



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Hälso- och sjukvårdskuratorns handlingsutrymme, normverk och dramaturgi

- i ljuset av stödgrupper som psykosocial insats

Matilda Mauritz
Examensarbete (SAHS05)
VT 2021
Handledare: Monica Larsson

Abstract

Author: Matilda Mauritz

Title: The discretions, norms and dramaturgies of social health workers - from a standpoint of patient support groups as a psychosocial intervention [Translated title]

Supervisor: Monica Larsson

Assessor: Eva Palmblad

The study's aim was to investigate how a group of social health workers reasoned about patient support groups as a psychosocial intervention in conjunction with current research and the social health workers' own experience of such interventions. The study explores the interviewees' conceptions, challenges and concerns about patient support groups when used as a psychosocial intervention. The method was based on a qualitative approach with two focus groups interviews of six social health workers from a medium sized hospital in Southern Sweden. One of the interviews contained vignette studies. The results indicate that social health workers experience challenges in the form of obstacles and resistance from patients, health care workers and the health care system when trying to provide patient support group interventions. The health care context in which the social health workers act can be likened to street-level bureaucracy. When counselling patient support groups the social health workers had concerns for losing face and the interaction between counsellor and patients was analysed using dramaturgy in which it was highlighted that a dependency between both parts existed. An unexpected conception the social health workers held was to never blame patients for the perceived obstacles and hardships. This warrants more research of other social care professions' conceptions about aid-seeking people.

Keywords: Social Work, Counsellor, Patient support groups, Discretion, Vignettes, Focus groups

Nyckelord: Socialt arbete, Kurator, Stödgrupper, Handlingsutrymme, Vinjetter, Fokusintervjuer

Förord

Jag vill först rikta ett stort tack till de sex hälso- och sjukvårdskuratorerna som möjliggjort den här uppsatsen genom att dela med sig av tankar och erfarenheter från yrkesrollen. Tack för ert tålamod framför skärmen!

Och sist, men inte minst, ett varmt tack till min handledare Monica Larsson som varit ett ovärderligt bollplank. Du har visat engagemang för min studie och gett mig både konstruktiv feedback och uppmuntrande hejarop under skrivprocessen, tack!

Helsingborg, våren 2021

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Inledning och problemformulering..... | 1 |
| Syfte och frågeställningar | 4 |
| <i>Förtydligande</i> | 4 |
| Kunskapsläge..... | 4 |
| Att definiera begreppet profession | 5 |
| Psykosocialt arbete inom en medicinsk kontext..... | 6 |
| Utmaningar med patientrelaterade stödgrupper..... | 7 |
| Sammanfattning..... | 8 |
| Teoretiska utgångspunkter | 8 |
| Handlingsutrymme..... | 9 |
| <i>Gräsrotsbyråkrati</i> | 10 |
| Att interagera med andra – ett scenframträdande | 10 |
| <i>Framträdandet</i> | 11 |
| <i>Team</i> | 11 |
| <i>Regionbeteende</i> | 12 |
| Normeringspraktik och tacksamhetsskuld | 12 |
| Metod | 14 |
| Socialvetenskaplig forskning..... | 14 |
| <i>Kvalitativ metod</i> | 14 |
| <i>Fokusgruppmetod</i> | 15 |
| <i>Vinjettmetoden</i> | 15 |
| Urval..... | 16 |
| Genomförande | 17 |
| <i>Intervju 1</i> | 17 |
| <i>Intervju 2</i> | 18 |
| <i>Bearbetning av empirin</i> | 19 |
| <i>Litteratursökning</i> | 20 |
| Intervjupersonerna..... | 20 |
| Metodologiska reflektioner | 21 |
| <i>Förförståelse – min roll på enheten</i> | 21 |
| <i>Om att forska under en pandemi</i> | 22 |
| <i>Etiska överväganden</i> | 23 |
| <i>Tillförlitlighet och begränsningar</i> | 23 |
| Resultat och analys..... | 24 |
| Ett elastiskt handlingsutrymme | 25 |
| <i>Möjligheter</i> | 25 |
| <i>Motstånd och draghjälp</i> | 26 |
| En snårig väg..... | 29 |
| <i>Lägga pussel</i> | 29 |
| <i>Gå hinderbanan</i> | 30 |
| Att leda – utmaningar och farhågor | 31 |
| <i>Mardrömmen</i> | 32 |
| Genom kuratorns glasögon..... | 34 |
| Slutdiskussion | 36 |
| Referenser | 39 |
| Bilaga 1: Intervjuguide 1..... | 41 |
| Bilaga 2: Intervjuguide 2..... | 42 |

Inledning och problemformulering

Efter en 60 år lång kamp tillkom 1 juli 2019 ett legitimationskrav för kuratorer inom hälso- och sjukvård. Under en övergångsperiod kan redan yrkesverksamma som uppfyller krav på antal år inom yrket ansöka om legitimation hos Socialstyrelsen. För socionomer med viss arbetserfarenhet inom andra delar socialt arbete är kravet en godkänd specialistutbildning för att kunna ansöka om legitimationen (Axelsson, Akademikerförbundet SSR 2018). Som en av de allra första studenterna på campus Helsingborg som ska examineras vårterminen 2021 har jag fått möjlighet att skapa en teoretisk grund och en erfarenhetsbank från det kliniska verksamhetsfältet. Den här uppsatsen handlar om kuratorsprofessionen utifrån hur en arbetsgrupp hälso-och sjukvårdskuratorer resonerar kring att implementera och bedriva stödgrupper som en psykosocial insats för patienter med somatiska sjukdomar. Jag vill inleda med att i korthet beskriva den historiska kontexten och socialarbetarens intåg i den svenska sjukvården.

I Sverige, liksom i andra länder, var samhälleliga förändringar orsak till att en profession med sociala kunskaper behövdes i vården för att stödja patienterna. Sveriges allra första kurator, Gertrud Rodhe, anställdes år 1914 i Stockholm. Hon skulle utreda patienternas situation utifrån sociala och ekonomiska aspekter för att kunna bevaka deras intresse under tiden som de vårdades på sjukhus. Rodhes roll utgjordes både av stödjande och praktiska insatser. Det var kuratorns uppgift att ge råd till såväl patienter som anhöriga men också att praktisk planera för att patienter hade sysselsättning och boende när de skrevs ut från sjukhuset och att efteråt följa upp hur situationen utvecklats sig. Andra sjukhus i större svenska städer följde Stockholms exempel och anställde kuratorer i mentalvården men det nationella genombrottet för kuratorstjänsterna kom först på 1930-talet. Riksdagen antog då en ny stadga för sinnessjukvården som innebar att det sociala arbetet skulle vara en del av de statliga mentalsjukhusen. Vad beträffar den somatiska vården anställdes den första kuratorn, Jane Norén, år 1920. Hon utredde patienternas behov och samordnade olika former av hjälp genom samarbete med verksamheter av både offentlig och privat karaktär. Intentionen var att på det viset få sjukvården att fungera på ett mer effektivt sätt (Blom et al. 2014:24-25).

Centralförbundet för socialt arbete (CSA) bildades redan 1903 och kom att få en vital roll i utvecklingen av den svenska kuratorsverksamheten. CSA drev socialpolitiska frågor till debatt vilket bidrog till nya lagar och reformer samt initierade anställningarna för de första kuratorerna. CSA påpekade redan 1935 i en utredning att behovet av det sociala arbetet inom sjukvården inte enbart utgjordes av att stödja patienterna utan också för att effektivisera vårdkedjan men det var först efter andra världskriget som en ökning av kuratorstjänsterna började ses på allvar. Antalet verksamma kuratorer gick från 70 stycken i mitten på 1940-talet till

470 stycken cirka 20 år senare. Primärvården tillkom sedan som en del av det svenska vårdssystemet och blev således ett nytt arbetsområde för kuratorer. Under den här tiden kom kuratorernas fokus också att i högre grad innefatta patienternas psykologiska, existentiella och sociala problem. Förändringen i problemfokusering berodde på att den svenska välfärden tilltog vilket resulterade i att materiella bekymmer hos patienterna minskade i omfattning (Blom et al. 2014:24-27).

Historiskt har kuratorns uppdrag varit att ge emotionellt och praktiskt stöd samt samordnade insatser med en förhoppning om ett effektivare vårdflöde. Hur ser kuratorsrollen ut idag? Vilka likheter och skillnader finns med Rodhes och Noréns uppdrag under 1900-talet? Om vi tittar på beskrivningar av yrket (Lundin et al. 2019:51-52, 55) så framträder en bild där grunduppdraget är väldigt likt det som funnits historiskt. Kuratorn bidrar med sin psykosociala kunskap på individ-, grupp- och/eller samhälls nivå utifrån en kombination av kunskap om mänskligt beteende och samhällets stödfunktioner. Det främst verktyget är det professionella samtalet. Kuratorn kartlägger, bedömer och hittar åtgärder utifrån patientens stödbehov genom att ta hänsyn till psykiska, sociala, fysiska och existentiella faktorer hos patienten. Något som tillkommit i kuratorsrollen på senare tid är vikten av att vara uppdaterad gällande det aktuella forskningsläget exempel kring samband mellan socioekonomiska faktorer och människors hälsa eftersom det inverkar på såväl hälsotillstånd som rehabiliteringsresultat (Lundin et al. 2019:51-52:55-59). Jag kommer närmare beskriva relevanta delar av kuratorsrollen så som den gestaltas i dag under avsnitt Kunskapsläge.

Verksamheten som jag fick min praktikplacering i under hälso- och sjukvårdskuratorsutbildningen hade sex hälso- och sjukvårdskuratorer anställda inom olika områden som tillhandahöll psykosocialt stöd till patienterna. I utvärderingar av patientskolor och i kontakten med patienter med kroniska eller allvarliga sjukdomar fick kuratorerna till sig att patienterna trodde att det vore hjälpsamt för dem att träffa andra med samma diagnos. Detta behov beskrivs även hos Gullacksen (2014:179) som påtalar att träffar med andra patienter med liknande erfarenheter har visat sig vara gynnsamt eftersom det framkallar igenkänning och avdramatiserar den egna sjukdomssituationen. Att inte vara ensam om sin upplevelse verkar underlätta bearbetningen av sjukdomsförloppet såväl som livsomställningen. Lundin et al. (2019:56) framhåller att människans förmåga att hantera kris och motgång har betydelse för hur sjukdom, ohälsa eller funktionsnedsättning sedan kommer inverka på livet.

Behovet patienterna signalerade var också något kuratorerna själva uppmärksammat och majoriteten av kuratorerna hade bedrivit liknande insatser tidigare i den aktuella verksamheten och på tidigare arbetsplatser. Kuratorerna började skissa på ett gemensamt

samtalsmaterial till stödgrupper för patienter utifrån evidensbaserad forskning. Materialet skulle fokusera på emotionella och psykosociala aspekter av att ha en kronisk eller allvarlig sjukdom. På grund av covid-19 pandemin hade kuratorernas haft svårigheter att finna tid till sitt projekt men i samband med planeringen av min uppsats kom det på tal. Mitt uppsatsämne skulle vara relevant och efterfrågat av enheten och samtidigt uppfylla kursplanens kriterier om att empirin skulle inhämtas från praktikplatsen. Kunde jag sammanstråla mitt intresse för professionen med kuratorernas projekt om stödgrupper?

Att leda olika former av samtalsgrupper för patienter och närstående, exempelvis grupper vars syfte är att få bearbeta de psykosociala konsekvenser som uppstått till följd av en viss sjukdom, är en arbetsuppgift som kuratorer inom hälso- och sjukvård själva ansvarar för eller i samarbete med andra medicinska yrkesgrupper (Lundin et al. 2019:53-54). Jag blev mer och mer nyfiken på stödgrupper som en del av hälso- och sjukvårdskuratorns uppdrag. Att undersöka hur en specifik arbetsgrupp kuratorer på en somatisk klinik resonerar när det står inför att implementera och leda stödgrupper för patienter i sin verksamhet blev därför relevant. Vad den här arbetsgruppen framhåller som centralt och utmanande kan ge viktig information om både deras och andra kurators arbetssituation och upplevelse av yrket. Genom mitt uppsatsämne och min konkreta undersökning bidrar jag till befintlig forskning om kuratorsprofessionen. Resultatet kan också leda till förslag på andra forskningsområden rörande kuratorsyrket eller socialt arbete som behöver utforskas vidare.

Avgränsning som gjorts efter hand var att utgå från ett professionsperspektiv på materialet och låta stödgrupper bli det sekundära temat. Den här studien ämnar inte ge några konkreta svar på hur stödgrupper bör bedrivas på bästa sätt utan riktar in sig på kuratorernas föreställningar och hur de talar om insatsen. I flera avseenden är metoden, fokusgruppsintervjuer med inslag av vinjettstudier, något som kan bidra till socialt arbetet som forskningsfält. Den kan till exempel ge inspiration till alternativa sätt att genomföra forskningsprojekt som undersöker grupper där flera intressen ska samspela

Sammanfattningsvis var jag nyfiken på hur hälso- och sjukvårdskuratorer resonerade när de skulle implementera och bedriva stödgrupper i sin verksamhet. Som student var jag intresserad av kuratorernas psykosociala kunskap och erfarenhet som kunde förklara olika agerande i interaktionen med patienterna. Hur konstruerades patientgrupper och vilka faktorer beaktades för att få en fungerande gruppdynamik? Hur är det att vara samtalsledare för en grupp med svårt sjuka patienter? Finns det situationer som är särskilt obekväma eller utmanande med gruppinterventioner jämfört med individuella stödsamtal? Vad finns det för studier om den här typen av gruppinterventioner utifrån ett professionsperspektiv? Jag bestämde mig för att använda

fokusgrupper med inslag av vinjettstudier utifrån befintlig forskning för att undersöka kuratorernas föreställningar om stödgrupper, vilket även kunde resultera i ett litet bidrag till deras projekt.

Att utbilda sig och parallellt sätta sig in i den kommande yrkesrollen innebär att ta in ny kunskap men också reflektera och värdera den. Ibland krävs det dessutom att göra upp med egna föreställningar om yrket som fanns där redan innan utbildningen startade. Svaren jag fick under intervjuerna kom att förvåna mig, mitt material sa något annat än vad jag förväntade mig. Min bild av kuratorsrollen blev utmanad när intervjupersonerna belyste praktiska perspektiv på forskningsfrågan när jag förberett för en abstrakt diskussion. Jag valde att förändra syftet efter inhämtad empiri och riktade in mig på kuratorernas föreställningar och hur de talade om insatsen. Jag reflekterar mer kring den här vändpunkten i avsnitt Metodologiska reflektioner.

Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att undersöka hur hälso- och sjukvårdskurator resonerar kring den egna beprövade erfarenheten av psykosocialt arbete i relation till befintlig forskning om stödgruppers utformning och effekt samt hur hälso- och sjukvårdskuratorerna ställer sig till att implementera och bedriva insatsen för somatiska patienter på den egna arbetsplatsen.

- Vilka föreställningar har hälso- och sjukvårdskuratorerna kring att arbeta med stödgrupper som en psykosocial insats inom hälso- och sjukvård?
- Vilka utmaningar och farhågor ser hälso- och sjukvårdskuratorerna med att utforma och leda stödgrupper för patienter?

