



LUND UNIVERSITY

Ett ensamarbete i grupp - Perspektiv på hälso- och sjukvårdskuratorers balanserande mellan inre och yttre förväntningar

Rapport från en digital forskningscirkel för kuratorer inom hälso- och sjukvården

Ritenius Manjer, Åsa; Lindvall, Nathalie; Bengtsson, Camilla ; Oredsson, Jacob; Montero, Bella Venegas ; Stenman, Nellie ; Alebo, Anna-Maria

2025

Document Version:

Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Ritenius Manjer, Å. (Red.), Lindvall, N., Bengtsson, C., Oredsson, J., Montero, B. V., Stenman, N., & Alebo, A.-M. (2025). *Ett ensamarbete i grupp - Perspektiv på hälso- och sjukvårdskuratorers balanserande mellan inre och yttre förväntningar: Rapport från en digital forskningscirkel för kuratorer inom hälso- och sjukvården*. (1 uppl.) (Working Paper Socialhögskolan LU; Vol. 2025, Nr 1).

Total number of authors:

7

Creative Commons License:

Ospecificerad

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Working Paper

Nr 1 • 2025

ISSN 1650-8971

Ett ensamarbete i grupp Perspektiv på hälso- och sjukvårdskuratorers balanserande mellan inre och yttre förväntningar

*Rapport från en digital forskningscirkel
för kuratorer inom hälso- och sjukvården*

Redaktör

Åsa Ritenius Manjer



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan, Lunds universitet • Box 117, 221 00 Lund

Innehållsförteckning

Författarpresentationer	2
Bakgrund - av Åsa Ritenius Manjer.....	3
Ett utvecklingsprojekt med sex forskningscirkclar	3
Arbetet med rapporten – en fortsättning på forskningscirkklarna	5
1. Infrastruktur för kunskapscirkulation - av Nathalie Lindvall	8
De initiala träffarna	9
Forskningscirkeln som form för infrastruktur	10
Relationsskapande processer som del av infrastrukturen.....	12
2. Helhetssyn och evidens: Otydlighet eller rollvariation? - av Jacob Oredsson	15
Helhetsperspektiv i forskningscirkeln	16
Helhetsperspektiv i det kliniska arbetet	19
Helhetsperspektiv i ett samhälle med stort individfokus	20
3. Förväntningar på kuratorn i det multiprofessionella teamet -av Bella Venegas Montero	24
Kuratorn som konsult eller del av teamet.....	25
Förväntningars betydelse för samarbete.....	26
En otydlighet eller rollvariation	28
Multiprofessionella forum som mötesplats	30
4. Kollegialitetens kunskapande betydelse - av Camilla Bengtsson	32
Den ensamma professionen.....	33
Svårigheter med att arbeta ensam.....	34
Betydelsen av kollegor för att förstå görandets kunskapsbas och stärka yrkesidentiteten	36
5. Att göra sitt arbete synligt av Nellie Stenman	39
Att använda sig själv som redskap	42
Skapa förutsättningar för samtal	43
Att slå följe med patienten	45
Efterord - av Anna-Maria Alebo	47
Referenser	49
Tips på vidare läsning	54

Författarpresentationer

Nathalie Lindvall är socionom, master i socialt arbete och leg. hälso- och sjukvårdskurator. Hon är verksam vid kuratorsmottagningen på Helsingborgs lasarett sedan 2016.

Jacob Oredsson är socionom och legitimerad hälso- och sjukvårdskurator. Han är verksam vid Minnesmottagningen respektive Neurologimottagningen på Hässleholms sjukhus sedan 2022. Jacob har tidigare arbetat som socialsekreterare med inriktning mot barn och ungdomar samt som kurator inom geriatrik och kirurgi. Han har ett särskilt intresse för frågor som berör socialt arbete med äldre, utvärdering och arbetskritik.

Bella Venegas Montero är socionom, master i socialt arbete och leg. hälso- och sjukvårdskurator. Hon är verksam vid kuratorsmottagningen, Helsingborgs lasarett sedan 2018. Arbetar sedan 2021 deltid i Barnskyddsteamet nordvästra Skåne.

Camilla Bengtsson är legitimerad hälso- och sjukvårdskurator och har varit verksam inom rehabiliteringsmedicin på Skånes Universitetssjukhus i Lund sedan 2017. Har arbetslivserfarenhet som socionom inom socialtjänsten, ekonomiskt bistånd samt som arbetsförmedlare och SIUS-konsulent hos Arbetsförmedlingen. Att med kollegor få utveckla kuratorsverksamheten är en viktig fråga likaså att vägleda studenter in i socionomyrket. Nyttillkommet intresse är att lyfta fram den sexuella hälsans plats inom hälso- och sjukvården.

Nellie Stenman är utbildad socionom och har varit verksam som kurator inom hälso- och sjukvården sedan 2017. Nellie är för närvarande anställd på Helsingborgs lasarett. Hon har erfarenhet från flera olika sjukhus och verksamhetsområden bland annat inom medicin, kirurgi och akutverksamhet. Hon arbetar främst med enskilda patienter och närstående i samband med sjukdom, dödsfall och olyckor.

Anna-Maria Alebo är socionom och har varit verksam som kurator inom hälso- och sjukvården sedan 1998. Hon är verksam vid kuratorsmottagningen på Helsingborgs lasarett sedan 1998 inom rehabilitering och cancersjukvård.

Bakgrund

Den här rapporten är en del av ett större utvecklingsprojekt och baseras på en serie digitala forskningscirklar för kuratorer inom hälso- och sjukvården som pågick mellan 2020 och 2022. Författarna undersöker, med hjälp av anteckningar från forskningscirkklarna och egna erfarenheter som kliniskt verksamma kuratorer, hur deras arbete kan förstås både inom den egna professionen och i samverkan med andra yrkesgrupper i sjukvården. Avsikten är inte att belysa alla aspekter av kuratorsarbetet inom hälso- och sjukvården. I stället har vi valt ett öppet och tentativt essäformat där sex hälso- och sjukvårdskuratorer gör personliga nedslag i forskningscirkklarnas gemensamma anteckningar. Rapporten vänder sig främst till studenter på Socionomprogrammet och Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet, men kan med fördel läsas i sin helhet eller som enstaka kapitel även av andra intresserade. Vår förhoppning är att diskussionerna fortsätter i nya konstellationer – helt i forskningscirkelns anda.

Ett utvecklingsprojekt med sex forskningscirklar

Den 9 april 2018 kom ett mejl från institutionens studierektor med rubriken ”En vild idé” och frågan om det vore möjligt att skapa ett forsknings- och utvecklings (FoU) samarbete mellan Socialhögskolan och Region Skåne parallellt med arbetet att starta Sveriges första legitimationsgrundande utbildning till Hälso- och sjukvårdskuratorer. För att få en bild av intresset bland yrkesverksamma kuratorer sökte och beviljades medel från Helsingborgs stad till en första kartläggning i projektet *Samverkansplattform för socialt arbete inom hälso-och sjukvård*. Projektet startade med fem dialogsamtal där 26 av totalt 120 inbjudna sjukhuskuratorer från Helsingborg, Lund och Malmö deltog. Psykiatri och primärvård ingick inte.

I samband med dialogsamtalen identifierades ett antal organisatoriska hinder som sammantaget begränsar kuratorernas möjlighet att kombinera forskning och utvecklingsarbete med klinisk tjänstgöring på det sätt som andra yrkesgrupper i sjukvården har möjlighet till. Tidigt blev det tydligt att forskningsintresserade kuratorer saknade de logistiska förutsättningar som behövs för att starta upp olika former av utvecklingsprojekt. Det blev också tydligt att sjukvårdens FoU-enheter, som skulle kunna vara ett bra stöd, var inriktade endast för den medicinskt skolade personalen.

För att hitta framkomliga vägar för en konkret samverkan bjöds intresserade kuratorer in till en första forskningscirkel *Om kunskaper och perspektiv i socialt och psykosocialt arbete i hälso-och sjukvård*. Trots vissa initiala oklarheter anmälde sex kuratorer sitt intresse för att delta. Därefter har vi haft ytterligare fem cirklar med totalt 25 kuratorer från ett tiotal vårdenheter och fem olika sjukhus i Skåne. Varje digital forskningscirkel har omfattat fyra

tillfällen med cirka två veckors mellanrum. Fallbeskrivningar, vetenskapliga artiklar och historiska dokument har utgjort underlag för cirkarna. Varje möte i forskningscirkeln har dokumenterats i gemensamma anteckningar, som nu ligger till grund för rapporten. Varje cirkelträff började med att vi läste igenom föregående mötesanteckningar. Anteckningarna fungerade sedan som utgångspunkt för våra fortsatta diskussioner och möjliggjorde en bred och fördjupad diskussion över en längre tidsperiod. Två forskare från Socialhögskolan har medverkat vid varje cirkelträff medan antalet deltagande kuratorer varierat mellan fem och sju personer. Tio av deltagarna har valt att medverka vid fler än en forskningscirkelomgång och sex av dem är nu medförfattare i den här rapporten. En av författarna, Anna Maria Alebo, kurator på Helsingborgs lasarett, har varit en central del av projektet genom att ha deltagit i den inledande kartläggningen, samtliga forskningscirkel och nu som medförfattare till den här rapporten. Hon sammanfattar sina erfarenheter i ett efterord som också är en personlig tillbakablick på ett innehållsrikt arbetsliv som kurator inom hälso- och sjukvården.

Med tiden har forskningscirkelns praktikhära och digitala format blivit en viktig faktor för kunskapsöverföring mellan forskare och kliniskt verksamma kuratorer. Formatet har också utvecklats till en plattform där frågor om gemensamma utvecklingsprojekt naturligt har kommit i fokus. Ett exempel på diskussion som startat i forskningscirkeln och sedan har övergått till ett gemensamt praktikhära forskningsprojekt är *Beslutsfattandets villkor – Barnskyddsteamets uppdrag inom hälso- och sjukvården*. Att det digitala och behovsstyrda kollegiala formatet skulle kunna fungera som en FoU-plattform var något som tog tid att uppmärksamma, eftersom vi inledningsvis fokuserade helt på att bli en formell del av sjukvårdens etablerade FoU-enheter. Det digitala formatet har visat sig vara effektivt, särskilt eftersom deltagarna har varit spridda över hela Skåne och behövt vara tillgängliga för akuta situationer på sina respektive vårdenheter. En viktig fråga för framtiden är hur det digitala formatet kan fortsätta utvecklas.

Flera kuratorer beskriver hur forskningscirkeln har fungerat som en ”katalysator” för att starta vetenskapliga diskussioner inom deras egna arbetsgrupper, men också hur det har blivit en möjlighet att få fatt i sin egen yrkesidentitet. Camilla Bengtsson, kurator på enheten för rehabiliteringsmedicin på Skånes universitetssjukhus i Lund, diskuterar detta i sin essä *Kollegialitetens kunskapande betydelse*. Hon reflekterar över hur delade kunskaper och erfarenheter inom kollegiet bidrar till ny kunskap som är svår att uppnå på egen hand.

De huvudsakliga samtalsämnena och personliga reflektionerna i forskningscirkeln fokuserade på teorier och arbetsmetoder som kuratorer inom sjukvården använder, samt hur dessa kan utvecklas. Specifikt diskuterades det sociala och psykosociala kunskapsfältets bidrag till en annars medicinskt dominerad verksamhet. Flera samtalsämnen återkom och fördjupades när nya deltagare anslöt sig till cirkeln. Diskussionerna handlade bland annat om vad

kuratorsarbetet bör innehålla, men också hur uppfattningen att uppdraget kan vara otydligt för både patienter och andra yrkesgrupper inom sjukvården och därmed påverkar synen på det egna arbetet.

Det inledande utvecklingsprojektet lyckades inte nå målet att skapa ett kliniskt forskningslektorat för socialt arbete inom befintliga FoU-verksamheter i Region Skåne. I stället etablerades en egen hållbar digital plattform för samverkan mellan forskare vid universitetet och kliniskt verksamma kuratorer genom arbetet med forskningscirkklarna. En plattform som är helt behovsstyrd och utgår från kuratorernas specifika frågeställningar med potential att utvecklas ytterligare. Hälso- och sjukvårdskurator Nathalie Lindvall beskriver den här arbetsprocessen i sin essä *Infrastruktur för kunskapscirkulation*. Hon undersöker hur två olika organisationer där socionomer arbetar (Socialhögskolan vid Lunds universitet och hälso- och sjukvården) bidrar till en gemensam plattform och infrastruktur för långsiktigt samskapande, trots initiala tvivel och en rad praktiska hinder.

Arbetet med rapporten – en fortsättning på forskningscirkklarna

Arbetet med rapporten har till stor del följt forskningscirkelns struktur. I stället för fallbeskrivningar, rapporter och vetenskapliga artiklar, har vi skrivit och läst varandras utkast och på så sätt hittat den röda tråden (eller snarare de röda trådarna). Det har varit ett långsamt men inspirerande arbete som till stor del har skett utanför ordinarie arbetstid. Vid ett tillfälle, när vi alla verkade ha fastnat i skrivprocessen, jämfördes det samskapande arbetet med det lokala pendeltåget som tuffar på och når slutstationen, även om det tar längre tid än de direktgående snabbtågen. Forskningscirkelns arbetsprocess är som pendeltåget som stannar vid varje station, släpper av och tar ombord nya resenärer, och inväntar snabbtågen som har företräde på spåret.

För att säkerställa att alla deltagare kände sig bekväma med att deras resonemang användes som underlag i rapporten, erbjöds de via mejl att ta bort anteckningar som kunde identifiera dem personligen. Ingen valde att göra detta, vilket innebär att alla anteckningar används i sitt ursprungliga skick och med varsamt hänsynstagande för den personliga integriteten.

Under arbetet med rapporten har det blivit allt tydligare att forskningscirkklarna har synliggjort en pågående professionaliseringsprocess inom kuratorskollegiet och i relation till andra yrkesgrupper inom sjukvården. Legitimationskravet som infördes sommaren 2019 har ökat intresset inom forskarvärlden och bland kliniskt verksamma kuratorer att förstå den pågående professionaliseringsprocessen inom sjukvårdens hierarkiska organisation. Vår ambition är att de fem kortessäerna i rapporten ska väcka frågor och inspirera fler att delta i diskussionen.

Rapporten återspeglar en allmän uppfattning bland kuratorerna att de betraktas som "främmande fåglar" eller "fria satelliter" av andra inom sjukvårdens organisation, och att få personer förstår deras arbetsmetoder och tillvägagångssätt. Nellie Stenman, som till vardags arbetar som kurator på lasarettet i Helsingborg, belyser i sin essä *Att göra sitt arbete synligt* den stora variation av samtalsformer som kan behövas i en och samma patientkontakt. Hon beskriver på ett illustrativt sätt, med hjälp av en fiktiv fallbeskrivning, hur dessa samtalsverktyg bidrar till en helhet och hjälper patienten att förstå en ofrivilligt förändrad livssituation.

Deltagarna har efterhand enats om att det i spänningsfältet mellan den generella förståelsen och det specifika i tillämpandet uppstår en otydlighet. I forskningscirkelarna har det gått under arbetsnamnet "luddighet" och är något som diskuteras av alla essäförfattare om än från olika perspektiv. Kuratorernas diskussioner utgår från att de har en generalistutbildning (socioinomexamen) i grunden, men arbetar inom ett fält där specialistkunskap är efterfrågat och högt prioriterad. Det är exempelvis en central utgångspunkt i Jacob Oredssons essä *Helhetssyn och evidens: Otydlighet eller rollvariation*, där han diskuterar den egna yrkesrollen genom att problematisera begreppet helhetsperspektiv. Han ställer bland annat frågan om det går att säga att en specifik yrkesgrupp inom sjukvården har tolkningsföreträde när det gäller helhetssyn, då kuratorer är den enda yrkesgruppen som arbetar utifrån ett brett psykosocialt perspektiv.

Bella Venegas Montero, som också arbetar på kurstorsmottagningen på Helsingborgs lasarett, beskriver i sin essä *Förväntningar på kuratorn i det multiprofessionella teamet* hur kuratorns uppdrag i vårdteamet kan uppfattas som otydligt och luddigt på grund av svårigheten att balansera yttre förväntningar med den egna rädslan att inte passa in. Hon diskuterar också hur tydliga rollförväntningar kan hjälpa till att klargöra vad som förväntas av kuratorns komplexa och bitvis otydliga uppdrag.

Diskussionen om kuratoryrkets 'vaghet och luddighet' i relation till andra grupper inom sjukvården har uppmärksammats i forskningscirkelarna och i den här rapporten. Antikens moralfilosofier betonade ofta vikten av att reducera och om möjligt eliminera vaghet och luddighet för att uppnå vetenskaplig stringens. I forskningscirkeln har vi i stället omfamnat det vaga och luddiga, vilket har gett oss en ordentlig inblick i hur exempelvis olika aspekter av otydlighet kan påverka mötet med andra och hur kuratorerna förstår sitt eget arbete.

Ett stort tack till alla 25 kuratorer som deltagit i forskningscirkelns diskussioner och bidragit med kunskap och egna kliniska erfarenheter. Även ett stort och innerligt tack till forskarkollegorna Eva Johnsson, Sara Hultqvist och Eva Palmblad som vid olika tidpunkter och med stor kunskap och inspirerande diskussioner varit med i både utvecklingsprojektet och forskningscirkelarna.

Några ord till läsaren: I texten används titeln kurator för enkelhetens skull. Sedan juni 2019 är det dock en skillnad mellan att arbeta som legitimerad hälso- och sjukvårdskuratorer och kurator i hälso- och sjukvården. Längst bak i rapporten finns några lästips som vi sammanställt utifrån det material vi har använt oss av under arbetet med forskningscirkelarna.

