren tar andra roller än bara professionell, vilket kuratorn i citatet ovan kan tyckas göra när hen tar ett stort ansvar för patienten och antar en skyddande inställning vid introduceringen av nya kollegor.



Resultatdelen har visat att kuratorerna många gånger motiveras av att emotionellt sätt göra det lilla extra och uppträda med *filantropisk känslohantering*. Diskussionen som nu följer kommer bland annat föra ett resonemang om vad detta kan bero på.

## 7. Avslutande diskussion

Denna studie syftade till att nå fördjupad förståelse dels av hur kuratorer skapar och bibehåller en god professionell relation med patienter som har psykosjukdomar, dels hur kuratorerna hanterar och använder sina känslor i denna relation. Studien eftersträvade en ökad kännedom om kuratorers upplevelser av att möta en särskilt utsatt grupp, med en förhoppning om att bidra med kunskap om de verktyg kuratorer använder för att bevara en professionell relation med patientgruppen. Studien hade tre frågeställningar:

1. Hur skapar kuratorer en god professionell relation med patienter med psykosjukdomar?
2. Hur förhåller sig kuratorer till sina känslor i relationen till patienter med psykosjukdomar?
3. Hur förhåller sig kuratorer till gränsen mellan att vara professionell och personlig i relationen med patienter med psykosjukdomar?

Denna avslutande diskussion inleds med tre stycken som besvarar frågeställningarna. Därefter förs en diskussion om denna studies bidrag till forskningsfältet, det teoretiska ramverkets applicering på resultatet, samt förslag på framtida forskning.

Studien har visat att kuratorerna skapar en god professionell relation med patienter med psykosjukdomar genom att vara tålmodiga och flexibla. De har ofta långa kontakter med patienterna och då patienterna inledningsvis kan sakna sjukdomsinsikt är det inte alltid de vill ha hjälp. Kuratorerna anpassar sig då och bygger relationen med patienten utifrån något som patienten själv vill ha hjälp med, även om kuratorn också ser andra behov. Förhållningssättet grundar sig i att kuratorerna inte vill avskräcka patienterna från vården. Det här går i enlighet med tidigare forskning om att arbetet mot ett gemensamt mål skapar allians mellan behandlare och patient, vilket är en gemensam faktor för alla behandlingsformer (Wampold 2015). I beskrivningarna jämför kuratorerna möjligheterna till relationsskapandet med tidigare

socionomyrken. Kuratorerna menar att psykosvårdens organisering möjliggör att kuratorerna kan göra det som de ser behöver göras. Som en kurator benämner det- att arbeta i ett omsorgsparadigm skiljer sig en del från det empower-perspektiv som socionomer lär upp i. Den aspekten, samt att många patienter som har psykosjukdomar har långvarig kontakt med vården bidrar till att den professionella relationen blir mer personlig.

Kuratorerna förhåller sig till sina känslor i relationen med patienter med psykosjukdomar genom att använda känslorna som ett verktyg som de anpassar beroende på situation. När de möter patienter som till följd av sin sjukdom har en annan verklighetsuppfattning kan kuratorerna genom empatiskt bemötande validera upplevelsen utan att gå in i vad som är rätt och fel. Det här är intressant då det problematiserar forskning om den kontextuella modellen som visar att patienten behöver hålla med om idén om patientens problematik (Frank & Frank 1993). Kuratorernas anpassning leder till att fokus inte behöver vara på anledningen till patientens sjukdom och deras annorlunda verklighetsuppfattning. Vidare har studien visat att kuratorerna använder sina känslor för att få patienterna att må bättre. Kuratorerna gör det bland annat genom att förmedla glädje för att få patienten att skifta fokus eller genom humor. Det här har kopplats till tidigare forskning om att när vårdpersonal ger mikrobekräftelser, gör det lilla extra för patienterna, bidrar det till att patienterna upplever vården som bättre (Topor, Boe & Larsens 2018). *Filantropisk känslohantering* är det teoretiska begrepp som främst applicerats på kuratorernas beskrivelser om när de ger mikrobekräftelser. Begreppet har därmed anpassats lite då det egentligen syftar till att emotionellt sätt ge det lilla extra, som t.ex. att skämta. Medans mikrobekräftelser syftar till handlingar vårdpersonal gör, som t.ex. när en kurator berättat att han stekt hamburgare till en patient. Kuratorerna förhåller sig även till sina känslor genom att ibland hålla tillbaka dem, för att möta patientens mående med empatiskt bemötande. Resultatdelen visar även avsaknaden av vissa upplevelser, exempelvis berättar kuratorerna sällan om rädsla i patientmöten. Det som nämndes var att det kan vara obehagligt om patienter är väldigt arga, men att de sällan känner sig rädda för patienterna. Utifrån att patienters psykotiska symtom ibland kan te sig ganska obehagliga kan detta resultat kanske förvåna. Svaret på varför kuratorerna sällan känner sig rädda kan nog dels finnas i den långa arbetslivserfarenhet av psykosvård som kuratorerna hade. Dels gör nog vårdsammanhanget de träffas i och kuratorernas vetskap om att patientgruppen är en av de mest psykiskt sjuka att de har en högre tolerans för patienternas beteende.

