



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# **”På papper kan det verka vara en enkel arbetsuppgift”**

**En kvalitativ studie om smittspårning ur kuratorns perspektiv**

**Gabriella Wennström**

Examensarbete

VT 2024

Antal ord:

Handledare: Helena Hansson

# Abstract

Author: Gabriella Wennström

Title: On paper it can seem like a simple work task – a qualitative study on contact tracing through the health care social worker's perspective

Supervisor: Helena Hansson

Assessor:

The aim of this study was to research the phenomenon contact tracing of sexually transmitted infections through the perspective of health care social workers. The research questions were what competencies could contribute to a satisfactory contact tracing and whether these competencies corresponded to those the health care social worker typically has. This was researched using a qualitative research method and semi-structured interviews with health care social workers that worked with contact tracing on a regular basis. The concepts used to analyze the data were empathy, room for action, alliance and stigma. The results showed that contact tracing required a number of competencies and that some of them were regarded as absolutely necessary to get the contact tracing done in a satisfactory manner. The competencies were how to form an alliance, how to lead conversation, how to handle different emotions and ethical competence. The study showed that the majority of the informants had not received any education on these competencies even though they were regarded as very important. Except for these competencies, dedication and engagement were also found to be an important factor in the work with contact tracing. In general the competencies that were found corresponded with those that the health care social worker typically has which in these cases made up for the lacking education. The study also found challenges in relation to being a health care social worker working with contact tracing. One challenge was going from being supportive to more strict with the patients that did not want to cooperate. This was a challenge that later was discussed as one that could become more and more relevant as testing, treatment and contact tracing has become more and more readily available which made the experience of patients being nonchalant more common.

Key words: health care social worker, contact tracing, sexually transmitted infections.

## Innehållsförteckning

<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>4</b>
1.1 PROBLEMFÖRMULERING.....	4
1.2 SYFTE .....	6
1.3 FRÅGESTÄLLNINGAR.....	6
<b>2. BAKGRUND .....</b>	<b>7</b>
2.1 SMITTSPÅRNINGENS UPPKOMST I SVERIGE OCH INTERNATIONELL SMITTSPÅRNING .....	8
2.2 LAGAR OCH RAMAR FÖR SMITTSPÅRNING .....	9
<b>3. TIDIGARE FORSKNING .....</b>	<b>11</b>
3.1 KURATORN: EN FRAMGÅNGSFAKTOR I SMITTSPÅRNINGSSARBETET .....	11
3.2 KURATORNS UTMANINGAR I SMITTSPÅRNINGSSARBETET .....	13
3.3 SAMTAL OM STI OCH SEXUALITET .....	14
<b>4. TEORETISK UTGÅNGSPUNKT .....</b>	<b>16</b>
4.1 EMPATI .....	16
4.2 HANDLINGSUTRYMME .....	17
4.3 ALLIANS .....	18
4.4 STIGMA.....	19
<b>5. METOD .....</b>	<b>21</b>
5.1 KVALITATIV METOD.....	21
5.2 AVGRÄNSNING .....	21
5.3 URVAL .....	22
5.4 SEMISTRUKTURERADE INTERVJUER.....	23
5.5 ANALYSMETOD OCH ANALYSPROCESS .....	24
5.6 VALIDITET OCH RELIABILITET .....	25
5.7 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	25
<b>6. RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>27</b>
6.1 VIKTEN AV ATT KUNNA SKAPA ALLIANS.....	27
6.2 KOMPETENS I ATT LEDA SAMTAL .....	29
6.3 KÄNSLOHANTERING.....	32
6.4 ETISK KUNSKAP .....	34
6.5 SPECIFIKT RIKTAD UTBILDNING FÖR SMITTSPÅRANDE ARBETE .....	36
6.6 HANDLINGSUTRYMME.....	37
6.7 RELEVANS FÖR PRAKTISK TILLÄMPNING OCH IMPLIKATIONER FÖR FORTSATT FORSKNING .....	41
<b>7. SLUTDISKUSSION .....</b>	<b>42</b>
<b>REFERENSER .....</b>	<b>45</b>
<b>BILAGOR .....</b>	<b>49</b>
INFORMATIONSBREV.....	49
INTERVJUGUIDE .....	50

## 1. Inledning

Allt fler personer smittas av sexuellt överförbara infektioner (STI) idag i Sverige (Smittskydd Skåne 2023a; Smittskydd Skåne 2023b; Smittskydd Skåne 2023c; Smittskydd Skåne 2023d) och behöver smittspåras. De smittspårande samtalen är av känslig natur då det som avhandlas är den enskildes sexuella historik. Dessa samtal sker ofta i en klinisk miljö eller över telefon och innebär en kort kontakt med den som utför arbetsuppgiften. Smittspårningens syfte är att så många som möjligt ska provtas för att förhindra spridningen av infektioner som kan innebära långtgående negativa konsekvenser för den som smittas. Utifrån detta är det viktigt att patienter som bär på infektionerna deltar i samtalen och att det framkommer så mycket uppgifter som möjligt om potentiellt smittade personer. För att detta ska vara möjligt behöver varje patient i dessa samtal få förutsättningar för att öppna upp sig och vara ärliga. Detta möjliggörs till stor del genom tillitsskapande och ett icke-dömande klimat där risken för att känslor såsom skam, skuld och stigma minimeras.

Detta examensarbete skrivs inom ramen för hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet vid Lunds universitet och det kommer att ta avstamp i ämnet smittspårning. Studien kommer att ge läsaren en inblick i kurators arbete med smittspårning och vilka faktorer som anses vara viktiga för att åstadkomma ett gott smittspårningsarbete.

### 1.1 Problemformulering

Smittspårningar har ett viktigt syfte i att skydda samhället och dess invånare från infektioner vilket i sig motiverar att de smittspårande samtalen förs av professionella med särskild kompetens för uppgiften. Det framgår dessutom av lagen att den som gör smittspårningar ska ha särskild kompetens, men det framgår inte vilken denna kompetens är. Det framgår inte heller vilken yrkesgrupp som bör utföra arbetsuppgiften samtidigt som de olika yrkesgrupperna som vanligtvis gör det (läkare, barnmorskor, sjuksköterskor och kuratorer) har med sig olika kompetenser och erfarenheter in i arbetet. Ofta sker det smittspårande samtalet mellan en patient och en anställd inom hälso- och sjukvården som patienten inte har träffat tidigare vilket gör att det ställs särskilt stora krav på den som leder samtalet att skapa så goda förutsättningar som möjligt för att samtalet ska uppfylla sitt syfte.

Förutom kunskap kring smittskyddslagens paragrafer och det rent praktiska förfarandet kan det antas utifrån samtalets känsliga natur att den som smittspårar bör besitta kunskaper vad gäller mänskliga relationer, att bygga allians och tillit samt ha ett reflekterande förhållningssätt vad gäller normer. Samtal om sex och särskilt sådant som kan kopplas samman med "dåligt sex" innefattar ofta starka känslor såsom skam och kan leda till upplevt stigma för den enskilde. Utifrån den vikt smittspårning har för att skydda Sveriges befolkning mot infektioner som potentiellt kan medföra långvariga men är det av intresse att undersöka just vilken kompetens och kunskap som är viktig för en god smittspårning. En god smittspårning innebär att de berörda patienterna är bekväma med att delta i samtalet och att de sanningsenligt överlämnar så mycket uppgifter som möjligt utan skam eller värderingar som potentiellt hinder för detta.

Bland annat allians är ett begrepp som återkommer under socionomens utbildning, både under grundutbildningen men även inom legitimationsprogrammet för hälso- och sjukvårdskuratorer. Även empati och ett kritiskt förhållningssätt till normer som underlättar för exempelvis könsneutralitet är något som kuratorn har med sig från sin tidigare utbildning. Att dessutom ha en medvetenhet kring att sådant man får höra, även i professionella sammanhang, påverkar en är något som påtalas både under utbildning och något som de flesta kuratorer märker när de arbetar och därför aktivt kan ha med sig in i möten med patienter i det smittspårande sammanhanget.

För att smittspårningar ska kunna fullgöra sitt syfte och verka för att skydda befolkningen är det av vikt att närmare undersöka hur dessa samtal blir så bra och effektiva som möjligt. Utifrån antaganden om vilka kompetenser och kunskapsområden som kan vara viktiga att ha med sig under de smittspårande samtalen kan hypotesen göras att kuratorer är särskilt lämpade för uppgiften utifrån sin utbildning om har stora inslag av bemötande, empati och normer samt utifrån insamlad arbetslivserfarenhet som många gånger innefattar möten med personer i utsatta situationer där inslag av starka känslor såsom skam och stigma är vanligt. Samtidigt bör man ha med sig att aktuell studie är genomförd av en kurator och utgår från kuratorns perspektiv vilket gör undersökningsområdet relativt smalt. Andra yrkesgrupper som genomför smittspårning har inte tillfrågats att medverka i studien utifrån dess omfattning och det är därför viktigt att ha med sig att aktuell studie i alla avseenden alltså inte är objektiv när det

kommer till ämnet och vilka kompetenser som bedöms vara extra viktiga har endast setts på ur detta perspektiv.

### **1.2 Syfte**

Syftet med studien är att undersöka vilka kompetenser som är avgörande för att genomföra en god smittspårning med fokus på den kompetens som kuratorer förväntas ha med sig från sin utbildning och arbetslivserfarenhet.

### **1.3 Frågeställningar**

1. Vilka specifika kompetenser anses vara centrala för framgångsrika smittspårningssamtal?
2. Hur överensstämmer dessa kompetenser med de kompetenser kuratorn förväntas ha med sig?

## 2. Bakgrund

Synen på sexualitet i dagens samhälle har utvecklats mycket under 2000-talet. På många platser i världen ser vi idag ett mer öppet, accepterande och inkluderande klimat vad gäller sexualitetsfrågor. I många sammanhang ges sexualitet en mer självklar plats och anses vara en viktig beståndsdel i människors relation till såväl sig själva som till andra. Ser vi till populärkultur såsom TV-program som går ut på att "hitta kärleken" tar sexualiteten allt större plats i samtalen och det är inte ovanligt att experter på området, exempelvis sexologer, bjuds in i forumen just för att belysa vikten av ämnet och mångfalden som ryms inom det.

Samtidigt som sexualitet blir alltmer självklart att prata om finns fortfarande vissa ämnen kopplade till sexualitet som det inte pratas om i samma utsträckning och där stigma, tabun och normer fortfarande begränsar samtalet. Vilka dessa ämnen är varierar med olika platser och kulturella kontexter. I dagens Sverige skulle många till exempel säga att man kan prata fritt om samkönade sexuella relationer, medan samtal om detta i andra delar av världen kan vara förenat med livsfara. Ett ämne där det idag fortfarande råder stigma även i Sverige är STI. Detta för med sig att trots den antagna generella hållningen att de flesta har sex och att det är viktigt att ha sex, att det för individen som smittas av en STI ofta innebär en risk för känslor av skam och skuld. I och med de starka känslor som alltså kan förknippas med ämnet är det av vikt att den professionella som den enskilda möter för att prata om dessa ämnen med besitter särskild kunskap vad gäller bemötande när det föreligger förhöjd risk för exempelvis stigma.

Stigma kopplat till STI illustreras väl av Kanon (2022) som ingående beskriver hur HIV-positiva personer utsätts för stigma på olika nivåer. Även Balfe et al. (2010a) som skriver om irländska kvinnors inställning till att berätta för tidigare partners om ett positivt STI-prov svar visar på hur majoriteten av kvinnorna beskriver en ambivalent inställning till att notifiera tidigare partners just utifrån rädsla för utsättas för stigma och oro för hur andra skulle se på dem. Balfe et al. (2010b) skriver också om irländska kvinnors inställning till klamydiatestning och kan där visa på hinder i form av rädsla för att utsättas för stigma. Balfe et al. (2010b) beskriver också tydligt hur risken för stigma kopplat till att eventuellt ha fått en STI är betydligt större för kvinnor än för män baserat på de olika normer som finns rörande sexualiteten. Alltså visas det på ett tydligt behov av ett gott omhändertagande av dessa patienter för att bemöta känslor av stigma och

förhindra att dessa ytterligare stärks. Som kurator har man ofta med sig erfarenheter av möten med personer i utanförskap där det många gånger råder stigma vilket gör att denna yrkesgrupp kan anses vara särskilt lämpade att även arbeta med dessa frågor.

