



LUND UNIVERSITY

Vad bör en kurator kunna?

Stenberg, Karin; Ståhlen, Britta

1982

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Stenberg, K., & Ståhlen, B. (1982). *Vad bör en kurator kunna?* (Meddelanden från Socialhögskolan; Vol. 1982, Nr 1), (Research Reports in Social Work; Vol. 1982, Nr 1). Socialhögskolan, Lunds universitet.

Total number of authors:
2

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

MEDDELANDEN FRÅN SOCIALHÖG- SKOLAN



1982:1

KARIN STENBERG
BRITTA STRÄHLÉN

VAD BÖR EN KURATOR KUNNA?



Lunds universitet
Socialhögskolan

Box 1720
221 01 LUND

046-10 70 00

VAD BÖR EN KURATOR KUNNA?



INNEHÅLL

	sid
1 INLEDNING	4
1.1 Syfte	4
1.2 Metod	4
1.3 Diskussion kring metoden och dess brister	9
2 KURATORNS HISTORIA	12
3 SJUKVARDENS ORGANISATION OCH KURATORSROLLEN	18
4 KURATORNS FUNKTION PÅ SOMATISK KLINIK	20
4.1 Patientinriktade funktioner	20
4.1.1 Utredning	20
4.1.2 Rådgivning	22
4.1.3 Behandling	23
4.1.4 Praktiska hjälpåtgärder	24
4.1.5 Uppföljning	26
4.1.6 Information	27
4.2 Organisationsinriktade funktioner	27
4.2.1 Dokumentation	27
4.2.2 Information	29
4.2.3Handledning	30
4.2.4 Teamarbete	31
4.2.5 Sammanträde	32
4.2.6 Forskning	32
4.2.7 Utbildning	33
4.2.8 Fackligt arbete	33
5 KURATORNS KUNSKAPSBEHOV	33
5.1 Allmänna baskunskaper	33
5.2 Samhällsvetenskaplig bas	34
5.3 Beteendevetenskaplig bas	35
5.4 Social kunskap	35
5.5 Medicinskt kunskapsbehov	36
5.6 Metoder och tekniker för funktionen	37
5.7 Handlingsberedskap för funktionen	38
6 SOCIALA LINJENS UTBILDNING - KURATORNS KUNSKAPSBEHOV	38
6.1 Inledning	38
6.2 Samhällsvetenskaplig bas	39
6.3 Beteendevetenskaplig bas	39
6.4 Social kunskap	40
6.5 Medicinsk kunskap	41

6.6	Metodkunskap	42
6.7	Sammanfattning av ej täckt kunskapsbehov	43
7	FÖRSLAG TILL FÖRÄNDRINGAR I GRUNDUTBILDNINGEN	43
8	FÖRSLAG TILL FORTBILDNING FÖR SJUKHUSKURATORER INOM SOMATISK VÅRD	44
Bilaga	I Normalinstruktioner	46
Bilaga	II Sammanställning av funktionsanalysschema	48
Bilaga	III Sammanställning av kunskapsanalysschema	51
Litteraturförteckning		52

FÖRORD

Upprinnelsen till detta projekt är att vi, som lärare i social metodik på socialhögskolans sociala linje och i socialmedicin på vårdskolans sjuksköterskelinje, båda i Lund, i vår kontakt med sjukvården stött på de problem som finns för att få en helhetssyn på patienten i så motto att patientens sociala situation blir belyst och behandlad samtidigt som patientens kropp och sjuka organ repareras.

Vi tänkte först undersöka samarbetet mellan sjuksköterskan och kuratorn men koncentrerade oss slutligen på kuratorns roll och insatser. Vid kontakt med sjukhuskuratorer har vi funnit att de ofta skyller sina eventuella misslyckanden på att de i sin utbildning ej blivit förberedda för sin uppgift och för den sociala arbetsmiljö de möter i sjukhusorganisationen. För att ytterligare begränsa oss valde vi att studera kuratorn vid "allmän", somatisk klinik. Vi hade en hypotes att just dessa kuratorer hade svårt att hävda sig. Vi frågade oss om dessa kuratorer idag vid socialhögskolorna får en adekvat utbildning och/eller om den kan förbättras. Vi vill framföra vårt varma tack till Svensk Kuratorsförening som stött oss i vår uppgift, till alla de enskilda kuratorer runt om i landet som genom skriftliga bidrag hjälpt oss och uppmuntrat oss och sist, men inte minst, till Ulla Fredlund, chefkurator vid Malmö Allmänna Sjukhus, som ställt hela sitt rika material till vårt förfogande.

Även om detta projekt i första hand är en del i en läroprocess i den forskningsförberedande kursen för socionomer hoppas vi, att den också kan bidra till debatten om kuratorns roll i somatisk vård och framför allt vilken utbildning samhället skall ställa upp med för att de skall kunna fylla sitt värv.

1 INLEDNING

1.1 Syfte

Vårt syfte med projektet är att utifrån sjukhuskuratorernas nuvarande roll i organisationen och funktionen på en allmän somatisk klinik få fram vilka mera generella kunskapsbehov kuratorn har. Vissa specialkunskaper beroende på klinikens eller avdelningens specialisering har undantagits. Vi vill vidare utröna om kuratorerna genom sin utbildning på social linje vid socialhögskolan får sina kunskapsbehov tillfredsställda. Om så inte är fallet, vill vi lägga fram ett förslag till vidareutbildning för kuratorer. Vårt mål är således:

- att föreslå förändringar i utbildningen på sociala linjen och/eller påbyggnad på grundutbildningen så att bättre handlingsberedskap uppnås för rollen och funktionen som kurator, främst på somatisk klinik.

1.2 Metod

Vi började med att samla material om kuratorsverksamhet för att kunna formulera problem och ställa upp hypoteser. Dels uppmanade vi kuratorerna som samlats till årsmöte i Svensk Kuratorsförening i mars 1980, att bistå oss med material och dels vände vi oss till chefkurator Ulla Fredlund för att få material genom vilket vi kontinuerligt kunde följa kuratorsverksamheten fram till idag. Vi studerade också litteratur och utförda projekt för att komma in i aktuell debatt rörande sjukvårdsorganisation, psykosocial arbetsmiljö på sjukhus och omvårdnaden om patienten. Med utgångspunkt från detta försökte vi fastställa hypoteser, begränsa vårt material och definiera begreppen vad det gäller kurators funktion. Eftersom kuratorer inom sjukvård är ett alltför vitt begrepp för att kunna rymmas i en undersökning ville vi begränsa oss till kurator inom slutenvård, somatisk vård. Vi ville renodla problemen från specialistavdelningar och koncentrera oss på allmän somatisk vård. Som allmän definierade vi allmän medicinsk-, allmän kirurgisk- och långvårdsklinik. Grunden för detta är att vi förutsätter

- att dessa kuratorer har svårast att i organisationen finna sin roll och funktion
- att kuratorer vid allmän, somatisk, slutenvård är minst uppmärksammade i tidigare undersökningar

Dessa antaganden bygger på en jämförelse mellan exempelvis kuratorer vid barn- och vuxenpsykiatrisk klinik vars roll i teamarbetet vi funnit mycket klarare uttryckt både i litteratur och vid samtal med kuratorer. Kuratorn i den öppna vården är än så länge ett oskrivet blad. Med denna begränsning som bakgrund, utgick vi från litteratur och fastställde vissa kuratorsfunktioner. Huvudsakligast hämtade vi vår uppfattning från den normalinstruktion som finns för kuratorer (bilaga I). Kuratorerna definieras som sjukvårdens socialarbetare med uppgift att bistå patienter i öppen och sluten vård i personliga och sociala angelägenheter för att bidra till utredning, diagnos och behandling av patienter.

Ulla Fredlund har i ett utkast till organisationsutredning för kuratorsverksamheten vid Kalmar lasarett (6) sammanfattat kuratorsverksamheten i ett antal punkter som vi utgick ifrån.