Kuratorerna resonerar om att gränsen mellan att vara professionell och personlig i relationen med patientgruppen är speciell då arbetet på en psykosmottagning ofta innebär långa kontakter med patientgruppen. Det leder automatiskt till att relationen blir mer personlig. Utöver detta talar kuratorerna om att patienternas sjukdom innebär att de är känsliga för om kuratorerna skulle föreställa sig och gå in i en roll alltför mycket. Även detta leder till att kuratorerna eftersträvar att vara äkta i mötet med patientgruppen. Vidare nämner flera kuratorer att om de kan bjuda på något litet om sig själv, så kan det bidra till att relationen stärks. Framtida forskning hade kunnat ha mer fokus på när gränsdragningen mellan att vara professionell och personlig suddas ut. Eftersom denna studie kan tyckas visa att kuratorernas sätt att vara personliga är en del av deras professionalitet i relation till patientgruppen. Denna studie visade även att relationens betydelse för patienten framkommer i kuratorernas resonemang om när de introducerar kollegor. Kuratorerna har då en skyddande inställning och introducerar inte vem som helst. Det kan ses som att relationen gått från att vara professionell till mer personlig, eller personbunden.

Denna studies bidrag till forskningsfältet är att förstå relationsskapandet med en särskilt utsatt patientgrupp utifrån de professionellas perspektiv, i en organisation där de professionella har möjlighet till att göra det de ser behöver göras och skapa goda relationer. Som kunskapsläget visade finns det redan mycket forskning om patientens perspektiv på goda relationer med vårdpersonal. Det verkar dock finnas färre studier som fördjupar professionellas upplevelse av hur de skapar goda relationer med patienterna. Vidare bidrar denna studie med forskning om hur socialarbetare förhåller sig till sina känslor i interaktionen med de som ska hjälpas, något som O'Connors (2020) litteraturöversikt visar att det finns lite forskning om.

Det teoretiska ramverket har bidragit till en fördjupat förståelse av komplexiteten i relationen mellan kurator och patienter med psykosjukdomar. Utifrån Boltons teoretiska begrepp motiveras kuratorn till att anpassa sitt sätt att uppträda utifrån organisatoriska regler, där kuratorn behöver motivera patienten till att ha fortsatt kontakt med vården, för att förebygga att patienten återinsjuknar i psykos. Men kuratorn motiveras även av sociala outtalade regler och genuina omsorgskänslor för patienten. Den här motivatorn verkar vara varför kuratorerna stannat kvar länge på samma arbetsplats, då de ser det som meningsfullt att faktiskt få möjlighet till att hjälpa människor och skapa en mer personlig relation. Något jag ställer mig kritiskt till i användandet av både Hochschild (2012) och Boltons (2005) teorier är uppdelningen mellan att en person motiveras av antingen organisatoriska eller

personliga/sociala regler. Bolton menar exempelvis att vårdpersonal behöver gå utanför sin professionella roll och utföra *filantropisk känslohantering* för att patienter ska få en god upplevelse av vården. Den här studien har snarare visat att kuratorerna arbetar i en verksamhet som uppmuntrar och ger utrymme till kuratorernas genuina omsorgskänslor för patienterna. Framtida forskning hade förslagsvis kunnat fokusera på andra verksamheter där kuratorer är verksamma och studera deras möjligheter till relationsskapande, att göra det som behöver göras och när de ibland går utanför den typiska socionomprofessionen. Det verkar nämligen vara möjligheten till detta som är anledningen till att så många kuratorerna arbetat kvar länge inom psykosvården, för att de får vara snälla. Men som Holm (2009) skriver i boken ”det räcker inte att vara snäll” som baseras på en forskningsstudie om empati hos professionella, behöver de professionella även förhålla sig till etiska frågor och ha utvecklade psykiska strategier när de visar empati. De professionella behöver överväga den maktobalans som finns, samt de negativa konsekvenserna av deras hjälpande. Något som kuratorerna i denna studie verkligen visat sig göra.