Förtydligande

Formuleringen befintlig forskning avser de vetenskapliga artiklar som använts som inspiration vid utformning av vinjetterna till intervjutillfälle två.

Kunskapsläge

Avsnittet avser att ge en inblick i forskning med koppling till uppsatsens tema. Först läggs en teoretisk bas genom relevanta delar av professionsteori eftersom jag undersöker en så kallad semiprofession och deras resonemang runtomkring en specifik arbetsuppgift. Därefter beskriver jag hur hälso- och sjukvårdskuratorns uppdrag uppstår och gestaltas med en tanke om att ge ett bredare perspektiv på yrkesrollen än vad min egen studie gör samt uppmärksamma likheter och skillnader mellan mina fynd och befintlig forskning. Jag sammanfattar den forskning som vinjetterna i den andra fokusintervjun grundar sig på. Aspekter av att implementera och bedriva

insatsen stödgrupper skildras ur ett professionsperspektiv för att uppmärksamma komplexiteten i insatsen. Avslutningsvis sammanfattar jag kunskapsläget i relation till min studie.

Att definiera begreppet profession

Kunskaps- och informationssamhälle innebär att allt fler professionella yrkesgrupper praktiserar, systematiserar och institutionaliserar vetenskaplig forskning och uppfinningar som blivit ett självklart inslag i samhällets specialiserade arbetsindelnings. Teknologi, ekonomi, utbildning, kommunikation, social kontroll och vård är några exempel på *centrala kulturella värden* som professioner riktar sig mot och vars distinktionen gällande kulturella angelägenheter är en del i förklaringen till statuskillnader mellan olika yrken (Brante 2009:16-17, 30; 2014:14-16:20). Professionsforskningen har haft stora svårigheter att skapa en heltäckande definition av professionsbegreppet. Brante (2009:25-28) framför följande definition:

Professionella yrken är i något avseende organiserade, relativt autonoma bärare och förmedlare av samhälleligt sanktionerade, abstrakta kunskapssystem som ger dem förmågan att utföra handlingar som uppfattas som svåra, skickliga och värdefulla av allmänheten/klienten (Brante 2009:28).

Det finns även tre generationer, *skikt*, av professioner vilka är *klassiska professioner*, *semiprofessioner* och *preprofessioner*. Jag kommer fokusera uteslutande på mellanskiktet som är exempelvis lärare, sjuksköterska och socialarbetare vars yrken uppstår under efterkrigstiden med koppling till statens trygghets- och välfärdssystem. Moderna former av dessa professioner befinner sig i större organisationer till exempel inom offentlig sektor och är skapade av byråkratin.

Semiprofessionerna uppfyller inte alla utmärkande professionsdrag, eller uppfyller inte dem i lika hög grad, som de klassiska professionerna. Deras samhälleliga belöningar så som status och löner är lägre och de är betydligt mer styrda av politik såväl som av andra professioner samt är fler i antal med en stor expansion i och med välfärdsstatens utveckling. Utbildningarna är tvärvetenskapliga, i stället för specialiserade, och yrkenas organisering har fler likheter med traditionella fackförbund. Därtill finns en inbyggd spänning mellan den praktiska och akademiska sidan av semiprofessioners ämnen. Vissa argumenterar för att den praktiska yrkeserfarenheten är basen medan andra i stället anser att det finns ett konstant behov av att utöka den teoretiska förankringen (Brante 2009:30-31).

Psykosocialt arbete i en medicinsk kontext

I en studie med etnografisk ansats genomfördes fältstudier av åtta hälso- och sjukvårdskuratorer och fokusgrupper med ytterligare åtta stycken vilket visade att kuratorns arbete inte var självklart varken för patienterna, andra professioner eller dem själva. Arbetsuppgifterna uppstod i förhandling av det vardagliga arbetet i vården. Kuratorn balanserade mellan aktivitet och passivitet genom att ta initiativ och göra bedömningar av vilka bekymmer som blev hennes problem, vilka positioner som hon borde inta och vilka funktioner hennes arbete skulle fylla. Kuratorn reglerade också graden av transparens av sina handlingar inför andra (Sernbo 2019:139-141). Kuratorerna särskilde sina arbetsuppgifter i Emotionellt arbete som innebar *regelrätta samtal* och materiellt arbete som innefattade så kallat *meck* alltså praktiska problem. Övriga professioner såg kuratorns arbete som ett förväntat krisstöd av patientens hantering av sin sjukdom och organisationens effektivitets- och specialiseringslinjer räknade med stöd att upprätthålla patienternas följsamhet. Funktionen med kuratorns arbete förhöll sig, likt historiska förväntningar på yrkesrollen, som avlastande och avgränsande och beskrevs som sjukvårdens nätverk av händer. Kuratorn kunde uppmärksamma och positionera sig åt olika håll och därigenom understöddes så kallade linjer. Positionering med patienten innebar ett patientperspektiv där linjen utgjordes av patientens livslinje och horisonten är hur denne ska må bättre. Om kuratorn i stället positionerade sig med sjukvården intogs i stället ett organisationsperspektiv med syfte att undanröja hinder, patienternas avsteg från effektivitetslinjen, exempelvis i samband med utskrivning. En positionering närmare någon part innebar dock ett avsteg ifrån den andra partens linje (Sernbo 2019:139-141, 177-178).

Institutionella ojämlikheter skapade ett beroende till andra vårdprofessioners jurisdiktion utifrån hur de förhöll sig till det sociala arbetet och erkände kuratorns arbetsuppgifter. Organisatoriska tidsramar och värderingar ledde till att andra förmedlade kontakten till patienter som behöver kuratorns uppmärksamhet vilket utgjorde ytterligare en dimension av beroende till annan personal (Sernbo 2019:177-178). Vid konflikter, motstånd eller oförväntade handlingar från patienterna under samarbetet mellan patient och personalen, som sjukvården idealiserade, tillkallades kuratorn. Positioneringar blev i dessa lägen laddade och avgörande eftersom kuratorns kapital utgick från relationerna och agerande fick därför inte riskera att leda till att vare sig organisationen eller patienterna kände sig svikna (Sernbo 2019:211-212).

En jämförande undersökning av jurisdiktionsarbete i svenska och tyska hälso- och sjukvårdskuratorers organisationer, genom en 19 år lång dokumentsammanställning och två fokusgrupper, visade att det var stor skillnad mellan länderna i fråga om både interna och externa organisationsfaktorer. Resultatet synliggjorde också två olika strategier kring jurisdiktionsarbetet.

I Tyskland lutade sig professionen främst mot en *aposematisk* strategi som återkommande skilj ut den egna professionen och härledde till socialt arbete vilket fick dem att framträda i den medicinska kontexten. I Sverige upplevde snarare den egna profession som ett hinder och den *mimetiska* strategin användes i stället för att finna likheter med andra vårdprofessioner och därigenom försöka smälta in i sjukvårdens sammanhang (Sjögren 2013)

Utmaningar med patientrelaterade stödgrupper

En grupp avsedd för patienter med samma sjukdom eller tillstånd kan definieras enligt följande “a group of people with common experiences and concerns who provide emotional and moral support for one another.” (Hu 2017:587). Att delta kan bland annat att minska graden av ångest och stödja utveckling copingstrategier genom att få utbildning om sin sjukdom, dela sina tankar med andra patienter och fått lyssna till deras erfarenheter och upplevelser (Hu 2017).

Med utgångspunkt i intervjuer och enkäter från 26 personer som aldrig deltagit en stödgrupp för cancerpatienter och 87 personer som avbrutit sin medverkan visade resultatet av en studie att både individuella och grupprelaterade faktorer kunde utgöra orsaken. Vanliga skäl var tidsbrist, krock med arbetstider eller andra praktiska skäl, att behovet av stödgruppen hade upphört eller att det fanns en önskan om att lämna canceridentiteten bakom sig. Det kunde också bero på en icke tillfredställande interaktion med ledaren eller gruppmedlemmarna, stämningen i stödgruppen eller en upplevelse att inte få sina behov tillgodosedda (Ussher et al. 2008).

En teoretisk analys med utgångspunkt i ett socialt jämförelseperspektiv undersökte gruppammansättning och effekt i psykosociala program för cancerpatienter. Studien jämförde en grupp bestående av både oroliga och icke oroliga patienter med en grupp med endast oroliga patienter. I den heterogen gruppen fick oroliga patienter fler jämförelsepunkter och närvaron av icke oroliga gynnade dem till skillnad från patienterna i den homogena gruppen. Det var osäkert vilka vinster ett deltagande gav patienter som inte var oroliga, eller om deltagandet till och med sänkte deras livskvalité, eftersom de inte kunde göra en fördelaktig social jämförelse i stödgruppen. Etiska aspekter av att ta in icke oroliga deltagare till en gruppbaserad psykosocial insats i syfte att hjälpa andra patienter diskuteras vidare i artikeln (Taylor et al. 2007).

I en större enkätstudie med cancerpatienter i 54 grupper undersöktes förhållandet mellan normers inverkan på patientresultatet. Utgångspunkten var hur väl överensstämmande patienterna och ledarens normer var. Resultatet utvärderades av Center for Epidemiological Studies genom två standardiserade frågeformulär och visade att desto högre överensstämde med ledarens normer desto större var sannolikheten att patienten skulle få fördelar av att delta i stödgruppen, detta oberoende av vilka normer de rörde sig om. De som i minst grad fick positiva effekter av stödgruppen var patienter som såg sina gruppkonstellationer godkänna intensiva

känsloutspel eller aggressiva konkurrensbeteenden (Altman, Golant & Lieberman 2004).

Frekvensen i deltagande och upplevd nöjdhet med patientgrupper efter avslutat rehabiliteringsprogram undersöktes i en studie vars syfte var att urskilja deltagare och icke deltagares medicinska, psykosocial och demografiska skillnader för att finna prediktorer för att medverka i stödgrupper. 1281 patienter fick genomföra utvärderingar gällande exempelvis socialt stöd, copingstrategier, livskvalité, psykosocial oro och ångest, smärta och nedstämdhet. Självskattningarna gjordes i början, slutet och 12 månader efter avslutad rehabilitering. Resultatet visade att psykosocial oro och medicinska faktorer inte var den primära anledningen till att patienterna medverkade i stödgrupper utan det var snarare faktorer såsom att för tillfället genomgå utökad behandling, ha en copingstrategi med högre emotionell inriktning eller vara arbetslös (Sautier et al. 2013).

Sammanfattning

Professionsteorin (Brante 2009; 2014) fungerar i min studie som en förståelse kring den yrkeskategori som jag undersöker. Semiprofessionens utmärkande drag i förhållande till kuratorsprofessionen används för att begripliggöra resultat som min studie genererat (se Slutdiskussion). Jag har hämtat inspiration till forskningsfrågan från studien om kuratorsprofessionens gestaltning (Sernbo 2019) men tagit ett steg närmare genom mitt val att fokusera på hälso- och sjukvårdskuratorns psykosociala arbetsuppgifter utifrån en specifik insats, stödgrupper. Jag tillämpar även Sernbos (2019) studie som en referenspunkt i delar av analysen samt i förhållande till några av mina resultat (se Slutdiskussion). Jag har använt resultatet från studien om tyska och svenska hälso- och sjukvårdskuratorers organisationsrelaterade strategier (Sjögren 2013) när jag reflekterar och argumenterar för fynd som framträtt som behov av verksamhetsutveckling (se Slutdiskussion). Definitionen av stödgrupper och vad de kan innebära (Hu 2017) har jag valt för att lägga en gemensam grund för vad betydelsen av insatsen stödgrupper i den här studien syftar till. Resterande forskning (Ussher et al 2008; Taylor et al 2007; Altman, Golant & Lieberman 2004; Sautier et al. 2013) som alla berör olika aspekter av insatsen har använts som inspiration vid utformningen av vinjetterna till den andra intervjun (se Bilaga 2).

Teoretiska utgångspunkter

Även här har jag gått mellan deduktivt och induktivt förhållningssättet för att finna passande teorier utifrån vad materialet visat under arbetets gång. Det explorativa sökandet resulterade i teoretiska ramverk i tre teman som begripliggör studiens resultat. Det första temat berör

handlingsutrymme inom socialt arbete och gräsrotsbyråkrati som är relevant för att förstå ramarna som finns runtomkring kuratorns uppdrag. Det andra temat beskriver det dramaturgiska perspektivet på interaktion och samspel mellan människor som ger en förståelse för det som sker när kuratorn och patienterna i stödgruppen träffas. Det tredje temat belyser den normerande verkan som kan utgöra grunden för hur kuratorerna ser på och förhåller sig till sina patienter och deras omständigheter.

Handlingsutrymme

Beskrivningar av socialt arbete som praktik kommer användas för att analysera kuratorns psykosociala arbete som sker inom en kontext där andra kunskaper och frågeställningar har företräde. Begreppet handlingsutrymme har valts för att förklara studiens resultat kring kuratorernas motstridiga möjligheter att styra över och utföra sitt uppdrag. Jag har även använt Lipskys (2010) teori om gräsrotsbyråkrater för att förstå den organisatoriska kontext som kuratorerna förhåller sig till och hur organisatoriska villkor inverkar på kuratorernas handlingsutrymme.

Att sätta sig in i klientens livssituationer för att sedan tillsammans hitta lösningar är socialarbetarens ständiga utmaning. Socialarbetarens handlingar kan vara olika beroende på verksamhet till exempel att ringa ett telefonsamtal, fatta ett beslut eller följa en manual i ett behandlingsprogram men är en del av en större helhet vilket gör praktiken levande och kreativ. Ibland förs diskussioner om socialt arbete som rationellt och logiskt, som om det fanns förutbestämda handlingar som ger de rätta resultaten. Socialt arbete är emellertid en mångfacetterad verksamhet som möter olika människor där det inte på förhand går att förbereda sig för alla tänkbara och otänkbara scenarion som kan uppstå. Improvisationer blir ofta nödvändiga när det rationella förberedelserna inte räcker fullt ut. Improvisationerna bygger på socialarbetarens kunskap, färdighet och erfarenhet och är inte helt intuitiva. Socialarbetaren behöver lära sig att reflektera och bedöma varje unik situation (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008:15:18:21).

Yrkesrollens professionella kunskap tillsammans med organisatoriska ramar definierar handlingsutrymme. Socialarbetaren behöver ha god kännedom om sitt eget och organisationens uppdrag, tillgängliga resurser och hur den som kommer i kontakt med organisationen uppfattar den för att kunna skapa sig en bild av vilket handlingsutrymme som finns. Det är också av vikt att veta vilka former av socialt arbete som organisationen uppmuntrar och ställer sig bakom. Själva klientmötet tillsammans med socialarbetarens egna värderingar, intresse och personlighet reflekterar sedan på vilket sätt handlingsutrymme kan tillämpas och i vilken utsträckning (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008:15:25:32). Handlingsutrymme

innebär att ha en valmöjlighet i sitt agerande inom organisationens uppsatta ramar. Regler lämnar alltid ett visst rum för tolkning och det är där socialarbetarens professionella kunskap inverkar på vilka handlingar som ter sig rimliga och meningsfulla. I utrymmet som finns mellan organisationens regler kan socialarbetaren själv välja alternativ för sitt agerande och bedöma valens rimlighet vilket alltså är själva handlingsutrymmet. Socialt arbete är en relativ verksamhet med dilemman och osäkerhet som inte kan byggas bort. Socialarbetaren ställs återkommande inför oförutsägbara händelser och varierade beslut vilket gör att hen också behöver känna trygghet i osäkerheten och se möjligheter i stället för hinder. Handlingsutrymmet är således en nödvändig aspekt inom socialt arbete och skiftar mellan olika sammanhang (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008:24-25:30).