Mars 2025

Åsa Ritenius Manjer, Socialhögskolan, Lunds universitet

1. Infrastruktur för kunskapscirkulation

Nathalie Lindvall

Abstrakt

Den här essän beskriver ett samarbete mellan kuratorer i Region Skåne och forskare vid Socialhögskolan på Lunds universitet som utvecklats genom att arbeta i digitala forskningscirklar. Samarbetet syftade till att främja kunskapsutbyte och utveckla ett forum för att mötas över geografiska och organisatoriska gränser. Trots initial skepsis och praktiska hinder, visade det sig att forskningscirkarna skapade en infrastruktur för samarbete och inomvetenskaplig kunskapscirkulation. Kuratorerna fick möjlighet att reflektera över sitt arbete och dela erfarenheter, vilket stärkte deras professionella identitet och bidrog till ett gemensamt fackspråk. Forskningscirkarna har även bidragit till att skapa långsiktiga relationer mellan kuratorer och forskare, vilket har främjat fortsatt samarbete och utveckling av praktknära projekt. Sammanfattningsvis har forskningscirkarna visat sig vara ett praktknära och effektivt arbetssätt för att integrera vetenskaplig kunskap i det praktiska sociala arbetet inom hälso- och sjukvården och tvärtom.

Inledning

Ett samarbete har sällan givna ramar och det kan vara svårt att förutse vad det kommer att leda till. För att samarbeta krävs ett utbyte mellan åtminstone två aktörer där deltagarna både har något att tillföra och något att få tillbaka. När vi fick inbjudan att delta i den första forskningscirkeln tillsammans med andra kuratorer i Region Skåne och forskare på Socialhögskolan vid Lunds universitet, kändes varken utbytet eller nyttan självklar. Vad kunde vi kuratorer få ut av att prata om vilken kunskap vi använder i vårt dagliga arbete? Med en initial skepsis kring både syftet och nyttan, samt en kalender anpassad för kliniskt arbete inom sjukvården, fanns det flera hinder att övervinna innan vi var redo att vara med och prova ett digitalt format för samarbete mellan forskare och kliniskt verksamma kuratorer. Till vardags är vår arbetstid främst avsatt för patientnära arbete och vi har begränsat utrymme för externa samarbeten. Det var helt enkelt svårt att argumentera för att få avsätta tid i en redan pressad kalender för ett samarbete där vi inte var helt säkra på vilket sätt det skulle gynna oss eller vår verksamhet.

Trots tveksamheten kring formen och nyttan med forskningscirkeln, fanns det också en nyfikenhet. Förväntan att få ny kunskap var större än tanken om att dela med oss av våra erfarenheter och undersöka vårt eget kunskapsanvändande. Vårt praktiska arbete upplevdes paradoxalt nog inte ha någon stark vetenskaplig kunskapsbas, även om vi efterhand blev överens om att mycket av det vi gör faktiskt bygger på teoretisk kunskap. I detta kapitel kommer jag undersöka hur samarbetet mellan kuratorer och forskare tog form och etablerades genom sju digitala forskningscirkelar.

De initiala träffarna

Efter flera inledande och sonderande möten tillsammans med två forskare från Socialhögskolan vid Lunds universitet, beslutade vi att starta den första av sju forskningscirkelar för kliniskt verksamma kuratorer inom Region Skåne. Vid den tidpunkten var det ingen som tänkte att forskningscirkelarna skulle kunna pågå under en så pass lång tid som tre år, vilket visar hur svårt det kan vara att förutse resultatet av ett samarbete. När forskningscirkelarna startade hade hälso- och sjukvårdskurator blivit ett legitimationsyrke och det första hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet hade kommit i gång på Socialhögskolans campus i Helsingborg. Förväntan var stor på oss kliniskt verksamma kuratorer att ta emot studenter från den nya legitimationsgrundande utbildningen, vilket väckte frågor om kuratorsarbetet i stort och funderingar om vilka kunskaper vi behövde ha som handledare. Gradvis växte ett intresse och behov av kunskapsutbyte mellan akademi och praktik fram, med en tydlig förväntan att få insikt i hur vårt arbete förstås och förklaras ur ett vetenskapligt perspektiv.

Med utgångspunkt från forskningscirkelarnas anteckningar var den inledande uppfattningen bland oss kuratorer att påfyllnad av ny och fördjupad kunskap skulle ske ensidigt från forskarna. Det var helt enkelt ingen självklarhet att kunskapsutbytet skulle vara ett gemensamt ansvar så som det presenterades på den allra första cirkelträffen *”all praktikforskning är relationell och bygger på gemensamma diskussioner mellan forskare, praktiker och brukare för att gemensamt hitta frågor och områden att granska närmare utifrån olika perspektiv”*. På samma sätt var kuratorns roll som aktiv deltagare inte självklar, och forskningsfrågor inom socialt arbete uppfattades som avlägsna från den praktiska vardagen (jmf Lahdenperä 2014). Ståhl och Lundälv (2023) menar att kuratorer oftare söker ny eller fördjupad kunskap inom sitt kollegium snarare än från forskning, vilket kan ha bidragit till den initiala skepsisen inför samarbetet med forskarna på Socialhögskolan i Lund.

Samtidigt som våra anteckningar visar att ett regelbundet deltagande i forskningscirkeln inte har varit helt oproblematiskt på grund av praktiska hinder på respektive arbetsplats, framgår det

att deltagarna över tid har värderat det gemensamma inomvetenskapliga forumet högt. Det är en motsägelse som även syns i anteckningarna om hur ett fortsatt samarbete genom olika praktisknära projekt ansågs viktigt, men svårt att genomföra med hänvisning till både tid och kunskap.

Forskningscirkeln som form för infrastruktur

I forskningscirkeln har samarbetet mellan praktiker och forskare återkommande jämförts med de medicinska professionernas förutsättningar för kunskapsutbyte. En gemensam uppfattning handlade om att de medicinska professionerna har flera etablerade forum och en tydlig infrastruktur för inomvetenskapligt kunskapsutbyte och att socialt arbete i hälso- och sjukvården har en lång uppförsbacke i detta avseende. Samma sak gällde karriärmöjligheter, där det ansågs svårt för kuratorer att både arbeta kliniskt och välja en akademisk forskningsinriktad karriär. I anteckningarna uttrycktes det som att *"flera andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården har betydligt mer praktiska förutsättningar för att kunna bedriva forsknings- och utvecklingsarbete /.../ som kurator är man ofta ensam och saknar kontaktytor"*. Pågående forskning om kunskapsanvändning inom socialtjänsten och i nationella styrdokument stärker bilden av att det i socialt arbete sällan finns ett givet forum för internt kunskapsutbyte och kunskaps-cirkulation mellan forskare och praktiker (jfr Plantin & Svensson 2024; Prop 2020/21:60). Med kunskaps-cirkulation menas här en mer dynamisk och flexibel form av utbyte mellan olika aktörer, snarare än att kunskap är något som förmedlas enkelriktat.

I linje med Gonzales-Santos och Diamonds (2015) forskning om vikten av samarbete mellan praktiker och forskare för att få en fördjupad kunskapsutveckling, enades deltagarna i forskningscirkeln om behovet av en gemensam digital infrastruktur. Med infrastruktur menas här att nya kontaktvägar och samarbeten mellan praktik och akademi behöver byggas upp under längre tid för att en effektiv och praktisknära kunskaps-cirkulation ska kunna ske. Forskningscirkeln och det digitala formatet blev en början på en gemensam plattform, vilket gjorde det möjligt för oss att träffas och prata socialt arbete i hälso- och sjukvården samt påbörja praktisknära samarbeten, oberoende av geografisk plats och organisatorisk tillhörighet.

När den första digitala forskningscirkeln startade hösten 2020 deltog sex kuratorer och två forskare från Socialhögskolan. Det var inte helt lätt med tekniken, men när alla hade lyckats logga in, få ordning på sina kameror och mikrofoner, och tagit del av en introduktion om forskningscirkelns format och kunskapsbegreppet började det första trevande samtalet om kuratorers kunskapsanvändning. Detta blev startpunkten för flera återkommande och

utvecklande diskussioner och ett gemensamt undersökande om hälso- och sjukvårdskuratorns roll från flera perspektiv.

Forskningscirkeln format var inledningsvis ovanligt för både de enskilda kuratorerna och deras arbetsplats. Arbetet med forskningscirkelarna har visat att det inte alltid är möjligt att prioritera ett kollegialt samarbete utanför den egna kliniken på grund av stora skillnader i kuratorernas förutsättningar och uppdrag. Vissa kuratorer har haft möjlighet att delta regelbundet, medan andra deltog mer sporadiskt. Hinder för deltagande berodde ofta på akuta patientärenden och behovet av att vara tillgänglig för annan vårdpersonal. Det märktes särskilt när deltagare behövde lämna mitt i en diskussion på grund av att jourtelefonen ringde. Med en gemensam förståelse för dessa förutsättningar fungerade det bra med ”dropp in” även under pågående cirkelträffar. I stället för att fastna i praktiska och logistiska svårigheter med forskningscirkeln som en extern samverkanspart med låg prioritering blev dessa förutsättningar en viktig diskussionspunkt om kuratorers organisering och vad det innebär att ensamt ansvara för sociala frågor på en vårdenhets. I anteckningarna finns exempel på hur samtalen i forskningscirkeln möjliggjort fortsatta konstruktiva diskussioner på den egna kliniken. Den tidigare avsaknaden av infrastruktur för samarbete och kunskapsutbyte, samt de hinder som vissa kuratorer upplevde för att delta, kan ses som ett uttryck för hur en inomvetenskaplig kunskapscirkulation bland kuratorer inte har prioriterats inom den nuvarande organisationen.

Efter ett antal forskningscirkel med delvis nya deltagare vid varje omstart, lyftes frågan om forskningscirkeln kunde utvecklas ytterligare. Med en digital infrastruktur som fungerade bra och ett fortsatt behov av att stärka samarbetet mellan kuratorer i Region Skåne och forskare på Socialhögskolan i Lund, beslutades att intresserade kuratorer skulle fortsätta träffas i det vi kallade för ”fortsättningscirkeln”. Fortsättningscirkeln var tänkt som en möjlighet till fördjupning genom att diskutera vetenskapliga texter och presentera projektidéer. Det enda krav som ställdes var att deltagarna hade varit med i minst en ordinarie forskningscirkel så formatet på kunskapscirkulation kunde bibehållas. Även om våra ofärdiga projektidéer många gånger upplevdes som svåra att genomföra, så var det i arbetet med fortsättningscirkeln som tanken om den här gemensamma rapporten tog form. Efter drygt tre år med forskningscirkel kan vi konstatera att de både har fungerat som en digital plattform för såväl samtal, samverkan och skapandet av praktisknära gemensamma forskningsprojekt. Eftersom kuratorsarbetet är ett ensamarbete inom starkt medicinskt orienterad verksamhet har det varit välkommet och berikande med en egen plats för kunskapsutbyte om socialt arbete inom hälso- och sjukvården.

Relationsskapande processer som del av infrastrukturen

Till de första forskningscirkelsomgångarna var vi mer eller mindre främlingar för varandra. Genom öppna diskussioner med grund i våra egna erfarenheter och kunskaper, tillsammans med vetenskapliga artiklar som diskussionsunderlag, har vi lärt känna varandra och varje deltagare blivit en person med namn, erfarenheter och en mängd kunskaper. Det digitala formatet har naturligt överbryggat geografiska och organisatoriska barriärer genom att vara tillgänglig på datorskärmen på det egna kontoret, mer överraskande har det även bidragit till långsiktiga samarbeten mellan kuratorerna och forskarna i olika konstellationer.

Precis som forskningscirkeln skapade en digital infrastruktur för samarbete mellan forskare och praktiker, har relationsskapandet inom forskningscirkelarna skapat en grund för oss att kunna hjälpa varandra även utanför forskningscirkeln. Det många gånger ensamma arbetet som kurator inom sjukvården och ett ständigt behov av aktuell kunskap om exempelvis lagstiftning och socialförsäkringar har underlättats när det finns fler kuratorskollegor att fråga. Flera diskussioner i fortsättningscirkeln har handlat om hur inomvetenskaplig samverkan går till i praktiken och hur formatet kan utvecklas framöver för att stärka kuratorer som arbetar ensamma på en vårdenhets. Det är frågor som är särskilt viktiga och följer med legitimationskravet för hälso- och sjukvårdskuratorer som infördes juni 2019.

Det finns flera exempel där forskare betonar relationens betydelse i samverkansprojekt mellan akademi och praktik (jfm Elmersjö, Hoffmann, Hollertz & Hultqvist 2023; Hultqvist, Jonsson, Jönson, & Iwarsson 2021). Det underlättar förståelsen av varandras villkor men har, som tidigare nämnts, inte alltid varit självklart i forskningscirkeln. Det som initialt kändes skrämmande, ovant och osäkert underlättades av möjligheten att skapa kollegiala relationer. Dessa relationsskapande processer har utvecklats under hela cirkelarbetet genom glesa men återkommande digitala möten, med utgångspunkt i temat *”kunskaper och perspektiv i socialt och psykosocialt arbete i hälso- och sjukvård”*. Det digitala formatet har aldrig ifrågasatts i forskningscirkelarna även om internationell forskning lyfter fram både positiv och negativ påverkan på den relationsskapande processen (jmf Jacobs & Castek 2021, Belli & Ernesto Ponsot 2022). Det skulle kunna förklaras med att det har varit en förutsättning för att överhuvudtaget kunna mötas och att deltagandet har skett utifrån ett eget behov och intresse. De gemensamma beröringspunkterna skapade goda relationer och ett arbetsklimat där det var möjligt att diskutera utmaningar och svårigheter inom yrket och formulera vägar framåt. Nyfikenheten på varandras vardag, både hos kuratorer och forskare, har lett till fler samarbeten, samtidigt som vi också har konstaterat att det finns skillnader som är viktiga att beakta. Framför

allt skillnaden mellan enskilda kuratorers organisatoriska handlingsutrymme och svårigheten att kunna dela sin arbetstid mellan kliniskt arbete och forskning.

Införandet av hälso- och sjukvårdskuratorprogrammet kan ses som bärare för både intresset och starten på det relationsskapande arbetet som har pågått genom alla sju forskningscirkclar med totalt 25 kuratorer. När behovet av samverkan ökade, blev bristen på mötesplatser tydlig, vilket synliggjorde en gemensam infrastruktur för praktisknära frågor där vi tillsammans har fördjupat förståelsen för kuratorns yrkesspecifika frågor. Ett exempel på fördjupning som även kan ses som ett signum för forskningscirkelns arbete, är att vi inte nöjt oss med att konstatera hur något är eller uppfattas av andra. Diskussionerna har i stället fortsatt med nya perspektiv och frågeställningar och på så vis har vi gemensamt utvecklat och fördjupat den egna förståelsen av kuratorns specifika kunskap inom hälso- och sjukvården. I anteckningarna beskrivs forskningscirkelns process som *”ett samarbete som inneburit att gå från något ganska vagt till något mer klart och konkret”*. De relationsskapande processerna, tillsammans med den digitala infrastrukturen, har skapat en plattform och goda förutsättningar för att närma sig ett gemensamt språk inom kuratorskollegiet och möjlighet till utveckling och fördjupning av den professionella rollen.

Avslutande reflektioner

Forskningscirkklarna har visat sig vara en effektiv infrastruktur för samarbete, kunskapscirkulation och ett gemensamt kunskapsskapande. För några kuratorer har forskningscirkeln erbjudit ett forum där de kunnat återknyta till samhällsvetenskapliga perspektiv inom en medicinsk organisation. För andra har forskningscirkeln väckt en fortsatt nyfikenhet på samarbete och samproduktion, samt hur detta kan integreras i det dagliga arbetet. Forskningscirkeln har präglats av att dela och reflektera kring och utifrån olika kunskaper. Den initiala tanken om att det var forskarna som skulle bidra med kunskap skiftade med tiden. Ett erkännande för olika typer av kunskap växte fram, där kunskapscirkulationen mellan kuratorer och forskare ledde till en ökad förståelse och ett gemensamt kunskapsskapande. Förutom att främja en kunskapscirkulation har forskningscirkklarna bidragit till att stärka enskilda kuratorer i att föra konstruktiva samtal inom sin vardagliga kontext.

Materialet visar att forskningscirkklarna har bidragit till en gemensam grund och förståelse för kuratorsarbetet, förmågan att se och mötas över olika perspektiv, kunskapscirkulation samt en stärkt kunskapsbas. Att fortsätta med gemensamma forum för kunskapscirkulation, både inom och utanför praktiken, kan bidra till att tydliggöra kuratorns jurisdiktion och diskretion. Det kan

i sin tur kunnat förändra upplevelsen av kuratorns profession som diffus och svårbegriplig (jmf Cootes, Heinsch & Brosnan 2022, Sernbo 2019, Craig & Muskat 2013).

Tidigare forskning uppmuntrar kuratorer att slå sig samman i ”*kollektiv uppslutning kring frågor om arbetets organisering*” (Sernbo, 2019, s. 262), använda sig av ett gemensamt begreppslikt ramverk (jmf Eriksson 2022) och stå upp mot epistemisk orättvisa, det vill säga när kuratorns kunskap undervärderas inom den medicinska kontexten (Cootes, Heinsch & Brosnan 2022). Forskningscirkeln som infrastruktur har gjort det möjligt att både beakta och utmana dessa perspektiv. Även om forskningscirkelarna har haft flera deltagare från olika sjukhus, representerar de en mindre grupp inom hela yrkeskåren. Det innebär att det behövs ett fortsatt arbete för att legitimera forskningscirkeln som ett forum för kunskapscirkulation för kuratorer inom socialt arbete i hälso- och sjukvård. Det krävs ett fortsatt arbete med att skapa infrastrukturer som inbegriper såväl mindre som större gruppdeltagande och kuratorer som arbetar med olika vårdnivåer.