## 8. Referenslista

1177 Vårdguiden (2021). Psykos. [Psykos - 1177](#) [Hämtat: 2024-01-26]

Bergmark, Anders & Tommy Lundström (2015) Socialstyrelsen, dronten och den evidensbaserade praktiken, *Socialvetenskaplig tidskrift*, 18(3), 244-251.

Bolton, Sharon.C (2005) *Emotion management in the workplace*. Palgrave Macmillan.

Tillgänglig på: [https://search.ebscohost-com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cat02271a&AN=atoz.ebs305822e&site=eds-live&scope=site](https://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cat02271a&AN=atoz.ebs305822e&site=eds-live&scope=site) [Hämtat: 2024-02-20]

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje uppl. Stockholm: Liber.

Cullberg, Johan, Maria Skott & Pontus Strålin (2020) *Att insjukna i psykos. Förlopp, behandling, återhämtning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Falkenström, Hanna & Teres Hjärpe (2018) Dokumentation och känslor: Socialsekreterares pappers- och känslorarbete, *Socialvetenskaplig tidskrift*, 24(3-4), 177-199.

Framme, Gunilla (2016) Vad gör socionomerna för skillnad inom den psykiatriska vården? *Socialvetenskaplig tidskrift*. 21(2), 85–104.

Frank, Jerome D & Julia B Frank (1993). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Hochschild, Arlie Russell (2012). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley, CA: University of California Press.

Holm, Ulla (2002) Empathy and professional attitude in social workers and non-trained aides', *International Journal of Social Welfare*, 11(1), p. 66-75.

Holmqvist Larsson, Mattias (2019) *Rupture and Repair in the Working Alliance: Relation to Psychotherapy Outcome and Within-Session Interaction*. Doktorsavhandling. Linköpings universitet.

Internetmedicin (u.å). *Schizofreni*. <https://www.internetmedicin.se/psykiatri/schizofreni>  
[Hämtat: 2024-04-27]

Johansson, Håkan (2006) *Therapeutic Alliance in General Psychiatric Care*.  
Doktorsavhandling. Lunds universitet.

Kamp, Annette & Betina Dybbroe (2016) Struggles of Professionalism and Emotional Labour in Standardized Mental Health Care, *Nordic Journal of Working Life Studies*, 6(S1), pp. 67–86

Karolinska institutet (2023) *Vad är schizofreni*. <https://ki.se/forskning/vad-ar-schizofreni>  
[Hämtat: 2024-04-25]

Kåver, Anna (2011) *Allians. Den terapeutiska relationen i KBT*. Stockholm: Natur och kultur.  
Ljunggren, Ingrid (2017) *Stödsamtal och stödterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Nationella Vård-och insatsprogram (u.å.). Verksamhet med särskilt uppdrag-  
förstagångsinsjuknande i psykos. [Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](http://Nationella%20vård-och%20insatsprogram%20(vardochinsats.se))  
[Hämtat 2024-02-02]

O'Connor, Louise (2020). How social workers understand and use their emotions in practice: A thematic synthesis literature review. *Qualitative Social Work*, 19(4), 645–662.

Psykologiguiden (u.å). *Psykologilexikon*. Natur & Kultur.  
<https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon>

Safran, Jeremy D, J. Christopher Muran & Catherine Eubanks-Carter (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48 (1): 80–87.

SFS 1991:1128 *Lagen om psykiatrisk tvångsvård*.

Sivec, Harry.J. & Vicki.L Montesano (2012) Cognitive behavioral therapy for psychosis in clinical practice. I *Psychotherapy*, 49(2), pp. 258–270

Socialstyrelsen (2018) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2021). *Tvångsvård enligt LPT*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2022). *Nationell utvärdering av vård och stöd vid schizofreni schizofreniliknande tillstånd*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensson, Kerstin (2021). Emotioner, professioner och organisationer. I Linde, Stig och Svensson Kerstin (red). *Välfärdens aktörer, utmaningar för människor, professioner och organisationer*. Btj, s. 213-240.

Theodosius, Catherine (2008). *Emotional labour in health care: The unmanaged heart of nursing*. London: Routledge.

Topor, Alain & Marit Borg (2008) *Relationer som hjälper*. Lund: Studentlitteratur.

Topor, Alain, Anne Denhov & Per Bülow (2019) Socialt arbete och människor med psykiska problem- en introduktion. I *Socialvetenskaplig tidskrift* 2019(1), pp.5-18.