Kurators roll inom hälso- och sjukvården anses kanske i flera avseenden inte vara lika självklar som läkarens eller sjuksköterskans men har trots det blivit alltmer etablerad vilket syns exempelvis genom att det anställs fler och fler kuratorer till de olika områdena inom hälso- och sjukvården enligt statistik som presenterats på den årliga kuratorsdagen inom Region Skåne. Kuratorn har ofta flera olika arbetsuppgifter på sitt bord men en av de mest framträdande är den stödjande roll kuratorn har. Kuratorn hjälper patienter som befinner sig i kris, som känner mycket oro eller har annan psykisk ohälsa. Kuratorn har således ofta stor vana vid att prata om svåra ämnen med patienter och i samband med detta även hantera starka känslor vilket är något som utifrån exempelvis stigma kan anses vara aktuellt under smittspårande samtal.

## **2.1 Smittspårningens uppkomst i Sverige och internationell smittspårning**

Smittskyddslagens grund sträcker sig tillbaka till 1914 och 1918 kom den att innefatta även sexuellt överförbara sjukdomar. 1968 sammanfattades bestämmelserna till den första smittskyddslagen vilket då innebar att man som individ kunde dömas till exempelvis böter eller fängelse om man utsatte en annan person för smitta. Det var först 1985 som smittskyddslagen gjordes om för att börja innefatta moderna bestämmelser kring smittskyddsarbetet. Det var då smittskyddsarbetet tog fart i form av bland annat smittspårningar, även kallat informationsplikt. Informationsplikten infördes för att varje person själv skulle få möjligheten att avgöra huruvida denne var villig att utsätta sig för en smitta eller inte (RFSL 2015).

Smittspårningsförfarandet utmärker sig i Sverige där det är obligatoriskt vilket det inte är i andra länder, med undantag för Norge. Smittspårning förekommer i andra länder och är exempelvis utbrett inom Europa men då i olika grad och utan inslag av tvång. Det har kunnat fastställas vid jämförelse mellan Sverige (obligatorisk smittspårning) och Storbritannien (frivillig smittspårning) att en större andel personer som exponerats för smitta blivit testade i Sverige (Arthur m. fl. 2005). I exempelvis USA smittspåras STI-positiva patienter men där bygger praktiken i hög grad på att patienterna själva kontaktar sina tidigare partners (Desir, Ladd & Gaydos 2016).



## 2.2 Lagar och ramar för smittspårning

Enligt smittskyddslagen (2004:168) 1 kap. 1 § verkar lagen för att ge befolkningen skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. 1 kap. 3 § förtydligar att en smittsam sjukdom är en sådan som kan överföras mellan människor och som kan innebära ett intet ringa hot mot deras hälsa. Smittskyddslagen gör skillnad på allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar där de sexuellt överförbara infektioner som kommer behandlas i studien klassificeras som allmänfarliga. Allmänfarliga sjukdomar specificeras i 1 kap. 3 § 2 st. som en sjukdom som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade.

Enligt smittskyddslagen 1 kap. 10 § ska myndigheter inom smittskyddet, andra berörda myndigheter, läkare samt annan hälso- och sjukvårdspersonal samverka för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar. En viktig del i detta utgörs av smittspårning vilket regleras i 3 kap. 4-6 §§. En smittspårning innebär att man försöker få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer kan ha smittats. Personer som misstänks ha smittats ska underrättas och uppmanas uppsöka läkare. Patienten är skyldig enligt lagen att lämna de upplysningar hen kan och personer som blir uppmanade att söka läkare är även de skyldiga att göra det utan vidare dröjsmål. Av smittskyddslagen 3 kap. 4 § är det läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens som ska genomföra smittspårningen.

Smittskyddslagen slår alltså fast att personer som smittas med aktuella infektioner kan få bestående men (till exempel kan den vanligaste STI:n i Sverige, klamydia, leda till infertilitet) varvid det kan anses motiverat med de smittspårande samtalen trots att dessa i sig kan antas utgöra hot mot individens integritet. Det framkommer också att den som smittspårar ska ha särskild kompetens samtidigt som det inte fastslås vilken kompetens detta är och inte heller något särskilt krav på arbetsgivarna att utbilda personalen som arbetar med frågorna.

I Socialstyrelsens (2008) handbok för smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner visar man på vikten av att det byggs upp ett förtroende mellan patienten och den som utför smittspårningen. Detta i kombination med en noggrann förklaring kring vikten av att patienten uppger alla kontakter ökar chanserna att så många fall som möjligt nås. I skrivelsen listas vilka kunskaper den som smittspårar bör ha och dessa innefattar förutom medicinsk kunskap om aktuella infektioner bland annat hur man använder en god samtalsmetodik, generell kunskap om sexualitet och de egna värderingar kring detta samt hur man går tillväga för att inte moralisera över andras värderingar.

Vad gäller nämnda samtalsmetodik framhålls det att det med patienten bör föras en dialog, snarare än en utfrågning. Under ett smittspårande samtal bör den som smittspårar till en början ha en undersökande inställning gentemot patientens kunskaper om infektionen och prata om detta för att senare gå in på patientens sexuella partners. Under samtalet är det viktigt att den som smittspårar visar empati och förhåller sig könsneutralt. Vid samtal om sexuella kontakter är det bra att fråga om exempelvis kondom användning, dels för att kunna bedöma risken för smitta men även för att föra in samtalet på ämnen så som säkert sex (Socialstyrelsen 2008).

Som samtalsledare i smittspårande samtal har man alltså flera lagparagrafer att förhålla sig till och förväntas kunna framföra dessa krav till patienten samtidigt som man enligt Socialstyrelsen bör tänka på att föra en dialog på ett empatiskt vis. Förutom medicinskt kunnig personal såsom läkare, sjuksköterskor och barnmorskor har man kommit fram till att även kuratorer ska utföra arbetsuppgiften. Att befinna sig i en kontext med sträng lagstiftning och samtidigt behöva vara empatisk är något som kuratorer ofta har vana kring. Kuratorer träffar ofta personer som är utsatta på olika sätt och utsatthet ställer ofta höga krav på individen att förhålla sig till samhällets lagar och regler för att kunna få hjälp. Ofta är det då kuratorn som förklarar och tolkar dessa lagar och regler för den enskilde med hjälp av ett empatiskt förhållningssätt.

### 3. Tidigare forskning

I kommande avsnitt kommer tidigare forskning presenteras. Forskningen avhandlar kuratorns roll i det smittspårande arbetet gällande både fördelar och utmaningar kopplat till detta. Det presenteras även ett avsnitt som berör samtal och samtal om STI och sexualitet specifikt i relation till vad professionella och enskilda anser vara viktigt i dessa typer av samtal.

#### 3.1 Kuratorn: en framgångsfaktor i smittspårningsarbetet

Olika studier har visat på att just kuratorn som profession i de smittspårande sammanhangen utgör en styrka. Två äldre svenska studier som avhandlat smittspridning och smittspårning av STI i olika län i Sverige har till exempel kunnat påvisa att kuratorer är den yrkesgrupp som kunnat få fram flest kontakter per patient som diagnosticerats med en STI (Gärden & Nylander-Lundqvist 2005; Eitrem, Erenius & Meeuwisse 1998). Detta härledde man till att kuratorer använde sig av andra samtalstekniker, hade mer tid på sig och större vana vid arbetsuppgiften än andra professioner (Eitrem, Erenius & Meeuwisse 1998).

Vana återkommer som en aspekt i forskning gällande smittspårning. I nämnd studie av Gärden och Nylander-Lundqvist (2005) undersökte man smittspårning i Västerbotten. Västerbotten hade vid tiden en population som var yngre riksgenomsnittet, men trots detta en lägre incidens av klamydia. Detta härleddes till ett framgångsrikt smittspårningsarbete som var centraliserat vilket gjorde att de som arbetade med det besatt en stor kompetens. En studie av Löfdahl et al. (2008) delar fyndet då man där fann att man fick fram fler kontakter per diagnostiserad patient just i de fall där smittspårningsarbetet var centraliserat. Detta ansågs bero på ett ökat engagemang för arbetsuppgifter och kompetens som blev specifikt riktad för arbetsuppgiften. Alltså kan man se att erfarenhet av att arbeta med smittspårning och därmed vana samt kuratorsrollen i sig utgör framgångsfaktorer vid smittspårningar.

Nämnda studier är båda äldre och det går således inte att säkerställa att kuratorer och ett centraliserat arbetssätt är det som jämfört med andra faktorer skapar goda förutsättningar för smittspårningar. Emellertid stämmer det fortfarande att kuratorer ofta har särskild kompetens gällande samtalstekniker vilket åberopas som en anledning till att professionen gör sig bra i det smittspårande sammanhanget. Perspektiv gällande ett

centraliserat arbetssätt och vana är något som generellt stämmer överens med arbete på flera plan, desto mer vana och erfarenhet någon har av en arbetsuppgift, desto bättre och mer effektiv tenderar de att bli.

Även internationellt delar man uppfattningen att kuratorer (eller socialarbetare inom hälso- och sjukvården) bör ta en ledande roll i arbetet med smittspårningar. I en artikel av Ross et al. (2020) där man avhandlar smittspårning generellt och dess utmaningar menar man att patientens integritet riskeras i de smittspårande samtalen och att kuratorer besitter en bred kompetens kring hur man går till väga för att integriteten inte ska skadas. Man menar även att det i USA rapporteras mycket kring orättvisor utifrån bland annat etnicitet och kultur när det kommer till var skulden läggs för olika infektioner och att kompetens kring samt förmåga att upprätthålla sociala rättvisor också är något som kuratorer besitter vilket gör dem särskilt lämpade för uppdraget. I en studie av Theunissen et al. (2014) i Nederländerna där man undersökte hindrande respektive främjande faktorer för smittspårning drogs slutsatsen att främjande för smittspårningssamtalen var om de som ledde samtalen hade utbildning i MI och var bekväma i att prata om sexualitet. Studierna gör sig relevanta i den svenska kontexten då det här också är högst aktuellt med sociala orättvisor vilket också är ett område som kuratorn ofta befinner sig inom. Vad gäller MI är det vanligt förekommande för kurator och socionomer på olika arbetsplatser att erbjudas utbildning inom detta.

Framträdande kring kuratorns lämplighet att utföra smittspårningssamtal har varit att kuratorer anses besitta särskild kompetens för att bevara den enskildes integritet. Ett led i detta är vikten av att motverka den skam och det stigma som kan uppstå under dessa samtal. I en studie av Sernbo och Lindwall (2022) gällande just kuratorers roll i det smittspårande sammanhanget rapporterar informanterna en medvetenhet kring att det smittspårande samtalet blir aktuellt först när en "dålig sexualitet" uppvisats, varvid ett uppdrag för samtalet i sig blir att återspegla den "goda sexualiteten". Medvetenhet kring skammens roll i den smittspårande kontexten har det också rapporterades om i den nederländska studien där flera av de som arbetade med smittspårande samtal upplevde att patienterna uppgav färre partners än vad de egentligen haft i syfte att få sin sexuella historik att låta bättre. Det rapporterades utifrån detta en osäkerhet kring hur mycket man skulle pressa patienten på information om tidigare partners utifrån en rädsla att detta skulle få patienter att dra sig för att i framtiden söka vård (Theunissen et al. 2014).

Kanon (2022) skriver om stigma inom vården, specifikt kopplat till HIV-positiva patienter. I likhet med fyndet från den nederländska studien om övervägningen kring hur mycket man ska pressa patienter på information i relation till att de ska känna att det är möjligt att komma tillbaka skriver hon om vikten av att man inom hälso- och sjukvården motverkar stigma. Detta för att man genom stigma kan reproducera negativa attityder gentemot personer vilket kan leda till att sagda personer drar sig för att exempelvis söka sig till sjukvården. Utifrån tidigare nämnd erfarenhet som de flesta kuratorer besitter kring att möta personer med upplevt stigma kan detta anses utgöra ytterligare en faktor där kuratorn utmärker sig i det smittspårande sammanhanget.

### **3.2 Kuratorns utmaningar i smittspårningsarbetet**

Tidigare avsnitt har visat på flera områden där kuratorn kan anses besitta fördelaktiga kunskaper och erfarenheter för att kunna utföra det smittspårande arbetet på ett bra sätt. Viktigt är dock att också se att det finns utmaningar specifikt kopplade till att kuratorn genomför detta arbete. I den svenska studien av Sernbo och Lindwall (2022) beskriver kuratorerna att de flesta av deras arbetsuppgifter är av stödjande natur, samtidigt som smittspårning snarare beskrivs som något av kontrollerande karaktär. När detta undersöktes uppgav en kurator att hen gärna ville bli klar med smittspårning så snabbt som möjligt eftersom det skapade obehag både för hen själv och för patienten. En annan kurator beskrev emellertid tillfredsställelse över att arbeta med en arbetsuppgift med ett tydligt slut och tydliga resultat där man gjorde något för samhällets bästa. En annan motsättning som beskrevs var att delvis arbeta under smittskyddslagen och då verka för att få så mycket uppgifter som möjligt, samtidigt som man ville bevara patientens integritet och inte pressa för mycket.