Gräsrotsbyråkrati

Gräsrotsbyråkrater är Lipskys (2010) benämning av socialarbetare vars profession har som uppgift att implementerar det som organisation och stat bestämt. Det finns en avsaknad av riktlinjer för det specifika arbete som ska utföras vilket lett till att gräsrotsbyråkraterna själva fått skapa informella sådana. Vid implementeringen av organisationers och statens ramar kan de använda sitt professionella handlingsutrymme för att anpassa uppdragsgivarens riktlinjer efter individen. En socialarbetarens arbete kan inte mätas genom exempelvis att titta på transaktioner, tid eller antal som vid arbeten som är vinstdrivande eller marknadsorienterade. Det är för många variabler för gräsrotsbyråkraterna för att få utvärderingen realistisk så deras arbete saknar effektiva mått för att fastställa den gemensamma produktionen av olika ärenden.

Gräsrotsbyråkraters arbete mäts i stället utifrån kvalité och effektivitet men inte heller detta har ett etablerat mått. Socialarbetare har format egna målsättningar och mätinstrument för sitt arbete för att gardera sig, inför omgivningen såväl som inför sig själva, att de lever upp till förväntningarna. För att minska känslan av otillräcklighet har gräsrotsbyråkraterna format privata mål kring vem de har möjlighet att hjälpa och inte eftersom också gränssättning kring arbetets omfattning varit oregerade (Lipsky 2010:48:144-145).

Att interagera med andra – ett scenframträdande

Goffmans (2009) beskriver metaforiskt människors interaktion som ett skådespel på en scen. Det dramaturgiska perspektivet har valts för att tolka det som sker mellan kuratorerna och patienterna under stödgruppen. När stödgruppstillfället översätts till en teaterpjäs blir det tydligare hur utmaningar och farhågor som kuratorerna möter när de ska hantera en grupp patienter skiljer sig åt jämfört med vid enskilda patientsamtal. Nedan följer en komprimerad version av det dramaturgiska perspektivet med endast de utvalda begrepp som ter sig intressanta utifrån studiens

syfte vilka är Framträdande, Team och Regionbeteende.

Det dramaturgiska perspektivet byggs upp genom begrepp och liknelser hämtat från en teaterföreställning och ämnar beskriva hur människor beter sig i en vanlig arbetssituation. Utgångspunkten är att individen framställer sig och sin aktivitet inför andra, likt en skådespelare för sin publik, och har i det agerandet motiv att kontrollera och styra den uppfattning som de andra bildar sig av individen i den aktuella situationen. När människor möts sker generellt ett försök att samla in upplysningar om de andra individerna, eller tillämpa tidigare insamlade upplysningar. Dessa upplysningar avser socioekonomisk ställning, grad av kompetens och pålitlighet, självbilden och attityden inför de andra. Upplysningarna har som funktion att skapa en bild av situationen och på förhand veta vad som kan förväntas av de olika individerna. Tillräckliga upplysningar kan ge information nog för att veta vilket beteende som lämpar sig bäst för att få de andra att reagera på ett önskvärt sätt. Om någon individ är helt okänd kan utseende och uppträdande fungera som ledtrådar. Dessa förs samman med tidigare erfarenheter av andra liknande individer eller så kan en hypotetisk uppfattning testas på den okände individen (Goffman 2009:9-11:22).

Framträdandet

Individen förutsätter att de som observerar hen ska tro på den spelade rollen, de egenskaper hen vill ge sken av att besitta, att hen kommer utföra sitt uppdrag korrekt och att allt är som det verkar. *Fasaden* står för den delen av framträdandet som individen medvetet eller omedvetet använder på regelbunden basis. Fasaden kan delas in i ytterligare beståndsdelar där *inramningen* avser att inbegripa scenen och den expressiva rekvisitan som finns tillgänglig vid framträdandet. Inramningen är platsbunden vilket kräver att individen som vill bruka den behöver ta sig till den. Expressiva detaljer, så kallad *personlig fasad*, går att härleda till individen och är till exempel kön, ålder, klädsel, utseende, kroppsspråk och mimik, sätt att tala, gestikulerande med mera. Den personliga fasaden delas sedan in i *uppträdande*, de stimuli som för närvarande informerar om social status och *manér*, de stimuli som för närvarande informerar om vilken roll den agerande avser intaga i den givna situationen. Uppträdandet och manéren kan vara sammanhängande eller råka i strid. De sistnämnda infaller om en individ med hög social status använder ett manér som anspelar på ett jämlikt förhållande med publiken (Goffman 2009:28-31).

Team

Det förekommer att framträdandets huvudsakliga syfte inte att karaktärisera individen själv utan den uppgift som hen ska utföra. Representanter från akademiska yrken, hantverkare, affärsmän

och byråkrater vill säkerställa att deras produkt eller tjänst framställs på ett fördelaktigt sätt genom att exempelvis använda ett manér som ger uttryck för sakkunnighet och integritet. Den personliga fasaden används här för att individens uppträdande och manér kan bli användbart i ett annat och större sammanhang snarare än att framställa sin egen person på bästa vis. När det gäller teamframträdande kan det innebära att någon blir tvungen att spela sin roll på ett annat sätt än det sedvanliga för att få teamet som helhet att framställas på ett tillfredsställande sätt inför de som observerar teamet. Ett exempel från den privata arenan som belyser detta är då ett par bjuder hem nya vänner på middag. Paret lägger då till med nya beteenden och samspekar på ett lite annorlunda sätt än de skulle gjort om de åt i avskildhet för att upprätthålla en bild av deras äktenskap såsom gästerna förväntar sig. *Team* används för att beskriva när flera individer samarbetar för att framställa ett förlopp av handlingar, en så kallad *rutin*. Medlemmarna av teamet är således beroende av varandra under uppträdandet eftersom de måste lita på att ingen förstör framträdandet genom att bete sig olämpligt (Goffman 2009:73-75:77).

Regionbeteende

Vid ett specifikt framträdande kan *främre region* användas som beteckning på den plats eller det rum där framträdandet utspelar sig. Det kan också verka som att individen vill ge uttryck för ett upprätthållande av vissa normer. Normerna kan delas in i *hövlighetsnormer* som avser sättet den framträdande talar till och samspekar med sin publik och *dekorum* som står för de hur aktören beter sig när publiken är utom syn- och räckhåll. Dekorum kan också delas in i *moraliska* och *instrumentella* krav. Moraliska krav består av regler som syftar till att respektera och inte ofreda andra medan instrumentella krav inte har något självändamål och åsyftar de anställdas skyldigheter inför sin arbetsgivare, exempelvis att inte förstöra interiör.

Bakre region används som beteckning för det som sker bakom scenen, det vill säga i kulisserna. När individen framträder, i den främre regionen, undertrycker hen aspekter som skulle kunna skada det intryck som ska förmedlas på scenen. Dessa undertryckta aspekter kommer till uttryck i kulissen. Här kan skådespelarna gå ur sina roller och lägga bort fasaderna, teammedlemmarna kan gå igenom manus och träna eller utestänga en medlem som inte håller måttet, rekvisitan och kostymer kan lugnt granskas inför nästa scen. Aktörerna slappnar av eftersom publiken saknar tillträde hit (Goffman 2009:97-98:101-102).

Normeringspraktik och tacksamhetsskuld

Referenser i detta tema kommer användas för att skapa förståelse för vilket slags normsystem som kan ligga till grund för kuratorernas sätt att se på sina patienter. Genom att belysa hur socialarbetares yrkesmässiga och enskilda normer inverkar på det praktiska arbetet kan också

kuratorernas förhållningssätt inför sina patienter göras begripligt. Studien av Wiseman (Järvinen 2008) kommer användas för att analysera hur hälso- och sjukvårdskuratorerna talar om patienternas omständigheter, beteenden och reaktioner i jämförelse med socialsekreterarna och deras klienter i Wisemans undersökning.

Socialarbetare möter medborgare i skilda kontexter vilket gör det svårt att beskriva socialt arbete i allmänna ordalag eftersom innebörden av skiftar mellan olika praktiker. Socialt arbete som vilar på en historisk bas av både ideellt och socialpolitiskt engagemang. Idéburna organisationer, där människor möts och agerar utifrån en gemensam syn på vem som behöver hjälp och hur stödet ska ges, har en tydlig normativ stävan. Ambitionen kan vara en inre övertygelse eller trosuppfattning men likväl en emotionell drivkraft. Att det känns rätt att hjälpa andra. Socialt stöd som ges av lagstyrda myndigheter har även dessa en normativ utgångspunkt. Socialt arbete påverkas i alla led av vilka idéer om vår värld som är i fokus för tillfället. I vissa perioder råder en jämlikhetsnorm, socialarbetare ska verka tillsammans med de svaga klienterna. Andra perioder ingriper en allmän uppfattningen om att socialarbetaren är *den andre* som möter klienten med en professionell expertis. Med andra ord gestaltar det sociala arbetet rådande normer men reflekterar samtidigt yrkesgruppens egna normverk. Vilka perspektiv och normer som den enskilde socialarbetaren har kommer således ha inflytande över det praktiska arbetet (Svensson 2007:20-21). Verksamheterna inom socialt arbete strävar efter att människor som saknar tillgång till vad som anses normalt ska få det vilket gör socialt arbete till en normeringspraktik. Det finns en inbyggd värdeladdning i normalisering som begrepp i dess arbete. Värdet bestäms av bedömarens normer exempelvis att det är positivt att hjälpa utsatta att ta del av det majoriteten åstadkommit eller att det är förtryck att försöka förändra människors beteende och ageranden (Svensson 2007:30-32).

Järvinen (2006:80) beskriver Wisemans undersökning *Stations of the Lost* som utgår från olika verksamheter inom socialt arbete dit utsatta människor söker sig. Socialarbetarna i verksamheterna framhävde att nästintill alla klienter hade ett akut behov av hjälp, men deras stöd och engagemang visade sig fördelas ojämnt. Klienterna behövde visa sig värdiga att få ta del av verksamhetens resurser, de skulle reagera korrekt på hjälpen de fick samt även visa socialarbetaren att livssituationen förändras av dennes hjälp. För att den hjälpsökande ska få socialarbetarens sympati var en livshistoria som socialarbetaren själv kunde leva sig in i fördelaktig, en missbrukande man som förlorat sin familj var lättare att förstå än den som föll i missbruk eftersom han tyckte alkohol smakade gott. Socialarbetarna förväntade sig att klienterna som de hjälpte skulle visa tacksamhet och när de inte gjorde det beklagade sig socialarbetarna över klienterna. De hjälpsökande beskrevs som egoistiska, att de utnyttjade systemet och inte såg

allt som socialarbetarna gjorde för dem. Klienterna själva upplevde sig ha rätt till hjälpen, att som hemlösa få sova på härbärgat eftersom det var till för just hemlösa människor. Mötena mellan socialarbetarna och klienterna ledde till missnöje hos båda parter: socialarbetarna kände sig utnyttjade och klienterna kände sig förolämpade.

Metod

Behovet att problematisera företeelser som uppstått under processen har gjort detta kapitel osedvanligt långt men förhoppningsvis kan reflektionerna bli ett bidrag för andras kommande studier. Avsnittet inleds med övergripande metoder som använts till forskningsdesignen. Studiens genomförande presenteras sedan tillsammans med ställningstaganden gällande exempelvis urval och intervjuformat samt bearbetning och analys av materialet. Därefter sammanfattas intervjupersonernas bakgrund. Metodologiska reflektioner berör digitala intervjuer, min förförståelse och en redogörelse av etiska överväganden. Avslutningsvis diskuterar jag studiens kvalitet.

Socialvetenskaplig forskning

Kvalitativ metod

En kvalitativ ansats valdes eftersom studien avsåg att utforska intervjupersonernas subjektiva upplevelser, resonemang och föreställningar vilket ligger i linje med kvalitativ forskning som enligt Kvale och Brinkmann (2014:69) kan producera kunskap om vår samtalsverklighet. Inom kvalitativ forskning finns också en tolkningsinriktad positionering där den sociala verkligheten förstås genom hur människor i en specifik miljö tolkar sin verklighet vilket är en passande ståndpunkt när intervjupersonerna utgör en profession (Bryman 2011:340).

Kvalitativ metod har ofta ett induktivt förhållningssätt där forskaren låter sina upptäckter styra snarare än att testa en förutbestämd hypotes. I analysprocessen kan induktion innebära att koda materialet för att leta efter mönster och sedan formulera tänkbara förklaringar som sedan kan bilda en teori (Bryman 2011:341; Kvale & Brinkmann 2014:238-239; Olsson & Sörensen 2011:48). Ett induktivt och mer explorativt förhållningssätt visade sig krävas för att tillgodose både praktikplaceringens krav på ämne och mitt eget uppsatsämne (2011:341).

Inom kvalitativa området finns olika åsikter om hur kvalitén ska bedömas och de specifika kriterier för att bedöma kvalitativa resultat, tillförlitlighet och äkthet. Kritik som ofta riktas mot kvalitativ forskning är att den kan vara svåra att replikera. Studierna anses för subjektiva, för otillräckliga i sin transparens och att resultaten blir svåra att generalisera till andra situationer än den där resultaten alstrades (Bryman 2011:351-353:368-370).

Fokusgruppmetod

Fokusgrupper är vanligt inom samhälls- och vårdvetenskaplig forskning och innebär att intervjupersonerna tillsammans diskuterar olika perspektiv på ett avgränsat tema under ledning av en gruppleddare. Metoden är användbar för att fånga resonemang och uppfattningar där fokus ligger på samspelet i gruppen och det som intervjupersonerna konstruerar gemensamt samt kan användas som komplement till kvalitativa eller kvantitativa ansatser för att kombinera metodernas styrkor. Fokusgruppmetoden skiljer sig från gruppintervjuer eftersom interaktionen är en del av datainsamlingen. Det skapas också ett samspel med forskaren som ger fördelar eftersom deltagarna utmanar och svarar varandra samt genererar fler förståelser och perspektiv. Deltagarna i en fokusgrupp har valts ut för att de är en homogen grupp utifrån en för studien intressant aspekt (Dahlin-Ivanoff 2015:81-82) vilket i det här fallet var de sex hälso- och sjukvårdskuratorer som var knutna till kliniken. Valet att göra fokusgruppsintervjuer byggde på forskningsfrågan som fokuserade på hälso- och sjukvårdskuratorers kunskap och föreställningar vilket gjorde det lämpligt att inspireras av fokusgrupper tillsammans med den kvalitativa ansatsen.