Under forskningscirkelarna har deltagarna flera gånger lyft fram och diskuterat formen för ett fortsatt samarbete. Vi har ställt oss frågande till om forskningscirkeln som infrastruktur för samarbete och kunskapscirkulation är det mest optimala forumet och om forskningscirkeln är givande och representativ även i andra sammanhang. Deltagarna har vid flera tillfällen lekt med tanken om framtida gemensamma projekt för fortsatt praktisknära samarbete, men det har ofta landat i att det känns alltför stort och svårmanövrerat för kuratorernas del. Det finns dock ett fortsatt arbete att göra för att just fortsätta upprätthålla relationen mellan akademi och praktik. Ett praktisknära arbete som behöver inkludera fungerande infrastrukturer och en bredare legitimering av dessa.

2. Helhetssyn och evidens: Otydlighet eller rollvariation?

Jacob Oredsson

Abstrakt

Följande essä fokuserar på den roll ett helhetsperspektiv har för kuratorer inom hälso- och sjukvård. Resonemang förs om vikten av att förstå och tillämpa ett helhetsperspektiv i kuratorers arbete för att skapa en professionell identitet. Helhetsperspektivet kan vara både strukturellt, med fokus på social förändring och jämlikhet, och individuellt, med fokus på patientens tankar, känslor och livssituation. Diskussioner som förts i forskningscirkeln gällande kuratorns varierande roller och hur balansen mellan behandlingsarbete och praktiskt stöd kan se ut presenteras. I texten lyfts flexibilitet och en särskild, ibland otydlig expertis hos kuratorer fram som kännetecken för yrkesgruppen, vilket i sin tur möjliggör en unik relation till patienter och anhöriga. Avslutningsvis diskuteras bland annat behovet av att kuratorer behöver fortsätta att utveckla sina kunskaper och kompetenser för att möta både individuella och strukturellt knutna behov hos patienter.

Inledning

Att ha ett helhetsperspektiv är för de flesta kuratorer en självklar del i arbetet, och en del i skapandet av en professionell identitet. Men för att begreppet ska bli mer än ett ideal behöver det förstås och sättas i ett sammanhang. I denna text tas en närmare titt på helhetsperspektivets innebörd, hur helhetsperspektivet kan ta sig uttryck i kuratorers kliniska arbete, hur begreppet utvecklats under de år som gått med forskningscirkeln och dess (förlorade?) relevans för socialt arbete inom hälso- och sjukvården i ett samhälle med starkt fokus på individen och evidensbaserat arbete.

I praktiken kan begreppet innebära ett *strukturellt helhetsperspektiv* som handlar om social förändring och utveckling i samhället, vilket regleras genom lagstiftning. Socialtjänstlagen och de folkhälsopolitiska målen är exempel där ekonomisk och social trygghet lyfts fram bredvid betydelsen av jämlikhet i hälsa och levnadsvillkor. Det kan också avgränsas till ett *individuellt helhetsperspektiv* som tar utgångspunkt i individens tankar, känslor och aktuella livssituation för att få ett så självständigt liv som möjligt trots svåra och/eller livshotande sjukdomar. I socialt arbete inom hälso- och sjukvården är idealbilden att det eftersträvas både ett strukturellt och individuellt helhetsperspektiv i mötet med patienter och deras anhöriga.

Men begreppets betydelse är antagligen inte möjligt, eller önskvärt, att en gång för alla fastställa. Att problematisera begreppet är av vikt för att kuratorer och andra yrkesgrupper i människobehandlande organisationer¹ inte ska bli allt för bekväma och invaggade i en falsk känsla av att ett helhetsperspektiv ska säkras enbart utifrån den grund kuratorer och andra yrkesgrupper före dem har arbetat fram. I arbetet med forskningscirkeln fanns en återkommande diskussion där innebörden av ett helhetsperspektiv jämfördes med andra yrken inom vården, exempelvis läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, psykologer och arbetsterapeuter. Utan att veta säkert, skulle jag vilja påstå att alla yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården sätter hela människan i centrum om än på olika sätt.

I ljuset av den nordamerikanska sociologiprofessorn Andrew Abbots (1988) tankar om gränssättning, där varje profession eftersträvar en stark jurisdiktion (≈avgränsat område) i relation till konkurrerande professioner, blir det viktigt att ställa sig frågan om en enskild yrkesgrupp kan säga sig ha mer rätt till begreppet helhetsperspektiv än övriga. I olika yrkesgruppers anspråk på tolkningsföreträde gällande begreppets innebörd och hur det ska säkerställas finns flera potentiella skäl till att de vill ”äga” frågan om ett helhetsperspektiv. Yrkesgrupper kan exempelvis vara måna om att innebörden och säkerställandet av begreppet inte ska ’förvrängas’ av andra, i frågan ’mindre kompetenta’ yrkesgrupper. Kanske är frågan om vilken yrkesgrupp som har mer rätt till begreppet omöjlig att besvara och kanske även en orimlig tanke att tänka. Oavsett svårigheten att hävda en ensamrätt till begreppet helhetsperspektiv i hälso- och sjukvården finns det flera viktiga faktorer som gör att kuratorer som grupp behöver utgå från ett helhetsperspektiv för att kunna utöva ett professionellt socialt arbete.

Helhetsperspektiv i forskningscirkeln

Redan under forskningscirkelns uppstart diskuterades balansen mellan hur behandlingsarbete och praktiskt ”fix-arbete” bör se ut för kuratorer inom sjukvården och vad det egna handlingsutrymmet innebär i praktiken. Tidigt i processen pågick även diskussioner avseende hur det egna handlingsutrymmet kan relateras till att många kuratorer beskriver att de har förlorat sitt ”socialt arbete-fackspråk” och upplever en oklarhet i den egna funktionen inom en organisation som är starkt präglad av medicinska frågeställningar. Frågan, hur det märks att kuratorn är borta har funnits som en röd tråd under de träffar som ägt rum. I denna fråga har deltagarna i forskningscirkeln bottnat i att den stress som omvårdnadspersonal kan uppleva då

¹ Människobehandlande organisationer har som huvuduppgift att skydda, bibehålla eller förbättra det personliga välbefinnandet bland människor. Exempel på människobehandlande organisationer är socialtjänst, skola och Polisen.

kuratorn är frånvarande (sjuk, ledig osv) rimligtvis kan relateras till kuratorns specifika funktion som övrig vårdpersonal saknar djupare kunskap om eller möjlighet att ägna sig åt. När kuratorn är frånvarande riskerar stödet till anhöriga att utebli, och patienten erbjuds inte ett fördjupat psykosocialt stöd för att kunna hantera den oro ett nyligen erhållet diagnosbesked innebär. Dessutom är det lätt hänt att patienten inte får information om hur det går till att framföra sina synpunkter till ansvarig vårdgivare och Inspektionen för vård och omsorg (IVO)² när vården 'har brustit'.

Redan från början av våra cirkelträffar har vi diskuterat hur kuratorers arbete allt oftare baseras på en psykologisk och psykoterapeutisk kunskapsbas, där individen och förståelsen för tankar, känslor och handlingar står i centrum. Inom ramen för den psykologiska och psykoterapeutiska kunskapsbasen finns exempelvis metoderna motiverande samtal (MI) och kognitiv beteendeterapi (KBT). För att kuratorer inte ska tappa det sociala arbetet och sin professionella identitet som socionom, som på flera sätt rättfärdigar deras position och funktion inom sjukvården, har vi återkommande resonerat om behovet av att balansera riktade arbetsmetoder med en stark förankring i socionomernas egen kunskapsbas. Här ser vi ett fortsatt behov av att lyfta blicken och se socialt arbete inom hälso- och sjukvården i ett bredare perspektiv.

Resonemang har även förts om vikten av att synliggöra patienters behov av stöd och hjälp utifrån individ-, grupp-, och samhällsnivå. Den svåra balansgången att som kurator arbeta med specialister inom vården och att ha sin grund i en generalistutbildning är ett dilemma som vi kuratorer ständigt brottats med. Att kuratorn oftare uppfattas sakna manualer för sitt arbete, att det inte är lika enkelt att utvärdera, kan uppfattats som en otydlighet av vårdpersonalen och behöver beaktas i sammanhanget.

Olika former av kunskap har diskuterats när vi gemensamt problematiserat kuratorers arbete. En viktig form av "objektkunskap" identifierades med fokus på samhällets regelverk och lagstiftning, vilket bland annat är relevant i samverkan med myndigheter. Kring temat om kunskap inom kuratorers arbete har samtal förts om evidensbaserad praktik (EBP) (jfr Sackett et al. i Dellgran 2018, s. 47). EBP introducerades i socialt arbete under slutet av 1990-talet med ursprung i det medicinska området, med ambitionen att skapa ett professionellt förhållningssätt baserat på vetenskapliga rön, patienters önskemål och preferenser samt den professionelles egna, erfarenhetsbaserade kunskaper (ibid.). I våra diskussioner om EBP har vi behövt förhålla oss till en modell inom EBP som är högt aktad i sammanhang där evidensbaserat arbete står i centrum; *riktlinjemodellen*. Inom riktlinjemodellen ligger fokus på evidensbaserade och

² Inspektionen för vård och omsorg. Myndigheten ansvarar bl.a. för tillsyn, tillsynsprövning samt prövning av klagomål relaterat till hälso- och sjukvård.

standardiserade metoder och manualer för dokumentation, bedömning och behandling (ibid.). Vi har dock kunnat se hur den kunskapsbas vi kuratorer utgår från med nödvändighet måste inkludera egna erfarenheter och patienters önskemål och preferenser. Vår egen kunskapsbas och förhållningssätt till evidensbaserad kunskap, står således i kontrast till den väletablerade riktlinjemodellen.

Efterhand som vi har lärt känna varandra har forskningscirkeln alltmer tagit formen av en 'journal club', där fokus lagts på diverse relevanta rapporter och vetenskapliga artiklar som berör kuratorers dagliga arbete. I takt med att forskningscirkeln tog formen av en 'journal club' kunde vi gemensamt granska helhetsperspektivets betydelse, dess abstrakta karaktär och hur det är något andra professioner ibland önskar göra anspråk på. De erfarenheter som diskuterades under våra samtal i forskningscirkeln handlade bland annat om att arbeta tillsammans med vårdpersonal så som arbetsterapeuter eller sjuksköterskor, som även de gör anspråk på att vara förkämpar för ett helhetsperspektiv. Exempelvis har vi erfarenheter av sjuksköterskor som i rollen som kontaktperson för patienter på en mottagning ofta ser sig som 'spindeln i nätet' och den yrkesgrupp med bäst insyn och förståelse för patientens livssituation. Samt arbetsterapeuters funktion som en vanligt förekommande samordnande aktör mellan avdelning och öppenvård (kommun, vårdcentral m.fl.). Inom vår region (Region Skåne) är även detta ett exempel på en arbetsuppgift som genererar resonemang från arbetsterapeuter om deras förmåga att inta ett helhetsperspektiv med insyn och överblick över patientens situation. Ett gemensamt drag hos dessa yrkesgrupper, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och kuratorer, är deras syn på sin förmåga att identifiera arbetsuppgifter och roller inom den egna yrkeskåren som leder till insyn och överblick av patientens situation som ingen annan yrkesgrupp äger i samma utsträckning.

Våra senare träffar kom att handla om socialt arbete i ett historiskt perspektiv med fokus på den nordamerikanska socialarbetaren Mary Ellen Richmonds (1861–1928) text om sociala diagnoser och en genomgång av återkommande trender som funnits genom historien där samhället kontra individens betydelse och ansvar för sin egen situation har varierat. I blickandet tillbaka på det sociala arbete som har föregått oss ser vi bland annat hur trenderna växlat mellan ett strukturellt och individuellt helhetsperspektiv. Det vill säga fokus på individen som huvudsakligen ansvarig och kapabel till förändring för sin psykosociala situation respektive samhällets ansvar och potential till att skapa stabila förändringar av levnadsvillkor för alla människor. En tillbakablick som har givit oss en större förståelse för det sociala arbete som bedrivs i samtiden och att innebörden av ett helhetsperspektiv skiftar över tid.

Helhetsperspektiv i det kliniska arbetet

Under de träffar som ägt rum i forskningscirkeln har bland annat olika anonymiserade patientbeskrivningar varit i fokus som har hjälpt oss att få inblick i varandras villkor, men också gett oss ett flertal lärdomar. Bland annat har vi uppmärksammat att kuratorn ofta har en flexibel roll inom hälso- och sjukvården och att ens expertis är något mer otydlig och luddig än andra yrkesgrupper. Följande citat från forskningscirkeln anteckningar sätter ljus på komplexiteten i den variation som återfinns i kuratorsarbetet och behovet av att vara följsam:

”Vi behöver förstå vad det är vi kuratorer är bra på och bidrar med i den medicinska kontexten. Vi ska förhålla oss till detta med evidens, så att vi inte blir för vaga med vad vi gör. Behovet av att förhålla sig till förväntningar kommer från olika håll: patienter, anhöriga, kollegor och annan vårdpersonal”

Resultatet av en följsam kurator blir att eventuella barriärer mellan kuratorn och andra yrkesgrupper försvinner och det blir lättare för patienter att komma i kontakt med kuratorn i fråga. Det går att jämföra med hur vi uppfattar att avståndet mellan våra olika sjukhus har minskat i takt med att vi inom forskningscirkeln har lärt känna varandra och delat erfarenheter från den kliniska vardagen. Kurators expertis kan uppfattas som luddig och otydlig, särskilt eftersom kuratorn inte utför medicinska åtgärder som att ge läkemedel, ta blodprover eller byta en kateter. Men det ger också kraft och utrymme för patienten att ställa frågor som sällan får plats i kontakten med andra yrkesgrupper, vilket leder till en känsla av trygghet och ett lugn. Ofta handlar dessa frågor om krångliga myndighetskontakter och social rådgivning. Ibland rör det sig om arbetsuppgifter som ingen annan yrkesgrupp vill kännas vid, så kallat 'dirty work' (jfr Svensson 2021 s. 218). Lärdomar från forskningscirkeln pekar på att 'dirty work' är en nödvändig del av kurators arbete, där dessa arbetsuppgifter främjar en för patienten hållbar situation. En hållbarhet som kan ses utifrån flera aspekter, såsom socialt, ekonomiskt respektive hälsofrämjande (salutogen). Dessa olika aspekter av hållbarhet främjar i sin tur en mångfacetterad syn på hur ett helhetsperspektiv kan fungera i arbetet med patienter. Exempel på kurators "dirty work" kan vara att hjälpa patienten att ansöka om ekonomiskt bistånd till medicin eller att söka anstånd med hyran hos hyresvärden för att undvika vräkning när betalningen uteblivit på grund av sjukdom. Att få hjälp med social rådgivning under en sjukhusvistelse kan underlätta stödet till patienten för att slippa grubblerier och oro för den egna livssituationen. I förlängningen innebär det också att patienten kan fokusera på den medicinska behandlingen och vardagliga prioriteringar som att lösa ut sina mediciner på

apoteket när det finns pengar till det, eller ha råd att vara sjukskriven under den tid som behövs för att tillfriskna på bästa sätt. Vardagliga prioriteringar som är enkla att ta för givet när det finns utrymme.

Att kuratorn kan främja relationen patient/omvårdnadspersonal ser vi även när det finns behov av att agera medlare, där relationerna patient/omvårdnadspersonal och patient/myndighet är två exempel. Medling i relationen patient/omvårdnadspersonal kan bland annat handla om att normalisera och ge förklaring till en patients udda beteende och på så vis tjäna som en påminnelse för den ofta mycket stressade personalen om att det är en människa som erhåller vård, inte "en patient". Vid tillfällen då kuratorn har möjlighet att röra sig mellan de strikta organisatoriska riktlinjer (ofta kallade 'stuprör') som finns inom hälso- och sjukvården, kan det ha stor betydelse för patienten. Att en patient får träffa en kurator under den tidsperiod då hon är inlagd på en avdelning och som då också arbetar på den mottagning patienten erhåller regelbunden vård av kan vara välgörande för patienten, samt bidra till kontinuitet och trygghet i omvårdnaden gällande patienten ifråga.

Föregående genomgång av kuratorns arbete med utgångspunkt i ett helhetsperspektiv visar på hur ett ideal om helhetsperspektiv kan omsättas till praktik. Utifrån ovanstående redogörelse av kuratorers kliniska arbete framträder en bild av hur det individuella helhetsperspektivet tar plats med sitt fokus på individens tankar, känslor och aktuella livssituation och strävan efter en självständighet hos patienten. Däremot framträder inte det strukturella helhetsperspektivet med fokus på social förändring och utveckling i samhället på samma tydliga sätt. Om idealet ska vara att kuratorers arbete ska omfatta båda helhetsperspektiven krävs vidare dialog om hur detta ska förverkligas i praktiken; en dialog mellan kuratorer samt mellan kuratorer, akademien, politiker och arbetsgivare.