Internationellt har man också funnit motsättningar som finns för att som kurator arbeta med smittspårning och annat skyddsarbete kopplat till STI. I en studie genomförd i Kanada gällande omhändertagandet av HIV-positiva patienter framkom blandade svar hos informanterna kring noggrannheten att gå igenom de legala aspekterna av vad diagnosen innebar för den enskilde. En del rapporterade att de inte gick in på djupet kring detta medan andra ansåg det som mycket viktigt att noggrant informera patienten om deras nytillkomna skyldigheter, eventuellt upprörda känslor till trots (French 2015). I tidigare nämnd studie genomförd i Nederländerna rapporterade de som arbetade med

smittspårning också en motsättning mellan att arbeta för samhällets bästa samtidigt som man skulle ta hand om patienten man hade framför sig och bevara dennes integritet. Vidare utgjordes en utmaning av att en del av patienterna efter diagnosticering inte ville återvända till kliniken utan föredrog att få recept på behandling utskrivet och få information om detta över telefon. De professionella upplevde då att de behövde skynda sig i samtalet och att detta gjorde det svårt att bland annat prata om smittspårning (Theunissen et al. 2014).

I en artikel av Sylvan och Christenson (2006) om att klamydiafallen i Sverige vid tiden ökade framhålls resursbrist vara en viktig faktor till att smittspårningar blir bristfälliga. Författarna anser idealet vara att tid finns för ett gott samtal som förs fysiskt på plats mellan vårdpersonal och den smittade för att kunna identifiera så många kontakter som möjligt. Dock upplever de inte detta alltid vara möjligt för att det kräver stora resurser och därför menar de att det är bättre i dessa fall att fokusera på att smittspårningen blir gjord så snabbt som möjligt, exempelvis genom telefon.

### **3.3 Samtal om STI och sexualitet**

Att samtala och att således använda sig själv som främsta verktyg i sitt arbete är något som generellt är vedertaget för kuratorer. Det framgår även av tidigare forskning om smittspårning och annat skyddsarbete när det kommer till STI att samtalet är viktigt för att kunna arbeta förebyggande, därför inkluderas också ett avsnitt om samtal och samtal om STI och sexualitet.

Ljunggren (2017) skriver om stödjande samtal och menar att dessa samtal har flera gemensamma faktorer och att det är viktigt att se till dessa snarare än att fokusera på varför enskilda metoder är bättre än andra. De gemensamma faktorerna utgörs bland annat av relationen mellan samtalsledaren och klienten samt alliansbildande. Förutom relation och allians i mötet lägger Ljunggren också vikt vid så kallad tyst kunskap som den som bedriver stödsamtal besitter. Den mest framträdande tysta kunskapen som hon beskriver vara absolut nödvändig är den empatiska förmågan i mötet med den enskilde. Den empatiska förmågan beskrivs vara viktig för att delvis förstå vad patienten vill men även för att förstå varför patienten reagerar på ett visst sätt.

Brattberg och Hulter (2009) skriver om anamnesupptagning vad gäller sexualiteten inom vården och pekar då på ett antal faktorer som är viktiga att tänka på när man ägnar sig åt detta som även kan anses vara relevanta i det smittspårande sammanhanget. Grundläggande för att kunna ha dessa samtal menar författarna är att man först och främst hittar en plats där man kan sitta lugnt och ostört (något som kan vara svårt i en sjukhusmiljö) samt att samtalsledaren har synliggjort sina egna normer och värderingar innan denne går in i samtalet för att undvika att lägga detta på patienten. Vidare behöver samtalsledaren vara öppen och tydligt uppvisa acceptans för patienten. Det är viktigt att ett förtroende byggs upp mellan patient och samtalsledare, ett ansvar författarna menar främst ligger på samtalsledaren att åstadkomma. Slutligen är det viktigt att ett gemensamt språkbruk används för att minska patientens skuld känslor i samtalet.

I en FoU-rapport av Larsson och Johnsdotter (2015) rörande sexuell hälsorådgivning i en mångkulturell kontext framgick det att de tillfrågade föredrog att prata om ämnet sexualitet med någon utifrån. Exempelvis för de som gick i skolan så vände de sig hellre till någon på en ungdomsmottagning eller liknande, snarare än att exempelvis vända sig till en lärare. De ansåg att det var viktigt att den som höll i samtalet utstrålade säkerhet och kännedom samt att personen kunde ta till exempelvis humor i samtalet. Utifrån detta behöver det inte endast ses som en nackdel att den som leder det smittspårande samtalet är ny för patienten, så länge den professionella förmår skapa allians och förhålla sig till god samtalsmetodik under en tidsbegränsad kontakt.

I en studie genomförd i USA som avhandlat samtal mellan vårdgivare och patient rörande sexualitet och STI visar det sig att det finns hinder i kommunikationen som gör att patienterna inte känner sig bekväma med att prata om sina sexuella vanor och riskbeteenden kopplade till detta. Dessa hinder utgörs av att patienterna vid något tillfälle känt sig dömda av vårdgivaren samt att vårdgivarna i sig upplevs obekväma med samtalet. Patienterna uttryckte att för att de skulle kunna vara öppna om sin historik så krävdes det att vårdgivarna istället uppvisade ett öppet och förstående bemötande (Córdova et al. 2018). En studie i USA visade på liknande resultat där flera av kvinnorna beskrev känslor som rädsla och ångest inför att berätta för partners om infektioner, där flera också rapporterade om upplevelser där de fått negativa reaktioner eller blivit behandlade annorlunda på grund av det de berättat (Nack 2000).

## 4. Teoretisk utgångspunkt

I följande avsnitt kommer de teoretiska begrepp som använts för att analysera insamlad data att presenteras.

### 4.1 Empati

Empati enligt Svenska Akademiens ordlista (2024) betyder förmåga till inlevelse i andra människors känslor. Ordet empati kommer från det grekiska ordet "empathia" vilket löst kan översättas till inkännande. Man började studera empatin närmare på 1950-talet och sedan dess har begreppet utvecklats och delats in i olika kategorier många gånger. Empati kan ses som ett perspektiv genom vilket man tolkar andra människor och förutspår hur de ska reagera (prediktiv empati) men också som ett personlighetsdrag (egenskapsempati). Empati har sedan begreppets aktualisering blivit alltmer relevant för professionella inom hälso- och sjukvården. Man ser till exempel att empatin spelar en viktig roll för att kunna skapa en relation till patienten man har framför sig (Holm 2001).

En av empatins största fördelar är att den verkar för samarbete mellan människor. Detta då empatin hjälper oss att förstå andra och också att förmedla att vi förstår. I professionella möten inom hälso- och sjukvården uppvisas empati genom en förståelse för patientens situation samt vilja att hjälpa patienten. Om man som professionell lyckas förmedla empati förmedlar man samtidigt trygghet och att patienten kan lita på en (Hilmarsson 2018). För att uppnå och utveckla ett empatiskt förhållningssätt kan man förhålla sig till en flerfasprocess. Den första fasen handlar om empatisk förståelse (att fånga upp och uppmärksamma känslorna hos patienten), den andra fasen utgörs av det empatiska beteendet (bemötandet av patienten) och den tredje fasen är en utvärdering av tidigare två faser (man ser på patientens reaktioner på vårdgivarens beteende). Hinder för upprätthållandet av empati kan utgöras av exempelvis bristande motivation och omedvetenhet om känslomässiga signaler eller omedvetna konflikter (Holm 2001).

Utifrån att empati förmedlar trygghet och kan skapa tillit kan det anses utgöra en viktig komponent i det smittspårande arbetet. En utmaning för detta kan vara kopplat till den motsättning som redogjordes för i tidigare forskning där kuratorer som arbetade med smittspårning ibland upplevde det som dubbelt att å ena sidan ha patienten i fråga framför sig men å andra sidan arbeta för att göra gott i samhället i stort. Vid empati ska



man förmedla att man vill hjälpa och troligtvis är det lättare att förmedla en vilja att hjälpa gentemot den enskilde än att få den enskilde att gå med på det stora syftet att hjälpa samhället. Utifrån detta resonemang kan man också anta att det i vissa fall kan vara svårt för den professionelle i sig att upprätthålla motivationen för att hjälpa, dels för att det kan vara svårt att känna att man hjälper den enskilde under det smittspårande arbetet men även då syftet att hjälpa samhället blir för stort för att greppa ordentligt. Denna bristande motivation utgör också ett hinder för upprättande av ett empatiskt förhållningssätt. Samtidigt kan man resonera kring att kuratorer har med sig både utbildning och erfarenhet kring det empatiska förhållningssättet och således har lättare att applicera detta på olika situationer och medvetandegöra sådant som kan göra det svårt och därmed undvika att empatin blir lidande.

#### 4.2 Handlingsutrymme

Att vara kurator innebär att man ofta per automatik ställs inför ett dilemma som är att delvis möta en individ som på något sätt behöver hjälp samtidigt som man arbetar inom en organisation som ställer krav och begränsar resurserna. Hur resurserna används och fördelas av den professionella kuratorn påverkas av en mängd faktorer, både organisatoriska (rutiner) och individuella (tolkningar och interaktion) och det är detta som är handlingsutrymme (Svensson, Johnsson & Laanemets 2021). Handlingsutrymme berör just handlandet hos kuratorn och där kan man urskilja fyra olika sorters handlingar: målrationell (används i syfte att uppnå något, exempelvis då man fattar ett beslut), värderationell (vikten av att handla och inte vara passiv), affektiv (kan vara omedveten och bygger på känsla) och traditionell (kan vara omedveten och bygger på att följa regler) (ibid). En viktig aspekt att tänka på när det kommer till handlingsutrymme är att den professionella hamnar i en maktposition gentemot den enskilde (patienten i det här fallet) och att det är upp till den professionelle således att göra tolkningar kring hur denne ska fördela resurser (ibid).

Att arbeta med smittspårning utgör också ett behov av att ställningstaganden tas kontinuerligt utifrån olika dilemman man ställs inför. Smittspårning är lagstadgat och utifrån detta ska dessa genomföras snabbt och effektivt så att samhället skyddas från de allmänfarliga infektionerna. Samtidigt bör den som ska medverka i det smittspårande samtalet tas om hand och man ska i högsta möjliga utsträckning säkerställa att dennes integritet inte skadas. Dessa två aspekter kan i vissa situationer komma att ställas emot

varandra. Ett exempel på ett dilemma är huruvida man först bör ha ett samtal av endast stödjande och alliansbildande natur med patienten för att därefter komma in på smittspårning i syfte att skapa ett tryggt klimat för patienten, eller om man bör genomföra de smittspårande samtalen snabbast möjliga för att det ska bli gjort. Här har kuratorn ett handlingsutrymme att förhålla sig till, delvis vad rutinerna på arbetsplatsen säger men även hur hen själv tolkar mötet med patienten och hur resurserna ser ut.

### 4.3 Allians

Begreppet allians myntades av Sigmund Freud som menade på att alla relationer byggde på någon form av överföring mellan de involverade personerna. Senare har det tillkommit många olika definitioner och användningar av begreppet allians. På 1970-talet utvecklades begreppet för att kunna tillämpas inom fler grenar av olika hjälpande verksamheter. Man beskrev då den terapeutiska alliansen i två olika stadier. Det första stadiet sades utgöras av terapeuten utstrålade värme och stöttning gentemot klienten så att klienten i sin tur skulle se möjligheten till hjälp hos terapeuten. Det andra stadiet beskrevs utgöras av att klienten delade bilden av problemet som skulle åtgärdas och således också delade terapins grundpelare. Än senare kom begreppet arbetsallians att myntas och detta beskrevs utgöras av tre komponenter varav en var bandet mellan den professionella och klienten. Sammanfattningsvis kan sägas att allians utgörs av den relation och det samarbete som finns mellan den professionella och klienten. Vidare är allians något som kan tas om hand och utvecklas under en lång tid, alternativt skapas på en gång (Horvath m. fl. 2011).