Tanken är att ämnet ska diskuteras utifrån gemensamma erfarenheter i en för deltagarna känd och trygg miljö vilket kan tolkas som ett försök till att göra intervjusituationen mer naturlig. För ett utbyte av erfarenheter behövs ett engagemang i gruppen vilket skapas genom att involvera deltagarna i samtalet (ibid.). Metoden kan väcka medvetenhet hos intervjupersonerna om saker de inte tänkt på eller ge möjlighet att omvärdera eller stärka befintliga åsikter. Gemensamma problem kan upptäckas och diskuteras i gruppen där samspelet kan utveckla deltagarnas referensramar som de använder för att förstå egna erfarenheter. Även forskaren lär av deltagarna som är experterna på forskningsämnet. Utbytet och lärandet ger metoden inslag av heuristisk process (Dahlin-Ivanoff 2015:81-83). Ett underliggande syftet med studien var att låta kuratorerna samlas och diskutera sitt kommande projekt utifrån sin profession och sina tidigare erfarenheter. Att kuratorerna dessutom verkade utgöra en inarbetad gruppkonstellation gjorde fokusgrupper till det självklara valet när intervjusituationen skulle utformas.

Vinjettmotoden

Vinjetter är verklighetstroga och korta historier som kräver ett ställningstagande från intervjupersonerna. Forskaren har byggt in utmärkande aspekter i innehållet som bedömts vara avgörande för intervjupersonernas positionering gentemot den beskrivna situationen eller personen. Det gemensamma för vinjettstudier är just att de utgår från hypotetiska situationer för att undersöka människors val och bedömningar med utgångspunkten att dessa grundar sig i en

viss lagbundenhet och normativa principer. Vinjettmetodens uppgift är att urskilja bedömningsprinciper från både gemensamma statistiska tendenser och skillnader utifrån kön, etnisk identitet, ålder och ideologisk ståndpunkt kopplat till behandling eller individnivå (Jergerby 1999:12:21). Metoden har i den här studien varit en stor inspiration för att skapa ett interagerande och trovärdigt diskussionsunderlag under fokusgruppsintervju nummer två. Syftet var att skapa en naturlig ingång till samtal om kuratorernas expertis och deras utmaningar i arbetet med stödgrupper och samtidigt presentera aktuell forskning för intervjupersonerna på ett levande sätt.

Urval

Kriterierna var delvis inramade från start: empiri skulle inhämtas från praktikplatsen och verksamhetens intresse skulle tillvaratas. Tillträdesprocessen automatiserades därför genom praktikplaceringen och kriterierna för urvalet utkristalliserades genom forskningsfrågan som riktade sig mot personer med anställning som hälso- och sjukvårdskurator. Urvalsprocessen startade med en första muntlig förfrågan under ett digitalt möte till de sex verksamma hälso- och sjukvårdskuratorerna vid kliniken. Urvalet liknar ett så kallat målinriktat urval som används när det finns en medveten intention om att få forskningsfrågan och urvalet att harmonisera (Bryman 2011:434). Samtliga anställda kuratorer tackade ja till att delta under förutsättningar att intervjuerna gjordes digitalt på grund av rådande restriktioner i verksamheten avsett spridning av covid-19 viruset. Datum för den första intervjun bestämdes i samband med den muntliga förfrågan och datum för den andra intervjun bokades senare.

Information om studien gavs vid flera tillfällen. I samband med förfrågan om deltagande lämnades kort muntlig information som senare följdes upp med utförlig information inför och i samband med genomförandet av intervjuerna. Ett mejl om mitt forskningsprojekt skickades även till verksamhetschefen som godkände att jag intervjuade kuratorsgruppen via länk. Intervjupersonerna fick information om studiens syfte, intervjuernas tillvägagångssätt och att en inspelning skulle göras för senare transkribering. Kuratorerna fick veta att deras insats var frivillig och att samtycket kunde dras tillbaka under processens gång. Jag informerade också om att insamlingen, bearbetningen och presentationen av materialet i uppsatsen skulle ske på ett sådant sätt att konfidentialiteten kunde säkerställas. Inför den andra intervjun kompletterades den tidigare muntliga informationen med utförligare instruktioner i ett mejl några dagar före intervjun. Detta med en förhoppning om att tydliggöra syftet, dagordningen och att deltagarna skulle vara orienterade i vad som väntade när intervjun väl genomfördes för att effektivisera tiden.

Antalet intervjupersoner kan diskuteras utifrån möjligheten till representation. Eriksson-Zetterquist och Arhne (2015:42) menar att sex intervjupersoner i de flesta studier inte

blir representativt och argumenterar för att det krävs mellan tio och femton intervjupersoner. Enligt Bryman (2011:436) blir det dock relevant att ställa storleken på urvalet i relation till studiens omfattning eftersom riktlinjen är att en bredare forskningsfråga och fler jämförelser mellan grupper kräver fler antal intervjuer. Den kvalitativa forskaren får göra en bedömning av den så kallade teoretiska mättnaden i materialet, utan exakta kriterier, som avser huruvida de teman som framträder under analysen är tillräckligt varierande och uttömmande. Den här studien undersöker i första hand gruppen som tillhör urvalet och därefter ingriper den professionen i stort. Tidsram hindrade ett större antal intervjuer men två fokusgruppsintervjuer med samma arbetsgrupp genomfördes vilket kan ha bidragit till en teoretisk mättnad. Min bedömning är att materialet är tillräckligt uttömmande för att säga något om arbetsgruppen i synnerhet men vissa delar går även att relatera till professionen i allmänhet.

Genomförande

Materialet samlades in genom två kvalitativa fokusgruppsintervjuer med en månads mellanrum. Syftet med den första intervjun var att få bakgrundsinformation om intervjupersonerna och kartlägga deras etablerade psykosociala gruppinterventioner samt tankar om kommande projekt. Syftet med den andra intervjun var att koncentrera mig på gruppens resonemang utifrån deras psykosociala kunskap kopplat till vinjetternas innehåll, ge kuratorerna aktuell forskning om stödgrupper samt möjliggöra för dem att diskutera sitt projekt. Båda intervjuerna skedde digitalt via kommunikationsplattformen Microsoft Teams. Avsikten med valet av plattform var en förhoppning om att underlätta för intervjupersonerna genom att välja det kommunikationsmedel som de använde i sitt dagliga arbete och på så sätt minimera tekniska problem under intervjutillfällena. Muntlig information (se Urval) lämnades till deltagarna. Intervjuerna spelades in genom den tilltänkta funktionen för ändamålet i Microsoft Teams.

Intervju 1

En Semistrukturerad intervjuguide (se Bilaga 1) valdes eftersom frågorna då inte behöver ställas i en viss ordning och nya frågor kan konstrueras under intervjuens gång. Svaren intervjupersonerna ger kan vara ganska fria i utformning men forskaren har specifika teman som ska beröras (Bryman 2011:415). Under intervjun upptäcktes en ogenomtänkt aspekt i intervjuguiden vilket var delen som avsåg kartlägga kuratorernas yrkesmässiga bakgrund. Frågorna ställdes till en intervjuperson i taget vilket tog längre tid i anspråk än jag förutspått. Konsekvensen blev att jag ofrivilligt fick prioritera bland vilka av de resterande frågorna jag skulle ställa.

Min tanke var att inta en forskarroll som är sed under fokusintervjuer (se Socialvetenskaplig forskning). Intervjupersonerna informerades därför om min intention med att

främst observera diskussionen och lyssna efter gruppen gemensamma åsikter. Det visade sig inte vara genomförbart att uppnå en diskussion med mig i bakgrunden via en digital plattform av flera anledningar (se Metodologiska reflektioner). Jag valde därför tidigt i intervjun att i stället inta en medskapande forskarroll. Jag summerade också kommentarer med förhoppningen om att få medhåll, eller motargument, från de intervjupersoner som inte verbalt eller med kroppsspråk förmedlade någon åsikt i diskussionen. Vad mitt agerande innebär kan förstås genom Kvale och Brinkmann (2014:233) som anser att intervjusituationen inte bör ses som en insamling uttalanden utan mer liknas vid ett samskapande samtal. Forskaren påverkar intervjupersonernas uttalanden genom sitt sätt att ställa frågor och bemöta svar vilket har inverkan på vilka aspekter av ämnet som intervjupersonerna lyfter fram under intervjun. Ytterligare en aspekt att lyfta är min relation till gruppen som gjorde det mer naturligt att förhålla mig medskapande än att låta bli. Hur min roll som student påverkade intervjusituationen diskuteras närmare under rubriken Metodologiska reflektioner.

Intervju 2

Förberedelserna inför den andra fokusgruppsintervjun innebar litteratursökning och kreativt skrivande eftersom upplägget skulle bygga på vinjetter. Processen bestod av att jag valde ut fyra vetenskapliga artiklar som bedömdes vara intressanta och belyste faktorer att beakta ur ett professionellt perspektiv gällande att implementera, bedriva och leda stödgrupper för patienter. Utifrån innehåll och resultat i artiklarna skapade jag sex korta personporträtt av patienter som fick figurera i två vinjetter som byggde på varandra med tillhörande diskussionsfrågor. Den första vinjetten handlade om att konstruera stödgrupper och den andra handlade om att leda en stödgrupp. Dolda teman var heterogena och homogena gruppkonstellationer, ledare och deltagares inställning, social jämförelse och avhopp. Vinjetterna konstruerades med avsikten att innehålla utmaningar, med grund i forskning, utan tydliga lösningar för att skapa en fyllig diskussion utan på förhand utpekad riktning. Jag använde mina erfarenheter från observationer och samtal med kuratorerna under min praktik kring deras patientgrupper för att låta vinjetterna bli mer realistiska.

Delar av vinjetternas innehåll mejlades sedan tillsammans med ett tidsschema och instruktioner kring upplägget ett par dagar före utsatt datum för intervjun. Jag ville att kuratorerna skulle hinna bekanta sig med personbeskrivningarna av patienterna före intervjun och känna sig trygga med kommande upplägg. Jag poängterade även i mejlet att vinjetterna också syftade till att ge dem utrymme att diskutera och reflektera över sitt kommande projekt i relation till aktuell forskning samt lovade att de vetenskapliga artiklarna som jag utgått från skulle skickas

via mejl efter fokusgruppsintervjun.

Vid intervjuens start lämnades samma information som vid föregående intervjutillfälle och instruktioner för den aktuella intervjun. Intervjupersonerna fick också veta att inspelning endast skulle ske vid gruppdiskussioner. Anledningen till att inte hela intervjun spelades in var på grund av tekniska svårigheter och eftersom jag endast ville undersöka kuratorernas gemsama tankegångar. Som stöd under intervjun använde jag en ny semistrukturerad intervjuguide (se Bilaga 2) med vinjetternas innehåll med tillhörande diskussionsfrågor samt ett tidsschema. Upplägget gick ut på att jag delade upp kuratorerna i tre jämna grupper med hjälp av en slumpgenerator via internet. Därefter mejlade jag ut ett dokument med den första vinjetten och kopia på patientbeskrivningarna till kuratorerna som ringde upp sin samtalspartner i ett enskilt samtal för att diskutera. Efter cirka femton minuter återsamlades alla intervjupersoner i ett gemensamt samtal för att diskutera den första vinjetten i cirka tjugofem minuter tillsammans med mig. Inför den andra vinjetten fanns en kortare bensträckare inlagd. Upplägget för den andra vinjetten var identiskt med föregående. Hela intervjun avslutades med gemensam reflektion på cirka tjugo minuter som berörde båda vinjetterna. Utifrån erfarenheten av den första intervjun hade jag nu tydliggjort ytterligare till intervjupersonerna, både skriftligt och muntligt, vad fokusgruppsintervju innebar jämfört med intervjuer med enskilda. Det blev dock återigen svårigheter att skapa det eftersträvarvärda kollektiva samtalsklimatet.

Intervjupersonernas utläggningar cirkulerar kring rent praktiska aspekter av de utmaningar som kunde utläsas i vinjetterna. De frågor som jag hade förberett kunde inte riktigt tillmötesgå det oanade verksamhetsperspektiv som uppstod. För att utjämna dissonansen mellan mina förberedelser och intervjupersonernas associationer till vinjetterna fick jag töja på min flexibilitet genom att utesluta vissa följdfrågor och konstruera andra i stunden. Bryman (2011:430) diskuterar just olika aspekter av flexibilitet vid kvalitativa intervjuer och understryker att det innefattar exempelvis att hantera tekniska problem, ordningsföljden i intervjuguiden och att hantera och följa upp motsägelsefulla eller oklara svar från intervjupersonerna.

Bearbetning av empiri

Intervjuerna skrevs ut av mig efter hand. Att transkribera själv innebär också att samtidigt inleda analysen av materialets innebörd menar Kvale och Birkmann (2014:221) eftersom intervjuaren delvis har sociala och emotionella aspekter av intervjun närvarande. Bryman (2011:429-430) framhåller att fördelen med att inte vänta med transkriberingen tills alla intervjuer är genomförda är att forskaren märker vilka teman som förekommit och får idéer till nästa intervju. Under tiden som jag skrev ut första intervjun fick jag upp ögonen för hur frågorna tolkades av gruppen. De

frågor som var mest centrala enligt mig hade inte besvarats uttömmande. Jag tog med mig den insikten inför förberedelserna för intervju två i ett försök att dra lärdomar rörande teknik och interaktion mellan mig och gruppen.

Inspelning innefattade både ljud och bild vilket visade sig vara avgörande för att bearbeta fokusgruppsintervjuer via länk. Det är av vikt vid fokusgruppsintervjuer att både hålla isär vem som säger vad och hur saker och ting sägs vilket ställer högre krav på den tekniska utrustningen (Bryman 2011:450). Nickningar och verbala medhåll som gick att uppfatta från intervjupersoner som lyssnade och kommenterade andras uttalanden skrevs ut vilket främst var hjälpsamt för att hitta resonemang och kommentarer som hade konsensus trots avsaknad av verbala speglingar. Utläggningar som inte fick respons från övriga deltagare kasserades, oavsett kvalitet på innehållet, eftersom de tolkades stå för endast individuella åsikter. Några sekvenser där anslutningen ledde till dålig ljudkvalité kasseras också vilket är vanligt i fokusgruppsintervju (ibid.).

Tillvägagångssättet för analysen inspirerades av det som Bryman (2011:528) kallar för tematisk analys. Först gjordes en första generell kodning av materialet för att urskilja gemensamma resonemang som sedan omvandlades till enskilda koder. Koderna sorterades därefter in under fyra teman som efter hand fick underteman. Kvale och Brinkmann (2014:233) påtalar vikten av att inte bortse från den medskapande rollen när materialet väl ska analyseras. Den utskrivna texten bör ses som en fortsättning på det samtal som intervjun satte i gång där möjliga innebörder av det som sagt konstant expanderar. Detta synsätt fanns med mig när de slutgiltiga koderna skulle sorteras in i olika teman. Resultatet lästes igenom flertalet gånger för att säkerställa att innehållet avsåg gruppens åsikter och att de teman som konstruerats hade kopplingar till syftet.

Litteratursökning

Artiklar till vinjetterna har tagits fram via databasen SocINDEX. Sökorden "hospital social work or hospital social workers" kombinerades med "patient support groups," "support groups or peer support or group support" eller "chronic disease". Sökningarna fokuserades på resultat om att implementera och leda stödgrupper inom en sjukvårdskontext samt faktorer som påverkade interaktionen mellan deltagare och samtalsledare. Studier med liknande forskningsfråga gav konkreta förslag eller inspiration som ledde fram till relevanta artiklar och litterära verk.

Intervjupersonerna

Arbetsplatsen och specifika faktorer kopplat till intervjupersonerna som individer kan inte återges i uppsatsen med hänsyn till kravet om konfidentialitet. Nedan följer i stället en liten

sammanfattning av dem som grupp.