Helhetsperspektiv i ett samhälle med stort individfokus

För att förstå och kunna förebygga sociala problem och psykisk ohälsa är kuratorer rustade med utbildning som bland annat omfattar teoribildning från psykologi, socialpsykologi, sociologi och juridik. Under arbetet med forskningscirkeln framträder en bild av att det är de psykologiska förklaringsmodellerna, det vill säga det individuella helhetsperspektivet, som oftast är i fokus för de deltagande kuratorerna. Att det individuella helhetsperspektivet ofta varit i centrum för oss bör ses i ljuset av det samhälle vi lever i. I Sverige (och stora delar av västvärlden) har normer och värderingar om att individen ska vara självständig, effektiv och oberoende vuxit sig allt starkare. Detta kallas ofta även för *individualism*. Den enskilde ses vara den som både är orsaken till och lösningen på de problem den möter (jfr Bauman 2002, s. 66

ff.; Bauman 2012, s. 118 ff.). I de samtal vi haft inom forskningscirkeln har en åtskillnad mellan forskning och praktik synliggjorts, vilket sammanfattas på följande sätt i en av våra anteckningar:

”Praktiken utmärks av specificitet och närhet medan forskning utmärks av generalitet och distans. Praktiken inriktas primärt mot individ och situation medan forskningen företrädesvis riktas mot grupp. Den praktiska kunskapen på fältet är erfarenhetsbaserad och i viss mån teoretisk medan forskningen utmärks av att vara teoribaserad”.

Forskarna Daniel Ståhl och Jörgen Lundälv (2023 s. 913) presenterar i en studie data över kuratorers utbildningsnivå. De kommer fram till att gruppen kuratorer med grundläggande psykoterapiutbildning³ som högsta utbildning är en fyra gånger större grupp än gruppen med magister-, master- och doktorsexamen (examen på så kallad avancerad nivå) som högsta utbildning. Dessa forskningsresultat kan jämföras med diskussioner som förts i forskningscirkeln där vi tillsammans har kunnat konstatera att det inom Region Skåne och bland andra yrkesgrupper i sjukvården finns en efterfrågan och förväntan på att kuratorer ska ha en grundläggande psykoterapiutbildning och att alla kuratorer är utbildade (psyko)terapeuter. Förståelsen av kuratorn som (psyko)terapeut kan leda till missförstånd och frustration från övriga personalgrupper i situationer där kuratorn själv ser social rådgivning som sin huvudsakliga uppgift. Egna erfarenheter bland oss i forskningscirkeln tyder också på att de kuratorstjänster där en grundläggande psykoterapiutbildning efterfrågas inte alltid överensstämmer med verkligheten, då det inom ramen för dessa tjänster kan saknas möjligheter att på ett tydligt sätt få omsätta psykoterapeutiska färdigheter i praktiken. Det blir i sitt rådande sammanhang viktigt att fundera över vilka konsekvenser diskrepansen mellan efterfrågad kompetens och den anställdes möjlighet att (om den besitter den efterfrågade kompetensen) omsätta kunskaperna i praktiken kan leda till. Vissa kuratorer har till exempel vidareutbildning inom sexologi eller fortsatta studier inom socialt arbete, vidareutbildningar som arbetsgivare kan behöva beakta i högre grad än vad som för närvarande är fallet.

För att exemplifiera vad skillnaden kan bli för både patient och kuratorn beroende på om det utgår från psykologiska och individinriktade förklaringsmodeller eller om fokus hamnar på en strukturinriktad samhällsnivå presenteras några personliga erfarenheter från mitt arbete som kurator på en Minnesmottagning och Neurologimottagning. Många patienter jag träffar i det

³ En fortsättningsutbildning, ofta benämnd GPU, utöver kandidatexamen som ger grundläggande kunskaper och färdigheter inom psykoterapi (en form av samtalsbehandling). Utbildningen är tillgänglig för bl.a. socionomer, sjuksköterskor och präster.

kliniska arbetet kan inte längre förvärvsarbeta i samma utsträckning som tidigare på grund av sjukdom, lider av sänkt självkänsla och ser sig själva som mindre värda. Det jag har erfär under mina år som kurator är att det sätt jag bemöter patienten på och vilka förklaringsmodeller jag väljer att använda påverkar måendet. Det blir skillnad för patienten om jag lägger tyngdpunkten på personliga skyldigheter och potential eller om tyngdpunkten läggs på samhälleliga strukturer. Mina erfarenheter är att om tyngdpunkten läggs på den enskildes ansvar och möjligheter framkallar detta ofta känslor av skuld hos patienten samtidigt som det ges möjlighet att identifiera vad man själv kan göra för att förändra sin situation till det bättre. Lägg tyngdpunkten på samhälleliga strukturer kan detta innebära en avlastning för patienten som blir bekräftad i att den inte helt på egen hand format sitt livsöde, samtidigt som det kan orsaka känslor av uppgivenhet inför ens möjligheter att påverka sin livssituation. Det är ingen enkel balansgång mellan dessa två ytterligheter, men en balansgång torde vara att föredra.

Avslutande reflektioner

Helhetsperspektiv är inte ett begrepp som tillåts att placeras tryggt och bekvämt på kuratorernas kontor, trots begreppets självklarhet som en viktig del i kuratorernas professionella identitet. För att kuratorers ambitioner om att ett individuellt helhetsperspektiv med fokus på individens unika livssituation ska kunna ge plats åt ett helhetsperspektiv riktat mot förändringar gällande strukturella och samhälleliga förutsättningar finns det fortsatt arbete att göra i form av kollegiala dialoger kuratorer emellan, samt att akademi, politiker och arbetsgivare bjuds in för dialog. Balansgången mellan det individuella respektive det strukturellt betonade helhetsperspektivet är relevant för samtalet mellan patienten och kuratorn, där frågor om vem som ska bära ansvaret för patientens svårigheter samt möjligheterna till en förbättrad livssituation är i centrum.

Inför framtiden har kuratorer att fundera över vilken betydelse de önskar att evidensbaserad praktik ska ha för dem, och vad denna praktik ska baseras på med kunskapskällor som kan sträcka sig från manualer och standardiserade metoder till yrkesutövandes och patienters erfarenheter. Mitt i all debatt gällande den evidensbaserade praktikens 'vara eller inte vara' i praktiskt socialt arbete finner vi helhetsperspektivet. Eller gör vi det? Finns det utrymme för ett helhetsperspektiv innanför de ramar som den evidensbaserade praktiken ger oss? Parallellt med de resonemang som bör föras inför den evidensbaserade praktiken finns ett behov av vidare reflektion över vilka pusselbitar kuratorer upplever sig sakna för att utföra sitt arbete på ett sätt som är tillfredsställande både för hjälpsökande och kuratorer själva, där fortbildning av olika slag är en del av pusselläggandet för kuratorerna. Men där frågan om vilken fortbildning det

ska röra sig om, med inriktning mot psykoterapi, sexologi och socialt arbete för att nämna några exempel, är fortsatt obesvarad.

Vad föregående resonemang resulterar i är givetvis ingenting kuratorer har full makt över. Kuratorer behöver fortsatt ta hänsyn till de krav som ställs på dem av exempelvis relevanta myndigheter och arbetsgivare vad gäller arbetssätt. Fortbildning inom ett område som inte leder till ökad anställningsbarhet eller andra förbättrade förutsättningar på arbetsmarknaden innebär givetvis en stor uppoffring i form av tid, energi och ibland pengar för den som studerat vidare. Trots detta är dialogen kuratorer emellan viktig, inte minst för igenkänning, nya perspektiv och de ökade möjligheterna att på kollektiv nivå påverka makthavare åt det håll kuratorer upplever vara gynnsamt för patienter, anhöriga och de själva som yrkesgrupp.

3. Förväntningar på kuratorn i det multiprofessionella teamet

Av: Bella Venegas Montero

Abstrakt

Den här essän undersöker aspekter som inverkar på kuratorns roll i ett multiprofessionellt team inom hälso- och sjukvården. I forskningscirkelarna framkom att kuratorerna ofta uppfattar sin roll i multiprofessionella team som otydlig och luddig. Både utifrån sin egen upplevelse och utifrån hur andra professioner uppfattar dem. Det visade sig vara en genomgående upplevelse trots olika arbetsplatser och arbetssituationer. Den här essän skildrar de aspekter som framkommit i diskussioner om kuratorernas roll i hälso- och sjukvårdens multiprofessionella team så som maktaspekter, förväntningar från olika håll och kuratorns flexibilitet och rollvariation. Dessa aspekter har ställts mot det faktum att kuratorer oftast är den enda professionen med en samhällsvetenskaplig bakgrund. Diskussioner i forskningscirkelarna har belyst utmaningar och förväntningar som kuratorer möter, inklusive behovet av att löpande marknadsföra sin expertis och hantera förväntningar från andra professioner.

Inledning

Ökad kunskap om sambandet mellan sjukdomar och människors levnadsvillkor innebär att sociala och psykosociala dimensioner behöver integreras alltmer i hälso- och sjukvården samt i de multiprofessionella team som samverkar kring patienters hälsa och välbefinnande (jmf. Berlin & Sandberg 2016; Världshälsoorganisationen 1999; 2011). Definitioner av hälsa och välbefinnande är omfattande och speglar de olika vårdprofessionernas kunskap och expertisområden (jmf. Munthe 2009; Socialstyrelsen 2020).

För kuratorns är det vanligt att vara den enda med en samhällsvetenskaplig kunskapsbas i en i övrigt medicinskt orienterad arbetsgrupp. I likhet med vad som framgår i tidigare forskning (jmf. Cootes, Heinsch & Brosnan 2022; Craig & Muskat 2013; Sernbo 2019) har diskussionerna i forskningscirkelarna handlat om hur kuratorers breda samhällsorienterade kunskapsbas kan uppfattas som otydlig av övriga vårdprofessioner i teamet. Diskussionerna i forskningscirkelarna har visat att denna upplevda otydlighet snarare kan ses som en variation av roller som fyller olika funktioner i det multiprofessionella teamarbetet.

Kuratorns roll i teamet kan snabbt skifta, från att lyfta fram betydelsen av psykosocialt stöd i gemensamma patientärenden till att finnas i bakgrunden och ge stöd till vårdpersonal som

behöver förstå en komplex patientsituation eller med förmågan att kunna agera som en brygga mellan patienten och övriga i teamet. Det sociala arbetet i hälso- och sjukvården behöver således pareras och anpassas efter både patientens och teamets behov. Det är en pågående anpassning där olika roller används för att möta upp krav och förväntningar (jmf. Cootes, Heinsch & Brosnan 2022; Craig & Muskat 2013; Sernbo 2019).

I forskningscirkelarna har vi återkommande diskuterat och reflekterat över betydelsen av kurators rollvariation i relation till övriga vårdprofessioner. I följande kapitel har jag försökt fånga synen på kurators roll och funktion i multiprofessionella team inom hälso- och sjukvården. Det har bitvis varit en svårfångad diskussion som haft en tendens att glida i väg på sidospår och uppfattats alltför abstrakt. Till stor del beror det på att det är en komplex och mångfasetterad arbetssituation som till vardags är väl sammanflätad och svår att urskilja.

Kuratorn som konsult eller del av teamet

Hälso- och sjukvården är organiserad i olika vårdnivåer och verksamheter, vilket innebär att kurators arbetssituationer ser olika ut. I de inledande forskningscirkelarna deltog främst kuratorer från den somatiska specialistvården som bedrivs på sjukhus. Intressant nog kunde vi snabbt konstatera att det fanns flera likheter och gemensamma beröringspunkter mellan oss oavsett vilken vårdenheter eller patientgrupp vi arbetade med. Samtidigt kunde vi också konstatera märkbara skillnader, särskilt när det gällde kurators position i det multiprofessionella teamet och var vi hade vår arbetsplats i relation till övriga i teamet. Vissa av oss arbetade från en egen kuratorsmottagning, medan andra var direkt placerade på vårdenheter där övriga vårdprofessioner i teamet var de närmaste kollegorna. I praktiken innebar det att de multiprofessionella teamen som kuratorerna tillhörde (vanligtvis bestående av sjuksköterska, läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut, undersköterska och kurator) kunde träffas allt från en gång i veckan till flera gånger per dag. Något som väckte intressanta funderingar 'om och i så fall' på vilket sätt arbetsmiljön påverkades av hur det multiprofessionella teamarbetet fysiskt var organiserat.

Kuratorer som arbetade på en egen kuratorsmottagning beskrev sig stundtals som konsulter till de multiprofessionella teamen. De var en i teamet, men ändå inte, då de inte delade fysisk arbetsplats. De besökte vårdenheter vid vissa tidpunkter, som vid teamronden eller när någon i personalen kontaktade dem för att en patient ville prata. Flera kuratorer upplevde att de behövde etablera en kollegial och vardagsnära relation till vårdpersonalen för att känna sig som en del av teamgemenskapen och få möjlighet att lyfta fram det psykosociala perspektivet som en del av teamarbetet. Kuratorer som var anställda på vårdenheter och delade korridor med

övriga vårdprofessioner i det multiprofessionella teamet beskrev liknande svårigheter att lyfta sin psykosociala expertis inom teamet samtidigt som de i större utsträckning upplevde att de var en del av teamet på ett mellanmänniskt plan.

Patientens behov av kuratorskontakt identifieras ofta av vårdpersonalen, vilket innebär att både patienter och vårdpersonal behöver ha kunskap om och en förståelse för kurators arbete. Det är ett relationellt arbete som kan vara svårt att genomföra när det är hög personalomsättning och korta vårdtider för patienterna. I forskningscirkelarna var vi eniga om att patienters psykosociala situation inte alltid uppmärksammas i den utsträckning som det behövs, vilket stämmer överens med tidigare forskning (jmf. Craig & Muskat 2013; Mizrahi & Abramson 2000). I dessa diskussioner framhölls att vi trots skilda arbetssituationer delade upplevelsen av att kurators psykosociala kompetens inte alltid tillvaratogs på rätt sätt och att det inte alltid var en självklarhet att alla kuratorer får eller tar en plats i teamet.

Trots att det psykosociala arbetet ibland har begränsat utrymme inom den medicinska sfären, finns det också erfarenheter av välfungerande multiprofessionella team. Genom nära samarbete med andra vårdprofessioner vid bedömningar, avstämningar och teamrönder kan kuratorn få en naturlig och central roll när psykosociala aspekter uppmärksammas. Erfarenheter av ett välfungerande teamarbete delades av flera kuratorer, oavsett arbetssituation. Vid en första anblick kan det verka motsägelsefullt, men belyser de förutsättningar och dynamiker som påverkar teamets arbetsprocesser, vilka inte nödvändigtvis enbart har en koppling till organisatoriska aspekter. När flera kuratorer beskrev ett återkommande behov av att marknadsföra sig själva och sin kunskap i det egna multiprofessionella teamet började vi i forskningscirkeln resonera kring fler aspekter som kan påverka dynamiken i teamet och hur olika uppfattningar och förväntningar bidrar till synen på kurators roll.

Förväntningars betydelse för samarbete

Kuratorn kan ofta hamna i korsdrag mellan olika förväntningar – både sina egna och från patienter, anhöriga och andra vårdprofessioner i det multiprofessionella teamet. Förväntningar i sig behöver inte alltid vara problematiska. Forskning visar att ett gott samarbete bygger på förståelse och samsyn kring de olika professionernas roller och uppdrag, där alla kompetenser tas till vara. Men när samarbetet brister och präglas av oförståelse för de olika perspektiven, ökar risken för konflikter och försvar av förväntade professionsgränser (jfr. Glaser & Suter 2016; Johansson 2011; Kvarnström 2008; Kvarnström & Cederlund 2006). Förståelse för andras perspektiv kan således ses som en grundläggande faktor för hur samarbetet fungerar i multiprofessionella team.

I forskningscirkelarna har vi bland annat diskuterat förväntningar som annan vårdpersonal kan ha på kuratorns arbete när de uppmärksammar sociala problem hos patienter som inte faller inom kuratorns handlingsutrymme, exempelvis när patienten saknar egen bostad eller en skyddad sjukpenningsgrundande inkomst. När sådana förväntningar inte kan mötas upp och kuratorn behöver tydliggöra begräsningarna i sitt uppdrag, måste de också stå upp för sin professionella identitet. Kuratorn kan hänvisa till andra myndigheter med lång handläggningstid, men sällan lösa problemet på egen hand och inom den korta tid patienten finns på vårdavdelningen. I forskningscirkelarna uttrycktes farhågor och oro över att förlora specifik socionomkunskap på grund av hänsyn och en anpassning till andra vårdprofessioners förväntningar och genom att tänja på sitt handlingsutrymme för att måna om sin egen plats i teamet. Behovet av att använda den egna kunskapen var stor bland deltagarna i forskningscirkeln men det var inte alltid en samstämmighet vad det innebär i praktiken. I en anteckning från en cirkelträff den 25 november 2020 står följande sammanfattande notering:

”Kuratorer är vana att reflektera vilket skiljer mot andra grupper. Det finns en risk att vi förlorar specifik socionomkunskap när vi hela tiden möter andra yrkesgrupper som vi hela tiden ska ta hänsyn till (grupper med medicinsk kunskap?). Det finns ett behov av att grunda den egna kunskapen.”

En ständig anpassning till omgivningen skapar slitningar mellan att å ena sidan värna om patientens behov av stöd i en svår situation och den egna psykosociala expertkunskapen, och å andra sidan se till att arbetsalliansen och den egna positionen i det multiprofessionella teamet i teamet kvarstår. Kuratorns roll kan liknas vid ett ”kitt” som fogar samman patienter, anhöriga och övriga i teamet, samt som ”tolk” som översätter patientens känslor och upplevelser för att det ska kunna etableras en behandlingsallians med övriga vårdprofessioner (jmf. Sernbo 2019). Dessa varierande arbetssituationer medför olika förväntningar som kuratorn behöver identifiera, parera och förhålla sig till. Kunskap, erfarenhet, lyhördhet och flexibilitet får betydelse för att kunna möta upp förväntningar och inta rätt roll och anpassa sig till omgivningen. För den oerfarne kuratorn kan det kännas splittrat att gå från ett krissamtal med en nydiagnostiserad patient som är ledsen och besviken över livssituationen, för att strax därefter delta på teamronden där personal beskriver en stressfull arbetssituation och en patient som uppfattas som krävande och besvärlig.