I samma skrift har också kuratorernas kontaktnät undersökts. Innan vi beslöt oss för en metod för insamling av data gick vi igenom litteratur för att få en sammanfattning av kuratorsfunktionens utveckling fram till nuet och därigenom ett historiskt perspektiv. Sedan gick vi vidare med hypoteser:

- att kuratorns möjlighet att uppfylla sin funktion var korrelerad med utbildningens relevans till arbetsuppgifterna
- att kuratorerna vid somatisk klinik delvis saknar kunskaper och färdigheter för att kunna uppfylla de krav patienterna, arbetsgivaren och de själva ställer
- att somliga brister kan tillgodoses genom en förbättrad grundutbildning
- att andra brister bör tillgodoses genom att kuratorerna får en påbyggnad på sin utbildning

Metod för insamling av data fick vi genom att en av oss av en slump fick kontakt med teologiska institutionen i Uppsala där en funktions- och kunskapsanalys genomförts bland präster i samband med en utredning om en förändrad prästutbildning. Det är viktigt att som bas för en kunskapsanalys av kuratorsfunktionen göra en funktionsanalys. Vi utgick från våra hypoteser angående funktion och kontaktnät och gjorde följande "lakan" där de vertikala variablerna består av begrepp för grundfunktioner och de horisontella variablerna står för kuratorns interna och externa kontaktyta.

Oms verksamhet

Famijlerådg

Kurat kolleg

Forskn utb

Arbetsgiv

Skola

Bost myndighet

Rättsl Jur inst

LAN AJ Arbetsvård

Soc förv Soc byrå

Förs kassa

Hemv hemsj vård
åldr vårdAnnanklinik el
sjukhus

Sjukh org adm

Övr pers

Avd pers

Läkare

Anhörig

Pat

Utredning

Rådgivning

Behandling

Praktiska hjälpåtgärder

Uppföljning

Dokument

Information

Handledning

Teamarbete

Sammanträde

Forskning

Utbildning

Fackligt arbete

Vård- och behandlingsplane-
ring

KUNSKAPSANALYS - SCHEMA

	Fackligt arbete
Utredning	
Rådgivning	
Behandling	
Praktiska hjälp- åtgärder	
Uppföljning Dokumenta- tion	
Information Handledning	
Forskning Utbildning	

Avsikten var att bryta ner mera allmänna begrepp om funktionen till mindre operationella enheter som ger mer innehåll åt kuratorsfunktionen. När de tillfrågade aktualiserat och fått en överblick över sitt arbete på funktionsanalysschemat skall de fylla i kunskapsanalys-schemat som talar om vilken utbildning som fordras för att på ett fullgott sätt kunna fylla funktionerna.

För att genomföra kvalifikationsanalysen inbjöds kuratorer från Skånes åtta sjukhus med somatiska kliniker till en kuratorsdag i Lund. Från varje sjukhus inbjöds en kurator från respektive allmän kirurgi, allmän medicin och långvård samt chefkuratorerna. Inbjudan hörsammades av trettio kuratorer fördelade på åtta chefkuratorer, åtta långvårdskuratorer, åtta kirurgi- och sex medicinkuratorer. Efter en information om syfte och tillvägagångssätt indelades kuratorerna i grupper om fyra till sex deltagare fördelade efter medicinsk inriktning.

De arbetade intensivt hela dagen för att fylla i våra scheman. Våra variabler angående grundfunktioner och kontaktnät eller samarbetspartners godtogs helt av samtliga kuratorer utom variabeln rådgivning, som ej accepterades som en kuratorsfunktion. Vi skall återkomma till detta under kapitlet kurators funktioner.

En första tolkning av de ifyllda "lakanen" arbetade vi med var för sig, eftersom vi annars måste ha någon annan som också tolkade för kontrollens skull. Det visade sig vid en jämförelse att vi hade tolkat mycket olika, troligen beroende på vår skilda bakgrund, de ene f d kurator med lång erfarenhet av sjukvård och sjukvårdsutbildning, den andre med lång erfarenhet från olika sociala verksamhetsområden, men okunnig vad gäller kuratorsarbete inom somatisk vård. Föreställningarna om kuratorsfunktionen blev olika.

Den av oss som kom inifrån hade svårt att se problemen. Den som kom utifrån övertolkade konsekvenserna och gick in med en överklig föreställning om kurators roll.

Vi drar därför slutsatsen att det vid utvärdering är viktigt att använda utvärderare hämtade både inifrån och utifrån den verksamhet som skall undersökas för att få helheten belyst.

Efter denna första tolkning arbetade vi gemensamt fram en andra gemensam tolkning där vi bearbetade vårt analysmaterial i förhållande

till de källor i form av litteratur, tidigare utredningar och uppsatser som vi hade tillgång till. Från det materialet gjordes en bedömning av kuratorns kunskaps- och färdighetsbehov fördelat på allmänna baskunskaper, speciella för funktionen på somatisk klinik, speciella för samarbetet med patienten i utredande, behandlande och åtgärdande syfte, speciella för kuratorns förändringsarbete inom och utom sjukhuset samt för pedagogiska uppgifter.

Våra bedömningar, i hög grad styrda av erfarenhet och av litteratur, jämfördes med kuratorernas kvalifikationsanalys och därav drog vi sedan våra slutsatser om kunskapsbehoven.

Till slut har vi jämfört dessa kunskapsbehov med utbildningen vid sociala linjen som den för närvarande ser ut i Lund och funderat över vad som bör ändras i grundutbildningen och hur en fortbildning av kuratorer kan se ut.

1.3 Diskussion kring metoden och dess brister

Är detta forskning? Harald Swedner säger (34) att forskaren vill beskriva, förklara, förutsäga och förändra genom att föreslå och genomföra åtgärder som leder till ett förverkligande av ett utstakat mål. I detta ingår att man värderar det som är. Fullständig objektivitet är ett omöjligt ideal. Allt detta gör vi också i vårt dagliga arbete men skillnaden är att vi som forskare medvetet och systematiskt försöker följa utstakade och noggrant prövade regler genom att använda metoder som ger korrekta beskrivningar, riktiga förklaringar och handlingsförslag som leder till det angivna målet.

Enligt Tony Tribodi "Bruk och missbruk av social forskning i socialt arbete" (37) har den sociala forskningsprocessen fem moment:

- 1 Val av och formulerande av problem
- 2 En forskningsdesign eller strategi för att besvara de frågor, som framställts i problemformuleringen
- 3 Val av tekniker för att säkra forskningsobservationer
- 4 Behandla och analysera data i relation till forskningshypoteser
- 5 Sammanfattning och tolkning av forskningen

Tribodi stannar här medan Swedner också lägger vikt vid genomförandet. Forskning skall leda till handling och utvärdering av handling. I ett projekt av storleksordningen 10 poäng har vi valt att stanna vid utarbetandet av ett åtgärdsprogram för att förverkliga det uppställda målet.

Vi har satt upp ett mål att ta reda på kuratorernas kunskapsbehov så att de eventuellt bättre kan uppfylla de krav arbetsgivare, patienter och de själva ställer på sin funktion. Men detta är individrelaterade mål eller mål för en viss grupp.

För att uppnå en fullständig bild bör man komplettera detta mål med målet för sjukvården i sin helhet och målet för sociala linjen som en del i högskolan samt dessa institutioners roll i det svenska samhället, men detta har ej varit vår avsikt. Vi har en historisk och en nulägesbeskrivning av kuratorsfunktionen men vi har ej den kausalanalytiska kunskap som erfordras för att finna hur nuläget uppstått i förhållandet mellan kuratorns förväntade funktion och nuvarande kunskap och färdighet. Är kuratorernas anspråk på kunskap rimlig med hänsyn till vad samhället kan ge? Är sjukvårdens och patienternas krav på kuratorn rimlig? Är den arbetsfördelning inom det sociala fältet som ger kuratorn hennes roll den bästa tänkbara? Alla dessa frågor är obesvarade. Vårt yttersta mål är att förbättra för patienterna men vi har i detta läge skaffat oss kunskap enbart genom att lyssna på kuratorer och vår förankring ligger enbart hos dem. Det är endast de som yttrat sig över behoven. Antingen måste man gå vidare och/eller koppla detta lilla försök till andra, pågående och nyss avslutade projekt om sjukvårdens innehåll och utformning. Sådana har vi tagit del av men ej utvecklat. Som exempel kan nämnas Gardell-Gustafsson m fl "Sjukvård på löpande band" (9) som utgår från vårdpersonalen och Gadd "Socialt innehåll i sjukvården" (7) som vänder sig till sjukvårdspersonal.

Problemformuleringen har vi gjort i form av hypoteser där vi ser ett kausalt samband mellan kuratorernas utbildning och möjligheter att fullgöra de uppställda kraven på arbetsuppgifter och med den sociala aspekten bidra till helhetssynen av patienten såväl i diagnos som behandling. Vi hänvisar därvidlag till det begränsade målet.