Inom begreppet allians ges det utrymme att som professionell kunna förmedla det stora syftet med smittspårning, alltså att skydda samhället från infektionsspridning och på så sätt utan att bara fokusera på den enskilde ändå få med sig denne i arbetet. Detta genom att följa de två stadierna i den terapeutiska alliansen att först utstråla värme och stöttning och åstadkomma en delad bild av det som behövs göras, i detta fall en smittspårning. Ett sätt att få med sig patienten och åstadkomma allians är att på ett empatiskt sätt förklara vikten av smittspårning samt anpassa informationen utefter den man har framför sig.

#### 4.4 Stigma

Erving Goffman (2014) definierar stigma som något som uppstår i mötet mellan ett attribut en människa har och de mönster och stereotyper som finns i ett samhälle. Att ha ett stigma är att avvika på ett negativt sätt från samhällets förväntningar och detta kan man enligt Goffman göra på tre olika sätt: genom kroppsliga missbildningar, brister i den personliga karaktären och via tribala stigma som utgörs av exempelvis religion. Goffman menar att de som inte besitter sagda stigma vill "få rätt" på att den stigmatiserade och att försök till detta görs genom olika åtgärder som är diskriminerande vilket begränsar den stigmatiserade i sitt liv. Till exempel om den stigmatiserade inte själv redogör för sitt stigma så kan den icke stigmatiserade göra det åt personen (Goffman 2014).

Kanon (2022) skiljer på olika nivåer av stigma, specifikt kopplat till det stigma som kan drabba HIV-positiva personer. Nivåerna innefattar samhälleligt stigma (fördomar kring infektionen, att bara vissa får den och att det är en dödsdom exempelvis), förväntat stigma (hur man förväntar sig att man ska bli behandlad, exempelvis rädsla för att bli avvisad i en relation på grund av att man är HIV-positiv), upplevt stigma (exempelvis att faktiskt bli avvisad i en relation) och internaliserat stigma/självstigma (exempelvis den egna känslan av att känna sig smutsig eller farlig om man är HIV-positiv). Balfe et al. (2010b) skriver i en studie om klamydiatestning på Irland att risken för att utsättas för stigma ökar om den stigmatiserades tillstånd hade kunnat undvikas, om det utgör en fara för andra genom att vara smittsamt och där symtomen anses vara fränstötande vilket går att applicera på STI.

Som visats på i tidigare forskning om samtal rörande STI och sexualitet har patienter påverkats negativt av att de känt sig dömda i samtalet med professionella (Córdova et al. 2018) vilket kan kopplas till att känna ett upplevt stigma samt få sitt förväntade stigma uppfyllt exempelvis. När detta inte skedde utan patienterna istället blev bemötta med öppenhet uppgav de att de kände en större möjlighet att vara transparenta gällande sin sexuella historik (ibid). Ett sådant bemötande kan anses minska stigmat på flera nivåer då patienten får sitt förväntade stigma motbevisat, de upplever inte stigmatisering och det internaliserade stigmat kan minska. Om patienterna i mötet med den professionella alltså bemöts på ett sådant sätt att stigmat minskar, eller i alla fall inte

förstärks, ökar även chansen för att de är mer öppna och uppger fler partners vilket är positivt ur ett smittspårande perspektiv.

## 5. Metod

Arbetet inleddes med de litteratursökningar som redogjorts för i tidigare forskning samt teori. Nedan följer en redogörelse för metodologiska överväganden som gjorts för studien.

### 5.1 Kvalitativ metod

Studien fokuserar på verksamma kuratorers upplevelse av smittspårning och vad de tycker är viktigt att ha med sig. Utifrån att syftet med studien var att fånga upplevelsen av ett fenomen föll valet på att använda en kvalitativ metod. Inom den kvalitativa forskningen kan man se på tre väsentliga skillnader från den kvantitativa. Dessa skillnader utgörs av att ett induktivt förhållningssätt (teorin har valts utifrån de resultat som framkommit), en kunskapsteoretisk ståndpunkt (man ser framförallt till hur informanterna tolkar verkligheten och lägger tyngdpunkten där) samt en ontologisk ståndpunkt (man ser till samspelet mellan individer snarare än andra företeelser) (Bryman 2011).

Den kvalitativa ansatsen i aktuell studie visar sig genom att det på förhand fanns en hypotes och därmed också förväntade teoribildningar som under studiens gång och framförallt i samband med att intervjuerna hållits fått revideras vilket visar på ett induktivt förhållningssätt. Studien bygger på informanternas svar och lägger hela tyngdpunkten på dessa upplevelser och samspel vilket visar på den kunskapsteoretiska och ontologiska ståndpunkten.

### 5.2 Avgränsning

Smittspårning utförs av flera yrkesgrupper och av fler infektioner än vad som avhandlats inom ramen för aktuell studie. Valet att endast undersöka kuratorers uppfattning och inställning kommer dels utifrån att intresset för studien varit att undersöka något som varit relevant särskilt för kuratorsfältet och dels för att det under praktik och arbete uppstått reflektioner och intresse kring frågan om smittspårning specifikt kopplat till kuratorer. Kuratorer har med sig en socionomutbildning i grunden och ibland andra vidareutbildningar ovanpå detta som inte sällan har inslag av bemötande och samtalsmetodik vilket är av intresse för studien. En annan aspekt av att avgränsa studien till att endast undersöka kuratorer var omfattningen av arbetet vilket utgjorde en grund för begränsning av antalet informanter.

Av de sju informanter som intervjuades var fyra legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer. Med anledning av den övergångsperiod vi befinner oss i gällande hälso- och sjukvårdskuratorslegitimationen kunde studien i dagsläget inte avgränsas ytterligare till att endast ha med informanter med legitimation. Vidare anses inte legitimationen i dagsläget ha någon särskilt avgörande betydelse för frågeställningen.

Smittspårning sker även av andra sjukdomar som inte är sexuellt överförbara. Studien avgränsas till att endast undersöka smittspårning av sexuellt överförbara infektioner främst för att det kan anses utgöra ett särskilt utmanande samtal eftersom STI och sexualitet ofta sammankopplas med tabu och skam. Utöver det skiljer sig smittspårningsarbetet åt mellan olika infektioner där smittspårning av STI har flera gemensamma faktorer. Även här fanns ett ställningstagande i relation till arbetets omfattning vilket även det bidrog till att studien begränsades till att endast undersöka smittspårning av STI.

### 5.3 Urval

Det som inspirerat till den här studien är de arbetsuppgifter som ligger inom kuratorns på hudmottagningen ansvarsområde och de reaktioner som uppstått från utomstående. Där samtal av stödjande karaktär med patienter som befinner sig i kris uppfattas som en typisk arbetsuppgift för kuratorn har arbetet med smittspårning inte mötts av samma förståelse kring varför det är just kuratorn som gör detta. Detta i sig väckte reflektion kring varför det är uppdelat på det viset och huruvida det finns några fördelar med det. Av erfarenhet har det framkommit att det på flera mottagningar där man arbetar med STI att denna arbetsuppgift åligger kuratorn vilket stärkte intresset av att undersöka kuratorns roll i arbetet.

De som tillfrågats att delta i studien är kuratorer som regelbundet arbetar med smittspårning eftersom det var deras upplevelser som skulle undersökas. Urvalet har således varit målstyrt (Bryman 2011). En förfrågan skickades ut i en Facebook-grupp för kuratorer inom hälso- och sjukvården som specifikt riktades till personer som arbetade med smittspårning där de som gav respons på inlägget senare fick informationsbrev och utifrån detta fick tacka ja eller nej till att delta. Ursprungligen gjordes en övervägning till att begränsa studien till att endast undersöka fenomenet

inom Region Skåne men utifrån beräknad svårighet att få tillgång till tillräckligt många informanter togs beslutet att bredda urvalet till hela Sverige.

Åtta personer svarade på inlägget och av dessa var sju personer villiga att ställa upp på att bli intervjuade. Samtliga informerades om studien via informationsbrev. I informationsbrevet informerades de även om frivillighet i form av att de när som helst och utan anledning kunde välja att inte längre delta i studien. Detta informerades de även om muntligt i samband med den faktiska intervjun. När de sju intervjuerna hade hållits framkom ett överensstämmande material som det gick att dra slutsatser ifrån varvid studien ansågs vara mättad och det inte förelåg behov av ytterligare intervjuer.

Informanterna arbetar på olika platser i landet vilket underlättat intervjuerna utifrån antagandet om förförståelse. Eftersom det finns erfarenheter av smittspårning från intervjuarens sida förelåg en risk för att frågorna skulle bli alltför styrda och att antaganden skulle göras på förhand om vad som var viktigt och inte att fråga om. Emellertid framkom det under intervjuerna att man praktiskt arbetar med relativt olika tillvägagångssätt i de olika regionerna runt om i landet, vilket minskat förförståelsen från intervjuarens sida och bidragit till allt öppnare intervjuer.

#### **5.4 Semistrukturerade intervjuer**

I kvalitativ forskning är det vanligt att intervjuerna är mindre strukturerade än i kvantitativ. En anledning till att det är mindre strukturerat är för att det kan anses vara positivt att intervjupersonen får ge uttryck för vad de tycker är viktigt och väsentligt, och därmed låta intervjun röra sig i olika riktningar (Bryman 2011). Utifrån detta valdes den semistrukturerade intervjumetoden för aktuell studie. I bilaga två finns den intervjuguide som använts under intervjuerna i studien. I intervjuguiden fanns förberedda frågor och teman men under själva intervjuerna rådde en flexibilitet vilket innebär att frågorna inte alltid ställts i den ordning de står skrivna samt att en del svar från informanterna aktualiserat följdfrågor som inte står med i intervjuguiden. En potentiell svaghet med den semistrukturerade intervjun är att intervjuerna i viss mån blir individuellt utformade eftersom alla följdfrågor inte aktualiseras i samtliga intervjuer (Bryman 2011).

Under intervjuerna hade intervjuaren intervjuguiden framför sig och markerade vilka frågor som hade ställts under intervjuens gång. Detta gjorde att det kunde råda flexibilitet där intervjuguiden inte behövde följas i den ordning den stod skriven samt att spontana följdfrågor kunde dyka upp samtidigt som intervjuaren kunde hålla koll på att samtliga frågor ställdes (eller hade besvarats inom ramen för en annan fråga). I enlighet med Brymans (2011) resonemang om en potentiell svaghet i att alla informanter inte får samma frågor stämmer det till viss del. Samtidigt om en relevant följdfråga dök upp under en intervju gång var det vanligt att den senare ställdes till andra informanter.

Att frågan ställts till ett geografiskt brett område har gjort att intervjuerna inte kunnat genomföras fysiskt utan samtliga har skett via digitalt videomöte. Digitala intervjuer lämpar sig olika bra i olika sammanhang. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) skriver att digitala intervjuer eller intervjuer som förs över telefon exempelvis fungerar sämre när man vill fånga in nyanser av olika fenomen samt att dessa intervjuer kräver en högre grad av förberedelse eftersom det är en större risk att samtalet i dessa intervjuer kan stanna av.

Under vissa intervjuer har uppkopplingen inte fungerat felfritt vilket skapat uppehåll och en sämre fungerande dialog. I majoriteten av intervjuerna har så inte varit fallet dock och under de intervjuer där det har förekommit har det inte varit under hela intervjun vilket gjort att det upplevts vara hanterbart. Samtliga intervjuer har förts digitalt med kamera och ljud vilket skapat bättre förutsättningar för en mer flytande dialog än vad en telefonintervju skulle ha gjort. Detta i sig har skapat utrymme för den semistrukturerade intervjumetoden eftersom det då i högre utsträckning varit naturligt att ställa följdfrågor till exempel.

## **5.5 Analysmetod och analysprocess**

Intervjuerna har spelats in och därefter transkriberats kort in på intervjun varvid inspelningen raderats. Transkriberingen i sig har möjliggjort analys av intervjumaterialet då det noggrant lyssnats igenom och skrivits ned i detalj. Efter transkribering utförts har materialet gått igenom flertalet gånger och kodats. Kodningen har delvis skett i enlighet med de teman som återfinns i intervjuguiden, samt att en viss del av kodningen varit datastyrd vilket innebär att koden inte funnits från början utan tillkommit genom tolkning av materialet (Kvale & Brinkmann 2009).



Intervjuerna har lästs igenom flera gånger. Förutom tillfället då de transkriberades har de lästs igenom vid tre tillfällen och därefter har vissa särskilt relevanta stycken gått igenom fler gånger. Materialet har kodats till viss del deduktivt där uttänkta teorier hafts i åtanke vid kodandet (Braun & Clarke 2022) och detta har skett utifrån den förförståelse som togs med utifrån erfarenhet in i arbetet. Till stor del har materialet däremot kodats mer fritt och utan på förhand uttänka teorier, det vill säga genom induktiv kodning (Braun & Clarke 2022).