Tidigare forskning visar att kuratorns position i hälso- och sjukvården definieras genom en interaktion med andra vårdprofessioner. Något som skapar en diskrepans mellan de roller som är självbeskrivna och de som tilldelas av andra i teamet och kan förstås utifrån att andra vårdprofessioner ofta är obekanta med den kunskapsvariation som kuratorernas arbete innebär

(jmf. Bywaters 1986; Craig & Muskat 2013; Frost, Robinson & Anning 2005). Hierarkin i hälso- och sjukvården beskrivs som ytterligare en maktaspekt som försvårar samarbetet inom multiprofessionella team. För kuratorns blir detta särskilt påtagligt om det redan finns en bristande förståelse för det sociala arbetets praktik. I förlängningen riskerar en sådan okunskap inom teamet leda till att kuratorer inte kan använda sin kompetens fullt ut, eftersom de arbetar utanför de medicinska professionernas kunskapsområde och hierarki (jmf. Baum, Begin, Houwling & Taylor 2009; Davidson 1990; Lymbery 1998); Glaser & Suter 2016; Ross et al. 2021). Okunskap och svårigheter att relatera till kuratorers arbete kan ta sig uttryck i otydliga och orealistiska förväntningar från övriga i teamet, som inte ligger i linje med det egentliga uppdraget.

I forskningscirkelarna har diskussionerna inte avstannat när vi enats om svårigheterna att möta otydliga förväntningar från övriga i teamet. I stället har vi undersökt vad som sker när olika uppfattningar och förväntningar krockar och inte ligger i linje med den egna uppfattningen. Genom att vända blicken mot oss själva och reflektera över det egna ansvaret kunde vi nyansera bilden. Vi började helt enkelt undersöka hur vi kan skapa, upprätthålla och hantera förväntningar kring den egna professionen och vikten av att det sker i samarbete med övriga i teamet. Det visade sig vara en balansgång där förväntningarna från övriga vårdprofessioner sattes i relation till rädslan att uppfattas som otydlig och luddig. Slitningar som blev tydliga när vi ringade in vilken specialkunskap det psykosociala arbetet tillför i ett multiprofessionellt team och vad kärnan i det sociala arbetet i hälso- och sjukvården egentligen handlar om.

En otydlighet eller rollvariation

Efterhand i forskningscirkelarna blev det tydligt att den egna kunskapen varken är otydlig eller luddig utan snarare annorlunda jämfört med övriga vårdprofessioners uppdrag inom hälso- och sjukvården. Kurators breda samhällsvetenskapliga kunskap i relation till det specifika psykosociala arbetet de ansvarar för blev tydligt när vi, med stöd av olika teorier och samlade erfarenheter, kunde begreppsliggöra hur det dagliga arbetet som kurator sker i praktiken. Samtidigt går det att förstå hur uppfattningen om kurators otydliga roll har fått fäste i de multiprofessionella teamen, där det sker andra former av bedömningar och bygger på evidensbaserade manualer i större utsträckning. Kuratorer inom hälso- och sjukvården följer en annan struktur och använder ett annat språkbruk än övriga i det multiprofessionella teamet, vilket kan uppfattas som otydligt av vårdpersonal (jmf. Ambrose-Miller & Ashcroft 2016; Ashcroft et al. 2018; Cootes, Heinsch & Brosnan 2022; Svärd 2013).

Även om kuratorer arbetar utifrån en egen struktur och fokus på psykosociala frågeställningar, lyftes behovet av flexibilitet. Multiprofessionella team finns för att alla professioner behöver bidra med sin specifika kunskap till patientens vård och bygger på tillit till varandras kunnande och att se sina egna kunskaper som en del av en helhet. Samtalen i forskningscirkelarna har gett oss deltagare verktyg att lyfta fram och problematisera både bristande förståelse för det sociala arbetet i hälso- och sjukvården, samt vår egen position och agerande. Genom att ha djupgående och återkommande diskussioner har vi sakteliga börjat förstå komplexiteten i kuratorernas arbete och deras roll i multiprofessionella team dvs team som drar nytta av en bred variation av kunskap och perspektiv, vilket kan bidra till att minska ett 'vi och dem' tänkande på arbetsplatsen.

Kurators roll i multiprofessionella team formas av pendlingen mellan att vara flexibel och anpassningsbar för att kunna möta alla unika förväntningar och samtidigt värna om det sociala arbetets kärna. Det ligger delvis i linje med Manuela Sjöströms (2013) professionsforskning där hon jämför kuratorer i Sverige och Tyskland och menar att de antingen "sticker ut" eller "passar in" beroende på organisationens struktur. Kuratorernas roll i multiprofessionella team innebär en kombination av Manuela Sjöströms begreppspar. I stället för att antingen "passa in" eller "sticka ut", är det en pågående, dynamisk och sammanflätad process som formas och anpassas utifrån den aktuella situationen. I en längre anteckning från en cirkelträff i april 2021 sammanfattas en återkommande diskussion om behovet av att hitta en balans mellan struktur och flexibilitet samt mellan fasta ramar och öppenhet:

"Behovet av att förhålla sig till förväntningar som kuratorn möter från olika håll: patienter, anhöriga, kolleger/personal. Här aktualiserades balansgången mellan struktur – flexibilitet, ramar – öppenhet. Å ena sidan att arbeta med sådana ramar, syften, effektivitet; å andra sidan att betona öppenhet och flexibilitet. Båda är viktiga i socialt arbete, men samtidigt också beroende av kontext. Balanspunkten kan hamna olika i en hälso-sjukvårdskontext jämfört med andra arbetsområden för socialt arbete, som missbruk och fattigdom. Det är viktigt att i en patientkontakt kunna vara tydlig med vad kuratorn kan bidra med och kontaktens utformning och omfattning – det kan bidra med trygghet för båda parter. För stor otydlighet och "luddighet" kan skapa osäkerhet. Vi diskuterade även att de olika "vågskålar" (struktur – flexibilitet, ramar – öppenhet) kan laddas med skilda moraliska värden, i termer av "bättre eller sämre" som en

utgångspunkt för det sociala arbetet. Kanske kan man här låna från medicinen, när det gäller förhållningssätt till tydligare ramar.

Multiprofessionella forum som mötesplats

I forskningscirkarna beskrivs olika forum där det multiprofessionella teamarbetet sker, och där kuratorn har en viktig uppgift att synliggöra det psykosociala arbetet utifrån den enskilda patientens behov. Några exempel på formella mötesplatser som ofta nämns är teamronder, remissbedömningar, specialistkonsultationer och gemensamma samtal med patienter och anhöriga. Men det psykosociala arbetet sker också i mer informella sammanhang som kollegiala samtal i fikarummet och löpande avstämningar och diskussioner inne på vårdavdelningens expedition. Reflektionsgrupper eller avlastningssamtal för vårdpersonal är andra mötesplatser som efterfrågas inom organisationen där kuratorn fungerar som en naturlig samtalsledare och expert på psykosociala frågeställningar. När rollerna tillfälligt byts om, kan reflektionsgrupper eller ett avlastningssamtal tillsammans med vårdpersonalen bli en arena där kuratorns psykosociala kompetens används och synliggörs på ett nytt sätt. Även om det finns utmaningar, såsom logistiska förutsättningar och kuratorns dubbla roller, är det multiprofessionella teamet en framkomlig väg att lyfta fram betydelsen av det sociala arbetet.

I forskningscirkarna kunde diskussionerna stundom fastna i att problematisera kuratorns behov av att återkommande använda teamet för att sätta gränser kring sitt uppdrag och hålla det psykosociala perspektivet aktuellt för hela personalgruppen, särskilt på vårdenheter med hög personalomsättning. Trots detta var deltagarna i forskningscirkarna överens om att kommunikation och interaktion inom teamet kunde överbrygga och hantera otydliga förväntningar. Samtidigt går det inte att bortse från att de hierarkiska strukturerna i praktiken innebär att den enskilda kuratorn behöver vara aktiv och själv lyfta fram sin kunskap. Det kommer emellertid alltid 'helt naturligt' att finnas en viktig skillnad och distans mellan kuratorer och övriga vårdprofessioner då de har olika expertisområden samt ser på saker och ting från olika synvinklar och perspektiv.

Samtidigt som kuratorer arbetar i en organisation där den egna professionen ständigt behöver synliggöras för att bli en naturlig del av teamet, går det också att lära sig något av det. Ett exempel från forskningscirkarna handlade om det ständiga behovet av att marknadsföra och rama in det psykosociala arbetet och konkretisera vad kuratorer faktiskt gör i specifika patientkontakter. När vi i forskningscirkeln lyfte diskussionen och tog inspiration från vårdpersonalens kunskap, som i betydligt större utsträckning arbetar efter evidensbaserade manualer, blev det möjligt att synliggöra vad kuratorernas specifika kunskap bidrar med i

praktiken. Även om det sociala arbetet i hälso- och sjukvården förutsätter en flexibilitet som bygger på kunskaper och bedömningar som skiljer sig åt från 'situation till situation', så var det också inspirerande att sätta ord på dessa utifrån det egna arbetets premisser. Lärandet över professionsgränser speglas också genom att kuratorer informerar sina kollegor i det multiprofessionella teamet om psykosocialt arbete och omhändertagande i patientkontakter. Samtidigt får kuratorer ta del av exempelvis vårdplanering och information om olika medicinska tillstånd och behandlingsmetoder. Båda perspektiven blir viktiga och bidrar till att främja patientens vård.

Avslutande reflektioner

Kurators roll i det multiprofessionella teamet kan både underlätta och försvåra deras förmåga att mobilisera kunskap. En stor del av kuratorsarbetet handlar om att det finns olika "vi" där roll och funktion behöver anpassas efter situation, men det grundar sig alltid i ett psykosocialt förhållningssätt. I forskningscirkelarna stod det klart att vi själva kan ha svårt att beskriva vad det är som sker i arbetet, vilket vi förstår som en del av den flexibilitet och rollvariation som omgärdar yrket och som stundom kan misstas för otydlighet. Att mobilisera kunskap som stundom kan vara svår att verbalisera och begreppsliggöra ter sig således som en utmanande situation både för kuratorn och för övriga vårdprofessioner i teamet att 'förstå och ta till sig'.

Kunskaper i de multiprofessionella teamen behöver cirkuleras, det är själva syftet med att samla olika professioner med skilda expertisområden. Arbetet i fråga är dock inte utan konflikter, vilket framkom både i erfarenheter som delats i forskningscirkelarna och något som har påvisats i tidigare forskning. I forskningscirkelarna har vi som deltagit fått möjlighet att reflektera över svårigheter som uppstår i teamarbetet. Vi har ringat in både utmaningar och svårigheter och därefter fördjupat oss genom att söka nya perspektiv och ny kunskap, bland annat om hur kurators otydliga roll kan förtydligas och förstås av oss själva för att sedan kunna kommunicera vidare till övriga vårdprofessioner i teamet. Diskussionerna i forskningscirkelarna har visat på betydelsen av sammanhang, genom att belysa hur kuratorn kontrasteras mot andra personalgrupper som utifrån hälso- och sjukvårdens organisation uppfattas ha tydligare uppgifter och synligare gränser. Genom att få nya perspektiv på hur andras förväntningar på kuratorn kan hanteras och reflektera kring vår roll i teamet, skapades möjligheter för oss deltagare i forskningscirkeln att föra kunskapen vidare till det praktiska arbetet. Forskningscirkeln blev en länk till teorier och forskning utan att vi tappade fotfästet i det praktiska arbetet på sjukhuset.

4. Kollegialitetens kunskapande betydelse

Av: Camilla Bengtsson

Abstrakt

Inom den somatiska hälso- och sjukvården är kuratorer unika med sin samhällsvetenskapliga utbildning och psykosociala kompetens. Det kan föra med sig konsekvenser för den enskilda kuratorn i form av att det kan vara svårt att på egen hand definiera yrkesrollens innehåll och gränser. En annan möjlig konsekvens är att det unika psykosociala kunskapsområdet riskerar att hamna i en strukturell spänning i jämförelse med den medicinska disciplinen. Tillgång till kollegor blir viktigt av flera skäl. Genom kollegors erfarenheter och kunskap kan den enskilde få stöd i att bygga upp sin yrkesidentitet. De blir också betydelsefulla i förhållande till att förstå och analysera det psykosociala arbetet och därigenom rama in det gemensamma yrkeskunnandet. Regelbundna såväl informella som formella möten och reflektioner med kollegor kan hjälpa till att utveckla och stärka den egna och gemensamma yrkesidentiteten.

Inledning

Åtkomst till kollegors erfarenhet och kunskap är något som är lätt att ta för givet i arbetsgrupper med en gemensam grundutbildning och kunskapsbas. Förutom att det skapar en trygghet att det finns en närhet till kollegor att fråga om råd, bidrar det också till en tydlig yrkesidentitet. Oavsett vilket yrke du har skänker kollegiet mening och är en viktig struktur för hur, när och varför vi utför våra arbetsuppgifter. Självklart kan kollegors olikheter leda till oenighet och meningsskiljaktighet, men alla ingår ändå i ett gemensamt ”vi”. Inom den somatiska hälso- och sjukvården är det inte ovanligt att kuratorer är den enda på vårdavdelningen med en samhällsvetenskaplig kompetens, i en för övrigt stark medicinskt präglad miljö. Detta kan få konsekvenser för båda parter. I anteckningarna från forskningscirkeln finns återkommande teman som handlar om behovet av att dela kunskap inom kollegiet och med varandra. Ett tema benämndes som ”*behovet av att bygga upp en gemensam kunskapsbank för att förstå sin egen identitet inom professionen*”. Ett annat tema handlade om att ”*förstå det psykosociala görandet och avgränsa uppdraget mot medicinskt skolade kollegor som står utanför professionen*”.

Önskan om ett gemensamt ”vi” är inte alltid lätt att uppfylla. Särskilt när kollegiet befinner sig i olika byggnader på ett stort sjukhusområde och är uppdelade på olika vårdenheter som arbetar inom sina specifika medicinska områden som kräver olika kompetenser i det psykosociala görandet. Det blir därför svårt att hitta en och samma kunskapsbank som ska stämma för alla kuratorer inom den somatiska hälso- och sjukvården. Kollegiet blir därför viktigt för kuratorns individuella väg in i yrket. I ljuset av detta kommer följande kapitel handla om behovet av både vardagliga informella och formella möten för kuratorer, där ett brett kunskapsutbyte är möjligt. Genom dessa möten kan kuratorer utveckla och stärka både sin egen och den gemensamma yrkesidentiteten.

Den ensamma professionen

På varje medicinsk vårdenhet är kuratorn i minoritet. I praktiken innebär det att kuratorn delar sin arbetsvardag med andra yrkesgrupper såsom; läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter med flera beroende på patienternas behov. För kuratorn medför det en avsaknad av en gemensam psykosocial kunskapsbas, när det inte finns en kollega i rummet intill att stämma av med. Känslan av att vara ensam i sin profession har funnits mellan raderna i flera av cirkeldeltagarnas resonemang. Ensamheten har beskrivits på olika sätt beroende på arbetsplats, men oavsett har det gått att skönja en upplevelse om att vara i ett slags ”ensamskap”. Termen kan jämföras med begreppet ensamprofession som ska samarbeta med andra yrkesroller som har annan utbildning och därmed andra teoretiska språk och perspektiv ur vilka patienters problem betraktas på (jmf Blom et.al, 2014).

Visserligen delar alla kuratorskollegor samma samhällsvetenskapliga grundutbildning men befinner sig samtidigt inom helt olika medicinska miljöer såsom barnmedicin kontra palliativ vård eller akutmedicin kontra rehabiliteringsmedicin. Dessa olika områden förutsätter olika kunskap om vilken vård som behövs i varje specifikt fall, till exempel att förstå hur man som kurator möter en ung person som precis fått ett svårt diagnosbesked, skiljer sig från att möta någon som är i livets slutskede. På samma sätt skiljer sig vården åt för en person med en botbar sjukdom, från vården för någon som har en sjukdom av kronisk karaktär.

Trots de skilda medicinska miljöerna finns samma grund i den samhällsvetenskapliga utbildningen. Den ger en gemensam förståelse för hur människors levnadsvillkor påverkas i förhållande till både strukturella organisatoriska förutsättningar såväl som mellanmänniskliga relationer på individnivå. Socionomutbildningen är en viktig förutsättning för kuratorers psykosociala kunskapsbas. Psykosocialt arbete kan i ”breda penseldrag” beskrivas som att se individen i dess ”sociala situation” och förstå hur patienten hanterar situationen tanke- och

känslomässigt, samt hur den agerar utifrån situationen (jmf Lundin et. al, 2019). I praktiken kan psykosocialt arbete ta sig olika uttryck återigen beroende på det medicinska sammanhanget. För egen del inom arbetet på rehabiliteringsmedicin fylls det kliniska arbetet med uppgifter av handgriplig karaktär, exempelvis samordna kontakt med Arbetsförmedlingen, ge information och vägledning om ersättningar hos Försäkringskassan, men också av kvalificerade stödsamtal när livet tar en riktning som för patienten blir svår att acceptera och hantera. För en annan kuratorskollega kan arbetet se helt annorlunda ut, där kan det handla om att ordna med ett avsked av närstående och i samband med det ge avgörande samt betydelsefullt stöd i form av kris- och bearbetande samtal. De breda och mångfacetterade psykosociala arbetsuppgifterna må skilja sig åt, men yrkeskollegor blir ändå viktiga för att förstå vad det i grunden innebär att arbeta som kurator inom hälso- och sjukvården. En förståelse som är unik och exklusiv för kuratorer.