Vår strategi var sedan att gå igenom aktuell litteratur och tidigare undersökningar och komplettera detta med kuratorernas aktuella synpunkter på sin funktion och sitt kunskapsbehov. Det analyschema vi

gjort upp på basis av material från tidigare undersökningar borde ha testats på några kuratorer innan vi gick ut till de trettio utvalda. Vi testade det endast genom att själva fylla i det och fick därigenom bort de grävsta felen men om vi prövat det på någon utomstående hade vi troligen fått klarhet i dels att vissa begrepp var svåra att förstå och dels att begreppen överlappade varandra. Vi hade för oss själva definierat begreppen men vi borde till varje begrepp lämnat ut en klar definition. Vid ifyllandet av formulären uppstod ibland en viss förvirring om vad vi menade och dessutom var det svårt att få kuratorerna att bryta ner totalfunktionen i de delar som vi önskade. Vi blev också själva osäkra om det var viktigt att "arbetsuppgiftsvariabeln" i varje del behövde korsa "kontaktnätsvariabeln" i det första funktionsanalys-schemat. I detta var vi dock i behov av att varje kunskap relaterades till varje delfunktion vilket inte alla kuratorsgrupper gjorde.

I funktionsanalysen uttrycktes inte kvaliteten eller vikten av funktionen. Vad funktionen innehåller kan därför endast bedömas ur allmän-giltighetssynpunkt genom att räkna hur många grupper av kuratorer som angivit arten av arbete. På vilket sätt funktionen uppfylldes framgår ej heller ur ett analyschema av detta slag. Detta har betydelse om man vill bedöma kunskaperna i förhållande till en effektivare arbetsinsats till gagn för patienten.

Antalet deltagande kuratorer är litet och därför troligen inte representativt, men sannolikt tillräckligt stort för att olika åsikter skall komma fram. Urvalet är ganska bra genom att det representerar många sjukhus samt både stora och små enheter med eller utan specialiteter. Genom att vi delade upp kuratorerna efter inriktning fick vi fram både vad som är gemensamt och särskilt för respektive medicin, kirurgi och långvård. Chefkuratorerna menade vi hade en överblick över vad som fordras både generellt och speciellt. Svårigheten för chefkuratorerna var att under arbetet komma ihåg att det inte gällde dem själva. Tex menade de att kurators kontakt med sjukvårdsadministrationen i utredande syfte var vanligt, vilket ej alls överensstämde med de övriga kuratorernas inställning. Ett annat frågetecken är om arbetet i grupp möjligen minskade reliabiliteten genom att vi inte kan veta om alla i gruppen står för uppgiften eller om bara en eller två styrde de övriga. Hade vi låtit kuratorerna arbeta enskilt med våra scheman hade vi säkerligen inte fått fram så många synpunkter som gruppdiskussionen givit.

Vårt projekt har således många brister men vi har lärt av misstagen

och vi trot att projektet har ett värde som en beskrivning av kuratorsfunktionerna och deras förhållande till utbildningen och att materialet kan vara en bas för ett förändringsarbete.

2 KURATORNS HISTORIA

I början av 1900-talet blev läkarna inom engelsk och amerikansk sjukvård medvetna om behovet av särskilda befattningshavare, som vid deras sida kunde utreda patientens sociala situation. Till Sverige kom idén genom professorn vid Harvards universitet, Dr Rickard C Cabot. Han inrättade år 1905 en social avdelning vid Massachusetts General Hospital i Boston och skrev om detta. Intresset för verksamheten väcktes första gången i Sverige när kanslirådet G H von Kock i "Social tidskrift" år 1909 införde artikeln "Sjukvården och det sociala arbetet". Det var också han som 1911 översatte professor Cabots bok till svenska under titeln "Läkaren och det sociala arbetet".

År 1914 började nya idéer inom psykiatrin tränga igenom, framförallt genom Else Kleens artiklar om missförhållanden på sinnessjukhus. Överläkarna Viktor Wigert och Georg Kinberg på Stockholms Hospital och Långbro sjukhus bidrog också till det nyvaknade intresset. Föreningen Hjälpbyrån för psykiskt sjuka bildades och en av föreningens första uppgifter var att tillsätta en tjänst som kurator för de sinnessjuka i Stockholm.

Ordet kurator hämtades från det latinska ordet "cura" som närmast betyder vårda, behandla, förvalta och handha, men som också lär innebära att "inför domstol och myndighet försvara och värna". Det senare är en tolkning av Sveriges första kurator, Gertrud Rodhe, som såg detta som en av sina huvuduppgifter. Till stor del handlade verksamheten också om, förutom rådgivning till sinnessjuka och deras anhöriga, att uppträda som patientens ombud och förordnas som förmyndare och god man. Genom en minnesskrift har vi fått den uppfattningen att denna första kurator var en respekterad yrkeskvinna. Hon utvecklades till en social och mänsklig expert som ofta gick stick i stäv mot den tidens medicinska åsikter och föreställningar. Både läkare och myndigheter gav sig när hon kämpade för klientens rätt.

Under de följande två decennierna anställdes kuratorer på samtliga större sinnessjukhus. Arbetsuppgifterna var i stort desamma, men

kuratorns självständiga ställning förändrades. Överläkare Ruben Holmström vid Malmö Östra Sjukhus uttryckte i en årsberättelse från 1940 detta på följande sätt: "Kuratelelet är numera ett instrument i läkarens hand, och som sätter denne i stånd att utöva en profylaktisk, kurativ och eftervårdande socialmedicinsk verksamhet, lika viktig som det direkta sjukvårdsarbetet inom sjukhuset" (12).

Initiativ till kuratorsverksamhet i somatisk vård togs av Centralförbundet för socialt arbete år 1918. De ansåg att "den sociala expeditionen bör hava till uppgift att till såväl intagna som poliklinikpatienter meddela råd och i den mån så är möjligt, lämna bistånd i fråga om: fortsatt vård på annat håll, konvalescenstiden, ekonomiska angelägenheter, arbetsförhållanden, omsorgen om hem och familj.

År 1920 anställdes den första kuratorn i Stockholm. Nästa befattning blev inte tillsatt förrän 1934 och inrättades då i Malmö. Vid tillsättningen i Stockholm angavs helt kort kuratorns uppgift vara "att bistå patienterna med råd och hjälp i deras enskilda angelägenheter". Vid redovisningen av de första årens verksamhet visade sammanställningen av förekommande arbetsuppgifter att huvuddelen av arbetstiden använts för anskaffande av eftervård av olika slag. Rent sociala insatser i form av understöd genom fattigvård, erhållande av kläder och reshjälp till hemort och sanatorier dominerade också. Många av dessa uppgifter kan idag väntas ha försvunnit och ersatts av socialförsäkringar. Centralförbundet ansåg att kuratorernas verksamhet skulle vara vidsträckt och innehålla såväl rent sociala som socialmedicinska uppgifter, men särskilt de problem som var av socialt ekonomisk natur bode vara föremål för kuratorns verksamhet. Kuratorns arbetsuppgifter var stora och krävande men det uttrycktes särskilt att kuratorns åtgärder ej fick utsträckas till den grad att den sjuke förlorade viljan till självhjälp. Kuratorn fick ej heller på några villkor befatta sig med medicinska uppgifter.

Varför satsades det på en särskild befattningshavare för sociala frågor inom den somatiska sjukvården? Enligt uppgift från centralförbundet för sociala frågor berodde det på att läkarna hade börjat inse att råd och hjälp i personliga angelägenheter tillhör en rationell sjukvård. Men eftersom sjukvården tog alltmer tid i anspråk och de sociala hjälpmöjligheterna blev alltmer komplicerade så behövdes en person som odelat kunde ägna sig åt social verksamhet i sjukvården och hade kunskaper för detta. En annan viktig orsak var att kuratorsverksamheten skulle kunna minska sjukhusens beläggning genom att möjlig-

göra tidigare utskrivningar från sjukhusen. Detta var en viktig lönsamhetsaspekt för att anställa kuratorer. Det är viktigt att komma ihåg dessa två skäl till kuratorsbefattningens tillkomst när man sedan följer utvecklingen och kuratorernas egen syn på sitt arbete idag.

Den första kuratorn hade ingen utbildning för de uppgifter hon ålades. Hon valdes till befattningen därför att hon var klok och mänsklig. Hon skulle kunna förstå och känna för människors situation och problem i samhället. Inom den somatiska vården hade de första kuratorerna sjuksköterskeutbildning. År 1935 föreslog centralförbundet att kuratorerna skulle utbildas genom att genomgå två års sjukvårdsutbildning på sjuksköterskeskola och därefter 1 1/2 år vid socialinstitut av den 2-åriga teoretiska utbildningen samt 1/2 års praktik, som då var kravet för att få avgångsbetyg från socialinstitut. Dessutom borde kuratorn ha utbildning i huslig ekonomi, en kunskap som ansågs viktig. Genom denna kombinationsutbildning erhöll kuratorn kompetens som sjuksköterska och socionom.