Topor, Alain, Tore Dag Boe & Inger Beate Larsen (2018) Small Things, Micro-Affirmations and Helpful Professionals Everyday Recovery-Orientated Practices According to Persons with Mental Health Problems. *Community Mental Health Journal*, 54(8), pp. 1212–1220.

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

Walsh, Joseph & Katherine Meyersohn (2001) Ending Clinical Relationships with People with Schizophrenia. I *Health & Social Work*, 26(3), p. 188-195.

Wampold, Bruce.E. (2015) How important are the common factors in psychotherapy? An update', I *World Psychiatry*, 14(3), pp. 270-277.

World Health Organization (2022). *Schizophrenia*. [Schizophrenia \(who.int\)](https://www.who.int) [Hämtat: 2024-02-09]

# 9. Bilagor

## 9.1 Bilaga 1 Informationsbrev

Informationsbrev- Intervju

Detta är information till dig som arbetar som kurator på en öppenvårdsmottagning specialiserade på patienter med psykossjukdomar i Region Skåne. Härmed tillfrågas du om att medverka i en studie för en examensuppsats på hälso-och sjukvårdskuratorsprogrammet, Lunds universitet.

**Denna studie syftar till att nå fördjupad förståelse av kuratorers känslorarbete kopplat till relationen med patienter som har psykossjukdomar. Detta för att öka kunskapen om kuratorers upplevelser av utmaningar med att möta en särskilt utsatt grupp, med en förhoppning till att bidra med kunskap om de verktyg kuratorer kan använda för att upprätthålla en professionell relation.**

Hej!

Jag heter Rebecka Norell och är socionom som studerar till legitimerad hälso-och sjukvårdskurator. Under våren skriver jag min examensuppsats med fokus på kuratorer som arbetar med patienter som har psykossjukdomar.

Jag är intresserad av att undersöka hur du som kurator påverkas känslomässigt av relationer med personer med psykossjukdom. Jag vill försöka få svar på om det finns särskilda utmaningar med relationen med denna målgrupp, hur det i så fall påverkar dig och hur du förhåller dig till detta. Mitt intresse för dessa frågor väcktes under starten av min praktik på kuratorsprogrammet hösten 2023. Praktiken har jag just på en psykosmottagning och min bild är att denna patientgrupp saknar större sociala nätverk, då psykossjukdomen innebär ett stundtals normbrytande beteende och kognitiva nedsättningar. Jag tänker då att relationen med vården blir särskilt viktig för denna patientgrupp. Mitt val att endast intervjua kuratorer är baserad på flera anledningar. Framför allt för att det är just kurator jag utbildar mig till och därför vill jag fördjupa mig i denna professionalitets arbete. Vidare är min bild att kuratorer finns med i olika skeenden av behandlingen av psykospatienter; vid t.ex. nyinsjuknande, samordnandet av insatser med andra myndigheter och stödsamtal. Kuratorer kan då över tid bygga upp en relation med patienten och relationen utvecklas i dessa stadier.



Då jag ämnar undersöka hur relationer med patientgruppen över tid upplevs ställs förfrågan främst till dig som arbetat som kurator på en psykosmottagning **i minst två år**. Intervjun uppskattas att ta mellan 45 minuter- 75 minuter.

Den metod som användas i denna studie är kvalitativ genom semistrukturerade intervjuer. För att jag ska kunna transkribera innehållet i intervjuerna kommer de spelas in. Studien följer vetenskapsrådets forskningsetiska principer och all empiri kommer behandlas konfidentiellt. Innehållet kommer avidentifieras och du som intervjuas är alltså anonym, varken ditt namn eller arbetsplats kommer nämnas. Empirin kommer bara användas i denna forskning. Inspelningsinstrumentet som används kommer varken under eller efter intervjun vara uppkopplat mot internet. Det finns därför ingen risk att någon utomstående får tillgång till uppgifterna. Materialet kommer raderas efter att studien avslutats och examinerats. Om du väljer att medverka i studien har du rätt att avbryta ditt deltagande utan motivering när du vill. Detta eftersom studien bygger på frivilligt deltagande. En samtyckesblankett behöver undertecknas om du väljer att delta. Denna studie varar under vårterminen 2024 och den färdiga studien kommer publiceras i Lunds universitets databas Lup Student Papers (LUP). Studien examineras även muntligen 24/5.

Om du undrar över något går det bra att höra av sig till mig eller min handledare!