### **5.6 Validitet och reliabilitet**

Validitet innebär att kunna visa att de resultat som presenteras är riktiga och kommer från det som undersökts inom ramen för studien (Denscombe 2004). För aktuell studie innebär det att resultaten som presenteras i nedan resultatdel faktiskt ska komma från de intervjuer som hållits med informanterna. Ett sätt att visa det på är genom att ha med intervjuguiden som bilaga (bilaga två), vilket ger läsaren möjlighet att bedöma huruvida intervjufrågorna och forskningsfrågorna stämmer överens. Som tidigare nämnt användes en semistrukturerad intervjuguide vilket gjort att intervjuerna i viss utsträckning blivit individuellt utformade. Vidare kan validiteten ändå anses vara säkerställd utifrån tidigare genomgångna metodologiska överväganden om hur det ändå fastställdes att alla informanter fick likvärdiga intervjuer.

Reliabilitet (eller tillförlitlighet) handlar istället om att säkerställa att den metod som använts inte kunnat förvränga resultatet (ibid). Ett sätt att säkerställa detta på är genom en noggrann genomgång av metodologiska överväganden (Trost 2010), vilket ges i detta avsnitt.

### **5.7 Forskningsetiska överväganden**

Studien har tagit hänsyn till Vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (2002). Dessa utgörs av fyra huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet innebär att deltagarna i studien ska få fullständig information om syftet med studien och att deras medverkande är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Samtliga informanter i studien har dels via mail mottagit ett informationsbrev där

syftet redogjorts för samt att det är frivilligt att medverka. Frivilligheten att medverka och möjligheten att avbryta har informanterna sedan informerats om ytterligare en gång vid det faktiska intervjutillfället muntligt (ibid).

Samtyckeskrauet innebär att samtycka ska inhämtas från samtliga informanter. Informanternas samtycke efterfrågades dels i den inledande kontakten via Facebook-gruppen och sedan igen muntligt vid det faktiska intervjutillfället där de också informerades om att de när som helst kunde dra tillbaka sitt samtycke utan motivering. Viktigt att ha i åtanke gällande samtyckeskrauet är att det inte får föreligga beroendeförhållande mellan den som intervjuar och den som deltar (ibid), vilket det i aktuell studie inte gjorde. Intervjuaren och informanterna arbetar inte inom samma region och har inga andra personliga kopplingar till varandra.

Konfidentialitetskrauet innebär att obehöriga inte ska kunna ta del av personuppgifter och utomstående ska inte heller kunna identifiera personerna i studien (ibid). Intervjuerna har spelats in på en diktafon som förvarats säkert och vid utskrivning av intervjuerna har uppgifter som kan röja vart geografiskt de arbetar eller något annat om deras person tagits bort. I resultatdelen presenteras informanterna med beteckning K1 till och med K7 för att vidare aidentifiera dem.

Nyttjandekrauet innebär att uppgifterna endast får användas för forskningsändamål (ibid). I informationsbrevet informerades informanterna om att resultatet av studien skulle publiceras på Lunds Universitets databas vilket också utgör den enda publiceringen och således nyttjande för studien. Informanterna kommer även att få ta del av arbetet då det är färdigställt och därigenom själva kunna se vad som tagits med i den. Allt annat material som inte tagits med inom ramen för denna studie har raderats efter färdigställande.

## 6. Resultat och analys

I nedan avsnitt kommer resultatet av intervjuerna att presenteras. Resultatet har vid analys tematiserats och olika avsnitt för olika teman har skapats. Resultatet kommer att kopplas samman med och analyseras med hjälp av ovan teoretiska ram samt tidigare forskning.

### 6.1 Vikten av att kunna skapa allians

Alliansskapande beskrevs av samtliga informanter som avgörande för utgången av de smittspårande samtalen. De pekade på vikten av att patienterna kände trygghet och tillit för att överhuvudtaget uppge några partners under samtalen. Alliansen tillskrevs således mer tyngd i samtalet än det faktum att man som professionell kunde säga till patienterna att de hade en lagstadgad skyldighet att uppge sina partners.

*K3: Ja, den [alliansen] är avgörande skulle jag säga. För får du ingen allians så berättar de ingenting. Och då kan du ju sitta och säga att "det här förstår du, det måste du uppge enligt lag", och så säger de då "ja men jag kommer inte ihåg något". Och nej, då kan du inte göra någonting.*

Informanterna beskrev det som utmanande i vissa fall att skapa allians eftersom de smittspårande samtalen ofta utgjorde en kort kontakt som ibland inte skedde fysiskt utan över telefon eller digitalt. En informant pekade särskilt på utmaningen i att skapa och bibehålla allians under ett kortare samtal med hänvisning till att det i dessa fall inte finns utrymme för att ha en "dålig dag".

*K6: Jag skulle säga att det krävs lite mer ansträngning jämfört med kurativa samtal för att du vet att det är ett avgränsat tillfälle och du har ett uppdrag jämfört med långsiktiga kontakter för då vet vi att man i ett samtal kommer ha ett lära känna-samtal och nästa gång kommer vi gå in på strategier och metoder för att hantera känslor, så då ser man det mycket tydligare i det långa loppet. Då kanske ett samtal där jag inte hade min bästa dag, det kommer inte att betyda så mycket i längden medan när jag*

*smittspårar då vet jag att jag måste vara fokuserad, jag får inte vara stressad eller så.*

Flera informanter svarade i enlighet med de två stegen som beskrivs utgöra den terapeutiska alliansen (Horvath et al. 2011). Informanterna framhöll smittspårarens ansvar i att först verka för att skapa en trygghet för patienten genom förståelse för de känslor som kan skapas i samtalet samt genom att ge patienten praktisk information som skulle kunna leda till trygghet, till exempel att det råder stark sekretess inom sjukvården. Därefter pekade informanten på att patienten uppvisade förståelse för syftet och målet med samtalet och denna gemensamma målbild beskrivs av Horvath et al. (2011) utgöra den andra delen av den terapeutiska alliansen.

*K4: Jag tänker att det är jätteviktigt för att någonstans försöka skapa en trygghet för den här personen så att den ändå ska känna sig trygg med att berätta den här informationen. För det är klart att det kan vara pinsamt. En trygghet i det hela och utifrån att man först då ger den här informationen om varför gör man det, att det är stark sekretess. Man ska känna sig trygg med det man lämnar ut. Så tror jag ofta att de slappnar av och de flesta förstår ju varför det är viktigt. Men jag tror att det är jätteviktigt just att försöka skapa en allians och en trygghet.*

Ljunggren (2017) visar på att det finns en mängd olika sätt att leda samtal på, samtidigt som dessa olika sätt har en del faktorer gemensamt som gör de framgångsrika. Bland annat gäller detta relationen mellan samtalsledaren och patienten, alliansen dem emellan. Detta är ett perspektiv som stärks av aktuell studie där alliansen beskrivs vara det som är avgörande för att kunna fullfölja syftet med samtalet. Fynden av studien går även i linje med det Brattberg och Hulter (2009) skriver om anamnesupptagning vad gäller sexualiteten där de pekar på att det först och främst är viktigt att samtalsledaren uppvisar öppenhet och acceptans för att skapa trygghet och därmed skapa förutsättningar för ett gott samtal.

## 6.2 Kompetens i att leda samtal

Informanterna tillfrågades hur de förhöll sig till det smittspårande samtal och vad de tyckte var särskilt användbart att föra in i samtalen. Vad gäller samtalstekniker resonerade informanterna främst kring att de använde sådant som "satt i ryggraden" snarare än specifika tekniker eller modeller. En del av informanterna menade emellertid att de använde sig av MI som teknik i vissa samtal, exempelvis då en patient inte ville uppge sina partners eller det framkom att denna var ambivalent inför att praktisera säkert sex i framtiden.

*K2: Ja, det skulle vara MI då. Att man har det förhållningssättet tänker jag. Det är väl det som är mest användbart. Men ofta har ju det blivit ganska integrerat i ens samtalssätt ändå så man tänker inte speciellt på att det är det man använder.*

Användandet av MI kan antas utgöra en framgångsfaktor i de smittspårande samtalen baserat på den nederländska studien av Theunissen et al. (2014) där man funnit att just MI var något som gjorde smittspårningarna bättre. Även i studien av Eitrem, Erenius och Meeuwisse (1998) framkom att en anledning till att kuratorer fick fram fler kontakter än andra yrkesgrupper var för att de använde sig av olika tekniker. Som ovan citat dock visar förhöll sig de flesta inte till MI eller andra tekniker strikt, utan använde vissa delar av sådan kompetens i samtalen när de upplevde att det behövdes och på ett sätt som närmast kunde beskrivas som automatiskt. Vad gäller andra aspekter och kompetenser hänvisade de flesta av informanterna till att det var viktigt att ha ett öppet och icke-dömande förhållningssätt under samtalen. En av informanterna la fokus just på att vara icke-dömande i sitt svar och menade samtidigt på att det förhållningssättet är något som kuratorer har med sig i allt sitt arbete.

*K3: Man får ju inte vara dömande för då kommer man inte någonstans. Men det tänker jag är generellt, jobbar du som kurator kan du liksom inte vara... Alltså du kan inte döma människor för det finns alltid en orsak till att människor har hamnat i situationen de är i.*

Flera svarade i linje med informantens uttalande om att man generellt som kurator inte kan vara dömande då de menade på att samtalsegenskaper de använde sig av i de smittspårande samtalen inte skiljde sig nämnvärt från de som användes under övriga kurativa samtal. De som menade att det skiljde sig åt sa detta med hänvisning till att övriga kontakter ofta är längre än de i smittspårningssyfte och att man exempelvis oftare i andra kurativa samtal arbetar mot ett mål längre fram i tiden.

Informanternas svar där framförallt vikten av att vara icke-dömande i den här typen av samtal framhölls går i linje med det som visats i tidigare forskning av Córdova et al. (2018) där patienter uppgav att det som krävdes för att de skulle kunna prata obehindrat om sexualitet och STI med vårdpersonal var att vårdpersonalen uppvisade ett tydligt icke-dömande förhållningssätt. Ett annat hinder för sådana samtal förutom när patienterna upplevde sig bli dömda var om vårdpersonalen inte upplevdes bekväma med att prata om ämnet, något som också går i linje med fynd från aktuell studie där flera av informanterna pekade på vana vid att prata om sexualitet som en viktig förutsättning för ett gott samtal. Att informanterna generellt svarade att de smittspårande samtalen inte skiljde sig så mycket från deras andra kurativa samtal är något som kan tolkas gå i linje med fynd från svensk smittspårning där man funnit att kuratorer generellt får fram fler kontakter än andra yrkesgrupper under smittspårningar. Detta eftersom kuratorer då har med sig de nödvändiga egenskaperna och förhållningssätten från andra typer av samtal och därmed erhåller stor vana och kompetens för arbetsuppgiften.

Kuratorerna upplevdes alltså dra nytta av att de i sitt arbete även hade andra typer av samtal då flera av de egenskaperna som ansågs vara bra att ha med sig i smittspårande samtal även var sådana som de använde i andra typer av samtal, varvid de utvecklat en vana av att hålla i potentiellt svåra samtal generellt. Just vana pekades ut som en viktig aspekt att ha med sig av flera informanter. En ytterligare förvärvad kunskap som beskrevs som viktig var att inneha viss beredskap på att de smittspårande samtalen vid första anblick skulle kunna ses som ganska enkla, men att jobbiga saker kunde komma upp som man som samtalsledare behövde kunna hantera.