Svårigheter med att arbeta ensam

För kuratorer som arbetar ensamma kan det vara svårt att på egen hand spegla och reflektera kring det egna görandet. Det är lätt att bli hemmablind. Att förstå hur och när kuratorer använder sin kunskap och erfarenhet i praktiken är inte alltid självklart. På en avdelningssal rör sig olika professioner, såsom läkare och sjuksköterskor, sömlöst runt patienterna. Var och en med sina självklara arbetsuppgifter som ofta utförs inför öppen ridå gentemot andra i vårdteamet. Kurators arbete sker däremot antingen i ett samtalsrum bakom en stängd dörr eller vid patientens sängkant bakom ett tunt fördraget skynke som enda avskiljare i en större patientsal. Denna avskildhet ses som nödvändig för att kunna etablera en allians mellan kuratorn och patienten. Samtidigt kan samma avskildhet och fokus på patienten göra det svårt att synliggöra vad kuratorn gör, både gentemot det egna kollegiet och andra yrkesgrupper inom sjukvården. Enligt Aurell (2001) etableras och utvecklas yrkesidentiteten i själva görandet. Samtidigt är det inte alltid självklart vad identiteten bör innehålla, varken för kuratorer eller andra. Det kan snarare liknas vid en slags lärandeprocess som utvecklas över tid. I anteckningar från den andra forskningscirkeln går det att utläsa:

”Det är betydelsefullt att finna gemensamma forum där yrkesroll, etik, evidens mm. diskuteras. Sedan finns det utrymme att själv utforma sin roll. Med år och inblick i olika arbetsplatser skapas erfarenhet som gör att man kan bli tydligare kring sin egen roll.”

Forskningscirkeln gav oss kuratorer ett gemensamt forum och en möjlighet att samlas och dela erfarenheter om hur vi arbetar i den kliniska vardagen, vilket vanligtvis är svårt då vi till stor del arbetar på egen hand. Ett annat sätt att skapa förståelse för den egna yrkesidentiteten är att jämföra med andra yrkesgrupper som referenspunkter. I dessa situationer blir en medvetenhet om perspektivval centralt. Kuratorns arbetsområde överlappar ibland med andra medicinska yrkesgrupper. Till exempel kan både en kurator och arbetsterapeut samtala med en patient om återgång i arbete efter en tids sjukdom, och även om de ställer liknande frågor, har de olika syften och perspektiv. För kuratorn kan samtalet handla om att hjälpa patienten att sätta ord på de orostankar och känslor som kan uppkomma när en kronisk progredierande sjukdom gör det svårt att klara vardagliga sysslor och samtidigt ha energi för andra meningsfulla livsområden som familj och vänner. Samma fråga kan vara relevant att ställa för flera yrkesgrupper, men vilken del av berättelsen som blir relevant skiljer sig åt. Det är därför viktigt att förstå vilken profession som lyssnar efter vad, både inom och utanför den egna yrkesgruppen.

Ett annat sätt att skapa förståelse för den egna yrkesidentiteten är att dela erfarenhet om en patientkontakt med en kuratorskollega. Detta sker vanligtvis i formaliserade och regelbundna handledningsgrupper. Men när det uppstår behov av snabba svar i stunden som inte kan vänta med till nästa handledningstillfälle, behöver det informella nätverket och kuratorskollegiet aktiveras. Den formen av kollegialt nätverk är dock inte alltid lika tillgängligt och omfattas av en annan logistik. I en tid då patientens vårdtider blir allt kortare, även vid allvarliga sjukdomar, finns det inte alltid tid och utrymme att invänta ett kollegialt samarbete, utan den enskilda kuratorn behöver ta beslut utifrån sitt eget kunnande och agera utifrån det.

Det finns andra svårigheter med att vara i "ensamskap". Som tidigare nämnts är kuratorn den enda yrkesgruppen inom hälso- och sjukvården som arbetar utifrån en psykosocial kunskapsbas som bland annat omfattar psykologi, socialpsykologi, sociologi och juridik (jmf Lundin et. al, 2019; Edman & Hansson, 2022). I förhållande till att vara den enda i arbetsgruppen med den psykosociala kompetensen kan det uppstå ett spänningsfält mellan kuratorers psykosociala kunskapsområde och den medicinska disciplinen. Anteckningar från forskningscirkeln illustrerar detta genom att beskriva kuratorns position som underordnad den medicinska, vilket leder till en upplevd ojämn relation mellan kunskapsområdena (jmf Johnsson och Ritenius Manjer, 2022). Utifrån det perspektivet tänker jag att den ensamarbetande kuratorn kan få svårt att lyfta fram och nå ut med det psykosociala kunnandet i ett multiprofessionellt team.

Beddoe (2011) gör en tankeväckande koppling till Roach Anleu, som noterat att socialarbetares beroende av att legitimera sitt arbete i relation till de yrkesgrupperna i teamet med mer makt, medför risk för konflikter och spänningar. Skulle det hela kunna summeras till att alla vill patientens bästa, men vem har rätt att ange vad som är dess problematik? (jmf Blom

et. al, 2014). Det är inte alltid självklart att det psykosociala perspektivet vägs in på samma sätt i mötet med medicinen, vilket i sig kan bidra till att kuratorer får speciella krav på sig att hävda sin kompetens och ta plats i den hierarkiska ordningen (jmf Gåfvells, 2014). I anteckningarna från den första forskningscirkeln går det att läsa följande

”Att modeller, sociala och psykosociala försvinner och det är svårt att konkretisera. Svårigheten att definiera yrkesrollen och kompetensen i ett medicinskt sammanhang – hur värnar vi vår profession”

”Försvinnandet” av kompetens skulle kunna omformuleras som att kuratorer smälter in i den medicinska kontexten (jmf Sjöström, 2013), där uppmaningen blir att ta mer plats i multiprofessionella team för att tydliggöra vad kuratorer gör bakom den stängda dörren eller det tunna skynket på flerbäddssalen (jmf Gåfvells i Schmidt, 2013). På så vis är det möjligt att profilera den egna professionella identiteten gentemot andra medicinskt orienterade yrkesgrupper. Det var en återkommande uppfattning inom forskningscirkeln att saluförandet av det sociala arbetet ansågs vara både besvärligt och tidskrävande samtidigt som det är av stor betydelse för kuratorns roll inom teamet. För egen del har jag upplevt en stor och genuin vilja bland vårdpersonal på individnivå att beakta flera perspektiv på hälsa. Problemet ligger snarare på strukturell nivå. I praktiken handlar ett förtydligande av kuratorernas kompetensområde inom hälso- och sjukvården inte alltid om vems kunskap som behöver ges förtur utan snarare vikten av att lyfta fram det sociala arbetets nytta och betydelse.

Betydelsen av kollegor för att förstå görandets kunskapsbas och stärka yrkesidentiteten

kuratorer får mestadels på egen hand bygga upp kunskap om det psykosociala görandet. I dessa situationer blir det egna kollegiet särskilt viktigt, vilket blev tydligt när cirkeldeltagarna diskuterade ett ständigt behov av att ”grunda och utveckla” den egna kunskapen om sitt specifika arbete. I anteckningar från den andra forskningscirkeln framgår följande tankegång: *”en slags kunskapsbank som man bygger upp med tiden, med hjälp av kolleger och i handledning”*.

Anteckningen betonar att förståelse och kunskap om arbetets görande utvecklas genom lärande tillsammans med sina yrkeskollegor. De närmaste kollegornas närvaro och engagemang är således viktiga byggstenar för den enskilde. Åtkomsten till kollegorna skildras som en nyckelfaktor för att kunna urskilja samt analysera de psykosociala beståndsdelarna. Genom samarbete med kollegor blir det möjligt att tydligare sätta ord på det gemensamma sociala

arbete som sker inom hälso- och sjukvården. Förtydligandet kan handla om själva agerandet i samtalet i valet av samtalstekniker och nyttjandet av teoretiska modeller för att förstå ett skeende till om den viktiga funktionen av att förmedla information och ge vägledning. På så sätt kan det egna görandet bli synligt även inom den egna professionen. Kollegiet fungerar också som en resurs när det gäller att validera och säkerställa att det gjorda samtalet genomfördes på ett sätt som är bra för patienten. Exempelvis genom att dela svårigheter och tyngden i ett smärtsamt livsöde och kunna härbärgera de tankar och känslor som svåra samtal väcker.

Deltagarna i forskningscirkeln beskrev hur det egna kollegiet blev ett stöd för att förstå hur det är att arbeta i gränslandet mellan det medicinska och psykosociala fältet. Kollegiet blir en guide i hur det går att hantera det dubbla behovet av att stå med fötterna i varsin sfär, där kuratorn måste behärska sitt eget yrkesspecifika språk, men också det medicinska för att kunna röra sig däremellan (jmf Morén, 2014). Pendlingen innebär att det behövs en god kännedom om hur det egna yrket utövas och samtidigt ha tillräckligt mycket medicinskt kunnande för att klara av att stötta patienterna under hela vårdperioden. Samtidigt behöver kuratorn kunna göra det sociala arbetet begripligt för vårdpersonal som i sin tur har en annan förförståelse för hur arbetet sker i praktiken. I liknande situationer blir kollegor viktiga och en möjlig resurs för den enskilda kuratorn i att synliggöra yrkeskunnandet i det medicinska bruset.

Kuratorskollegiet skulle kunna liknas vid en gemenskap (jmf Wenger i Mattsson, 2017) inom vilken vi är förenade i vårt språk, begrepp, ramverk och kunnande som vi sedan anpassar utifrån den specifika verksamhetens behov. Samtidigt efterfrågas ett gemensamt språk och kunnande i flera av forskningscirkelarna. En tanke väcks i förhållande till om det finns delar av kuratorernas kunskap som är särskilt lämplig att dela inom kollegiet. Ett återkommande tema i forskningscirkeln handlade om hur lätt det yrkesspecifika fackspråket och förklaringsmodeller tappas bort bland alla medicinska termer. Vid en anpassning till det överordnade medicinska uppdraget som finns inom hälso- och sjukvården är det lätt hänt att det uppstår en krock mellan att förstå den enskilda patientens livssituation kontra de organisatoriska kraven på snabba och korta vårdtider (Johnsson och Ritenius Manjer, 2022). Att då ha ett lättillgängligt och kontinuerligt utbyte med kollegor skapar förutsättningar att bygga upp en förståelse för vad yrket kurator i sin helhet betyder. För att kunna dela kunskap inom hälso- och sjukvården är åtkomst till det egna kollegiet av stor vikt, men även att samtala om vad vi gör och varför.

Om vardagliga möten med kollegor sker för sällan eller om tiden inte räcker till för att hjälpa varandra att härbärgera känslor efter svåra samtal, blir det formella stödet genom handledning och andra gemensamma möten viktiga plaster att utbyta erfarenheter. Anteckningarna från forskningscirkeln visar att cirkelns digitala format fungerade som ett bra exempel på ett dubbelt

kollegialt externt och internt stöd. Genom att tydligare ange den användbara kunskapen i form av teoretiska begrepp blev det enklare att renodlat förstå vad vi kuratorer ”gör och inte gör” inom hälso- och sjukvården. Forskningscirkeln blev den plats där det var möjligt att dela den egna kunskapen i ett kollegialt och relationellt ramverk vilket stärker den egna yrkesidentiteten och den gemensamma kunskapsbasen.

Avslutande reflektioner

Kuratorn befinner sig ofta i ett ”ensamskap” där professionen inte sällan saknar en vardaglig närhet till kollegor med samma grundutbildning och kunskapsbas. Åtkomst till kollegor skildras som viktiga för den enskilda kuratorn i att ringa in yrkets breda kunskapsområde, stöd i att bygga egen yrkesidentitet samt agera som ett slags tolkningsraster för att förstå görandet och gränserna till andra professioner. Det har även förts fram att den psykosociala kompetensen kan försvinna i mötet med medicinens samlade disciplin och där ”försvinnandet” möjligen härrör ur en strukturell spänning mellan de olika kunskapsområdena.

Regelbunden tillgång till kollegor varierar men oavsett förutsättningar verkar det finnas både önskan och behov av en tydligare brygga mellan den enskilda hälso- och sjukvårdskuratorn och yrkeskåren. Cirkelträffarna visade vikten av att tillsammans reflektera och tala om vårt kunnande och handlande och genom det gemensamma samtalet trädde yrkesrollens görande fram. Även om kuratorer inte gör allt på samma sätt tar görandet avstamp ur vårt samhällsvetenskapliga kunskapsområde. I cirkeln kunde vi som deltagare ta oss förbi föreställningen om att det egna kunskapsområdet är otydligt och luddigt eller saknar plats. Att ha vardagliga informella och formella möten fyller en viktig funktion för att stärka, fördjupa och utveckla både den individuella yrkesidentiteten och den gemensamma kunskapsbasen. Likt ringar på vattnet skulle sådana möten förhoppningsvis generera ett ökat synliggörande både för den enskilde, kollegiet och andra yrkesgrupper, hur det sociala arbetet inom hälso- och sjukvården tar sig uttryck.

Avslutningsvis har det såväl personligen som yrkesmässigt varit berikande att få delta i forskningscirkeln och att tillsammans med de andra författarna avrunda det hela med våra olika essäer. Vid genomläsning av min essä kan jag dock notera flera tankar som ännu inte är helt färdigformulerade. Min förhoppning är att de kan ses som en slags mentala stafettpinnar där starten är gjord och en fortsättning kan ta vid.

5. Att göra sitt arbete synligt

Av: Nellie Stenman

Abstrakt

Kurators roll i hälso- och sjukvården är mångfacetterad och anpassas efter patientens unika behov. Kuratorer möter dagligen patienter i svåra livssituationer och använder olika samtalsmetoder för att ge stöd. Genom att dela och diskutera anonymiserade fallbeskrivningar synliggörs kurators arbete och den kunskap som används. Ett exempel är en ensamstående kvinna med cancer som får stöd genom flera samtal där kuratorn lyssnar aktivt, ger råd och hjälper henne att hantera sina känslor och praktiska frågor. Kurators arbete innefattar att skapa en trygg behandlingsrelation, använda sig själv som redskap och anpassa samtalsmetoder efter patientens behov. Diskussioner i forskningscirkeln har hjälpt till att ringa in kurators roll och visa på dess betydelse i vården. Kurators flexibilitet och breda kunskapsbas ses som en styrka som ger stora möjligheter att stödja patienter i deras unika livssituationer.

Inledning

Kuratorer inom hälso- och sjukvården möter dagligen människor som befinner sig i svåra livssituationer och med olika behov av stödinsatser. Även om det på ett övergripande plan kan uppfattas som att människor reagerar liknande inför svåra diagnosbesked, behövs det en stor öppenhet inför patientens unika reaktioner. För att kunna möta och hantera olika känslor och händelser, och samtidigt kunna vara ett stöd för den enskilda patienten, behöver kuratorn kunna lita sig emot en solid grund av olika färdigheter och rätt förutsättningar.

I forskningscirkeln har vi utforskat och diskuterat kuratorrollens innebörd och vad vi menar när vi säger att det är ett ”mångfacetterat uppdrag”. Det har bland annat skett genom att vi har fördjupat oss i den del av kuratorsarbetet som är vanligast och har sin kunskapsbas i ett psykosocialt arbetssätt och kunskap om mellanmännsliga relationer. Genom att dela tankar och diskutera kurators agerande i egna avslutade och anonymiserade fallbeskrivningar har det varit möjligt att synliggöra kurators arbete och den kunskap som används för att anpassa arbetsmetoderna utifrån patientens skiftande behov av stöd under behandlingsperioden.

Följande fiktiva men realistiska beskrivning av en patientkontakt utifrån ett kuratorsperspektiv kan ge en inblick i hela behandlingsprocessen:

En egenremiss inkommer till kuratorsmottagningen. Patienten är en ensamstående kvinna med två minderåriga barn som befinner sig i en svår livssituation efter en skilsmässa samtidigt som hon har fått ett cancerbesked. Dessa två omvälvande händelser gör att hon vill träffa en kurator. Vid första samtalet berättar hon med egna ord och kuratorn lyssnar aktivt för att fånga upp hur kvinnan hanterar situationen och gör samtidigt en första bedömning av hur samtalskontakten kan utformas framöver. Kuratorn uppmuntrar patienten att samtala med sina närstående om vad hon känner och tänker. Samtalet inrymmer även en översikt över hur barnen reagerar på sjukdomen och vilket stöd som behövs för att göra dem delaktiga där kuratorn bidrar med råd och stöd. Vid nästa besök har kvinnan mer information om cancerbehandlingen. Närstående är informerade vilket har lugnat ner situationen och det finns tid att reflektera och samtala över den egna orken och oron att inte kunna vara en närvarande förälder. Det blir också tydligt att det finns oro över ekonomin och samtalet avslutas med information om sjukpenningssystemet. Vid tiden för det tredje samtalet har cancerbehandlingen kommit i gång. Den gör kvinnan trött och illamående men samtidigt uttrycks hoppfullhet inför framtiden då hon har hittat ett förhållningssätt i vardagen med stöd från anhöriga. Det finns tid för reflektion och frågor om vad som händer med kroppen under behandlingen och hur orättvist livet kan kännas. Kuratorn fortsätter att lyssna aktivt och ställer följdfrågor som ger möjlighet att sätta ord på svåra tankar och känslor. Samtalskontakten kan börja glesas ut. Vid det fjärde besöket är den första delen av cancerbehandlingen klar och oron över framtiden kommer åter i fokus. Samtalet präglas av sorg och rädsla att inte bli helt frisk och vad som då händer med barnen och allt annat i livet. Fokus i samtalet handlar om existentiella känslor av att inte kunna ha kontroll över allt i tillvaron men också praktiska frågor hur det ska gå att börja arbeta igen. Kurators bedömning är att kontakten kan avslutas. Patienten är inte frisk ännu, men kvinnans reaktioner är adekvata och det finns egna resurser att möta den förändrade tillvaron. Kvinnan välkomnas att ta kontakt på nytt vid behov.