Personerna som deltog i studien varierade i ålder cirka 30-50 år och arbetade som yrkesverksamma kuratorer med en socionomexamen som grundutbildning. Tre av sex personer hade en utfärdad legitimation som hälso- och sjukvårdskuratorer från Socialstyrelsen. Endast en intervjuperson hade vidareutbildning som psykoterapeut men majoriteten av gruppen hade läst någon form av vidareutbildning på högskolenivå efter grundutbildningen. Längden på deras anställningarna vid nuvarande arbetsplats hade stor spridning från cirka sex månader till cirka tolv år men medianen var fyra år. I gruppen fanns både hel- till deltidsarbetande representerade. Gruppens erfarenhet från övrigt psykosocialt och socialt arbete varierade mellan individerna och ingriper arbete som kurator inom både somatisk- och psykiatrisk vård men också socialtjänstens olika områden samt tjänster som skolkurator.

Verksamheten som kuratorerna arbetade vid bedrev specialistsjukvård av somatisk karaktär på ett mellanstort sjukhus i södra Sverige. Multiprofessionella team utredde och behandlade sjukdomar och tillstånd kopplade till de inre organen och dess funktioner. Kliniken innefattade vårdplatser, mottagningar och dagvård samt utförde både akut- och planerad vård. Kuratorernas tjänster tillhörde olika medicinska områden vilket gjorde att utförandet av deras psykosociala arbete skiljde sig åt.

Metodologiska reflektioner

Förförståelse – min roll på enbeten

Som nämnt (se Inledningen och problemformulering) har mina föreställningar kring kuratorsyrket utmanats under arbetet med studien. Från början fokuserade jag på kuratorernas reflektioner kring stödgrupper för att fånga in nyanser, detaljer och känslor. Jag såg intervjusituationen som en inbjudan till *bakre region* för att få se kuratorerna släppa *fasaden* (Goffman 2009). Jag förberedde mig för att lyssna till en abstrakt diskussion av forskningsfrågans olika dimensioner men intervjupersonernas resonemang var i stället konkreta och praktiska. Kuratorerna ledde mig till insatsen längs med en snårig, men lärorik, väg som utmärktes av ett verksamhetsperspektiv. Jag omformulerade därför syftet för att bättre svara mot resultatet som belyste deras föreställningar och farhågor kring att bedriva insatsen inom den medicinska kontexten. Detta är ett exempel på uttryck för det explorativa förhållningssätt som studien antagit.

Studien genomfördes parallellt med min praktikplacering vilket påverkade intervjusituationen då jag träffade intervjupersonerna i flera sammanhang. Jag var dock inte riktigt en i gruppen, men inte heller en gäst, jag var i ett mellanrum. Jag var ”studenten”. Det fanns fördelar med närheten, det gav tillträde och jag kunde ge kuratorerna goda förutsättningar

exempelvis genom valet av för dem känd plattform för intervjuerna. Min närhet till intervjupersonerna kan ses som en inspiration från den etnografisk forskarrollen som innebär att just skapa en relation med intervjupersonerna och lyssna till deras berättelser. En etnografisk forskare observerar sina intervjupersoner och lär sig efter hand vad som är passande i deras kontext, så som informella koder (Lalander 2015:106). Samtidigt var det en utmaning i att vara både student och forskare under intervjusituationen. Jag fick balansera min följsamhet i gruppens jargong med forskaruppdragets formalitet vilket kan relateras till Kvale och Brinkmann (2014:17) som påtalar att interaktionen såväl som relationen mellan forskaren och intervjupersonerna blir betydelsefull för själva intervjun eftersom resultatet kommer skilja sig åt, och därmed generera olika slags kunskap, utifrån intervjuform och typ av relation som etableras. Nackdelen med att ha en relation till intervjupersonerna var att det kan ha resulterat i en skevhet i intervjupersonernas svar, vilket Bryman (2011:229) kallar för intervjuareffekt, eftersom de kan ha utlämnat saker som väcker obehag eller som de sällan talar högt om.

Om att forska under en pandemi

Arbetsgivarens krävde digitala intervjuer på grund av rådande situation med covid-19 viruset vilket fick en stor påverkan på intervjusituationen. Tekniken frantog intervjupersoner möjligheten att ha på mikrofonerna samtidigt vilket påverkade diskussionen negativt. Ibland använde deltagarna kroppsspråk för att instämma i andras resonemang vilket förlöste diskussionen något men engagemanget från gruppen upplevdes som varierande. Var forskningsfrågan och vinjetterna inte tillräckligt intressanta eller var det digitala formatet som skalade av intresset? Att ha uppsikt över alla intervjupersoner på skärmen samtidigt var också en utmaning. Jag försökte tolka kroppsspråk, önskemål om att få ordet och även bedöma hur gruppen reagerade på intervjufrågorna. I synnerhet var det svårt att tolka stunder av tystnad, vad berodde det på och vad förväntades jag göra? Slutsatsen blev att det krävs mer av både deltagarna och samtalsledaren för att skapa ett innehållsrikt och flödande fokusgruppssamtal under digitala former.

En nackdel var att jag intervjuade hela gruppen tillsammans. Jag skulle delat dem i mindre grupper vilket kanske hade gett ett bättre samtalsklimat och färre teknikutmaningar. Vinjetter vid båda intervjuerna hade kunnat förbättra diskussionen eftersom dessa fick mer respons från intervjupersonerna. Andra nackdelar med fokusintervjuer via länk ses hos Bryman (2011:595) som påpekar att skillnader i tekniskt kunnande kan försvåra ett jämlikt deltagande, svaren blir mindre spontana och intervjupersonerna riskerar att vilja avsluta intervjun i förtid. Även dessa nackdelar uppstod i mina intervjuer där ett exempel var slutdiskussionen i den andra intervjun som inte resulterade i något ytterligare material eftersom intervjupersonerna upplevde

sig redan ha sagt allt. Utfallet av första intervjun som bitvis resulterade i lång inaktivitet för deltagare som inte hade ordet kan också ses som en svaghet. Det hade kunnat motverkas med ett annat upplägg så att frågor inte heller behövt kasseras från intervjuguiden. Den här studien har därför, så att säga ofrivilligt, genererat nya lärdomar utifrån perspektivet att bedriva digital forskning vilket kan vara till nytta för framtida projekt.

Etiska överväganden

Under studiens genomförande har jag förhållit mig till Vetenskapsrådets (2017) fyra forskningsetiska grundprinciper; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialiteten och nyttjandekravet. Informations- och samtyckeskravet tillgodosågs inledningsvis när kuratorerna fick muntlig och skriftlig information samt gav muntligt samtycke till att delta vilket beskrivits tidigare (se Urval). Nyttjandekravet har uppnåtts eftersom materialet endast används för att uppfylla studiens syfte och intervjuerna raderas i samband med uppsatsens examinering samt har inte heller lämnats vidare till tredje part.

Konfidentialiteten syftar till den överenskommelse som gjorts mellan forskaren och intervjupersonerna om att data som skulle kunna röja intervjupersonernas identitet plockas bort (Kvale & Brinkmann 2014:109) Att uppfylla denna princip har inneburit flest utmaningar. Krav om empiri från praktikplaceringen ledde till att jag fått väga för och emot men valt att ta med minimal information om intervjupersonerna och deras arbetsplats för att inte riskera att röja deras identiteter. Detta kan härledas till konflikten som kan uppstå mellan att upprätthålla konfidentialiteten och samtidigt vara transparent nog för att andra forskare ska kunna återupprepa studien utifrån grundläggande principer för vetenskaplig forskning (ibid.).

Tillförlitlighet och begränsningar

Som alternativ till validitet och reliabilitet, som ofta används för att bedöma studier, föreslår Bryman (2011:354-357) för kvalitativa studier i stället begreppen tillförlitlighet och äkthet. Dessa ska jag nu applicera på min studie för att bedöma kvalitén. Jag har förhållit mig till uttalade regler under forskningsprocessens exempelvis forskningsetiska krav och med transparens redogjort för hur jag gått till väga och de motgångar jag mött. Tyvärr har tidsramen inte tillåtit att forskningsresultaten rapporterats till intervjupersonerna före publicering vilket minskar tillförlitligheten. Jag hoppas ändå att jag genom gedigen och öppen reflektion i detta avsnitt ingivit trovärdighet, pålitlighet och visat att jag avsett att agera i god tro i förhållande till intervjupersonerna.

Utförliga beskrivningar av studiens genomförande syftar till att andra ska kunna

göra en bedömning av studiens överförbarhet till andra miljöer. Min egen slutsats är att resultaten främst speglar intervjupersonernas arbetssituation men jag ser resultat som överensstämmer med befintlig forskning om kuratorsprofessionen (se Kunskapsläge) och därigenom får viss generaliserbarhet. Min analys visade bland annat att patienternas omständigheter påverkar kuratorerna och deras arbete med stödgrupperna och att kuratorerna hade en medkännande och förstående inställning till sina patienter vilket kan jämföras med Sernbos (2019:211-212) resultat om vårdens krav på patienternas följsamhet och kuratorernas förmåga att se och positionera sig åt både organisationen och patienternas så kallade linjer.

Resultat och analys

Här redogör jag för resultatet av fokusintervjuerna i fyra teman med citat och sammanfattande text samt analyserar materialet med stöd av teoretiska utgångspunkter.

Det första temat *Ett elastiskt handlingsutrymme* ämnar ge svar på studiens första frågeställning som berör hälso- och sjukvårdskuratorernas föreställningar och uppfattningar kring att arbeta med stödgrupper som en psykosocial insats. Här framträder en arbetssituation av frihet under ansvar men som också kantas av motstånd. Andra vårdprofessioner får dessutom en direkt eller indirekt påverkan på det psykosociala arbetet. Min ståndpunkt är att kuratorernas handlingsutrymme varierar i storlek likt ett gummiband beroende på situation.

En snårig väg, belyser svårigheter som ska manövreras för att en stödgrupp med kroniskt sjuka patienter ska bli till och bestå. Här berör studiens övergripande syfte att undersöka hur kuratorerna resonerar kring den egna beprövade erfarenheten av psykosocialt arbete i relation till forskning om stödgruppers utformning och effekt. Det framträder hur patienternas omständigheter inverkar på kuratorernas genomförande av sina psykosociala insatser där jag argumenterar för att patientperspektivet ofta sträcker sig längre än kuratorernas handlingsutrymme.

Nedanstående teman svarar på studiens andra frågeställning som undersöker vilka utmaningar och farhågor som hälso- och sjukvårdskuratorerna ser med att utforma och leda stödgrupper *Att leda – utmaningar och farhågor* berör samtalsledarrollen utifrån aspekten att balansera och hantera samtalsklimat och deltagares reaktioner. Här förekommer även exempel på situationer som kuratorerna uppfattade som särskilt svåra att hantera. Genom att använda ett dramaturgiskt perspektiv på stödgruppssituationen visar jag att kuratorn gör ett slags scenframträdande med sina patienter vilket innebär att agera efter manus, professionell kunskap och beprövad erfarenhet, men också att improvisera.

Det sista temat *Genom kuratorernas glasögon* handlar om hur kuratorerna tolkar

utmaningar och omständigheter i arbetet med patientgrupper som är allvarligt eller kroniskt sjuka utifrån normerande verkan för professionen. Mitt resultat visar tydligt att kuratorerna aldrig beskriver sina patienter som besvärliga trots återkommande exempel på hur patienternas omständigheter försvårar kuratorernas arbete med att implementera och bedriva stödgrupper.

Ett elastiskt handlingsutrymme

Lipskys (2010) teori om gräsrotsbyråkrater kommer tillsammans med Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) teoretiska utgångspunkter om handlingsutrymme socialt arbete användas för att skapa en helhet av de motstridiga bilder av hälso- och sjukvårdskuratorernas handlingsutrymme som återges i intervjuerna.

Möjligheter

Kuratorerna upplevde stor frihet att själva skapa och styra sina arbetsuppgifter utan organisatoriska begränsningar. Planeringen av en stödgrupp sköttes tillsammans med andra vårdprofessioner på berörd enhet. Friheten upplevdes påfrestande som oerfaren men blev sedan allt mer uppskattad och beskrevs som unik för yrket:

[...] Vi har oftast inte chefer som är socionomer heller utan vi får någonstans uppfinna vår egen värld och försöka använda vårt sunda förnuft och kanske också jobba lite utifrån, såklart: vår personliga, vårt intresse, vad vi tycker är viktigt att jobba med... vi har en frihet under ansvar. (Intervjutillfälle 1)

I den medicinska kontexten som var kuratorernas utgångspunkt beskrevs det psykosociala arbetet inte som något prioriterat. Upplevelsen var att hälso- och sjukvården var ett sammanhang där ”helt andra frågor prioriteras och helt andra kunskaper finns”. Att som socionom inta kuratorsrollen innebar därför att ständigt positionera sig och sitt kunskapsområde. Att vara få anställda hälso- och sjukvårdskuratorer, jämfört med övriga professioner, gav konsekvenser i avseendet att etablera den psykosociala kunskapen inom sjukvården. Energinivå och vilka medicinska sammanhang som kuratorerna hade tillträde till spelade då roll:

[...] Vad vi nu orkar, hinner, mäktar med helt enkelt då. Man tar den plats man känner att man, vad kan man säga? Lite var man blir inbjuden men också vilka sammanhang man befinner sig i. Ibland kan man väl säga att man lyckas hamna i ett sammanhang där man kan förmedla det här och så väcks ett intresse och så kanske bollen är i rullning [...] (Intervjutillfälle 1)

Kuratorernas beskrivningar av sitt handlingsutrymme kan förstås genom Svensson, Johnsson och Laanemets teoretiska utgångspunkt (2008:24-25:30) som framhåller att socialarbetaren behöver känna en trygghet i osäkerheten vilket enligt kuratorernas beskrivningar verkade saknas som nyanställd och växa fram i takt med ökad arbetslivserfarenhet. Vidare kan vi förstå kuratorernas handlingsutrymme genom Lipskys (2010:48:144-145) teori om gräsrotsbyråkrater. Kuratorerna arbetar på uppdrag av staten men saknar fullständiga riktlinjer, de uppger att de har ”frihet under ansvar” gällande sina arbetsuppgifter. Kuratorerna förklarar att de arbetar i en kontext som inte prioriterar deras frågor men inte heller motarbetar dem. De behöver etablera den psykosociala kunskapen, som en minoritetsprofession, till en hel medicinsk majoritet. Det kan tolkas som att kuratorerna ständigt kämpar med att erövra mark och därmed utforskar handlingsutrymmets bortre gränser. Vilka sammanhang som kuratorerna vistas i utgörs delvis av var de själva tar sig rätten att vara men också av inbjudningar som de får där markägaren till sammanhangen tolkas vara andra vårdprofessioner som besitter mer hektar medicinsk mark. Gräsrotsbyråkrater har inga ramar för arbetets omfattning utan skapar sina egna mått och målsättningar vilket går i linje med kuratorernas beskrivning här: de gör ”vad vi nu orkar, hinner, mår med”.