*K5: Nej men det är väl det här som jag har nämnt,  
samtalsvana och vana att... någon form av mod att kunna*

*prata om sex eller sådana grejer på ett avdramatiserande sätt, man behöver vara trygg i det.*

*K2: Men när man har samtalen så behöver man ju, ja men man behöver ju kunna liksom förhålla sig till allt. Man får vara beredd på allt. Man måste vara öppen på att vad som helst egentligen kan komma fram (...) Jag menar det finns ju våldtäktsoffer som får klamydia som man ska smittspåra och det är ju inte så jättekul ju. Så man behöver ju vara öppen för det att det kan komma lite vad som helst faktiskt. Vara ödmjuk i det på något sätt (...) På papper kan det verka vara en enkel arbetsuppgift. Men det är ju inte alltid det.*

Ljunggren (2017) skriver om tyst kunskap i stödjande samtal där den mest framträdande beskrivs vara den empatiska förmågan. Att samtliga informanter i sina svar visade på vikten av att vara icke-dömande går i linje med det empatiska förhållningssättet som visat sig vara viktigt i alla typer av samtal. Att som en informant svarade att det är viktigt att ha med sig att det alltid finns en anledning till att en person hamnat i en utsatt situation förmedlar förståelse och därmed empati. Detta i sig kan antas utgöra det första steget som är att skapa en empatisk förståelse i den flerfasprocess som Holm (2001) beskriver. Nästa steg handlar om det empatiska bemötandet vilket informanterna visar på genom konkreta förhållningssätt, som öppenhet till exempel. I det sista steget utvärderar man hur patienten reagerar på vårdgivarens empatiska förhållningssätt och här blir det tydligt huruvida patienterna uppger sina partners eller inte.

Svaren från informanterna kan även anses tydligt gå i linje med begreppet handlingsutrymme då det framkommer att de flesta i sitt arbete med smittspårning självständigt bestämmer hur de ska agera i samtalen och vilka av sina kompetenser de tycker är viktiga att koppla på. Inom begreppet handlingsutrymme ryms det faktum att det i olika utsträckning är upp till den enskilde att avgöra hur denne ska fördela resurserna (Svensson, Johnsson & Laanemets 2021) och det som framkommer här är att de som arbetar med smittspårning generellt tenderar att lägga

mycket tid och framförallt omtanke i detta arbete utifrån den vikt de tillskriver arbetsuppgiften.

### 6.3 Känslohantering

På frågan kring vilka känslor som var vanliga att mötas av under smittspårande samtal framkom ett spektrum av olika känslor. Känslorna varierade från att patienterna upplevdes tycka att det var "lite pinsamt" till ett tydligt uppvisande av skam och skuld. Ilska nämndes av flera informanter som en vanlig reaktion hos patienter i smittspårande sammanhang och majoriteten av informanterna uppgav dessutom att patienterna ofta upplevdes som nonchalanta i samtalen.

*K2: Det kan ju bli lite fnissigt för en del när man sitter så där "jaha, är det någon mer?", "ja jo, det är det ju...", och så sitter man så där och håller på och så blir det 10, 12, 14, 16 [partners], det känns inte som att det någonsin ska ta slut. Så det är ju lite sådär att det kan bli lite pirrigt, lite fnissigt och lite trevligt på det sättet (...) Men de allra flesta i mitten är ändå ganska neutrala liksom. "Ah fan, jag hade klamydia men ja, ja" sådär (...) Nej, en del är ju ganska nonchalanta.*

*K6: Och också såklart skam och skuld över att, ja det kan vara över val av partners, kring att man potentiellt har utsatt den här personen för en risk även fast man inte kände till det. Ja, så mycket skuld-känslor och skam också.*

*K5: Skam... Ibland ilska faktiskt också. Det är inte helt ovanligt (...) Många är ganska, alltså upplever jag som ganska neutrala också.*

Efter att informanterna fått beskriva vanligt förekommande känslouttryck tillfrågades de hur de hanterade dessa. Det allra vanligaste informanterna svarade var att de på olika sätt normaliserade patientens situation genom att exempelvis påtala att det de går igenom egentligen är något som är väldigt vanligt. Utöver det använde sig



informanterna av validering och spegling när de bemötte de olika känslorna. Informanterna påtalade vikten av att bemöta alla känslor som de mötte, exempelvis vid oro eller skam att normalisera men även under lättsamma och "fnissiga" samtal att de tyckte att det var viktigt att spegla även dessa känslor och således möta patienten där den var. Vad gäller de patienter som av informanterna beskrevs som nonchalanta framkom det att informanterna kände sig tvungna att inta en mer sträng roll där de vid flera tillfällen beskrev sig frånga kuratorsrollen och inta en myndighetsroll istället.

*K5: Ja... Men med skammen där försöker jag nog bara gå in och liksom möta i det och normalisera att "det här är så pass vanligt".*

*K2: Jag tänker att jag, jag försöker nog att lite, så gott det går, tänker jag att jag nog speglar den jag möter liksom. Så om det är någon som tycker det är lite fnissigt och lite roligt så får man ju följa med i det och vara lite följsam i det tänker jag.*

*K3: För där när de var så där nonchalanta så var man ju också tvungen att gå in på något vis i den här myndighetsrollen också, för det är enligt lag liksom att man är skyldig att delta. Det är ju alltid trevligare om vi kan lösa det på ett lugnt och trevligt sätt liksom.*

Tydligt från kuratorernas beskrivning av känslorna och bemötandet av dessa var att vikten låg i att just bemöta. Informanterna gav uttryck för vikten av att uppmärksamma patienternas olika känslouttryck, att för sig själv och för patienten sätta ord på känslorna och under samtalets gång hantera dessa i ett led att försöka minska det smittspårande samtalets påfrestning på den enskilde. I mötet med patienter som upplevdes nonchalanta gav informanterna tydligt uttryck för det dilemma som Svensson, Johnsson och Laanemets (2021) visar på när det kommer till handlingsutrymme, där man som professionell står mellan önskan att hjälpa samtidigt som sammanhanget man arbetar inom ställer krav på en. Som informant ovan gav uttryck för fanns det en önskan om att inte behöva inta en sträng myndighetsroll

samtidigt som det ibland bedömdes nödvändigt eftersom det fanns en lagstadgad skyldighet att genomföra smittspårande samtal. Detta fynd går även i linje med det som hittats i studien av Sernbo och Lindwall (2022) där flera kuratorer som arbetade med smittspårning rapporterade att de upplevde en något obehaglig motsättning mellan arbetsuppgiften smittspårning där det förelåg förpliktelser och andra arbetsuppgifter av mer stödjande karaktär.

Det icke-dömmande förhållningssättet kan också vara ett bra sätt att minimera känslan av stigma för de personer kuratorerna möter i de smittspårande sammanhangen. Som Balfe et al. (2010) skriver om stigma ökar risken att känna stigma om tillståndet hade kunnat undvikas, om det utgör en fara för andra och där symtomen anses vara frånstötande. Informanterna uppgav att de i de fall där de mötte starka känslor att de aktivt försökte arbeta med att normalisera vilket i sig skulle kunna ses som ett sätt att motverka det samhällsliga stigma som Kanon (2022) beskriver där det ofta råder fördomar om exempelvis vilka personer det är som drabbas av dessa infektioner. Det kan också ses som ett sätt genom vilket man reducerar det internaliserade stigmat (eller självstigmat) där man exempelvis kan känna sig smutsig för att man drabbats av en STI genom att påtala att det inte är så ovanligt.

#### **6.4 Etisk kunskap**

Ett tema i intervjuguiden handlade om etik och huruvida informanterna ställdes inför några etiska överväganden eller dilemman under de smittspårande samtalen. Samtliga informanter uppgav att de hade ställts inför detta på olika sätt och flera av informanterna kom in på temat redan innan frågan hade ställts vilket visar på att de etiska aspekterna i smittspårningsarbetet ofta gjorde sig påminda. De etiska dilemman som stöttes på var till exempel i de fall man träffade två personer i ett stadigvarande förhållande med varandra där man fått kunskap om att den ena partnern varit otrogen och den andra partnern inte vet om det. Ett annat exempel var då man kunnat se i folkbokföringen att patienten varit gift men denne nekat till sexuell kontakt med sin maka eller make, även i de fall det finns barn som är födda under perioden som smittspårningen sker under. I de flesta fallen uppgav informanterna att de i dessa fall kunnat luta sig tillbaka mot lagstiftning och annat regelverk gällande smittspårning, exempelvis att det råder sträng sekretess och med stöd av detta funnit ro i att de inte kunnat berätta om sådant de fått reda på.

*K4: Ibland är det ju svårt till exempel om man smittspårar en person som uppger att den har en fast partner och har haft det några år och dessutom uppger några andra personer som den har haft sex med under den här perioden. Och sedan får man då den här långvariga partnern som en egen patient som man ska smittspåra som då uppger att "ja men jag har ju bara haft den här partnern under de här åren, har den varit otrogen mot mig?" och så sitter jag där och jag vet det här men jag kan ju inte säga någonting för jag har ju sträng sekretess. Det skulle vara absolut olämpligt, jag kan ju inte säga någonting.*

Informanterna resonerade även kring sätt att ta sig an etiska dilemman på genom att använda sitt handlingsutrymme för att skapa ett så tryggt förfarande som möjligt. Ett exempel på detta var en informant som uppgav att det var rutin på dennes arbetsplats att först skicka brev till den som blivit uppgiven som partner i en smittspårning om att denne behövde testa sig, men där informanten i de fall denne ansåg detta vara olämpligt (exempelvis om partnern bodde tillsammans med någon familjemedlem) istället valde att ringa utifrån välvilja. Informanten menade på att hen inte skulle kunna få bannor om hen ändå valt att skicka brev men tyckte själv att man i arbetet med smittspårningar behövde se till det som var viktigt, det vill säga att alla inblandade testade sig och att det var viktigt att utföra uppdraget välvilligt inställd.

*K3: På något sätt att man inte, jag tänker alltid att jag inte vill sätta dit någon. Många gånger är det ganska traumatiskt att få hem det där brevet (...) man får ju känna att man vill de väl (...) och hen var ju jättetacksam när jag sa att jag valde att ringa istället för att skicka ett brev hem. Man måste vara lite välvilligt inställd till de här människorna för annars finns det... ingen hade ju kunnat slå mig på fingrarna om jag hade skickat ett brev, för jag hade ju inte gjort fel. Men jag skulle ju ha kunnat förstöra hela hens liv och det hade jag ingen lust med (...) Så nu*

*skickar vi brev som förstahandsval, men jag har ju alltid ett val att göra en egen bedömning som i det här fallet så kände jag ju att det här blir inte bra att skicka hem till hen och hens fru. Så då valde jag ju att söka upp och ringa hen istället.*

Exemplet illustrerar väl det Svensson, Johnsson och Laanemets (2021) skriver om handlingsutrymme där de menar på att den professionella, smittspåraren i det här fallet, hamnar i en maktposition gentemot den enskilde, patienten, vad gäller att göra tolkningar kring hur handlingsutrymmet ska användas. Hur informanten ovan visade på användandet av handlingsutrymmet går i linje med ett empatiskt förhållningssätt eftersom det verkade för att skapa samarbete mellan hen själv och den enskilde, vilket beskrivs vara en av de främsta fördelarna med det empatiska förhållningssättet (Holm 2001). Fyndet kan anses stärka den slutsats som dragits av Ross et al. (2020) som menar på att personer verksamma inom socialt arbete bör ta en ledande roll när det kommer till det smittspårande arbetet eftersom dessa personer besitter särskild kunskap när det kommer till att bevara individers integritet i svåra situationer.

### **6.5 Specifikt riktad utbildning för smittspårande arbete**

Förutom alliansskapande, samtalsegenskaper, känslöhantering och etisk kunskap uppgav informanterna också att det var viktigt att ha kunskap om den aktuella infektionen man smittspårade och generell kunskap om sex och samlevnad. Detta samt juridiken var det som informanterna uppgav att de framförallt fick med sig från den utbildning de erbjöds för att arbeta med smittspårning. Samtliga informanter uppgav att de hade erbjudits utbildning för att arbeta med smittspårning och ofta erbjöds även fortlöpande utbildning i form av kontinuerliga utbildningstillfällen samt träffar med andra aktörer inom smittspårning. Däremot uppgav endast en minoritet av informanterna att utbildningen berörde någon av de ovanstående kompetenserna (samtalsegenskaper, känslöhantering, etisk kunskap) trots att de alltså i stort upplevdes som avgörande för arbetet. Nedan är ett resonemang från en av informanterna kring detta.

*K5: Nej egentligen ingenting om bemötande eller samtalet i sig utan mer så här konkret ”så här gör du”, ”sen gör du*

*så här”, ”de här grejerna behöver man tänka på”,  
lagstiftning, statistik kring könssjukdomar. Ja men mycket  
sådant fokus. Det känns som att man bara utgår ifrån att  
människor som ska smittspåra på något sätt är lämpliga  
för att ha den typen av samtal och då tänker man inte in  
den biten.*

I svenska studier har man fått fram att kuratorer är den yrkesgrupp som får fram flest kontakter per smittad patient (Gärdén & Nylander-Lundqvist 2005; Eitrem, Erenius & Meeuwisse 1998) vilket kan ses ha en koppling till informanternas svar angående erbjuden utbildning för att arbeta med smittspårning. Det framkommer inte att de olika yrkesgrupperna som arbetar med smittspårning erbjuds olika typer av utbildning och således blir den kunskap man har med sig från grundutbildning och annan arbetslivserfarenhet av vikt i arbetet. Det har visat sig av tidigare teman att särskild kunskap kring alliansskapande, det empatiska bemötandet och bemötande av stigma är särskilt viktigt att ha med sig och då det sociala arbetet främst handlar om att möta människor i behov av hjälp och stöd på olika sätt är detta något som många kuratorer har med sig naturligt.