En kurator måste vara grundligt insatt i sjukvårdens metoder och krav. Utökningen av antalet kuratorer gick långsamt under 1940-talet men på 1950-talet tredubblades antalet befattningar och 1962 fanns det ca 500 kuratorer. Utbyggnaden verkade i stor utsträckning ske slumpartat och det förväntade behovet av kuratorsservice bland skilda patientkategorier eftersattes. Enligt Ulla Fredlunds undersökning "Sjukhus-kuratorn, utbildning, tjänstgöringsförhållanden och funktioner" (5) framkom att utmärkande för kuratorerna inom somatisk vård under 1950-talet var att tjänstgöringen splittrades på skilda sjukhus och kliniker och att de samtidigt måste tillgodose önskemål från sjukvårdspersonal på skilda håll. Det var för kuratorn en ömtålig uppgift att bedöma, vad som borde prioriteras.

Kuratorsfunktionerna utvecklades under denna tid. Ulla Fredlund delade, i sin utredning om kurators utbildning och funktion från 1966, in funktionerna i utredningsfunktionen och behandlingsfunktionen. Den senare delades i sin tur upp i rådgivning och yttre hjälpåtgärder. Under utredningsfunktionerna talas det nu om kuratorsutredningar som komplement till sjukhistorien i syfte att uppdaga eventuella miljöfaktorer som bakgrund eller bidragande orsak till bristande psykisk eller fysisk hälsa eller rehabiliteringssvårigheter. Under 50-talet upptar de ekonomiska frågorna fortfarande en stor del av kurators arbete, trots utvecklingen på det socialpolitiska området. Ulla Fredlund me-

nade också att lagen om allmän försäkring medförde ökade insatser från kuratorns sida i sjukförsäkrings- och pensionsfrågor. Eftervårdsfrågorna intog enligt Fredlunds utredning en oproportionerligt stor plats på kuratorns arbetsprogram. Hon talar också om att kuratorn uppfattades som utkastare från sjukhusen och berör därmed de motsatsförhållanden i kuratorsfunktionen som fanns inbyggda från början då kuratorsbefattningen dels var till för att bistå patienterna med råd och hjälp och vara deras ombud och dels bidra till att sjukhusen får en snabb patientomsättning. För övrigt ser man hur kuratorsfunktionen följer med i samhällsutvecklingen. De arbetsuppgifter kuratorn får präglas av bostadbristen, brist på eftervårdsplatser och den ensamhet och isolering som patienten ger uttryck åt.

Vid 60-talets början befann sig 2/3 av kuratorerna i åldern 25-40 år. Åtskilliga av nya tjänster kunde inte tillsättas på grund av brist på socionomer. Av de redan anställda hade dock 95 % socionomexamen. Socionomtätheten var betydligt större bland kuratorerna än bland socialassistenterna.

Idéerna från 1935, att varje kurator skulle vara kombinerad sjuksköterska och socionom, kunde ej uppfyllas. År 1962 hade endast 10 % denna kombination. Den mentalhygieniska kurs som socialinstitutet i Stockholm hade som påbyggnad på socionomexamen sattes ofta som behörighetskrav för kuratorstjänst, men i de flesta fall fick dispens lämnas. Endast 20 av 450 kuratorer hade genomgått denna fortbildning.

Under 1960- och 1970-talet utbyggdes kuratorsverksamheten ytterligare. Det var framförallt den växande bristen på sjukvårdsplatser som medförde ännu större krav på sociala insatser och effektivare vårdplanering. Intresset för socialpolitiska åtgärder och rehabiliteringsverksamhet ökade och man blev inom sjukvården alltmer medveten om sambandet mellan sociala faktorer och sjukdomstillstånd. Kuratorns funktion kom alltmer att ligga åt det socialmedicinska hållet. Det krävdes från kuratorerna att deras resurser bättre skulle tillvartagas, samarbetet mellan kurator och läkare utvecklas, enhetligare dokumentation av kuratorsverksamheten genomföras samt att en utbyggnad av verksamheten på bas av olika patientgruppers behov av sociala insatser planeras. Dessa krav håller fortfarande på att bearbetas.

Av de utredningar som gjorts under 1970-talet där kuratorsfunktionen berörts är KOS-rapporten (samordning av sociala insatser inom lands-

ting och kommun), (16), och SAMSS-projektet (utveckling mellan landstings- och kommunförbunden för samordning av medicinsk och social service), (25), de mest uppmärksammade.

KOS-rapporten innehöll diskussion om kuratorsorganisationer med förslag om att inom större sjukhus eller upptagningsområden administrativa tjänster för arbetsledande funktioner och gruppkuratorstjänster för samordning och handledning skulle tillsättas. Detta har medfört att man idag har större möjligheter att genomföra en systematisk inskolning av nyanställda kuratorer. Rapporten innehöll också ett förslag om att kuratorerna på sikt skulle överföras till primärkommunalt huvudmannaskap. Detta kritiserades hårt från både lärare- och kurators-håll. Läkarna framhöll att de hade behov av välutbildade kuratorer, knutna till medicinska specialområden, där patienternas sociala problem var relaterade till speciella sjukdomsgrupper. Kuratorerna var medvetna om sina specifika arbetsuppgifter som sjukvårdens socialarbetare och efterlyste analyser av sambanden mellan kurators- och social-assistentfunktionerna. Skånekuratorerna genomförde en oktoberstatistik 1971 (27), där de belyste att kuratorsfunktionen inom sjukvården står i nära samband med vårdorganisationen som helhet och att kuratorsfunktionen utvecklat en bred kontakt med övrig sjukvård, försäkringskassa, länsarbetsnämnd, skola och hjälporganisationer och att deras service ej i huvudsak gällde patienter med anknytning till kommunal socialvård.

I SAMSS-projektet ämnade man diskutera och klarlägga kurators yrkesroll. Detta blev av olika skäl ej genomfört, men utredarna rekommenderade landstingen "att framdeles avstå från att anställa kuratorer inom vissa vårdgrenar mot att kommunerna rekommenderades lämna denna service". Med vissa vårdgrenar menades öppen och sluten primärvård där landstingen med några undantag undvikit att anställa kuratorer. Denna fråga är fortfarande ej slutdiskuterad och kuratorerna har i utredningar visat på behovet av kuratorer i primärvården.

Sammanlagt visar det sig att under 70-talet har huvudmannaskapsfrågan dominerat i utredningar och diskussioner medan analysen av kuratorernas funktion, arbetsmetod, arbetsuppgifter och utbildning kommit i bakgrunden.

Utbildningen för socionomer ändrades 1964 då socialinstitutet blev socialhögskolor. Syftena med socialinstitutet var att tilltrodde kommuner och landsting med yrkesutbildade tjänstemän och innehållet i ämnena styrdes av detta. När organisationen ändrades till socialhögskola var det mest väsentliga att socionomutbildningen skulle bli jämställd med annan akademisk utbildning inom den samhällsvetenskapliga sektorn och ge möjligheter för de studerande att studera vidare vid universitet. Till skillnad från universitetsutbildningen innehöll socionomutbildningen fortfarande sammanlagt ett års praktik av den totala utbildningen på 3 1/2 år. Under praktiken omsättes teorier om samhälle och mänskligt beteende till praktisk yrkeskunskap inom det sociala verksamhetsområdet. Från och med 1971 ändrades praktiken för de som hade minst 10 månaders yrkesarbete före studierna så att de endast fick 5 månaders handledd och 2 månaders icke handledd praktik, vilket ytterligare minskade yrkesinslaget i utbildningen. Förändringarna i den teoretiska utbildningen var bland annat att alla i utbildningen hade en gemensam grundkurs på två terminer. Den var en bred samhällsvetenskaplig utbildning. I studierna på betygsnivå fick de studerande välja mellan olika samhälls- och beteendevetenskapliga ämnen inom socialhögskolan. Det fria valets princip var viktig men ganska snart kom man underfund med att det för den kommande yrkesfunktionen behövdes vissa kärnämnena som alla måste ha kommit i kontakt med. För sociala linjen blev psykologi, rättskunskap och social metodik dessa kärnämnena. Alla "akademiska ämnen" kunde vid socialhögskolan studeras upp till två betyg medan det för sociala linjen alldeles speciella ämnet social metodik inte hade denna rang. Efter anhängan från socialhögskolorna till dåvarande nämnden för socionomutbildning startade 1973 en försöksverksamhet med 2-betyg i social metodik, vilket haft betydelse för utbildningens yrkesprofil.