I beskrivningen ovan används flera olika samtalsformer och metoder för att möta kvinnan där hon befinner sig. Samtalet startar med ett utforskande krissamtal för att förstå vad cancerbeskedet innebär för just henne. Samtidigt hålls stödjande samtal med narrativa inslag genom att kvinnan får berätta sin historia och sätta ord på hur hon upplever att befinna sig i två svåra livsförändringar samtidigt. Det stödjande och avlastande samtalet fortsätter som en röd tråd genom hela samtalskontakten som ibland är av mer bearbetande karaktär och även ger utrymme för existentiella funderingar. I kuratorns uppdrag ingår att ge information av mer praktisk karaktär kring sociala frågor. Barnperspektivet tas upp i samtalet när kvinnan pratar om egna funderingar kring föräldraskap och genom att kuratorn frågar hur barnen kan bli mer delaktiga på sina egna villkor. Kuratorn använder olika metoder och färdigheter för att möta kvinnan i den situation hon befinner sig i just den dagen. En situation som snabbt kan förändras. Det sker bland annat genom att skapa en tillitsfull relation och erbjuda kontinuitet i kontakten. Kvinnan ges utrymme att sätta ord på sina känslor och tankar, och kuratorn lyssnar och hålls utrymme utan att komma med snabba lösningar och släta över. Genom att lyssna, bekräfta och normalisera kan kvinnan bli stärkt i att reaktionerna är naturliga, förväntade och tillåtna att uttrycka. Kuratorn följer kvinnans tankar och låter henne bestämma vad samtalet ska fokusera på. Kuratorn bidrar även med nya perspektiv och ställer följdfrågor för att fånga upp det som inte sägs. Genom att kartlägga och samtala om värdet av att använda det egna sociala nätverket kan kvinnan själv få syn på vilket stöd som finns runtomkring och vad hon behöver kompensera för. Detta stärker kvinnans egna resurser och är ett sätt att arbeta med empowerment. Copingstrategier identifieras genom att prata om hur tidigare kriser har hanterats och vad kvinnan själv kan göra för att påverka och hantera sin aktuella situation. Efter en tids kontakt bedöms kvinnan vara redo att möta tillvaron på egen hand, med möjlighet att återkomma vid behov.

Diskussionerna i forskningscirkeln har hjälpt till att ringa in kuratorrollen och varför den ibland kan uppfattas som ospecifik och otydlig. Med utgångspunkt i konkreta och avslutade exempel från vår kliniska praktik kunde vi synliggöra arbetets spännvidd och enas om att kuratorns roll och arbete tar olika uttryck och anpassas efter patienternas unika livssituationer. Precis som i patientbeskrivningen ovan har vi i forskningscirkeln försökt hitta kärnan i det patientnära arbete som kuratorer genomför och försökt fånga vilka kunskaper som används. Samtalet är kuratorns viktigaste verktyg och behöver anpassas utifrån varje individs behov. Denna följsamhet och variation av samtalsformer och metoder är en del av kuratorns yrkesspecifika kunskap, som kan uppfattas som ospecifikt och otydligt av andra yrkesgrupper. Arbetets bredd omfattar samtalets form, val av metoder, färdigheter och konkreta åtgärder, vilket behöver variera för att kunna möta människor där de befinner sig och ge rätt stöd. Den

breda kunskapsbasen kan både ses som en fördel och en nackdel. Den är inte lika tydlig i jämförelse med de medicinskt orienterade yrkesgrupperna på sjukhuset, men ger å andra sidan ett större handlingsutrymme i svåra och komplexa situationer (Jfr Cootes, Heinsch & Brosnan, 2022). Nästa del kommer att gå närmare in på teman som återkommit under samtalen i forskningscirkeln som är centrala för kuratorns arbete.

Att använda sig själv som redskap

Ett återkommande samtalsämne i forskningscirkeln handlade om hur kuratorer i mångt och mycket använder sig själva som verktyg i arbetet. Detta kan förstås utifrån det teoretiska begreppet *Use of self* som beskriver och konkretiserar hur professionella använder sig själva i samtal (Dewane, 2006). Som fallbeskrivningen visar, sker varje patientmöte med utgångspunkt i patientens livssituation snarare än utifrån färdiga metoder och manualer. I forskningscirkeln har vi varit eniga om att kuratorns insatser är svåra att mäta och utvärdera jämfört med andra behandlingar inom vården. Ett exempel på detta är ”pinnstatistiken” som registrerar varje bokat besök inom sjukvården. Problemet är att ett patientsamtal kan se olika ut. Det kan ske i form av en kort avstämning på patientens sängkant och vara helt avgörande för den fortsatta psykosociala planeringen. Det kan också vara ett bokat och planerat samtal med patienten och dennes anhöriga för att ge psykosocialt stöd vid svår och livshotande sjukdom. Kuratorns arbete kan ta sig många uttryck, men gemensamt är att det sker med utgångspunkt i den enskilda patientens aktuella livssituation. Sammantaget bidrar detta till uppfattningen inom sjukvården att kuratorns arbete är otydligt och att det är svårt att veta vad det pratas om bakom den stängda dörren och med ”upptaget”-skylten tänd.

Under min tid som kurator i hälso- och sjukvården har jag i perioder känt mig sårbar och osäker eftersom jag inte har kunnat luta mig mot konkreta och handfasta verktyg, till skillnad från andra yrkesgrupper i det multiprofessionella teamet som kan ta blodprover, ordinera mediciner och använda olika tekniska apparater för att behandla patienten. Ibland nämns kuratorns roll som någon som finns tillhands när en patient behöver ”prata av sig lite”. En egen undran är hur den uppfattningen om kuratorns arbete stärker bilden av att det är otydligt och ospecifikt. Särskilt viktig blir frågan att besvara för oss kuratorer som dagligen använder samtal som arbetsverktyg för att utforska människors resurser och villkor så specifikt som möjligt. För detta behövs kunskap om olika samtals tekniker och en närvaro att se och möta människor där de befinner sig. Till exempel patienter som är rädda och ångestfyllda och inte vill kännas vid sin diagnos, eller patienten som är arg på allt och alla i omgivningen medan behandlingen tär på krafterna. I sådana vardagliga situationer använder kuratorer en rad olika samtalsverktyg

anpassade efter varje enskild persons livssituation och reaktion, med målet att nå fram, utforska behov och föreslå möjliga vägar framåt. Allt detta sker utan att det alltid är tydligt och glasklart för övriga personalgrupper hur det går till i praktiken.

Ett annat tema som har diskuterats i forskningscirkeln handlar om patientens förväntningar på samtalets innehåll, vilket också beskrivs i litteraturen (jfr Bernler & Johnsson, 2001). Ibland handlar förväntan om snabba lösningar på svåra och komplexa problem som i många fall inte går att tillmötesgå. Alla kuratorer inom hälso- och sjukvården har rimligtvis erfarit en önskan från patienten att få lösningar paketerade och presenterade som konkreta förslag på åtgärder i stället för att få hjälp att utforska egna lösningar. Det kan finnas praktiska handfasta råd att ge till en människa i kris, men i mångt och mycket är det genom mötet och samtalet som den stödjande kontakten sker då varje individ har olika sätt att hantera kriser och livsförändringar.

Skapa förutsättningar för samtal

Tid och avskildhet är två faktorer som återkommer i forskningscirkelns anteckningar när det gäller förutsättningar att möta varje enskild patients behov av stöd. Ofta delar flera patienter samma rum och det kan vara svårt för dem att ta sig från sjukhussängen till ett samtalsrum. Jag har exempelvis haft samtal med patienter i små förråd och skrubbar utan fönster, där dörren plötsligt kan ryckas upp av någon som behöver hämta en filt eller något annat. I patientens egna rum kan det också vara svårt att ha känsliga samtal utan att bli avbruten av mediciner, ronder eller städning. Det kan ”pipa” från teknisk utrustning, patienten behöver gå på toaletten mitt i samtalet och mycket annat kan inträffa. Att sätta upp en skylt på dörren ”samtal pågår” kan vara en enkel men viktig åtgärd. Under mina första år upplevde jag arbetet med ineliggande patienter som särskilt utmanande på grund av osäkerheten inför det oförutsedda. Nu kan jag i stället uppskatta dessa oförutsedda och oplanerade samtal allt mer. Det är ofta i dessa röriga och dynamiska sammanhang som de mest givande och minnesvärda mötena med patienter sker. Det är ofta då patienten behöver en kurator som allra mest, när de befinner sig i mitt i sjukdomen och känslornas epicentrum.

En viktig förutsättning för kuratorns arbete inom den somatiska hälso- och sjukvården är att snabbt kunna etablera en tillitsfull behandlingsrelation. Med dagens medicinska utveckling blir vårdtiderna allt kortare och allt fler överlever svåra sjukdomstillstånd (Ritenius Manjer, 2022). Det har självklart många fördelar, men innebär samtidigt att patienterna förväntas tillfriskna i samma snabba takt. För vissa blir det en stressfylld situation att gå från att vara frisk och plötsligt drabbas av svår sjukdom för att kort därefter betraktas som frisk igen. (ibid.) Det är inte helt ovanligt att det innebär motsägelsefulla och motstridiga känslor och tankar om

sjukdomsförloppet långt från känslan av lättnad och glädje som förväntas infinna sig efter ett friskbesked.

I litteraturen betonas att en tillitsfull behandlingsrelation är en av de mest grundläggande förutsättningarna för det psykosociala arbetet (jfr Bernler & Johnsson, 2001; Eide & Eide, 2006). Exempelvis behovet av att bearbeta och få ihop kroppens funktion med egna tankar och känslor vid svår sjukdom och snabba vårdförlopp. En god arbetsallians ger utrymme för både positiva och negativa känslor och bygger på ömsesidig respekt. Det handlar om att skapa en trygg plats för samtal, vilket möjliggör en utforskande hållning och aktiverar patientens egna resurser (Eide & Eide, 2006). Bernler och Johnsson (2001) beskriver behandlingsrelationen som både en hjälp i sig själv och som en förutsättning för behandlingen. Det räcker emellertid inte med enbart medmänskliga färdigheter utan det behövs även yrkesmässiga kunskaper och erfarenheter för att kunna ge professionellt samtalsstöd. (ibid.) Barbro Lennér Axelson (2010) beskriver i boken *Förluster: Om sorg och livsomställningar* vilka kunskaper en kurator behöver för att möta förluster och genomföra relevanta krisinterventioner i livets olika skeden. Inte sällan innefattar det komponenter från flera olika teorier exempelvis anknytningsteori, copingstrategier, empowerment, systemteori och narrativ teori.

Redan innan en samtalskontakt hinner etableras och en arbetsallians påbörjas finns det föreställningar om varandra som påverkar relationen åt båda håll (Bernler & Johnsson, 2001). Ibland bidrar dessa föreställningar till att en samtalskontakt blir svår att genomföra, exempelvis när patienten har uppfattningen att kuratorer är till för personer med sociala problem eller de som saknar pengar. Det kan också ta sig uttryck på mer eller mindre diffusa sätt exempelvis genom att patienten avböjer samtalsstöd med förklaringen att de inte har några psykiska problem. Ett annat scenario som kan hindra en stödjande samtalskontakt kan bero på missförstånd i kommunikationen och att patienten helt enkelt avbryter mitt i en pågående samtalskontakt. I sådana situationer är det inte alltid lätt att se vad som ligger till grund för missförståndet. Har det inte hunnit etableras en tillitsfull relation mellan patienten och kuratorn är det svårt att reda ut eventuella missförstånd.

Under mina första år som kurator kunde jag uppleva en personlig osäkerhet och en uppförsbacke på grund av min unga ålder. Jag saknade erfarenhet att luta mig mot när det gällde att bygga patientallianser, och behövde därför prata med mina mer erfarna kollegor för att hitta strategier att hantera osäkerheten. Särskilt känsligt kunde jag uppleva att det var om en patient ville byta till en ”äldre kurator”. Med tiden har det blivit lättare för mig, men det händer än idag att patienter vill träffa en mer erfaren kurator och då ordnar vi det.

Att slå följe med patienten

Det är ofta de små orden som visar vikten av just kontinuitet. Exempelvis när en patient nyligen uttryckte att ”du är den enda som inte byts ut under behandlingstiden”. I forskningscirkeln betonades vikten av att inte påskynda patientens egen återhämtningsprocess, vilket kan vara svårt med allt bättre behandlingsresultat och korta vårdtider. Åsa Ritenius Manjer (2022) beskriver liknande upplevelser från ett patientperspektiv i antologin *Professionella möten och samtal i socialt arbete*. Genom att undersöka betydelsen av mellanmänniska möten i vården för ett antal kvinnor som har tillfrisknat efter en bröstcancer, blir det tydligt att det många gånger efterlängtrade friskbeskedet kan vara svårt att hantera innan tankar och känslor är på plats och den egna kroppens funktioner åter har blivit en helhet. (ibid.)

För att det ska vara möjligt att återhämta sig efter en svår och påfrestande behandling behövs tid och utrymme att själv avgöra när det är dags att påbörja och avsluta en samtalskontakt. Vid en genomläsning av anteckningarna blev det tydligt att det skiljer sig åt mellan arbetsplatserna hur många samtal en kurator får ha med en och samma patient. Diskussionerna i forskningscirkeln handlade om vikten av kontinuitet som en central aspekt av kurators arbete, och det framkom att förutsättningarna ser olika ut på olika arbetsplatser huruvida kuratorn kan följa patienter över tid.

Det finns ett stort behov av mellanmänniska möten inom vården där patientens känslor och reaktioner ges utrymme och inte enbart fokus på den medicinska behandlingen av sjukdomen (Ritenius Manjer, 2022). Patienten kan med rätt samtalsstöd stärkas i sitt aktörskap och få hjälp att se vad som är möjligt att påverka och göra på egen hand. Det handlar inte om att ”tycka synd om” eller att ”hålla med i allt som sägs” utan att använda rätt kunskap och vara lyhörd för patientens aktuella situation och behov av stöd. I stället är det av vikt att anpassa samtalsstödet genom att använda rätt samtalsverktyg och vara uppmärksam på patientens process och egna tankar.

I forskningscirkeln beskrevs kuratorernas arbete som en ”hållplats” för patienten, särskilt i slutet av behandlingen när det åter var dags att närma sig den egna vardagen. En vardag som för de flesta kommer se annorlunda ut med nya rutiner och begränsningar mm. I den inledande fallbeskrivningen bedömde kuratorn att kvinnan hade egna resurser att hantera sin livssituation trots att behandlingen pågick och det fanns oro och frågetecken om framtiden. För att göra en sådan bedömning behövs en specifik kunskap om psykosociala faktorer och en tillit till patientens egen förmåga att hantera svåra situationer, även under pågående behandling. Att en kuratorskontakt avslutas när patienten är redo bygger på kurators kunskap och innebär inte alltid att sjukdomen är botad.

Avslutande reflektioner

Kuratorsrollen är flexibel och möjlig att anpassa utifrån patientens aktuella behov, vilket innebär att kurators arbete i praktiken kan vara mycket varierande. Kuratorn använder sig av olika samtalsformer, färdigheter och kunskaper för att anpassa arbetet och möta patienten där den befinner sig. Forskningscirkeln har varit till stor hjälp för mig som kurator att få syn på det arbete som dagligen utförs och att identifiera begrepp för vilken kunskap som används. Det har också varit givande att bli uppmärksam på vilka förutsättningar som behövs för att vi ska kunna utföra vårt arbete, vilket har stärkt mig i min profession. Att kuratorsrollen upplevs som luddig och svår att ringa in kan förstås utifrån dess stora spännvidd och det mångfacetterade uppdraget. I forskningscirkeln har vi diskuterat att det kan ses som en styrka snarare än svaghet och ge stora möjligheter och handlingsutrymme i patientkontakten.

Avslutningsvis vill jag kort nämna att det fortsatt är en utmaning att alla svårt sjuka patienter inte per automatik erbjuds en kuratorskontakt. Det innebär att all vårdpersonal behöver veta mer om hur kuratorer arbetar och att kuratorer behöver bli bättre på att berätta hur de arbetar och vad det kan göra för skillnad för patienten.