## **6.6 Engagemang och vilja**

Under tiden som intervjuerna hölls framgick det tydligt att ytterligare ett tema att ha i beaktande var det engagemang smittspårande kuratorer kände inför att arbeta med smittspårning. Informanterna uppgav att arbetsuppgiften var viktig men också rolig. Alla informanter hade andra arbetsuppgifter än bara smittspårning och en stor del av det övriga arbetet var exempelvis stödjande samtal med patienter. Flera informanter uppgav utifrån detta att arbetet med smittspårning utgjorde en välkommen paus från andra, mer betungande kontakter. Av informanterna beskrevs de smittspårande samtalen som fina och ofta lättsamma samtal och även själva uppsökandet och kontaktandet av partners som något lustfyllt. En informant beskrev till exempel hur arbetsuppgiften tidigare inte låg inom kuratorns ansvarsområde men då de som vid tiden arbetade med det skulle sluta så bad informanten och andra kuratorskollegor om att få ta över.

*K2: Det var några som skulle gå i pension, så då var det  
så här då, hur ska vi göra nu? Ska vi lära upp*

*barnmorskor eller nya kuratorer? Och då var vi kuratorer ganska snabba med att känna att vi behöver den här arbetsuppgiften, vi vill ha den. För vi har så mycket tungt. Vi får ju aldrig träffa någon som mår bra liksom, barnmorskor träffar ju massa patienter som bara kommer och så "hejhej, jag vill bara skaffa preventivmedel men allt är bra". Så vi var ganska snabba med att roffa åt oss den.*

Engagemanget och viljan att arbeta med smittspårning var också något som informanterna beskrev spelade en viktig roll organisatoriskt och i samarbetet med andra aktörer. Samarbete med andra i arbetet uppgavs generellt utgöra en viktig del i det smittspårande arbetet då man många gånger var i behov av att få hjälp med hur man skulle hantera vissa ärenden och stöd rent praktiskt om en kontakt exempelvis var bosatt på annan ort än där smittspårningen genomfördes. Därför ansågs det viktigt med ett välfungerande samarbete och en av de främsta framgångsfaktorerna som beskrevs var att det var "rätt person på rätt plats" inom de olika instanserna. Personerna informanterna arbetade tillsammans med beskrevs som kompetenta och upplevdes vilja arbeta med det de gjorde.

*K4: Det funkar jättebra. Man får alltid jättebra hjälp därifrån. Det kan vara alltifrån om jag har problem att hitta en kontakt så har ju de lite andra sökvägar så att då kan man ta hjälp därigenom. Eller om det är någon fråga som dyker upp, "det här har jag aldrig varit med om, hur funkar det?". Då kan man resonera tillsammans och ibland om det är till exempel en kontakt i en annan region då kan jag få hjälp att de kollar (...) Ja men jag tror att det är rätt personer på rätt plats som jobbar med det. Det är väldigt enkelt samarbete.*

*K5: Alltså på ett sätt skulle jag vilja säga att alla liksom enskilt, vad ska man säga, anställda individer på de här olika posterna har varit väldigt lätta att ha att göra med.*

*Det är liksom, det finns en positivitet och glädje kring det här, alltså det är lättsamt, det är inga långa vägar, det är bara lyfta luren.*

I studien av Löfdahl et al. (2008) där man bland annat undersökte vilka fördelar det fanns med ett centraliserat smittspårningsarbete framkom det att en av anledningarna till att det ansågs vara fördelaktigt med ett centraliserat sådant var för att det bidrog till att de som arbetade med det kände ett större engagemang för arbetsuppgiften vilket skapade högre kvalitet på arbetet. Att informanterna generellt beskriver arbetet som roligt och har lätt för att reflektera kring utmaningar och hur de tar sig an dessa samt beskriver det som ett viktigt arbete visar på en hög grad av engagemang. Studien går också i linje med fynden vad gäller framgångsfaktorer i samarbetet med andra aktörer där engagemang från dessa utomstående aktörer också beskrivs som något avgörande för att det ska fungera bra. Fynden kan också anses stämma överens med det som Sernbo och Lindwall (2022) fann bland smittspårande kuratorer där en tillfredsställelse beskrevs över att arbeta med något som var för samhällets bästa.

Utifrån begreppet handlingsutrymme kan man se i aktuell studie att de tillfrågade till stor del använde detta för att själva prioritera smittspårning. En minoritet av de tillfrågade uppgav att de hade tydliga direktiv från en chef eller uppifrån angående hur de skulle prioritera smittspårningsarbetet. Istället svarade de flesta att de var de själva som avgjorde detta men att de ansåg det vara viktigt och därför prioriterade det högt bland andra arbetsuppgifter. En del informanter uppgav dessutom att de upplevde sig inte ha tillräckligt med tid för det smittspårande arbetet varvid de aktivt fick försöka skapa utrymme för arbetsuppgiften.

*K5: Nej, alltså jag kan inte säga att jag har fått någon vägledning uppifrån. Vår chef var mer så här "lägg upp det så att det blir bra för er". Sen diskuterade vi ju, framförallt jag och min kuratorskollega, mycket liksom upplägg, och hur mycket tid ska vi sätta av, vi testar med den här tiden... Så jag tycker att vi liksom, vi fick en bra, ja men vi hittade bra struktur i det.*

*K4: Ja men enklast är ju någonstans att bara prioritera det, för att alltså vi har ju lite så här att vi får ju prioritera vårt arbete utifrån vad som kommer in och vad vi har. Och för mig är det ganska självklart att prioritera smittspårning. Även om det är mycket annat.*

Man kan se av resultatet att informanterna använder sig av sitt handlingsutrymme för att prioritera och utforma det smittspårande arbetet och att precis som Svensson, Johnsson och Laanemets (2021) skriver så påverkas handlingsutrymmet av olika faktorer, både organisatoriskt (i vilken utsträckning informanterna fått till sig uppifrån hur de ska prioritera) och individuella (hur informanterna själva värderar smittskyddsarbetet). Det framkom även av intervjuerna att man på de olika mottagningarna smittspårade på olika sätt, men det vanligaste sättet var att det skedde över telefon. Majoriteten av informanterna uppgav att det egentligen skulle vara desto mer fördelaktigt att utföra smittspårningarna genom fysiska besök för att det var lättare att på det sättet skapa en god kontakt med patienterna. Emellertid resonerade de också i samband med detta om att det skulle ta alltmer tid och huruvida det är etiskt försvarbart att patienter ska resa långa sträckor för att genomföra en smittspårning.

*K4: Oftast telefon, just för att det är ett ganska stort upptagningsområde så att träffas fysiskt kan bli ganska svårt om det är någon som har 10-20 mil att åka enkel väg, det är ogärna att de gör det bara för den anledningen. Men vi har börjat kalla personer som bor i kommunen där vi jobbar.*

Fyndet att informanterna upplevde det som svårare att genomföra smittspårande samtal över telefon går i linje med fynden i studien av Theunissen et al. (2014) där de tillfrågade där beskrev telefonsamtalen som en utmaning utifrån att de kände sig påskyndade när samtalen skedde på det sättet. Samtidigt kan man också se att en bidragande faktor till att smittspårningar kan bli bristfälliga enligt Sylvan och Christenson (2006) är just resursbrist, varvid det är en avvägning man får göra kring huruvida man ska genomföra samtalen över telefon för att de överhuvudtaget ska bli gjorda, trots att det kan påverka kvaliteten.



## 6.7 Relevans för praktisk tillämpning och implikationer för fortsatt forskning

Fynden från aktuell studie pekar på att det anses vara fördelaktigt att vara särskilt vaksam kring bemötande och hur man för samtalet. Utifrån att det också framkommit en brist på utbildning i tillräckligt hög utsträckning som berör detta kan en slutsats utgöras av vikten av att utveckla detta för framtida smittspårningsarbete. Samtidigt är det viktigt att ha i åtanke att aktuell studie begränsats till att endast undersöka kuratorers syn på det smittspårande arbetet och för att kunna utröna vad som är av vikt i en bredare bemärkelse finns det anledning att vidare utforska ämnet och inkludera även andra yrkesgruppers perspektiv. Vidare bör man för att få en helomfattande bild också studera patienternas perspektiv i frågan och utifrån samtliga tre perspektiv vidare utveckla arbetet.

Tidigare studier pekade mycket mot att skam och stigma var ett av de största bekymren när det kom till smittspårning och samtal om sexualitet och STI generellt. Vidare kan slutsatsen dras från aktuell studie som tidsmässigt befinner sig desto mer i digitaliseringens ålder att resultaten gällande detta varit något motstridiga. En del informanter upplevde mycket riktigt att de mötte en del skam och stigma i sina möten men en del framhävde snarare en nonchalant inställning hos patienterna. Detta till stor del utifrån att kontakten med sjukvården i dessa sammanhang blivit alltmer lättillgänglig. Tillgänglighet är något som vid första anblick kan ses som endast positivt men detta perspektiv skapar frågeställningar kring detta. Därför kan man se att det hade varit främjande att även studera fenomenet digitalisering i de smittspårande sammanhangen. Det har framkommit att olika regioner genomför smittspårningar på olika sätt, där en del blandar digitala och fysiska besök och en del har bara det ena eller det andra. Ett område för framtida forskning hade således varit en jämförande studie mellan de olika tillvägagångssätten och belysa dess olika för- och nackdelar.

## 7. Slutdiskussion

Smittspårning har ett tydligt och viktigt syfte: att skydda Sveriges befolkning mot potentiellt farliga infektioner. De sexuellt överförbara infektionerna som går under smittskyddslagen tillhör dessa infektioner och de drabbar ett stort antal människor varje år. Genom smittspårning hittar man personer som varit utsatta för smitta och genom att dessa i sin tur testas och behandlas förhindrar man att infektionerna sprids ytterligare. För att skydda så många som möjligt måste varje smittad person uppge så mycket information om sina sexuella partners som möjligt. Detta kan te sig utgöra ett stort krav att lägga på den enskilde men i själva verket har aktuell studie visat att det också ställer stora krav på den professionelle som håller i samtalen.

Smittspårande samtal kräver att man som professionell besitter flertalet spridda kompetenser. Enligt Socialstyrelsen (2008) ska den som smittspårar bygga upp ett förtroende mellan sig och patienten, ha en god samtalsmetodik där man för en dialog och har en undersökande inställning, vara empatiskt inställd och inte moralisera över andras värderingar. Hur man går till väga för detta redogörs inte för och av studien har det visat sig att detta inte är något man i någon vidare utsträckning går in på under de utbildningstillfällen som erbjuds specifikt för smittspårande arbete. Därmed kan slutsatsen dras att i likhet med en av informanternas svar förväntas den som ska arbeta med smittspårning besitta lämplighet och därmed kompetens nog för att hålla i den här typen av samtal.

Socialstyrelsens riktlinjer går i mångt och mycket i linje med informanternas svar kring vad som ansågs vara viktigt att ha med sig i det smittspårande samtalet. De centrala kompetenser som ansågs vara viktiga utgjordes av förmåga att skapa allians, att leda samtal av känslig natur, att hantera känslor och etisk kunskap. Hur dessa står sig i förhållande till vad kuratorer har med sig för kompetens utifrån tidigare utbildning och arbetslivserfarenhet visar sig genom att flertalet av informanterna hänvisade till andra arbetsuppgifter som en styrka att ha med sin in i de smittspårande samtalen.

Informanterna hänvisade i flertalet av sina svar kring exempelvis att vara empatiskt inställt att det är något man alltid har med sig in i arbetet som socionom, oberoende av var man arbetar.

Utöver dessa kunskaper har studien visat på att arbetet kräver att man som professionell tar vara på sitt handlingsutrymme och genom det hittar sätt att arbeta på som dels bidrar till att smittspårningsarbetet blir effektivt samtidigt som det skadar patientens integritet så lite som möjligt. Begreppet handlingsutrymme introduceras tidigt för socionomer och är något som man vanligtvis snabbt blir medveten om när man kommer ut i arbetslivet och befinner sig i uppdraget att hjälpa människor samtidigt som organisationen och samhället i stort ställer höga krav på en.