Motstånd och draghjälp

Tidsbrist och erfarenheten av att saker ofta hamnade i kuratorns ”knä” framhölls som problematiskt. Ett förslag om en ny stödgrupp innebar inte att det fanns tid över utan var en prioritering framför att vara tillgänglig för andra arbetsuppgifter. En kurator önskade därför mer stöd från andra professioner med just planeringen av grupperna. Utgångspunkten i vinjetterna blev därför att patientgrupper konstruerades av sjuksköterskor där kuratorn kom in först som samtalsledare. Detta genererade återkommande diskussioner från kuratorerna om vikten av att få vara med redan från start för att få överblick över syfte och villkor samt bättre förutsättningar att ”känna av”. Det gav en känsla av kontroll.

Med handlingsutrymme (Svensson, Johnsson & Laanemets (2008:24-25:30) som tolkningsram verkar det som att kuratorerna stöter på motstånd som minskar deras handlingsutrymme eller försvårar möjligheten att nyttja det. Tidsbrist eller en orimlig förväntan från organisationen och kollegor, mycket hamnar i ”kuratorns knä”, är två exempel. En annat exempel är aspekten att bli involverad i implementeringen av en arbetsuppgift, alltså om kuratorn tar på sig uppgiften eller blir inbjuden, redan i början av ett projekt eller först senare. Att komma in senare påverkar förståelsen för arbetsuppgiften såväl som upplevelse av kontrollförlust. Tidpunkten för när kuratorerna involveras speglar handlingsutrymmets storlek som varierar

beroende på om det är de själva som ansvarar för stödgruppen, om de blir inbjudna direkt eller först senare.

Kuratorerna tolkade det som att vinjettens patienter blivit övertalade att delta i stödgruppen vilket kunde bero på patienternas respekt för läkaren. Patienterna tackade ja till insatser som rekommenderades av den professionen förklarade kuratorn. I vinjettens slut hoppade deltagare av stödgruppen vilket kuratorerna läste in som bristande motivation. En åtgärd för att undvika övertalade deltagare var att ringa tveksamma patienterna i förväg och kartlägga motivationsnivån. Även om kuratorerna bedömde att deras insatser vore lämpliga fanns det svårigheter att motivera patienterna att delta om insatserna leddes av, som kuratorerna uttryckte det, ”bara kuratorn”. Kanske var det en sorts rädsla för den psykosociala vården spekulerades intervjupersonerna. Ett skämt som formades under diskussion och beskrev den svårigheten:

Muta dem med godis och fika! Det gjorde jag i en grupp och det funkade bra! Det var den dem längtade efter, den där fikan, åtminstone var det det dom sa (skratt)...
men det måste varit något mer, skoja bara. (Intervjutillfälle 2)

Det finns en brist i kommunikation mellan läkare och kurator kring deras tolkning av var, när och hur deras uppdrag korsar varandra (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008:15:25:32). Om läkarens agerande hade inblandning i att omotiverade patienter deltog och sedan hoppade av vittnar det om att andra professioners handlingar både kan bjuda till motstånd för kuratorernas psykosociala arbete eller rent frånta deras fria, och fördelaktigt, organisatoriska handlingsutrymme. De förlorar kontroll över vilka deltagare som bjuds in till deras psykosociala insatser. Om det innebär att andra vårdprofessioner rekryterar en omotiverad grupp som kräver telefonsamtal för att bedöma om patienterna ens vill delta har läkarens agerande resulterat i merarbete för kuratorerna. Beträffande skämtet om att muta patienterna med fika så kan det förstås som en uppförsbacke dit organisatoriska friheter gällande handlingsutrymmet har svårt att nå. Hur ska kuratorerna hantera patienternas rädsla för psykosociala insatser? (ibid.). Fikan kan symbolisera en täckmantel som kuratorerna arbetar under, med sina patients bästa i åtanke. Det verkliga uppdraget inte får avslöjas i detalj eftersom det utgör en risk att skrämna i väg patienterna som väl tagit sig till stödgruppen. Kuratorerna förstår utifrån sin beprövade erfarenhet att patienterna kommer för insatsen men ingår en tyst överenskommelse med patienterna om att inte pressa dem på vad det egentligen är som fört dem hit. Kuratorerna tolkar patienternas uttalanden om gott fika som en lyckad utvärdering av deras psykosociala arbete.

Under intervjuerna belystes också erfarenheter av teamrelaterade insatser där patienternas motivation till att träffa kuratorn blev låg utifrån sjukvårdens upplägg. Om andra professioners behandlingsåtgärder fick prioritet före kuratorernas insats fanns risken att patienterna inte orkade eller ville stanna kvar om kuratorn var sista punkten på schemat. Ibland var upplevelsen att vården tänkte strategiskt kring stödgruppernas placering på dagordningen:

nä men nu sätter vi kuratorn där efter den där doktorn, för den vill ju alla lyssna på, och då kan dom [patienterna] ju inte bara lämna byggnaden när det är kuratorns tur (flera skrattar och ler) (Intervjutillfälle 2)

Det kunde vara lättare att underhålla redan etablerade grupper eftersom det lättare genererade ett intresse hos patienterna:

[...] och då hade man [patienterna] fått information flera tillfällen innan av andra kategorier som jobbar på sjukhuset; av läkare, sjuksköterska och sjukgymnast och så var det kanske en träffa då när man skulle knyta ihop säcken, vad man fått lära sig, hur mår man och dela med sig av känslor tillsammans så då fanns det ju ett utrymme för det. (Intervjutillfälle 1)

I det första citatet återfinns åter en grad av skämtsam ton, var på schemat kuratorn placeras, i en diskussion som med förståelse av handlingsutrymmet (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008:24-25:30) kan tolkas som att kuratorerna får draghjälp. Genom att bli placerade framför läkaren kommer patienterna delta även i kuratorns insats. I det andra citatet finns samma tendens, andra professioner informerar om kuratorns del i patientskolan vilket ses som positivt eftersom det höjer patienternas intresse för det psykosociala arbetet. Kuratorerna verkar inte ha någon tydlig dragningskraft i dessa exempel utan blir av strategi placerad framför läkaren som patienterna vill lyssna till och andra professioner kanske propagerar för kuratorns insatser. I dessa lägen kan kuratorerna inte bruka sitt handlingsutrymme, de når inte ut till patienterna utan verkar behöva eller åtminstone gynnas av andra professioners stöd.

Det finns således exempel på den egna organisationens fria syn på kuratorerna som får tillåtelse att skapa och prioritera sina arbetsuppgifter i fred. Samtidigt möter kuratorerna upprepat motstånd när de sedan ska genomföra insatserna med patienter. Sammantaget kan handlingsutrymmet därför beskrivas som elastiskt likt ett gummiband. Det ändra form beroende

på situation så om det stramar kan kuratorerna själva när tillfälle ges töja ut det till önskad storlek igen.

En snårig väg

Nu kommer jag applicera Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) teoretiska utgångspunkter om handlingsutrymme för att förstå kuratorernas arbete med att skapa en gruppkonstellation med patienter för en stödgrupp.

Lägga pussel

[...] det går ju inte bara att sätta upp en lapp i ett väntrum så får alla som vill bara anmäla sig för man behöver nästa forma gruppen lite utifrån ålder, diagnos eller ja eller om man är sjukskriven eller inte, vilken tid man kan lägga. (Intervjutillfälle 1)

Utmaningen var att bilda grupper som skulle ”ha nytta och glädje av att höra varandras berättelser” vilket krävde planering och mycket så kallat ”pusslande” av kuratorerna. Skulle det vara mer heterogena eller homogena deltagare i samma grupp? Ett sätt var att göra indelningen utifrån ålder, eftersom sjukdom drabbar åldersgrupper olika och hanteringen av sjukdom därför skilde sig beroende på vilken fas i livet patienterna befann sig i. Åldersindelningen möjliggjorde också utbyte mellan deltagare eftersom samtalsämnen brukade spegla vardagen i livsloppet exempelvis att patienten skulle välja yrke eller var pensionär. En annan komplex frågeställning var om patienter med samma diagnos och i samma fas av sjukdomsförloppet skulle vara tillsammans eller inte. Vid en progressiv sjukdom med deltagare som var både i början och i framskridet skede av sjukdomen sågs två perspektiv. Å ena sidan fanns följande risk:

man får ha med det lite i åtanke så att det inte blir skrämmande på något vis att se: ”Jaha det kommer bara gå utöver och där kommer jag hamna sen” (Intervjutillfälle 2)

A andra sidan kunde det finnas en funktion:

[...] ibland är det lite bra med någon som haft en behandling under lång tid liksom där man ser effekter. Att man kan berätta om det [för de andra deltagarna].
(Intervjutillfälle 2)

Vilken sorts sjukdom det rörde sig om var avgörande men några kuratorer hade också erfarenheter av väldigt blandade patientgrupper som blivit en bra, trots tvivel om att det

skulle fungera.

För att förstå kuratorernas situation kan begreppet handlingsutrymme tillsammans med beskrivningar av socialt arbete som mångfacetterad praktik användas (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008:15:18:21) för att bekräfta svårigheten i att på förhand veta vilka patienter som kommer fungera tillsammans. Patienterna som för tillfället behöver insatsen skiftar i fråga om personlighet, diagnos, behov etcetera. Det går inte att ha en färdig metod för det finns kanske inte ens logiska svar. Socialarbetare behöver se möjligheter vilket kuratorerna gör när de vrider på perspektiven och nyttjar sina erfarenheter kring olika patientsammansättningar. De är kreativa och vågar improvisera fram en gruppkonstellation för att komma vidare från planeringsfasen. Organisatoriska friheter ger ett stort handlingsutrymme för hur kuratorerna kan välja, eller avstå från, att samman grupperna som de själva sedan ska hålla. Kuratorerna har också tvivlat på sina kommande grupper vilket stämmer med att verksamheter som bedriver socialt arbete har en inneboende osäkerhet i sig (ibid.).

Gå hinderbanan

För att få utvalda patienter att delta i stödgruppen behövde kuratorerna inta ett patientperspektiv med uppgiften att lösa patienternas alla hinder:

Man måste i alla fall minimera dom här trösklarna som finns för att folk ska komma: det måste vara vid rätt tidpunkt, det får inte var för långt att köra... (Intervjutillfälle 2)

Ett av de större hindren var att finna en passande tidpunkt på dygnet för att hålla stödgrupp. Dock kunde det vara svårt för patienter, oavsett behov och motivation, att rent praktiskt ta sig till sjukhuset. Det var ofta patienter som inte dök upp, som blev sjuka eller ångrade sig och hoppade av stödgruppen. Avhopp kunde bero på personkemin med andra deltagarna eller samtalsledaren eller en rädsla hos patienten medan avböjda inbjudningar ofta berodde på tidsbrist. Vid för få deltagare valde kuratorerna att i stället erbjuda individuella samtal i avvaktan på fler deltagare. En kurator uttryckte att det var "ett under" att ens få ihop en stödgrupp när det var så många faktorer att ta hänsyn till. Långtidssjukskrivna däremot upplevdes som en lättare patientgrupp än andra att ha som deltagare i stödgrupper just för att de hade tid och insatsen kunde ingå i rehabiliteringen. En kurator beskrev en önskan om att "på pappret" planera mycket, tänka ut vilka patienter som skulle passa tillsammans men menade att det i praktiken oftast fick bli "en liten chansning":

Det är ju både vad dom [patienterna] är för personligheter och vad dom lever för liv.
Men det är också vad dom är i för stämning den dagen. (Intervjutillfälle 2)

Kuratorernas handlingsutrymme (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008:24-25:30) är i organisatoriska mått stort även i detta skede av processen. De kan använda sin professionella kunskap och reflektera över vilka handlingsalternativ som ter sig rimligast med varje grupp, även göra bedömningen att inte fortsätta den överhuvudtaget utan invänta ett mer fördelaktigt tillfälle. Handlingsutrymme påverkas också av kuratorernas intressen och värderingar vilket här kan överföras till graden av engagemang i arbetsuppgiften och vad varje kurator tycker sig kunna genomföra. Personkemin avgör enskilda deltagares upplevelse och kan orsaka avhopp, vilket går att förstå eftersom klientmötet (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008:15:25:32) som samspelar med tillämpningen av handlingsutrymmet. Kuratorerna kan forma gruppen men inte påverka patienters val att inte dyka upp eller hoppa av vilket påverkar gruppdynamiken och därigenom kuratorn i samtalsledarrollen. Organisationen ger kuratorn möjligheter tänja handlingsutrymmet och sträcka sig långt för att lyckas genomföra sina insatser men patienterna och deras trösklar är ibland utom räckhåll.

Att leda – utmaningar och farhågor

Det dramaturgiska perspektivet (Goffman 2009) kommer jag luta mig mot för att här förstå kuratorns samtalsledarroll och interaktionen i stödgruppen.

Respekt var en grundförutsättning för en fungerande grupp och ibland fick kuratorerna aktivt ”försöka sätta en ton” för att skapa en bra gruppdynamik. Om en deltagare krävde att få ta mycket plats kunde det innebära att kuratorn fick göra en ”ödmjuk” gränsdragning. När upplägget upprepade sig lade sig blev uppdraget roligt, kurator och deltagarna lärde känna varandra och kunde ”arbeta tillsammans” jämfört med första tillfället:

[...] första gången man sitter ner med en grupp är alltid nervöst för man har ingen aning om vilka dom här individerna är. Hur samspelar dom med varandra? Vad kommer hända? (Intervjutillfälle 1)

Med stöd av det dramaturgiska perspektivet (Goffman 2009) kan vi förstå stödgruppens första tillfälle som premiären av en pjäs där kuratorerna agerar skådespelare i sin samtalsledarroll. Motivet är att framställa sig för patienterna, som är deras publik, så att patienterna uppfattar dem och professionen på ett förutbestämt sätt. Vid uppstart av gruppen är individerna okända och

kuratorerna får testa hypoteser om hur de ska interagera med gruppen. Allt eftersom stödgruppen fortsätter får kuratorerna fler upplysningar om deltagarna som blir till information om hur kuratorerna beter sig för att få mer önskvärda reaktioner av deltagarna. *Främre region* och dess *hövlighetsnormer* kan här tolkas som kuratorernas kollektiva värderingar som de upprätthåller under stödgruppen, en respektfull ton och gränsdragningar mot icke accepterat beteende ska utföras med ödmjukhet så att skådespelarna och publiken kan inleda sitt samarbete (Goffman 2009).

Kuratorerna sa att de vill förmedla hoppfullhet med stödgruppen och betonade under intervjuerna att när patienterna fick ”sätta ord” på känslor högt inför andra, jämfört med att bara tänka det själv, fick det positiv effekt. Men känslorna och erfarenheterna som någon uttryckte påverkade också övriga deltagare i gruppen. Reaktionerna skilde sig åt där vissa patienter beskrevs bli provocerade av positivitet medan andra snarare hade svårt att lyssna till deltagare i en svår livssituation som blev väldigt känslös under stödgruppstillfället. En kurator förklarade att det beroende på hur patienterna fungerade ”[...] om man blir peppad av någon som hanterar det bra eller om man blir nedtryckt på något sätt” (Intervjutillfälle 2). Kuratorerna uttryckte att interaktionen i stödgruppen handlade mycket om att patienterna försökte ”identifiera sig” med de andra deltagarna. En större grupp var därför lättare att leda eftersom deltagarna kunde hitta likheter och erfarenheter att dela och samtalen flöt på självständigt medan kuratorn intog en mer tillbakadragen roll. Små grupper kunde för samtalsledare inge en känsla av trygghet och kontroll men få deltagare blev svårare eftersom representationen blev mindre och kuratorn fick dra ett större lass för att skapa en bra gruppdynamik.