Andra till synes smärre förändringar men för yrkesfunktionen viktiga vid 1964 års utbildningsreform var att ämnet Hygien försvann och ersattes med medicinsk orienteringskurs på grundkursen. Den var endast på 20 timmar och utan tentamen. På betygsnivå kopplades till ett-betygskursen i social metodik en social medicinsk kurs på 20 timmar. Genom att den medicinska utbildningen både minskades och splittrades, kom de medicinska kunskaperna i skymundan. Socialhögskolorna fick också problem med lärare i socialmedicin.

Ett annat ämne som försvann som självständigt tentamensämne var socialpolitiken. Den kom att sammankopplas med det nya ämnet samhälls-ekonomi.

För kuratorernas yrkesfunktion innebar denna utbildning troligen bättre baskunskaper beträffande förståelse av mänskligt beteende och samhällsliga problem. Detta skedde dock på bekostnad av speciella yrkeskunskaper nödvändiga för denna funktion t ex de medicinska kunskaperna. Denna utbildningsplan varade till 1977 då den nuvarande trädde in. Stora förändringar i kuratorernas utbildning har skett under de 60 åren kuratorsverksamheten funnits. En utveckling har skett i kurators funktioner men 80-talet måste bli det decennium då man särskilt måste fokusera utbildningens förhållande till funktionen i kuratorsverksamheten.

3 SJUKVÅRDENS ORGANISATION OCH KURATORSROLLEN

Vårdmiljön vid dagens sjukhus kritiseras ofta för att vara opersonlig, teknisk och rutinartad. Orsaken till detta anses vara att sjukvården de senaste årtiondena alltmer specialiserats på grund av den medicinsk-tekniska utvecklingen, vilket skapat krav på specialkunskaper inom olika områden och genom ett företagsekonomiskt tänkande där större enheter med olika funktioner, nedbruten i olika delmoment, ansetts rationellt. Detta har inneburit att det växt upp två hierarkier inom sjukvården, en medicinsk och en administrativ. Den medicinska hierarkin bygger på en naturvetenskaplig modell där diagnos och åtgärd blir de viktigaste redskapen vilka framför allt behärskas av läkarna som därmed också blir de styrande då det gäller den medicinska vården. Den administrativa hierarkin har industrin som förebild. "Vårdfabrik" har man ju ibland benämnt våra storsjukhus. Måttet på måluppfyllelse blir patientomsättning och kostnader per vårdplats. Vi har här politiker, administratörer och ekonomer som planerar och styr. De båda hierarkierna fungerar sida vid sida i sjukvårdsorganisationen och på många punkter understödjer de varandra och uppmuntrar den medicinska modell som brukar kallas akutvårdsmodellen och som idag behärskar de flesta medicinska områdena. Vissa egenskaper är speciellt utmärkande för de båda hierarkierna och för akutvårdsmodellen som t ex att de anställda styrs uppifrån och arbetsdelningen är mycket stor. Berglind (1) har funnit ca 160 olika yrkesgrupper inom sjukvården. Expertkunskap prioriteras och personalens inflytande på vårdarbetet motarbetas. Viktiga mått på verksamheten är kortsiktiga objektiva fakta, antal operationer, medicinering, vårdtider, patientomsättning och mindre viktigt blir det som vårdpersonalen står för,

omvårdnad, medmänsklighet och patientens sociala situation. Man utnyttjar specialkunskaper hos varje arbetstagare, vilket har fördelen att personalen blir utbytbar men nackdelen att helheten går förlorad eller åsidosätts. Åtgärder mot patientens kropp prioriteras framför psykologiska och sociala behov.

Akutvårdsmodellen är troligen välfungerande på kliniker där snabba ingripanden måste göras, exempelvis kirurgisk avdelning, och där det är viktigt och nödvändigt att en person står för besluten och alla vet vilka uppgifter de har. På en medicinsk avdelning blir modellen mer tveksam. Andra faktorer än patientens akuta kroppsliga behov kan ha betydelse för tillfrisknandet, men dessa faktorer är svåra att mäta och blir därför lågt prioriterade och att syssla med patientomvårdnad och patientens psykologiska och sociala situation ger låg status jämfört med att vara specialist på tekniska arbetsuppgifter. Även inom långvården används akutvårdsmodellen, trots att det finns få tekniska arbetsuppgifter men desto större behov av medmänsklighet och kontinuitet hos personalen. Diskussion om förändring av nuvarande styrsätt har börjat höras i sjukhusvärlden. Försök med gruppvård, där ett fåtal arbetstagare ansvarar för "sina" patienter, görs och utvärderas.

Kuratorn tillhör den paramedicinska personalen liksom arbetsterapeuter, sjukgymnaster och flera andra yrkesgrupper. Hon tillhör gruppen experter sidoordnade hierarkierna. Kuratorn på somatisk klinik är ofta ansvarig för flera avdelningar och mottagningar och hennes arbetsrum är ofta beläget med ett ordentligt gångavstånd från inneliggande patienter. Kuratorn har alltså ingen möjlighet att träffa eller ens visa sig för alla patienter. Någon annan än kuratorn själv måste alltså kunna identifiera och tolka patientens sociala vårdbehov. Med den tidigare beskrivna akutvårdsmodellen, med besluten angående patienten högt upp i hierarkin, blir det oftast läkaren eller sjuksköterskan som bedömer patientens behov av kuratorskontakt. Tyvärr vet vi från undersökningar att kunskapen om patienten som övrig personal har, dvs den personal som träffar patienten mest, i väldigt liten utsträckning vidarebefordras uppåt i hierarkin. Det fordras alltså att personalen på avdelningen och i första hand läkaren och sjuksköterskan, har insikt i och förståelse för patientens hela livssituation för att kuratorsresurserna skall kunna utnyttjas till annat än eftervårdsplaceringar, det vill säga att få loss vårdplatser. Den personal som kuratorerna skall samarbeta med har en naturvetenskaplig medicinsk utbildning förlagd till sjukhus. De är alltså väl inskolade

på sjukhuset. Kuratorn måste känna till att hon kommer som ensam representant för en samhällsvetenskaplig inriktning och med dåliga kunskaper om den organisation hon hamnar i. Det är inte underligt att kuratorn ofta hamnar i underläge och får svårigheter att hävda sociala och socialmedicinska hänsyn gentemot patienten i den stora vårdapparaten, eftersom hon dessutom ofta har svårt att visa mätbara resultat och effektivitet i sin verksamhet.

4 KURATORNS FUNKTION PÅ SOMATISK KLINIK

I detta kapitel kommer vi att redovisa kuratorsfunktionerna genom att jämföra vad tidigare undersökningar och litteratur fått fram med resultatet från vår funktionsanalys. Hela tiden rör det sig om vår tolkning. Såsom vi tidigare har nämnt, kan vi endast göra en kvantitativ bedömning av vilka typer av ärenden och handlingar en kurator utför genom att se hur många av våra sju grupper som angett uppgiften. Vi hänvisar härvidlag till tabellerna i bilaga 3. Vi har delat in funktionerna i patientinriktade och organisationsinriktade. De patientinriktade beskriver patientens och anhörigas behov som består av kontakt, information, psyko-social behandling och hjälp med sociala problem. De organisationsinriktade utgör sjukvårdens behov av insatser för diagnos, behandling, information och handledning om sociala resurser.

4.1 Patientinriktade funktioner

4.1.1 Utredning

Utredning definierar vi som uppgifter om individers förhållande som underlag för en bedömning.

Alla kuratorer gör en social anamnes eller allmän utredning. I normalinstruktionen för sjukhuskuratorer sägs att kurator skall utreda och kartlägga patientens sociala situation, då detta är av betydelse för diagnos och behandling och/eller social planering. Den sociala anamnesen kan således hänföras till såväl patientinriktade som organisationsinriktade insatser.

Kurator gör också så kallade riktade utredningar för att som normalinstruktionen säger "kunna vidtaga sociala hjälpåtgärder med patient, anhörig, personal och myndighet och enskilt hjälporgan".