Samhället digitaliseras alltmer vilket gör att fler och fler vårdkontakter sker utan fysiska besök. Ett talande exempel för detta är testning. I samband med Corona-pandemin blev det högst aktuellt med hemtester som beställdes via nätet och denna typ av testning har fortsatt tagit stor plats när det kommer till testning av STI. Möjligtvis kan man se detta som en förklaring till att flera av informanterna beskrev många patienter i de smittspårande samtalen som nonchalant inställda till infektionen och senare även smittspårning. Digitaliseringen och i förlängningen patienternas inställning till att ådra sig olika infektioner kan anses utgöra en ännu högre kravställning på de som arbetar inom området. För att förmedla trygghet och empati över telefon eller videosamtal kan de som redan jobbar hårt för att åstadkomma det behöva arbeta ännu hårdare. I mötet med nonchalanta patienter ställs vidare ännu högre krav på att man som professionell klarar av balansen mellan empati och förståelse och sträng upprätthållare av lagen.

I takt med att testning, behandling och smittspårning blir mer och mer lättillgängligt för invånarna i Sverige finns också möjligheten att fånga upp alltfler kontakter genom smittspårning och således att skydda så många som möjligt från att smittas. För att följa med i denna utveckling krävs det att de som arbetar med smittspårning besitter rätt typ av kompetens.

Aktuell studie har visat på vilken kompetens som anses vara viktig och i vissa fall avgörande för det smittspårande arbetet. Dessa kompetenser har visat sig stå väl i linje med de kompetenser som kuratorn har med sig från sin utbildning och tidigare arbetslivserfarenhet vad gäller exempelvis förmåga att skapa allians, att hantera känslor och att besitta särskild etisk kunskap. Samtidigt är det endast kuratorer som har tillfrågats i studien och viktigt att ha i beaktande är att resultatet skulle kunna variera om frågan ställdes till andra professioner som arbetar med smittspårning. Vidare har studien

också visat på krav på kompetens som beskrivits som utmanande för kuratorerna, framförallt gällande att hantera en bagatellisering av ämnet. Sammanfattningsvis visar studien på att kuratorer är en väl lämpad profession att bära det viktiga ansvar som arbetet med smittspårning utgör.

## Referenser

### Trycka källor

- Arthur, Gilly, Catherine M Lowndes, Jodi Blackham & Kevin A Fenton (2005) Divergent approaches to partner notification for sexually transmitted infections across the European union. *Sexually Transmitted Diseases* 32(12): 734-741.
- Balfe, Myles, Ruairi Brugha, Diarmuid O'Donovan, Emer O'Connell & Deirdre Vaughan (2010a) Young women's decisions to accept chlamydia screening: influences of stigma and doctor-patient interactions. *BMC Public Health* 10(425): 1-11.
- Balfe, Myles, Ruairi Brugha, Emer O'Connell, Hannah McGee, Diarmuid O'Donovan & Deirdre Vaughan (2010b) Why don't young women go for Chlamydia testing? A qualitative study employing Goffman's stigma framework. *Health, Risk & Society* 12(2): 131-148.
- Brattberg, Axel & Birgitta Hulter (2009) Anamnesupptagning vid sexuella problem. I: Per Olov Lundberg (red.) *Sexologi*. Stockholm: Liber.
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis a practical guide*. London: Sage
- Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.
- Córdova, David, Frania Mendoza Lua, Lauretta Ovadje, Kathryn Fessler, José A. Bauermeister, Christopher P. Salas-Wright, Michael G. Vaughn & Youth Leadership Council (2018) Adolescent Experiences of Clinician-Patient HIV/STI Communication in Primary Care. *Health Communication* 33(9): 1177-1183.
- Denscombe, Martyn (2004) *Forskningens grundregler: samhällsforskarens handbok i tio punkter*. Lund: Studentlitteratur.
- Desir, Fidel A., Jessica H. Ladd & Charlotte A. Gaydos (2016) Survey of partner notification practices for sexually transmissible infections in the United States. *Sexual Health* 13(2): 162-169.

Eitrem, Rickard, Marianne Erenius & Agnetha Meeuwisse (1998) Contact tracing for genital chlamydia trachomatis in a Swedish county. *Sexually Transmitted Diseases* 25(8): 433-436.

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2015) Intervjuer. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.

French, Martin (2015) Counselling anomie: clashing governmentalities of HIV criminalisation and prevention. *Critical Public Health* 25(4): 427-440.

Goffman, Erving (2014) *Stigma. Den avvikandes roll och identitet*. Studentlitteratur 2014.

Gärdén, Bodil & Elisabet Nylander-Lundqvist (2005) Kontaktspårning ett år tillbaka lönar sig. Följ Västerbottens exempel för att begränsa klamydiaspridningen i Sverige! *Läkartidningen* 102(7): 468.

Hilmarsson, Hilmar Thór (2018) *Empati: nyckeln till samarbete i professionella samtal*. Lund: Studentlitteratur.

Holm, Ulla (2001) *Empati: att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och Kultur.

Horvath, Adam O., AC Del Re, Christoph Flückiger & Dianne Symonds (2011) Alliance in Individual Psychotherapy. I: John C. Norcross (red.) *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness*. New York: Oxford University Press.

Kanon, Erica (2022) Stigma och psykosocial hälsa. I: Erica Kanon & Lennie Lindberg (red.) *HIV. Medicinska och psykosociala aspekter*. Studentlitteratur 2022.

Kvale, Steinar & Svend Brinkmann (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, Camilla & Sara Johndotter (2015) Sexuell hälsorådgivning i en mångkulturell kontext. Röster från unga svensksomaliska kvinnor. Malmö Universitet.

Ljunggren, Ingrid (2017) *Stödsamtal och stödterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Löfdahl, Margareta, Gustaf Rydevik, Anders Blaxhult & Björn Herrmann (2008) Smittspårning och rutiner för rapportering måste förbättras. *Läkartidningen* 105(44): 3116-3120.

Nack, Adina (2000) Damaged goods: women managing the stigma of STDs. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*. 21: 95-121.

RFSL (2015) "Hur kan smittskyddslagen förändras?". RFSL.

Ross, Abigail M., Lisa De Saxe Zerden, Betty J. Ruth, Jennifer Zelnick & Julie Cederbaum (2020) Contact Tracing: An Opportunity for Social Work to Lead. *Social Work in Public Health*. 35(7): 533-545.

Sernbo, Elisabet & Johan Lindwall (2022) Det allmännas ensak: hälso- och sjukvårdskuratorers arbete med smittspårning av sexuellt överförbara infektioner. *Socialmedicinsk tidsskrift*. (1) 53-65.

Smittskydd Skåne (2023a) "Klamydia i Skåne 2022". Smittskydd Skåne.

Smittskydd Skåne (2023b) "Gonorré i Skåne 2022". Smittskydd Skåne.

Smittskydd Skåne (2023c) "Syfilis i Skåne 2022". Smittskydd Skåne.

Smittskydd Skåne (2023d) "Hiv i Skåne 2022". Smittskydd Skåne.

Socialstyrelsen (2008) *Smittspårning vid sexuellt överförbara sjukdomar*. Socialstyrelsen.

Sylvan, Staffan & Brith Christenson (2006) Klamydia ökar och nuvarande strategi måste ifrågasättas. *Läkartidningen* 103(28-29): 2154.

Svensson, Kerstin, Eva Johnsson & Leili Laanemets (2021) *Handlingsutrymme*. Stockholm: Natur & Kultur.

Theunissen, Kevin A. T. M., Pim Schipper, Christian J. P. A. Hoebe, Rik Crutzen, Gerjo Kok & Nicole H. T. M. Dukers-Muijrs (2014) Barriers to and facilitators of partner notification for chlamydia trachomatis among health care professionals. *BMC Health Services Research* 14(647).

Trost, Jan (2010) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

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

#### Lagar

Smittskyddslagen (2004:168).

#### Digitala källor

Svenska Akademiens ordlista (2024) Empati <https://svenska.se/saol/?hv=lnr16775>  
[Hämtad 2024-03-25].



## Bilagor

### Informationsbrev

#### *Förfrågan om deltagande studie*

Hej,

Tack för att du vill delta i min studie!

Jag heter Gabriella och jag studerar för närvarande legitimationsprogrammet för hälso- och sjukvårdskuratorer vid Lunds universitet. Jag skriver mitt examensarbete under våren och kommer att undersöka arbetsuppgiften smittspårning när den genomförs av kuratorer. Närmare kommer studien undersöka vilka kompetenser som anses vara viktiga i arbetet med smittspårning och huruvida dessa kompetenser stämmer överens med de som kuratorer besitter utifrån sin utbildning och tidigare arbetslivserfarenhet. Studien begränsas till att undersöka smittspårning av sexuellt överförbara infektioner (STI) varvid studien också kommer beröra aspekter som skam och stigma och kuratorers förmåga att möta grupper som berörs av detta.

Jag kommer genomföra intervjuer där du som kurator ombeds svara på frågor kring ovanstående ämne. Deltagandet i studien är frivillig och det insamlade materialet kommer att avidentifieras. Intervjun förväntas ta 30-60 minuter. Du som deltar kommer att spelas in och materialet kommer att transkriberas. Efter att materialet är transkriberat kommer det att raderas och endast användas till aktuell studie. Du kan, som deltagare, när som helst avbryta din medverkan utan motivering. Uppsatsen kommer efter godkännande publiceras på Lunds universitets databas.

Vid frågor är du välkommen kontakta mig eller min handledare.

Gabriella Wennström

[Gabriella.wennstrom@skane.se](mailto:Gabriella.wennstrom@skane.se)

070-789 00 08

Helena Hansson

[helena.hansson@soch.lu.se](mailto:helena.hansson@soch.lu.se)

070-532 18 43

## Intervjuguide

### Bakgrund

- Vad har du för utbildning?
- Är du legitimerad hälso- och sjukvårdskurator?
- Hur länge har du arbetat med smittspårning?
- Vilka infektioner smittspårar du?
- Ungefär vilken procent av din tjänst lägger du på smittspårning?
- Är du den enda som arbetar med smittskydd på din enhet?
- Har du andra arbetsuppgifter än smittspårning?

### Smittspårning

- Hur ser ditt smittskyddsarbete ut? Ser det ut som du önskar eller hade du velat göra några förändringar?
- Är det vanligast att det sker fysiskt, över telefon eller digitalt?
- Vad tycker du om att arbeta med smittspårning? Vägde det in i ditt beslut att tacka ja till din nuvarande tjänst?
- Har du erbjudits någon utbildning för att arbeta med smittspårning? Tycker du att den har varit adekvat?
- Är det utbildning för det praktiska förfarandet eller samtalstekniker? Förhållningssätt?
- Hur värderar du betydelsen av kontinuerlig fortbildning för att upprätthålla relevanta kompetenser?

### Samtalsmetodik i smittspårande samtal/förhållningssätt

- Vilka samtalsegenskaper tycker du är viktiga att tänka på i smittspårande samtal?
- Använder du några särskilda samtalstekniker i smittspårande samtal?
- Skiljer sig egenskaperna till de du behöver i andra typer av samtal?
- Vad är dina tankar kring alliansskapande i smittspårande samtal? Hur skapar du allians?
- Vilka känslor är vanliga hos patienter och hur bemöter du dem?
- Vad tycker du är svårast respektive enklast med smittspårande samtal?

- Finns det någon särskild kompetens du anser vara viktig när man arbetar med smittspårning?
- Finns det någon annan aspekt du tycker är viktig att tänka på i den här typen av samtal?

### Etik

- Vilka etiska överväganden anser du vara viktiga i arbetet med smittspårning av STI?
- Har du stött på några specifika etiska dilemman i ditt arbete? Hur hanterar du dem?
- Hur hanterar du språkliga och kulturella skillnader i ditt arbete med smittspårning?

### Samarbete/organisation

- Upplever du att du har tillräckligt med tid för smittspårande samtal?
- Om du har andra arbetsuppgifter, hur prioriterar du smittskyddsarbetet gentemot andra arbetsuppgifter? Har du några riktlinjer kring hur du ska prioritera?
- Har du någon handledning utifrån din roll som smittspårare?
- Hur ser samarbetet ut med andra kuratorer och/eller andra aktörer som är involverade i arbetet med smittspårning (exempelvis regionens myndighet för smittskydd)?
- Vilka framgångsfaktorer respektive utmaningar finns det gällande samarbetet med andra aktörer?