Om jag gör en något vågad koppling till det dramaturgiska perspektivet (ibid.) kan stödgruppens deltagare och kuratorn beskrivas som ett *team* där flera individer ska framställa handlingar efter varandra i en *rutin*. Under stödgruppen ska alla närvarande interagera tillsammans där slutmålet bland annat är att förmedla hopp och möjlighet att få stöd av andra i samma situation. Det finns ett beroende (Goffman 2009:73-75:77) mellan deltagarna som bottnar i att ingen får förstöra framträdandet så det framstår som olämpligt vilket i stödgruppen kan relateras till dynamiken och deltagarnas påverkan varandra där stämningen måste upprätthållas så att slutmålet nås. Det får inte bli för glättigt men inte heller för dystert. Vissa teammedlemmar, vars organisation iscensatt pjäsen, känner större ansvar för att framträdandet inte ska misslyckas vilket framgår härnäst.

Mardrömmen

Det fanns också situationer som kuratorerna själva bävade för skulle hända när de ledde en grupp. En kurator beskrev taltiden som en utmaning och berättade om när en av hans deltagare ”bara

tog över” trots att kuratorn försökte avleda patienten och bjuda in de andra deltagarna till samtalet vilket beskrevs som ”det är lite mardrömmen”. När deltagares känslor av sorg eller ilska gick ”över styr” var det också utmanande för kuratorerna men de påpekade att det samtidigt var viktigt att deltagarna fick möjlighet att ge uttryck för känslor, men att det inte skulle ta över hela samtalet. Nedan återges en bit av citatet om vad den här typen av situation gjorde med kuratorn:

[...] men i en grupp har jag lite svårare att hantera det för man får så mycket förväntningar på sig själv att ”nu måste jag styra upp det här snabbt” så det blir nästan stressande känner jag. (Intervjutillfälle 1)

Här kan ansvarskänslan hos kuratorerna utifrån det dramaturgiska perspektivet symbolisera en kontrollförlust över *framträdandet*. Själva intervjusituationen och dess diskussion kan symbolisera *bakre region* eftersom kuratorerna möter varandra, likt bakom kulisserna, där de tillsammans kan lägga bort sina fasader som använts i samtalsledarrollen och ge uttryck för svårigheter som skett under föreställningen (Goffman 2009).

Alla kuratorerna uttryckte under intervjusituationen att tystnaden var en utmaning då den upplevdes ”mer plågsam” i grupp än under samtal med enskilda patienter. Kuratorerna fick göra en bedömning av orsaken till tystnaden vilket kunde generera mycket tankar om hur de skulle bete sig i ett sådant läge. Hur länge skulle de vänta innan de bröt tystnaden, tänk om deltagarna var tysta för att de tänkte? Kuratorerna upplevde att även gruppdeltagarna påverkades av tystnaden och reagerade med prestationsångest:

Till slut vågar ingen säga något då blir ju det första som sägs en väldigt stor grej på något vis. ”Åh nu sa den något” då tittar alla och då var DET det enda som sades. Det är då man känner press att säga något väldigt klokt eller smart...

(Intervjutillfälle 2)

Relaterat till vinjetten diskuterade kuratorerna scenariot att en deltagare möttes av tystnad efter att ha visat sig sårbar. Kuratorerna förklarade att tystnaden kunde trigga känslor av ångest och oro hos deltagaren men också förstärka känslor av utanförskap. Att inte få respons från övriga i gruppen kunde bli jobbigt även om kuratorn i sin samtalsledarroll ”varit aktiv och validerat” det deltagaren uttryckt. Jag tänker att tystnaden är ett inslag som uppkommer oplanerat och går utanför manus vilket gör att kuratorerna i stunden utmanas att inte tappa *fasaden* (Goffman 2009). De tvivlar kanske i stunden på hur de ska klara av situationen men behöver ge sken av att allt är

okej inför patienterna som just där och då både är publik och medspelare. Deltagarna i stödgruppen verkar också uppleva situationen som pressande och reagerar som det kallas i teatervärlden med en blackout. Det är också ytterligare ett exempel till kopplingen mellan stödgruppen och *team* (ibid.) där medlemmarna är beroende av varandra för att framträdandet i sin helhet ska fungera. I detta fall så uteblir förväntade *fasad* och *manér* från deltagarna och samtalsledaren försöker genom improvisation hantera situationen genom *hövlighetsnormer* exempelvis validera deltagare som inte får respons på sin delning i gruppen. Stödgruppen som föreställning ingriper en osäkerhet i manus eftersom kuratorerna inte är ensamma aktörer.

Genom kuratorns glasögon

Teoretiska ramverk om normer (Svensson 2007) kommer här användas för att begripliggöra de delar av intervjun som säger något om hur hälso- och sjukvårdskuratorerna talar om sina patienter och förklarar patienternas omständigheter som inverkar på kuratorernas arbete med stödgrupper.

Kuratorerna poängterade att de utifrån sin profession endast kunde förstå patienterna ”till en viss nivå”. Genom att erbjuda stödgrupper som insats gav de patienterna möjlighet att där finna stöd i de andra deltagarna med liknande erfarenheter. Kuratorerna uttryckte också respekt för sina patienters självbestämmande, de skulle inte ”tjata” till sig någons medverkan i en psykosocial insats. Det verkade dock göra en bedömning av bakomliggande faktorer till patienternas agerande som ibland styrde kuratorernas bemötande och valet att försöka motivera patienterna eller inte. Om motivationsbrist berodde på ett alkoholberoende kunde det snarare vara vettigt att försöka motivera patienten till att delta i gruppen. Kuratorerna var dock överens om att deras bedömning aldrig fick gå över patientens integritet:

[...] man vill inte lura in människor i någonting bara för att vi alltså tar på oss den här rollen av att veta vad som är bäst för individen... så det där ska man ju också vara försiktig med. Vi har mycket kunskap men individen måste ändå få bestämma själv och när dem är redo för olika steg i sitt sjukdomsförlopp. (Intervjutillfälle 2)

Under intervjuerna framförde kuratorerna att som samtalsledare behöva reflektera över normer och värderingar för att skapa ett öppet och jämlikt samtalsklimat i gruppen. Det var viktigt att upprätthålla en objektivitet inför människor. En kurator menade att alla i någon bemärkelse är ”färgade av sin personlighet”, men att den fick dem arbeta med genom möten med patienter oavsett om det rörde enskilda samtal eller gruppverksamheter.

Vid tolkningen av kuratorernas syn på sin profession kan vi se till Svensson

(2007:20-21) som beskriver normalisering där en förändring av andras sätt att vara kan ses som negativ värdeladdning vilket verkar gå i linje med kuratorernas uppfattning. De vill hjälpa sina patienter med sin kunskap men patienten ska själv bestämma när hen är ”redo”. I förhållande till förståelsen för patienterna kan det urskiljas ett normverk (ibid.). Visserligen skiljer kuratorn ut sig som den professionella men gestaltar sin roll utan att tillskriva sig själv en fullständig expertis, kuratorerna säger sig bara förstå patienten ”till en viss nivå”. De vill inte använda sin professionella ställning för att manipulera utan varnar för att inta rollen av att ”veta vad som är bäst för individen”. Sammantaget tyder dessa beskrivningar på rådande normer inom kuratorsgruppen på ett bemötande bestående av respekt för patientens integritet och en vilja att arbeta tillsammans med patienten snarare än för patienten.

Svensson (2007:20-21) betonar att den enskilde socialarbetarens normer får betydelse i det praktiska sociala arbetet. Det verkar finnas en önskan hos kuratorsgruppen om att behandla alla patienter utifrån ordval såsom ”öppenhet”, jämlikhet och en önskan om ”en objektivitet inför människor”. Kuratorerna som grupp har således ett uttalat normverk men det går att anta att varje enskild kurator tordes ha ytterligare perspektiv som synliggörs och påverkar det egna patientarbetet. Vid en jämförelse med socialarbetarna i Wisemans undersökning (Järvinen 2006:80) som likställde klienternas behov men sedan fördelade resurserna ojämnt kan jag här läsa in generella ideal där kuratorerna strävar mot en objektiv syn på alla sina patienter. Det som främst särskiljer kuratorerna är medvetenheten kring att deras normer påverkar interaktionen i patientmötet och att de säger sig arbeta aktivt med detta.

Kuratorerna räknade under intervjuerna upp flera förklaringar till att patienterna inte kunde delta i en stödgrupp; patienterna hade inte tid, de var stressade, de var hindrade av sitt arbete eller behövde veta om de kunde få ersättning för utebliven arbetstid. Patienternas livssituation var således något som både kunde försvåra själva deltagandet och påverka ”vilken ork man har att ge” under insatsen. Något som alla kuratorerna upplevt var att vissa patienter inte ”landat i sin sjukdom” vilket innebar att patienten inte var redo. I dessa lägen var patienten inte heller ”så mottaglig” för att träffa andra patienter i liknande situation. Att en patient inte dök upp eller ångrade sin plats i en grupp förklarade kuratorerna kunde bero på att patienten inte visste vad hen skulle förvänta sig av en stödgrupp. En kurator förklarade att bortfall av tidigare deltagare kunde handla om att det från början fanns en nyfikenhet kring att undersöka vad en stödgrupp egentligen innebar ”[...] men så kanske man känner nähä detta är ingenting för mig och då vill man inte vara med” (Intervjutillfälle 2).

I Wisemans undersökning belystes en tacksamhetsskuld där socialarbetarna krävde uppskattning och erkännande från klienterna (Järvinen 2006:80) vilket inte alls återfinns hos

kuratorerna, snarare det motsatta. Kuratorerna hade praktiska, fysiska, emotionella och normerande förklaringar till varför patienter inte dök upp, hoppade av efter ett par gånger eller saknade motivation till just deras insatser. Kuratorerna klagade aldrig på eller framhöll att patienterna var otacksamma eller oförstående inför deras arbete oavsett var i processen som patienterna nekade kuratorernas insatser, och därmed hjälp, vilket var fallet hos socialarbetarna med deras klienter (ibid.). Kuratorsgruppen positionerade sig bredvid patienterna genom att bekräfta försvårande omständigheter till exempel betonade vikten att ha tillräckligt med kraft för att delta i stödgruppen eller hänvisade till att patienter inte ”landat i sin sjukdom”. I och med att kuratorerna begripliggjorde patienternas agerande och reaktioner, ”näha detta är inget för mig”, valde de ett medkännande patientperspektiv istället för att se patienterna som besvärliga.

Slutdiskussion

Den här kvalitativa studien har genom två fokusgruppsintervjuer undersökt hur en arbetsgrupp bestående av sex hälso- och sjukvårdskuratorer resonerar kring insatsen stödgrupper, både i förhållande till den egna beprövade erfarenheten och i relation till vinjetter konstruerade utifrån befintlig forskning. Med teoretiska utgångspunkter i begreppet handlingsutrymme och gräsrotsbyråkrati, det dramaturgiska perspektivet och normer i socialt arbete analyserades sedan empirin. Studiens metoder har genom ett explorativt förhållningssätt avsett att täcka in både mina och hälso- och sjukvårdskuratorernas intresse. Jag har pendlat mellan det deduktiva och induktiva för att hantera processens, stundtals oförutsedda, händelser och resultat, till exempel kuratorernas konkreta tolkningar av mina intervjufrågor och vinjetter. Detta utmanade även mina egna föreställningar om professionens glasögon och yrkesspråk som abstrakt. Som universitetsstudierande var det lärorikt att få en rundvandring i det psykosociala arbetet utifrån en verksamhetsförankrad belysning.

Utmaningar och farhågor som kuratorerna beskrev uppstod i samtalsledarrollen analyserades med stöd av det dramaturgiska perspektivet (Goffman 2009) där stödgruppstillfallet liknas med en teaterpjäs. Resultatet visade att kuratorerna blev obekväma i situationer som inte följer tänkt manus och innebar kontrollförlust över deras *framträdande*. Exempel på detta var om en patient tog över samtalet eller hade känslor som ”gick över styr” eller om det blev tyst länge i gruppen. Utmaningen för kuratorerna var att svara mot sina egna upplevda förväntningar om att lösa situationen, detta utan att tappa *fasaden* inför patienterna.

Ett oväntat fynd var kuratorernas sätt att framställa alla svårigheter med insatsen utan att samtidigt beklaga sig över sina patienter vars omständigheter ofta var bidragande orsak till svårigheterna. Kuratorernas normverk synliggjordes genom sättet de pratade om sina patienter

och i jämförelse med andra professioner inom socialt arbete (Järvinen 2006) uttrycktes ingen irritation över patienternas beteende och reaktioner. Kuratorerna såg problem men lade aldrig över dem på patienterna utan härledde dem till patienternas livssituationer eller sjukdomar. En ny forskningsfråga har väckts om att undersöka fler yrkesgrupper inom socialt arbete och huruvida synen på den hjälpsökande skiljer sig åt och vad som isåfall orsakar skillnader.

Resultatet visar även att kuratorernas föreställningar om att arbeta med stödgrupper ofta utgick från beskrivningar av att kämpa för att bruka sitt handlingsutrymme. Deras stora organisatoriska frihet hade likheter med gräsrotsbyråkrater (Lipsky 2010) men i empirin syntes även motstånd. Kuratorerna etablerade sin psykosociala kunskap utifrån en minoritetsposition, hade andra professioners förväntningar på sig om vilka arbetsuppgifter som skulle ligga i kuratorns knä och ansvarade för stödgrupper som riktade sig mot kroniskt sjuka vars omständigheter utgjorde hinder för deltagande. Kuratorerna bedömde ändå sitt handlingsutrymme som stort parallellt med att lyfta aspekter som vittnade om ett beroende till andra vårdprofessioner. Ett motstånd som kuratorerna handskades med var patienternas rädsla för psykosociala arbete vilket framkom i skämtet om en stödgrupps längtan efter ”den där fikan” men kuratorerna förstod att det belyste något annat. Diskussionen symboliserade en känsla av ett lyckat utfall av insatsen. En känsla är inte en vetenskaplig utvärdering enligt klassiska vårdprofessioner men kan relateras till semiprofessionens karaktär (Brante 2009). Och det må vara vagt, men inte dumdrigt. Kuratorerna nådde patienterna när de behandlade under en täckmantel av fika eftersom patienterna då inte behövde möta sin rädsla för det psykosociala arbetet. Denna slutsats kan delvis härledas till Sernbo (2019) som talar om inslag av hemlighetsmakeri varigenom kuratorn tillskansar sig arbetsuppgifter och relationer eller genom vilka handlingar som görs transparenta för andra. I min studie står den aspekten snarare för hur kuratorerna avstår ifrån att verbalisera sitt psykosociala arbete. Hur påverkar hemlighetsmakeri andra vårdprofessioners syn på det psykosociala arbetet? Trots återkommande motstånd och hemlighetsmakeri visar resultatet att kuratorerna själva kunde forma handlingsutrymme utifrån de möjligheter som varje tillfälle gav, eftersom organisationen inte utgjorde några begränsningar, vilket gjorde att handlingsutrymmet tolkades som elastiskt likt ett gummiband.