I en rapport från socialmedicinska institutionen i Lund (4) framställdes de allmänna utredningarna som en av kuratorns viktigaste uppgifter och utgjorde 54 % av kuratorns arbetsuppgifter. Utvecklingen går mot att dessa sociala utredningar får allt större betydelse. Byråföreståndare Maria Berglund uttrycker det i sin uppsats "Socialarbetare i sjukvården" från 1979, (2) att man inom sjukvårdsenheterna mer och mer uppfattar människan som en biopsyko-social helhet, med rätt att få sitt behov av en tillfredsställande situation tillgodosedd och socialutredningarna kommer därmed att få allt större betydelse. I debattlitteratur från samma tidpunkt om sjukvårdens utveckling framhäves vikten av att få fram helhetssynen på patienten genom att de medicinska aspekterna måste kompletteras med sociala och psykologiska aspekter/Gardell m fl Sjukvård på löpande band, (9) SOU 1979:26. Sjukvårdens inre organisation/ (31). Det finns dock fortfarande svårigheter för kuratorerna att få arbeta enligt dessa intentioner.

Kommer kuratorernas sociala utredningar mer än idag att användas som en resurs i sjukvården?

I ett projekt som gjorts som underlag för omorganisation av kuratorsarbetet i Kalmar med start 1976 (6) noterades att sociala utredningar som komplement till den medicinska diagnosen var sällsynta och i vissa fall helt obefintliga. Slutsatsen var att eftervården tenderade ta så stor plats i kuratorns arbete inom somatisk vård att den inkräktar på de socialmedicinska uppgifterna. Kuratorerna i vårt analysmaterial ser det tydligen som självklart med en social anamnes men om den görs som ett komplement till den medicinska diagnosen vet vi inte. Vilket det är, blir en alltmer intressant fråga för kuratorernas ställning framöver då helhetssynen förhoppningsvis mer än i dag kommer att präglja sjukvården.

Av de riktade utredningarna är tendenserna i innehåll och kontaktnät förbluffande lika i Kalmarutredningen 1976 (6) och vårt analysmaterial.

Under ekonomisk utredning dominerar helt naturligt utredningar riktade till försäkringskassan i form av pensionsansökan, handikappersättning, sjukresor m m. För övrigt är det ekonomiska frågor som berör själva vården. Speciellt om den behöver ske utanför det egna landstinget.

Under rubrikerna eftervårds-, bostads-, yrkes-, arbets- och skol-utredningar samt social service handlar alla utredningar om att förbättra patientens situation efter sjukhusvistelsen. I någon form har alla våra kuratorer dessa arbetsuppgifter och det stämmer med målen för kuratorsverksamheten i att dels bistå patienten och dels möjliggöra tidigare utskrivningar från sjukhusen. De juridiska utredningarna präglas i vårt material av behovet av god man, förmynderskap och testamente. Det är möjligt att andra juridiska spørsmål som patienten har inte fordrar utredning av kurator men vi finner det anmärkningsvärt, att det juridiska området skulle vara så snävt. I litteraturen talas det om skilsmäsofrågor, ersättningsproblem vid olycksfall i arbete, problem angående anställningsförhållanden samt skattefrågor. En ny typ av juridisk utredning som pålagts kurator är utredning beträffande patientförsäkring. Utredningar till socialvården angående socialhjälp, barnavård och nykterhetsvård har för kuratorerna i vårt material en marginell betydelse. Detta har också framkommit tidigare bl a i Skånekuratorernas oktoberstatistik 1971 (27).

4.1.2 Rådgivning

Rådgivning har vi definierat som att förmedla kunskap om samhället och om mänskligt beteende till patient och anhörig.

I vår analys accepterade kuratorerna ej ordet rådgivning. De ansåg att rådgivning antingen är en del av behandling eller kan hänföras till information. Med vår definition på rådgivning hämtar vi således kuratorernas svar från den ruta i analys-schemat som kallas information. I så fall sysslar alla kuratorerna med information om samhällsresurser och social lagstiftning. Under denna rubrik kommer också anhörigträffar, vilket tre grupper sysslar med. I Skånekuratorernas oktoberstatistik från 1971 (27) sägs om rådgivning att den förekommer parallellt med konkreta hjälpåtgärder och syftar till att ge information, klargöra för patienten vad som är relevant och möjligt, motivera patienten för ändamålsenliga initiativ och åtgärder samt ge psykologiskt stöd under kortare eller längre tid. Mycket av ovanstående hänföres i våra definitioner till behandling. Rådgivningsärendena ansågs i oktoberstatistiken lätt kunna missas i statistik och dokumentation eftersom funktionen ej kan kopplas till samarbete inom sjukhuset eller med andra myndigheter. Vi tror, vilket också oktoberstatistiken bekräftar, att kuratorerna ägnar sig åt mer rådgivning än vad som framkommit i vårt analys-schema eller i andra utredningar om kuratorsfunktionen.

4.1.3 Behandling

Behandling definierar vi som hjälp på det personliga planet. Alla kuratorer i vår undersökning ägnar sig åt stödsamtal. Krissamtal - kristerapi har förvånande endast fem grupper. Medicin- och långvårds-kuratorsgruppen har ej kristerapi. Detta kan vara ett misstag. Två grupper nämner samtal i behandlande syfte och två grupper samtal i klargörande syfte. Någon definition av dessa olika begrepp förekommer inte. Behandlingssamtalen indelas även i litteraturen i samtal av stödjande, klargörande och bearbetande karaktär. Alla typerna av samtal syftar till att ge patienten hjälp med att förstå sin situation och bearbeta eventuellt störda relationer till omgivningen, säger Ulla Fredlund i Kalmarutredningen (6).

Är kuratorns patientsamtal
behandlande?

Hon påpekar att kurators hjälp på det personliga planet är mindre uppmärksammat än den yttre hjälpverksamheten, men den är en nödvändig förutsättning för att de praktiska hjälpåtgärderna skall fungera. Skillnaden mellan de olika typerna av samtal diskuterades av kuratorsorganisationen i Malmö under två temadagar våren 1980. Utan att fullständig enighet kunde uppnås skrevs följande definitioner:

Stödsamtal = enstaka samtal vid behov utan kontrakt; Insiktsterapi (enligt vår tolkning klargörande och bearbetande samtal) innebär att kontrakt är uppgjort mellan kurator och patient samt att patienten har resurser att ta emot insikt och bearbeta denna. Individen löser själv "knutarna". Efter temadagarna i Malmö skrev kurator Ann-Christin Gullachsen i Malmökuratorernas tidning (10) några reflektioner, där hon fastslår, att alla av kuratorns patientsamtal vilar "på en professionell grund som få andra yrkesmän har". Sedan går hon in på gränsdragningen mellan insiktsterapi och stödterapi. För insiktsterapi använder hon Dewalds definition: terapeuten betonar omedvetna konflikter, mekanismer och anpassningsmetoder och hjälper patienten att bli medveten om dessa och därefter omsätta denna medvetenhet i sitt beteende; större deltagande aktivitet krävs från patientens sida. A-Chr Gullachsen hävdar med bestämdhet, att sådan terapi kan en kurator ej arbeta efter med enbart traditionell socionomutbildning. Egenterapi är också en förutsättning. Dewalds definition av stödterapi är att "terapeuten riktar patientens uppmärksamhet på medvetna jag-attityder och mekanismer samt understryker deras roll i patientens anpassning; terapeuten kan uttala

sig stödjande, gillande, ogillande eller på annat sätt ingripa för att framkalla önskvärda förändringar i beteendet". Den formen av terapi, menar A-Chr Gullacksen, ligger nära vad som kan menas med kurators stödjande samtal. Sådana samtal klarar en kurator åtminstone om hon har vidareutbildning i en viss terapeutisk metod och med tillgång till handledning. A-Chr Gullacksen går vidare in på skillnaden mellan kurator på somatisk och psykiatrisk klinik. De somatiska kuratorernas huvudsakliga arbetsuppgift är att behandla psykologiska och sociala effekter av somatisk åkomma men ej psykiatriska problem. Hon menar att de psykiatriska problemen kräver fördjupning i individualiserade terapeutiska metoder medan patienten på den somatiska sidan oftast är be-
nyttad av någon form av gruppterapi. Gruppterapi har inte någon i vårt material anfört.

4.1.4 Praktiska hjälpåtgärder

Praktiska hjälpåtgärder definierar vi som handlingar som kurator utför för och med patient och/eller anhörig. Handlingen syftar till förmedling av hjälp utifrån.

Är praktiska punktinsatser och eftervårdsplaceringar fortfarande kurators viktigaste uppgift i läkarnas ögon?

Utredningsarbete och praktiska hjälpåtgärder sammanfaller oftast i analysmaterialet. Enligt normalinstruktionen (bilaga 2) skall "kurator handlägga ärenden i vilken åtgärd begäres av läkare eller när kurator på framställning av patient, anhörig till sådan eller eljest finner anledning därtill".