Med vänliga hälsningar,

Rebecka Norell, student

07xxxxxxx

[re2127no-s@student.lu.se](mailto:re2127no-s@student.lu.se)

Lotta Jägervi, handledare

046-xxx xxxx

[lotta.jagervi@soch.lu.se](mailto:lotta.jagervi@soch.lu.se)

Helsingborg den 8:e mars 2024.

## 9.2 Bilaga 2 Samtyckesformulär

### Samtyckesformulär

Samtycke till att medverka i en studie om kuratorers känslomässiga upplevelse av relationen med patienter som har olika former av psykossjukdomar. Denna studie är en examensuppsats tillhörande hälso-och sjukvårdskuratorsprogrammet, Lunds universitet under vårterminen 2024. Jag har både muntligen och skriftligen fått information om studien och även fått tillfälle att ställa frågor. Härmed lämnar jag samtycke till följande:

- Medverkan i denna studie.
- Att mina personuppgifter lämnas (namn, hur många år jag arbetat som kurator inom sjukvården och på nuvarande arbetsplats) och hanteras anonymiserat så som det står skrivet i informationsbrevet.
- Att mina personuppgifter och det jag berättar i intervjuerna förvaras konfidentiellt tills att magisteruppsatsen godkänd.
- Att resultatet som jag varit med och bidragit till redovisas muntligen på studentens praktikplats (kortfattat i ett mindre sammanhang) och muntligen vid en examination, samt därefter publiceras i Lunds universitets digitala system.

Ort och datum:

Underskrift:

Namnförtydligande:

-----

-----

-----

Ansvarig student för studien:

Ort och datum:

Underskrift:

Namnförtydligande:

-----

-----

-----

## 9.3 Bilaga 3 Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Bakgrundsfrågor

- Har du några frågor innan vi börjar?
- Hur länge har du arbetat på nuvarande arbetsplats?
- Vad har du för tidigare arbetslivserfarenhet?
- Vad har du för utbildning?
- Vilka patientgrupper träffar du?
- Ungefär hur många patienter träffar du regelbundet i stödsamtal?

#### Klargörande fråga

- Vi kommer komma in på din upplevelse av relationen med patienter som har olika former av psykosjukdomar senare i intervjun. Men om du bara skulle börja att kort beskriva vad du generellt sett tycker kännetecknar en bra relation inom vården med denna patientgrupp?

#### Arbetsätt

- Vilka arbetsuppgifter genomför du som kurator för denna patientgrupp på denna arbetsplatsen?
- Hur gör du för att skapa en god relation med patienter med olika former av psykosjukdomar? Vad är extra viktigt att tänka på?
- Vad anser du är de största möjligheterna till en god relation med denna patientgrupp?
- Vad anser du är de största hindren för en god relation med denna patientgrupp?
- Du berättade tidigare om dina arbetsuppgifter och roll som kurator. Hur skulle du säga att detta relationsskapande påverkas av just kurators roll och arbetsuppgifter i behandlingsarbetet som du tidigare berättade om?
- Har du upplevt att någon patient betett sig gränslöst någon gång, i förhållande till gränsen för en professionell och privat relation? Hur hanterade du i så fall det?
- Hur upplever du generellt sett att denna patientgrupp har det med denna gränsdragning? (professionell/privat) Lätt, svårt?

#### Känsloarbete

- Vilken uppfattning har du om hur denna patientgrupp generellt sett har det i privata relationer? Hur får detta dig att känna för denna patientgrupp?

- Vilka känslor väcks ofta hos dig i mötet med psykossjuka patienter?
- Hur hanterar du dessa känslor i mötet?
- Vilka möten kräver mest av dig på ett känslomässigt plan i relationen med denna patientgrupp?
- Kan du berätta om ett möte som är vanligt förekommande och där du reglerat dina känslor i mötet med en patienten?
- Upplever du att det är känslomässigt svårt att avsluta kontakten med patienter? Dels för dig och för patienten? Varför tror du att det är svårt? Hur har du gjort för att göra avslutet bra?
- När du haft samtal som varit extra känslomässigt tunga. Hur gör du då för att bearbeta dina känslor?
- Tillåter arbetsklimatet dig att prata om de känslor du upplever i kontakten med denna patientgrupp? Finns det forum för att prata om dina känslor, både informella och formella? Vilka av dessa forum känner du att du kan vara mest öppen med dina känslor?

#### Avslutande frågor

- Vad känns mest meningsfullt i arbetet med denna målgrupp?
- Vad anser du är viktigt för att lyckas bra i ditt arbete?
- Finns det något du vill tillägga?