Det förekom ibland att sjukvårdsenheterna placerade kuratorn efter läkaren på schemat, ur detta identifierar kuratorerna en möjlig strategi vars syfte är att få patienterna att stanna kvar och lyssna på kuratorn. Det är iögonfallande att lämna inför sista talaren, så att säga. Schemaläggning är ett exempel på draghjälp från de andra vårdprofessionerna men inte en medveten strategi som kuratorerna själva tillämpade. Att denna strategi inte är inkorporerad kan indikera på ett behov av verksamhetsutveckling. Av mina resultat framgår inte varför denna

strategi inte nyttjas men en förklaring skulle kunna vara att kuratorerna inte vill skapa osämja i sitt vårdteam och riskera att förlora positioner och relationer, det vill säga det kapital som ger handlingsutrymme. (Sernbo 2019). Kuratorerna i min studie verkade tillämpa den *mimetiska* strategin vars mål är att smälta in i sjukvårdens sammanhang (Sjögren 2013). Om de skulle våga utmana och tillämpa en *aposematisk* strategi, likt tyska hälso- och sjukvårdskuratorer, som syftar till att sticka ut skulle de kanske alltid försöka förhandla sig till en strategisk plats på schema? På det här sättet skulle professionen och det psykosociala arbetets betydelse för sjukvården kanske bli mer uppenbart och värderas högre av de andra medicinska professionerna vilket i förlängningen skulle kunna stärka kuratorsprofessionen. Å andra sidan skulle en utstickande strategi kunna innebära en risk att påverka interaktionen och samarbetet med övriga professioner negativt. Att förlora kapital för en profession som är i minoritet leder till mindre frihet i praktiken oavsett organisationens fria ramar. Kanske kan den *aposematiska* strategin bli enklare att applicera på en svensk kontext i och med den nya legitimationen som symboliserar en 60 år lång kamp för att just stärka professionen. Huruvida legitimationen kommer påverka hälso- och sjukvårdskuratorers handlingsutrymme eller inte är en aspekt att bevaka inom professionen för kommande forskning.

Referenser

- Altman Tamara, Mitch Golant & Morton A. Lieberman (2004) *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 8(4), 265–276.
- Axelsson, Cecilia (2018) *Historiskt riksdagsbeslut om legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer*. [<https://akademssr.se/post/historiskt-riksdagsbeslut-om-legitimation-halso-och-sjukvardskuratorer/>]. Hämtad: 2021-05-23]
- Blom, Björn, Ann Lalos, Stefan Morén & Mariann Olsson (2014) Hälso- och sjukvård: en central arena för socialt arbete. I: Blom, Björn., Lalos, Ann., Morén, Stefan., & Olsson, Mariann (red.). *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar*. 1. utg. Stockholm: Natur & Kultur.
- Brante, Thomas (2009) Vad är en profession? Teoretiska ansatser och definitioner. I L. Maria (Red.), *Vetenskap för profession* (s.15-34). Högskolan i Borås.
- Brante, Thomas (2014) *Den professionella logiken: hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapsambället*. Första upplagan. Stockholm: Liber
- Bryman, Alan (2011) *Sambällsvetenskapliga metoder*. Andra uppl. Malmö: Liber AB.
- Dahlin-Ivanoff, Synneve (2015) Fokusgruppsdiskussioner. I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. 2 uppl. Stockholm: Liber.
- Eriksson-Zetterquist, Ulla & Ahrne Göran (2015) Att vara med och titta på. I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. 2 uppl. Stockholm: Liber.
- Goffman, Erving (2006) *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. 5 uppl. Stockholm: Nordstedts akademiska förlag.
- Gullacksen, Ann-Christine (2014) Socialt arbete och kroniska sjukdomar. I: Blom, Björn, Ann Lalos, Stefan Morén & Mariann Olsson (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar*. 1. utg. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hu, Amanda (2017) Reflections: The value of patient support groups. *Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 156(4), 587–588.
- Jergeby, Ulla (1999) *Att bedöma en social situation: tillämpning av vinjettmetoden*. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS).
- Järvinen, Margaretha (2006) Mötet mellan klient och system – om forskning i socialt arbete. *Dansk Sociologi*, 6(2): 74-84.
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Tredje [reviderade] uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Lalander, Philip (2015) Att vara med och titta på. I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. 2 uppl. Stockholm: Liber.

- Lipsky, Michael (2010) *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. 30th anniversary expanded ed. New York: Russell Sage Foundation.
- Lundin, Annika, Inger Benkel, Gerd de Neergaard, Britt-Marie Johansson & Charlotta Öhrling (2019) *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Tredje uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, Henny & Sörensen, Stefan (2011) *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 3. uppl. Stockholm: Liber.
- Svensson, Kerstin, Eva Johnsson & Leili Laanemets (2008) *Handlingsutrymme utmaningar i socialt arbete*. Enskede: TPB.
- Ussher Jane M., Laura Kirsten, Phyllis Butow & Mirjana Sandoval (2008) A Qualitative Analysis of Reasons for Leaving, or Not Attending, a Cancer Support Group. *Social Work in Health Care*, 47(1):14-29.
- Svensson, Kerstin (2007) Normer, normalitet och normalisering. I: Kerstin Svensson (red.). *Normer och normalitet i socialt arbete*. Första uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Taylor Carmack L Cindy, James Kulikb, Hoda Badra, Murray Smitha, Karen Basen-Engquist, Frank Penedoc & Ellen R. Gritza (2007) A social comparison theory analysis of group composition and efficacy of cancer support group programs. *Social Science & Medicine*, 65:262–273.
- Sautier L., Mehnert A., Höcker A. & Schilling G. (2014) Participation in patient support groups among cancer survivors: do psychosocial and medical factors have an impact? *European Journal of Cancer Care*, 23:140–148.
- Sernbo Elisabeth (2019) *Med avstegen som arbetsplats: en etnografisk studie av hälso- och sjukvårdskuratorns arbete*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Sjögren, Manuela (2013) *To blend in or stand out? Hospital Social Workers' Jurisdictional Work in Sweden and Germany*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Vetenskapsrådet (2017) *God forskningsed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Bilaga 1: Intervjuguide 1

Bakgrund

- Ålder och utbildning (grundutbildning + ev. specialistutbildning)
- Antal verksamma år som hälso- och sjukvårdskurator och ev. tidigare erfarenhet av socialt arbete inom hälso- och sjukvård
- Hur kom det sig att ni började arbeta som kurator inom sjukvården?
- Hur länge har ni arbetat på den här kliniken?
- Vad gör en kurator på Medicinkliniken? En vanlig vecka, exempel på olika arbetsuppgifter.
- Kan ni berätta vilka medicinska områden ni arbetar med på medicinkliniken? (sjukdomar, organ, tillstånd)

Projekt stödgrupper för patienter

- Vilket typ av samtalsstöd kan ni som kuratorer erbjuda patienterna idag?
- Vad finns det för olika slags gruppverksamheter för patienter i dagsläget?
- Vad är skillnaden stödgrupper och på så kallad patientskolor?
- Vad är anledningen till att ni vill starta upp stödgrupper? Exempel ur ett yrkesperspektiv och eventuellt patientnära kontakter.
- Vilka behov har ni uppmärksammat hos patienterna som indikerar på att det behövs sådana stödgrupper? (gäller det några särskilda grupper av patienter? dvs. vissa typer av sjukdomar, ålder, kön etc.)
- Vilka typer av patienter tror ni skulle ha behov av att delta i stödgrupper?
- Vad tror ni att ett sådant forum skulle bidra med för de patienter som deltar?
- Har ni tidigare erfarenheter av att själva leda stödgrupper?
- Har ni några förväntningar kring att arbeta med stödgrupper utifrån er yrkesroll, i så fall hur ser dessa ut?
- Vad är er förhoppning att stödgrupperna ska leda till för er verksamhet?
- Ser ni några utmaningar för er i samtalsledarrollen?
- Har ni funderat över möjligheter och begränsningar utifrån organisatoriska aspekter?
- Finns det verksamhetsorienterade skäl att erbjuda stödgrupper? (kostnader, minskade vårdköer, klagomål/önskemål)

Bilaga 2: Intervjuguide 2

Tidsschema

9.00-9.10 Introduktion & gruppindelning.

9.10-9.25 Vinjett 1 – smågrupper.

9.25-9.50 Vinjett 1 – helgrupp, **spelas in!**

9.50-10.00 Paus

10.00-10.15 Vinjett 2 – smågrupper.

10.15-10.40 Vinjett 2 – helgrupp, **spelas in!**

10.40-11.00 Avslutande diskussion och reflektioner, **spelas in!**

Introduktion

Hälsa välkomna och ge information:

- Hur dagens kommer gå till
- Syfte (med uppsatsen & för arbetsgruppen)
- Inspelning (ej i smågrupper, storgrupp)
- Konfidentiellt
- Frivillighet

Gruppuppdelning

Slumpade grupper (vid sjukdomsbortfall = 2 grupper), se separat lista

VINJETT 1

I rollen som kurator ska du ansvara för att leda två mindre stödgrupper för patienter med samma sjukdom. Sjuksköterskorna på din mottagning har fångat upp att dessa patienter har stort behov av att träffa andra i liknande situation och sammanställt två grupper. På grund av restriktioner till följd av covid-19 kommer det endast vara tre deltagare i varje grupp för att ni ska kunna sitta med avstånd i lokalen. Du hoppas kunna skapa ett tryggt, öppet och respektfullt samtalsklimat där patienterna lugnt kan dela känslor och tankar. Du vill erbjuda en plats där de kan känna sig förstådda och mindre ensamma i sin sjukdom.

DISKUSSIONSFRÅGOR

- Vad tänker ni om gruppkonstellationerna? Om ni hade fått sammanställa grupperna själva, hade ni gjort något annorlunda?
- Hur tror ni att gruppdynamiken kan bli i grupperna utifrån förhandsinformationen om patienterna? Vilka faktorer kan påverka?
- Vilka normer och värderingar tror ni är centrala i er roll som samtalsledare för gruppen?

Se nedan för listan över gruppindelning och beskrivning av patienterna



GRUPP 1

- **AGNES**, 23 år, juridikstudent. Sjukdomen är i ett tidigt stadium så vardagen är relativt opåverkad ännu. Agnes siktar på examen om ett år som planerat. Hon tycker att det känns fånigt att sitta och prata om sjukdomen, det är vad det är... hur ska en stödgrupp hjälpa henne? Dessutom blir det drygt att åka till sjukhuset en extra dag utöver alla behandlingar. Hon går ändå med på att testa att delta i stödgruppen.
- **LINUS**, 29 år, arbetslös. Han har ångest över hur hans sjukdom ska fortskrida och hur han ska få ett nytt jobb. Han känner sig så konstig, kan inte få stopp på tankarna, vissa nätter kan han inte ens sova. Han har svårt att vara närvarande med sin dotter som bor hos honom varannan vecka. Linus tackar ja till stödgruppen direkt, det vore bra att få se hur andra hanterar det här.
- **CAROLINE**, 47 år, egenföretagare. Hon känner att frågan om stödgruppen kommer olägligt. Det är mycket som händer under vårterminen, hennes mor ska flytta in på äldreboende mitt under covid-19 och äldsta sonen ska ta studenten. Caroline hinner inte tänka på sin nya sjukdom vilket hon tycker är skönt. Hon vet inte riktigt vad stödgruppen innebär men tackar ja eftersom både hennes sjuksköterska och läkare rekommenderar den.

GRUPP 2

- **ULF**, 64 år, har varit heltidssjukskriven från sin tjänst som ekonom länge och nu pratar cheferna om pensionering. Pandemin har gjort Ulf än mer isolerad och nedstämd. Ulf tänker att det vore bra med stödgruppen för att träffa lite folk. Samtidigt är han nervös för att prata inför en grupp med okända personer, det var så länge sedan han gjorde det. Ulfs partner är orolig för Ulf som visat fler ångest- och stressyndrom under hösten och motiverar honom att delta i stödgruppen trots nervositeten.
- **PETRA**, 36 år, förskolelärare. Konsekvenserna av sjukdomen utmanar henne, främst på arbetsplatsen. Petra har svårt att orka med sina arbetsuppgifter på 50 % men känner att hon behöver rutiner och det sociala som arbetet innebär. Chefen är förstående vilket gjort att Petra tackat nej till mer sjukskrivning. Hon har långt till sjukhuset ser fram emot att delta i stödgruppen och få prata andra med samma sjukdom.
- **SOLVEIG**, 55 år, ensamstående och sjukpensionär sedan tidigare. Hon har en hög stressnivå och svårt att hantera sina känslor kopplat till det nya sjukdomsbeskedet. Hon försöker få vardagen att fungera trots känslor av hopplöshet. Personalen på mottagningen tror att det kan bli bra för Solveig att få nya perspektiv och erbjuder henne att vara med i stödgruppen. Solveig tackar ja, allt stöd från vården som hon kan få tänker hon ta emot

VINJETT 2

Du håller i första mötet för den ena stödgruppen (Agnes, Linus, Caroline). Du presenterar ramarna för stödgruppen och säger att det blir en lugn start idag. Du instruerar deltagarna till en så kallad runda där alla får berätta hur dem mår idag, lite om sig själva och deras vardag. Du poängterar att ingen får avbryta den som pratar och att man inte behöver säga något om man inte vill.

Efteråt sitter du på kontoret och reflekterar över första tillfället. Det var en lugn och trevlig stämning. Caroline verkade inte ha tagit in innebörden att leva med den här sjukdomen, hon sa själv att hon inte hunnit känna efter. Agnes sa inte mycket men framhöll att hon tyckte hennes vardag fungerade ganska bra. Linus var modig och öppnade upp sig kring sitt mående samt uttryckte också att han hade mycket att lära.

Dagen efter har du två missade telefonsamtal, du ringer upp din röstbrevlåda. Caroline har valt att hoppa av stödgruppen. Linus kontaktsjuksköterska undrar om han kan ha triggats av något speciellt under mötet eftersom han fick en svår panikångestattack på hemvägen.

DISKUSSIONSFRÅGOR

- Vad tror ni skulle kunna vara anledningen till att Caroline valde att hoppa av stödgruppen redan efter första mötet?
- Vad tror ni kan ha triggat Linus under stödgruppen?
- Tror ni att Agnes och Linus kommer fortsätta i stödgruppen?
- Vilka faktorer tror ni påverkar när patienter väljer att inte delta eller hoppar av?

(Se listan över gruppindelning och beskrivning av patienterna)

Avslutande diskussion

- Summera diskussionerna från båda vinjetterna.
- Ställ avslutande frågor för att fånga upp eventuella tillägg samt avrunda, se nedan:
 - Någon speciell karaktär eller något annat i vinjetterna som ni reagerade särskilt på?
 - Upplevde ni att vinjetterna var verklighetsförankrade?
 - Hur tänker ni nu efter att ni fått diskutera och reflektera utifrån vinjetterna jämfört med före intervjun? (Någon ny insikt, tankar eller reflektioner kopplat till verkliga patientfall etc.)
 - Är det något ni vill tillägga till vinjetterna eller något annat?
 - Vad tyckte ni om upplägget? Feedback (positiv/negativ + något om det digitala)
 - Vad tar ni med er från dagen?
- Mejla ut artiklarna efteråt.