Detta sätt att uttrycka kurators funktion ger ingen begränsning i verksamheten. I de utredningar vi läst framhålles att kuratorerna inte har möjlighet att prioritera ärenden och är överbelastade med rutinåtgärder. I förslag till kuratorsorganisation i Örebro (17) som gjordes i slutet av 60-talet sägs att alltför mycket tid ägnas åt arbete av ej kurativ art. I kalmarutredningen (6) som gjordes 10 år senare diskuteras detta fortfarande. I den senare utredningen vänder man sig mot att dessa praktiska hjälpåtgärder ej sätts in i sitt sammanhang i den socialmedicinska utredningen och behandlingen. I enkätundersökningen i Kalmar var 10 av 16 somatikkuratorer ense om detta. "Man vänder sig då framför allt emot att kuratorer inkopplas på ett alltför sent stadium i behandlingsskedet och att läkarna som kurativa uppgifter en-

dast ser praktiska punktinsatser och då framför allt eftervårds-placeringar", skriver Ulla Fredlund som sammanfattning av enkäten i denna fråga. Man visar också här att de praktiska hjälpåtgärderna har en koncentration av ett fåtal problemställningar med en total dominans för eftervårdsproblematik, vilken på några sjukhus i Kalmar län uppgick till 81 % av totala antalet problemställningar. Ekonomiska problem och behov av social information är relativt ofta förekommande i Kalmarutredningen men intar ändå en underordnad ställning i förhållande till eftervårdsproblemen. Förutom ett alltför ensidigt utnyttjande av kurators hjälpmöjligheter i det direkta patientarbetet är hon enligt Kalmarutredningen belastad med rutingörömål som annan personal skulle kunna göra. Som exempel på sådana uppgifter nämns kontakter beträffande plats på konvalescenthem, ålderdomshem, sjukhem eller hemhjälp. Ifyllandet av blanketter av olika slag för ansökan angående eftervård menar Kalmarutredningen också att en sekreterare skulle kunna sköta. Om en del av dessa hjälpåtgärder kunde avlastas kurator, skulle väsentligare uppgifter av behandlande och utredande karaktär kunna intensifieras. Frågan är om kurator med sin inriktning att delta i vårdprocessen kanske tappar bort den koordinationsroll mellan sjukvård och samhälle som måste bedömas som viktig. Ulla Fredlund skiver att många åtgärder blir aktuella för samma patient och fordrar samarbete med skilda hjälporgan. Härvid skall kurator fungera som den samordnande sociala experten. Under Malmökuratorernas temadagar våren 1980 sade kurator Lisbet Hedenius att kuratorn som den sociala experten har det övergripande ansvaret för patientens sociala behov, men det behöver inte betyda att kuratorn skall göra allt själv, utan att se till att vissa saker blir utförda och gripa in i vissa situationer då det hakar upp sig.

De praktiska hjälpåtgärdernas art överensstämmer nästan i detalj mellan vår analys och Kalmarutredningen (6). Även vid jämförelse med äldre litteratur från 1962 och framåt har kurators hjälpåtgärder ej nämnvärt ändrat karaktär. Trycket på kurator att ordna eftervård och därmed bidra till patientomsättningen på sjukhuset har tydligen inte lättat. Ledsamt nog kan vi i vår analys ej se hur stor procent varje hjälpåtgärd utgör i förhållande till hela denna funktion. Vi kan ej heller se på vilket sätt kurator arbetar med de olika frågorna, dvs om de borde hänföras till rena rutinåtgärder eller om hon arbetar med problemen som social expert med "det övergripande ansvaret". Det är endast i marginella fall det framkommer uppgifter som vi ställer oss undrande över t ex att ta hand om bortkomna persedlar. För övrigt anser vi att hjälpåtgärdernas karaktär är klarlagda när kuratorer

från åtta olika sjukhus med olika kliniktyper anger samma hjälpåtgärder.

4.1.5 Uppföljning

Uppföljning definierar vi som kontroll av behandling och praktiska hjälpåtgärder. I vårt analysmaterial hade vi inte, då kuratorerna arbetade med det, delat upp uppföljningsfunktionen i en patientinriktad och organisationsinriktad del som vi gjort vid bearbetning av materialet. Det kan ha haft en viss betydelse vid schemats ifyllande. De typer av uppföljning som analysen anger, har olika dimensioner från enstaka kontakter till, som en kuratorsgrupp inom kirurgi uttryckte det, "intensiv uppföljning med hembesök i flera år efter första kontakten". I samband med uppföljning av myndigheter för bevakning och kontroll av resultat menar en kuratorsgrupp att självbehärskning behövs.

Normalinstruktionen talar ej särskilt om uppföljning. Det ingår i den metodik kuratorn använder sig av i sin funktion som behandlare och åtgärdare. Ulla Fredlund tar upp uppföljningsfasen i patientarbetet. Redan 1962 (4) säger hon, att det "ingår i kuratorns åliggande att följa upp ärenden och att därvid inhämta besked angående vidtagna åtgärder för patientens räkning. För samma patient blir ofta kontakt med flera myndigheter aktuell, varvid kuratorn ej sällan får fungera som den samordnande handen". I Kalmarutredningen (6) talar Ulla Fredlund också om vikten av att planerade åtgärder följs upp. Denna sociala uppföljning pågår ofta under längre tid än den medicinska vården för samma patient. Maria Berglund ser i uppsatsen "Socialarbetaren i sjukvården" (2) uppföljningen som en del av den sociala planeringen och en för alla kuratorer grundläggande funktion.

Genom litteraturen ser vi att uppföljning är en viktig funktion. Vi har i vårt material inte fått 100 % uppslutning kring detta. Vi kan inte veta vad det beror på men vi kan spekulera över om kuratorerna ser funktionen som en självklar del i annat arbete eller om det faktiskt är så att kuratorerna inte hinner med uppföljning. I både litteraturen och i vårt material saknar vi kunskap om vilka sociala problem som fordrar mest uppföljning. Det måste i sin tur vara beroende av arbetsbelastning, resurser och intressen från andra myndigheter.

4.1.6 Information

Vår definition av information inom de patientinriktade insatserna är att förmedla kunskap om patient och/eller anhörig till personal inom sjukvården eller till myndighet.

I vårt material är det fem grupper som informerar personal och fyra grupper som informerar myndigheter. Det kan finnas en del osäkerhetsfaktorer i detta material, eftersom frågan kan ha hänförts till teamarbete och/eller sammanträde. En grupp kuratorer har tagit upp en särskild ruta som de kallar "vård- och behandlingsplanering".

Detta visar, anser vi, att en utveckling är på gång mot ett bättre samarbete med läkare och annan personal än vad tidigare undersökningar gett uppgift om. Frågeställningen finns med i av oss genomgången litteratur såväl i Kalmarutredningen (6) som i en rapport från Södersjukhuset i Stockholm, 1975 (23) men inte någon av dessa utredningar tar upp frekvensen av informationen. Maria Berglund i uppsatsen "Socialarbetaren i sjukvården" 1979 (2) diskuterar frågan om information och hävdar, att just kuratorn inom somatisk akutvård måste informera och övertyga klinikchefer om att en patient kan få allvarliga anpassningsproblem efter utskrivningen. Men hon är också medveten om att kurators-tjänsterna inom somatisk akutvård är underdimensionerade och genomströmningen så snabb att det kan ifrågasättas om kuratorerna har möjlighet att använda det önskvärda arbetssättet.

4.2 Organisationsinriktade funktioner

4.2.1 Dokumentation

Med dokumentation menar vi det sätt på vilket man styrker eller bevisar sina handlingar. I vårt material har sex grupper uppgivit att de skriver kuratorsjournal. En grupp har dessutom antecknat att dessa journaler behålles på kuratorsexpeditionen. Enligt normalinstruktionen åligger det kurator att "föra journal över mottagna patienter och därvid särskilt angiva de omständigheter som påkallat kuratorns bistånd och de åtgärder som vidtagits" och dessutom "att årligen upprätta rapport över sin verksamhet i enlighet med vad huvudman föreskriver".

Skulle kuratorernas dokumentation kunna ge kunskap om sociala problem i samhället?