Efterord

Rapporten visar med flera exempel hur forskningscirkeln är en form av kompetensutveckling där vetenskapliga idéer kombineras med praktiska erfarenheter och reflektion. Det är också en process som stimulerar tankar över tid. På ett personligt plan kom erbjudandet om att delta i cirkeln vid rätt tidpunkt. I backspegeln kan jag se hur det gett mig en möjlighet att dela med mig av mina erfarenheter och samtidigt fortsätta utvecklas genom att på ett strukturerat sätt ta del av andras tankar och erfarenheter. Ett par år innan vi startade hade den första yrkeslegitimationen för socionomer inom hälso- och sjukvården införts i Sverige, och vi som hade arbetat en viss tid var 'direktkvalificerade'. Men när det första glädjeruset lagt sig började osäkerheten smyga sig på. Tankar dök upp om huruvida den egna kunskapen och erfarenheten var tillräcklig, eller om det skulle krävas ytterligare förkovring. Socialt arbete inom hälso- och sjukvården har genomgått betydande förändringar under de senaste decennierna, men den grundläggande kärnan har förblivit densamma. Det blev särskilt tydligt när vi i en av forskningscirkelarna läste och fördjupade oss i Mary Richmonds text *Social Diagnosis* från 1917. Trots att Richmond verkade i en annan tid och saknade tillgång till aktuell forskning och administrativa stödsystem, som vi idag tar för givet, kunde vi enas om att hon lade en solid grund till en förståelse för socialt arbete inom hälso- och sjukvården. En grund som vi fortfarande använder oss av i det dagliga mötet med patienter och anhöriga. Kuratorerna har alltid befunnit sig i gränslandet mellan inre och yttre förväntningar, och balanserar mellan patienten, anhöriga, vårdteamet och samhällets förväntan på tillgänglighet och snabba lösningar. Det blir särskilt påtagligt vid svår sjukdom och när patientens sociala problematik är komplex. Efter nästan 40 år i hälso- och sjukvårdens tjänst är det fascinerande att, tillsammans med kollegorna i forskningscirkeln, blicka tillbaka på en profession i förändring. Hälso- och sjukvården har varit en självklar arbetsplats för mig, redan från första arbetspasset som undersköterska inom psykiatri i början av 80-talet. Det var därför naturligt att återvända till hälso- och sjukvården efter min socionomexamen ett par år innan millennieskiftet. Två faktorer som fundamentalt har förändrat arbetet över tid är digitaliseringens plats i samhället och det faktum att patienter vårdas under betydligt kortare tid på sjukhus än tidigare. Dessa förändringar har påverkat hur kuratorer organiserar arbetet, vilket flera av essäerna sätter fingret på både direkt och indirekt. Digitaliseringen har haft stor påverkan på arbetet som sjukhuskurator. Kanske är det en fråga om ålder och att nya teknologier och system kan ta tid att anpassa sig till, men när jag blickar tillbaka på hur det var innan internet fanns, är skillnaden enorm. Då var det inte möjligt att få snabba svar med en enkel sökning på Google, utan vi fick vänta på uppdateringar från myndigheter i pappersform två gånger per år. Det var helt enkelt ett

annat tempo både för oss kuratorer och för patienterna. När vården av ineliggande patienter ska gå allt snabbare har kuratorerna behövt hitta nya former för patientsamtal. Många gånger innebär det att det inte alltid går att få en klar överblick över människors egentliga behov av stöd innan det är dags att avsluta kontakten. Känslan är att det snarare har blivit fler men kortare insatser. En förändring som handlar om att delvis distansera sig och på samma gång anpassa sig till omgivningen för att hitta sin egen plats och få utrymme att utföra sitt arbete utifrån vården som är viktiga i socialt arbete. Samtidigt upplevs det sociala arbetet i sjukvården paradoxalt nog som mer ensamt trots att det finns fler sjukhuskuratorer än någonsin. Utan att komma med enkla lösningar är det precis vad författarna beskriver i sina personligt skrivna essäer. En viktig fråga för framtiden är vad som sker med oss kuratorer som grupp när det nya normala blir att hänvisa patienter och anhöriga till digitala tjänster i stället för att hjälpa till att fylla i en blankett och samtidigt prata om livets svårigheter. Faktum är att vi kuratorer förväntas vara mer utbildade, specialiserade och legitimerade än någon gång tidigare, men har samtidigt svårt att hinna följa upp vad som händer om patienten inte lyckas logga in sig hos en myndighet och ladda ner rätt blankett så det ekonomiska stödet inte riskerar att utebli. Hur har det blivit så? Och vad sker med vår yrkesidentitet om vi kommer ännu längre ifrån varandra? Det är frågor som väcks genom läsning av rapportens essäer och viktiga frågor att fånga upp inför framtiden. En aktiv forskningskarriär har aldrig varit aktuellt för egen del, men jag ser flera fördelar med att ha inspirerande diskussioner i arbetsgruppen om ämnen som evidensens plats i det sociala arbetet och hur den praktisknära forskningen kan utformas framöver. Det är diskussioner som vi har fört i ett lokalt evidensprojekt tillsammans med sjukhusbiblioteket och nu senast i form av en serie av forskningscirkelklar med Socialhögskolan i Lund och kuratorer från andra sjukhus i regionen. Det har på ett naturligt sätt satt i gång tankar och funderingar som likt ringar på vattnet gjort det möjligt att fortsätta diskussionerna i andra formella och informella sammanhang. Essäerna ger var för sig en fin inblick i våra pågående samtal och insikten att socialt arbete har en egen plats i hälso- och sjukvården. En plats som förtjänar att lyftas fram och ett uppdrag som tål att granskas.

Anna-Maria Alebo, Hälso- och sjukvårdskurator Helsingborgs lasarett

Referenser

Kapitel 1

Belli, Simone. & Ernesto Ponsot (2022). Liquid Science and Digital Transformation: How Knowledge between Researchers Flows in Their Scientific Networks. *Social Sciences*, 11(4): 1–18.

Craig, Shelley. & Barbara Muskat (2013) ‘Bouncers, Brokers, and Glue: The Self-Described Roles of Social Workers in Urban Hospitals’. *Health & Social Work*, 38(1): 7–16.

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

Elmersjö, Magdalena., Evelina Hoffmann, Katarina Hollertz & Sara Hultqvist (2022) Delaktighet i forskningsprocessen – PAR i en samtida kontext. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 29(3–4): 285–304

González-Santos, Sandra. & Rebecca Dimond (2015). Medical and Scientific Conferences as Sites of Sociological Interest: A Review of the Field. *Sociology Compass*, 9(3): 235–245.

Hultqvist, Sara, Oskar Jonsson, Håkan Jönson & Susanne Iwarsson (2021) Collaboration in Grant Proposals and Assessments in Ageing Research – Justification or a Quest for a Collaborology. *Social Epistemology*, 35(5): 427–440.

Jacobs, Gloria. & Jill Castek (2021) Collaborative Digital Problem-Solving: Power, Relationships, and Participation. *Journal of Adolescent & Adult Literacy*, 65(5): 377–387.

Lahdenperä, Pirjo (2014) Forskningscirkel som samproducerande kunskapsprojekt – vetenskaplig kvalité och stötestenar. I Lahdenperä, Pirjo. (red.) *Forskningscirkeln – en mötesplats för samproduktion*. Mälardalen universitet.

Plantin, Lars & Kerstin Svensson (2024) Slutdiskussion. I Svensson, Kerstin & Lars Plantin (red.) *Kunskap i socialtjänsten. En rapport från Forskarskolan för yrkesverksamma i socialtjänsten*. Research Reports in Social Work 2024(1). Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

Prop. 2020/21:60. Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.

Sernbo, Elisabet. (2019). Med avstegen som arbetsplats - En etnografisk studie av hälso- och sjukvårdskuratorns arbete. Doktorsavhandling. Göteborg: Göteborgs universitet.

Ståhl, Daniel & Jörgen Lundälv (2023) Health social workers and research knowledge utilisation – a Swedish survey study. *European Journal of Social Work*, 26(5): 908–921.

Kapitel 2

Abbott, Andrew Delano (1988) *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Bauman, Zygmunt (2002) *Det individualiserade samhället*. Göteborg: Daidalos.

Bauman, Zygmunt (2012) *Collateral damage: social ojämlikhet i en global tidsålder*. Göteborg: Daidalos.

Dellgran, Peter (2018) Statlig kunskapsstyrning – evidenspolitikens konsolidering. I: Dahlstedt, Magnus & Lalander, Philip (red.). *Manifest: för ett socialt arbete i tiden*. Upplaga 1 Lund: Studentlitteratur.

Ståhl, Daniel & Jörgen Lundälv (2023) Health social workers and research knowledge utilisation – a Swedish survey study, *European Journal of Social Work*, 26:5, 908-921.

Svensson, Kerstin (2021) Emotioner, professioner och organisationer. I: Linde, Stig & Svensson, Kerstin (red.). *Välfärdens aktörer: utmaningar för människor, professioner och organisationer*. Lund: Social Work Press.

Kapitel 3

Ambrose-Miller, Wayne & Rachelle Ashcroft (2016) Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. *Health Social Work*, 41(2):101-9.

Ashcroft, Rachelle, Colleen McMillan, Wayne Ambrose-Miller, Ryan McKee & Judith Belle Brown (2018) The Emerging Role of Social Work in Primary Health Care: A Survey of Social Workers in Ontario Family Health Teams. *Health Social Work*, 1;43(2):109-117.

Baum, Fran E., Monique Bégin, Tanja A. J. Houweling & Sebastian Taylor (2009) Changes not for the fainthearted: Reorienting health care systems towards health equity through action on the social determinants of health. *American Journal of Public Health*, 99(11): 1967-1974.

Berlin, Johan & Håkan Sandberg (2016) Team- Inledande reflektioner I: Johan Berlin & Håkan Sandberg (red.) *Team i vård, behandling och omsorg: erfarenhet och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.

Bywaters, Paul (1986) Social work and the medical profession—Arguments against unconditional collaboration. *British journal of Social Work*, 16(6): 661-677.

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

Craig, Shelley L. & Barbara Muskat (2013) Bouncers, Brokers, and Glue: The Self-Described Roles of Social Workers in Urban Hospitals. *Health & Social Work*, 38(1): 7–16.

Davidson, Kay W. (1990) Role blurring and the hospital social worker's search for a clear domain. *Health & Social Work*, 15(3): 228-234.

Frost, Nick, Mark Robinson & Angela Anning (2005) Social workers in multidisciplinary teams: Issues and dilemmas for professional practice. *Child & Family Social Work*, 10(3): 187-196.

Glaser, Brooklyn & Esther Suter (2016) Interprofessional collaboration and integration as experienced by social workers in health care. *Social Work in Health Care*, 55(5): 395-408.

Johansson, Susanna (2011) *Rätt, makt och institutionell förändring: En kritisk analys av myndigheters samverkan i barnahus*. Doktorsavhandling. Lund: Lunds universitet.

Kvarnström, Susanne & Elisabet Cedersund (2006) Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2): 244-252-252.

Kvarnström, Susanne (2008) Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of interprofessional Care*, 22(2): 191-203.

Lymbery, Mark (1998) Care management and professional autonomy: The Impact of Community Care Legislation on Social Work with Older People. *British Journal of Social Work*, 28(6): 863-878.

Mizrahi, Terry & Julie S. Abramson (2000) Collaboration Between Social Workers and Physicians: Perspectives on a Shared Case. *Social Work in Health Care*, 31(3): 1-24.

Munthe, Christian (2009) Etik: grundfrågor och konfliktområden. I: Ingemar Andersson & Göran Eljertsson (red.) *Folkhälsa som tvärvetenskap: möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur.

Ross, Abigail M., Samantha Schneider, Yudy F. Muneton-Castano, Adolfo Al Caldas & Elizabeth R. Boskey (2021) You never stop being a social worker:” Experiences of pediatric hospital social workers during the acute phase of the COVID-19 pandemic. *Social Work in Health Care*, 60(1):8-29.

Sernbo, Elisabet (2019) Med avstegen som arbetsplats - En etnografisk studie av hälso- och sjukvårdskuratorns arbete. Doktorsavhandling. Göteborg: Göteborgs universitet.

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

Socialstyrelsen (2020) *Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL - Stöd för styrning och ledning* [Hämtat: 2024- 04-10].

Svärd, Veronica (2013) Hospital social workers' assessment processes for children at risk: positions in and contributions to inter-professional teams. *European Journal of Social Work*, 17(4): 508-522.

Världshälsoorganisationen (1999) *HEALTH 21. The health for all policy framework for the WHO European Region*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272657/9789289013499-eng.pdf?Sequence=3&isallowed=y> [Hämtat: 2024- 04-10].

Världshälsoorganisationen (2011) *The new European policy for health – Health 2020: Vision, values, main directions and approaches*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335791/61wd09e-Health2020-111332.pdf?Sequence=1&isallowed=y> [Hämtat: 2024-04-10].

Kapitel 4

Aurell, Marie, 2001, *Arbete och identitet om hur städare blir städare*. Doktorsavhandling. Linköping: Tema Teknik och social förändring, Linköpings universitet

Beddoe, Liz (2011) Health social work: Professional identity and knowledge. University of Auckland, New Zealand. *Qualitative Social Work*. 12(1): 24–40

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

Edman, Kristina och Kristofer Hansson (2022) Hälso- och sjukvårdskuratorn – möjligheter och utmaningar i den moderna sjukvården, *Socialmedicinsk tidskrift* (1):13–17

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

Johnsson, Eva & Åsa Ritenius Manjer (2022) Hälso- och sjukvårdskuratorn. I: Anna Angelin & Torbjörn Hjort (2022) *Socialt arbete i förändring - utmaningar och villkor inom utbildning, forskning och praktik*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet

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

Mattsson, Tina (2017) *Kunskap och lärande i socialt arbete. Om socialarbetare och viljan att veta*. Malmö: Gleerups.

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

Schmidt, Johan (2013) Kuratorer. Tag plats på scenen! *Socionomen*, 2013 (2): 38–40

Sjöström, Manuela (2013) *To blend in och stand out? Hospital Social workers' jurisdictional work in Sweden and Germany*. Doktorsavhandling. Göteborg: Institutionen för social arbete, Göteborgs universitet

Kapitel 5

Bernler, Gunnar & Lisbeth Johnsson (2001) *Teori för psykosocialt arbete*. Tredje upplagan. Stockholm: Natur & Kultur.

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

Dewane, Claudia J. (2006) Use of Self: A primer revisited. *Clinical Social Work Journal*. 34(4): 543-558.

Eide, Tom & Hilde Eide (2006) *Kommunikation i praktiken - relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Malmö: Liber.

Lennéer Axelson, Barbro (2010) *Förluster: om sorg och livsomställning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Ritenius Manjer, Åsa (2022) Betydelsen av mellanmänskliga möten i vården. I Hilde, M. (red.). *Professionella möten och samtal i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Tips på vidare läsning

1. Andersson, K., Höjer, S., Johansson, B., Karlsson, A., Liljegren, A., Lundqvist, C., & Svensson, K. (2004). *Forskning i praktikens tjänst*.
2. Angelin, A., & Hjort, T. (Red.) (2022). *Socialt arbete i förändring: utmaningar och villkor inom utbildning, forskning och praktik*. Lunds universitet, Samhällsvetenskapliga fakulteten.
3. Cootes, H., Heinsch, M., & Brosnan, C. (2022). 'Jack of all trades and master of none'? Exploring social work's epistemic contribution to team-based health care. *The British Journal of Social Work*, 52(1), 256–273.
4. Ferguson, H. (2018). How social workers reflect in action and when and why they don't: The possibilities and limits to reflective practice in social work. *Social work education*, 37(4), 415–427.
5. Haluk Soydan. (1999) *Mary Richmond – en idéhistorisk presentation*. Högskolan i Örebro. Institutionen för socialt arbete. Forskargruppen för socialt arbete skrift nr 13. ISSN 1100–8075.
6. Kuratorn den sociala kompetensen inom hälso- och sjukvården. (1991). Lunds universitet Kontaktgruppen för arbetslivsfrågor.
7. Lahdenperä, P., Storfors, T., Tryggvason, M. T., Gustafsson, H. O., Månsson, N., & Sandberg, A. (2014). *Forskningscirkeln – en mötesplats för samproduktion*. Mälardalens Studies in Educational Sciences 14.
8. Linde, S., Svensson, K., Jacobsson, K., Hollertz, K., Fred, M., Mukhtar-Landgren, D., & Bengtsson, M. (2021). *Välfärdens aktörer*. Lunds universitet: Media-Tryck.
9. Mary Richmond (1917). *Social Diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation
10. Persson, J., & Sahlin, N. E. (2013). *Vetenskapsteori för sanningssökare*. Lund: Fri tanke.
11. Sveriges Radio, Radiofynd. Eugeniahemmet (1959). Öppet arkiv Lis Asklund - kuratorn som blev Sveriges biktmoder <https://sverigesradio.se/artikel/5478828> (Hämtat 2025-03-20)
12. Ritenius Manjer, Å. & Jonsson, E. (2022). Hälso- och sjukvårdskuratorn. I Angelin, A. & Hjort, T. (red.). *Socialt arbete i förändring: Utmaningar och villkor inom utbildning, forskning och praktik*. Lund: Samhällsvetenskapliga fakulteten, Lunds universitet.
13. Ritenius Manjer, Å. (2022). Betydelsen av mellanmänniskliga möten i vården. I Hilte, M. (red.), *Professionella möten och samtal i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur
14. Ståhl, D., & Lundälv, J. (2024). Research knowledge utilisation among Swedish health social workers: Influence of higher education, job tenure and workplace. *International Social Work*, 67(5), 1211–1225.
15. Svärd, V. (2016). *Children at risk? Hospital social workers' and their colleagues' assessment and reporting experiences*. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet.
16. Svärd, V., Haque, M., & Alexanderson, K. (2019). *Införande av rehabkoordinatorer vid ortopediska kliniker inom Region Stockholm: Läkares erfarenheter av rehab koordinators verksamhet samt av sjukskrivningsarbete: Jämförelser av enkätsvar från år 2016 och 2018*. Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap. Karolinska Institutet.