Enligt Kalmarrapporten (6) är syftet med dokumentation och statistik rörande verksamheten att klarlägga graden av måluppfyllelse. Andra syften är att skapa underlag för äskande av tjänster och forskning. I Svensk Kuratorsförenings protokoll och skrivelser (35) finner vi en återkommande diskussion om svårigheter med dokumentation och statistik beträffande kuratorsarbetet. Det har visat sig vid inventering som föreningen gjort att de flesta kuratorer för egna journaler men att dessa endast förs för privat bruk och varierar i omfattning. Här måste alltså finnas ett stort ouppmärksammat material angående patienternas sociala problem och kuratorernas arbetsförhållanden som kunde bidra till helhetssynen på patienten och inte minst ge andra personalkategorier förståelse för vikten av att uppmärksamma den sociala problematiken vid sjukdom i högre grad än som görs idag. Statistiken borde även kunna tjäna som underlag för att påkalla brist på resurser i samhället. Det kan gälla svårigheter med eftervårdsplatser, nya typer av yrkesproblem och eventuellt bidra till politikernas planeringsunderlag. Barbro Lenner-Axelsson framhöll vid kuratorernas studiedagar i Göteborg 1979 /24) beträffande systematisering, att man borde börja med att titta på vilka patienter man jobbar med. Hon påpekade vidare, att det är stora förändringar på gång i samhället och att den amerikanske psykiatern Rollo May har uttalat att "behandlingsmänniskor inte minst inom sjukvården skulle kunna delta i samhällsplanering på ett helt annat sätt om de verkligen höll ordning på vilka symptom de patienter har som kommer nu. Han menar att man ofta kan se samhällsutvecklingen i de sammanhangen 10 år tidigare än när de slår ut i allmän samhällsdebatt". I Jan Beskows deltagande observation "Kurator på Kirurgen", version II (33) framkom att kuratorsarbete sällan dokumenteras officiellt. Av 39 kuratorsaktuella patienter två veckor i januari 1977 gjordes endast anteckningar i kirurgjournalen i fyra fall. Under 1970-talet har diskussionen om dokumentation och statistik intensifierats bland kuratorerna. Chefkurator Margareta Boethius påpekar vid Svensk Kuratorsförenings studiedagar i Göteborg 1979 (24), där en dag ägnades åt dokumentation, att kuratorernas målsättning med att förbättra sin dokumentation dels innerhåller ett mikroperspektiv "för helhetssyn, för vårdplanering, för patienter, för vårt eget sätt att arbeta, systematisera, kanske nå lite längre, dels ett makroperspektiv för framtiden, för forskningen". SPRI håller för närvarande på med ett projekt som initierats av Svensk Kuratorsförening beträffande journalföring och journalhantering för kuratorer. I vårt material förvånas vi över att enbart sex av sju grupper antecknat att de för journal och endast fem grupper uppger att de för statistik över sina patienter, men att de eventuellt anser denna funktion så självklar att de därför

förbiset den vid analysen. Över huvud taget är åtgärden att dokumentera kuratorsverksamheten mycket styvmoderligt behandlad av kuratorsgrupperna med undantag för chefkuratorerna. Dessa grupper är de enda som dessutom nämner årsredogörelser och verksamhetsberättelser och samarbete angående journalsystem som viktiga kuratorsuppgifter. Den uppenbara diskrepansen mellan chefkuratorerna och övriga kuratorer i denna fråga kan troligen förklaras av skillnaden i arbetsuppgifter för dessa båda grupper. Chefkuratorerna har en administrativ funktion med uppgift att bl a äska nya tjänster, avge årsrapporter och dylikt. Detta innebär att det för chefkuratoren måste upplevas viktigt att kuratorsarbetet dokumenteras väl. Kanske kan man se ett samband mellan kuratorkårens tillväxt och organisatoriska förändring genom bland annat tillkomsten av chefkuratorstjänster på de flesta större sjukhus i början och mitten av 60-talet å ena sidan och den upprepade och intensifierade diskussionen om en gemensam och enhetlig dokumentation för kuratorer å andra sidan.

4.2.2 Information

Denna funktion har vi, som tidigare nämnts, delat upp i två delar, dels den patientinriktade informationen dels information definierad som den kunskap om sociala faktorer och hjälpmöjligheter som kurator förmedlar till annan personal, vilken beskrivs nedan.

I vårt analyschema har alla tagit fram sin roll som social informator till läkare och annan personal. En grupp tar speciellt upp information till AT-läkare, dvs läkare som går kortare tid på avdelningarna under sin utbildning. Två grupper påpekar att man informerar läkaren om ordinationsrätt beträffande utlandsvård, tekniska hjälpmedel, engångsartiklar och dylikt. Det är tydligt att kuratorn här tvingas bevaka patienternas rättigheter och upplysa läkarna om vilka möjligheter de har att socialt bistå patienten även inom sjukvårdsorganisationen. Kurators roll som informatör beträffande samhällets sociala resurser och hjälpmöjligheter framhålles ständigt i litteraturen. I boken "Socialt innehåll i sjukvården" av Anne-Sofie Gadd (7) påpekas att kuratorerna har som yrkesgrupp allt starkare kommit att hävda det sociala innehållet i sjukvården men att effekten av detta professionella sociala arbete att försöka lösa patientens sociala svårigheter är helt beroende av personalens inställning till och förmåga att uppfatta och förstå patientens sociala behov. Enbart genom ökade kunskaper om sociala samband kan personalen använda sig av professionella medarbetare på det sociala området. Även i Svensk Kuratorsförenings diskussioner och protokoll liksom i artiklar be-

träffande kuratorns yrkesroll påpekas att en viktig uppgift för kuratorn är att medvetandegöra den sociala delen av vårdarbetet för personalen och ge information om kuratorns kompetensområde till övrig personal. Vi finner alltså både i litteraturen och i vårt material överensstämmelse då det gäller kuratorns roll som informatör om samhällets sociala resurser inom sjukvårdsorganisationen. En chefkuratorsgrupp har även påpekat vikten av att informera politiker. Återigen återspeglas chefkuratorernas vidgade arbetsuppgifter, i vilka ingår att påverka sjukvårdsplanerare och politiker till större förståelse för det sociala innehållet i sjukvården.

4.2.3Handledning

Handledning jämför vi med undervisning och definierar det som funktionen att klarlägga och utveckla kuratorsrollen i sjukvården. I vårt analysformulär har vi funnit svaren under rubriken handledning svårtolkade. Endast tre grupper nämner handledning av praktikanter från socialhögskolan. Har vi alltför få utbildningsplatser på våra sjukhus eller anses uppgiften inte som viktig av kuratorerna?

Fyra grupper handleder och undervisar annan personal och namnger då arbetsterapeuter, sjukvårdsbiträden, elever från vårdskolan m m. En möjlig tolkning av det torftiga innehållet under denna rubrik kan vara att kuratorerna har fört samman den tidigare beskrivna informationsfunktionen med undervisning och handledning. Vid litteraturstudier finner vi att dessa funktioner ofta sammanförs under en rubrik. Chefkurator Ulla Fredlund menar (4) att kuratorerna har ett betydande ansvar för att kunskaperna vidgas angående kuratorsrollen och att kuratorerna därför bör medverka i undervisning av blivande läkare och annan personal. I samma rapport har kuratorerna redovisat att de i stor utsträckning medverkar i undervisning av medicine kandidater, sjuksköterskor och annan personal och att de dessutom regelbundet handleder praktikanter från socialinstitutet. Kuratorerna visade sig också i denna undersökning vara i princip positiva till handledning, men att denna uppgift ansågs vara tids- och arbetskrävande. I den enkätundersökning som gjordes i samband med Kalmarrapporten finner vi, att soma-kuratorerna upplever sin informerande och handledande funktion starkt eftersatt på grund av tidsbrist. I normalinstruktionen för kuratorer § 5 står "I den mån arbetet medger det och huvudmannen så finner lämpligt bör kurator medverka vid kurser för personal inom hälso- och sjukvården eller på annat sätt sprida kännedom om sin verksamhet och information rörande utvecklingen på det sociala området". Under studiedagarna i Göteborg 1979 (24) diskuterades

erfarenheter från försöksverksamhet med gruppvård. Kurator Birgit Rankel påpekade bl a att kurators roll om och när gruppvård införs troligen kommer att förändras. Enligt ref kommer gruppvården att innebära en bättre omvårdnad om patienten och en större helhetssyn, vilket innebär att personalen tar hand om patientens alla varierande problem. Kurators roll blir då att bidra med undervisning och utbildning i personalgrupperna och handledning i sociala frågor. Två kuratorsgrupper har antecknat att man deltar i grupphandledning tillsammans med andra kuratorer. Denna typ av handledning tolkar vi som bidrag till kuratorernas egen utveckling i kuratorsrollen.

4.2.4 Teamarbete

Teamarbete definieras som samarbete med övrig personal. Alla kuratorsgrupper beskriver att de deltar i någon form av teamarbete. Sex grupper använder beteckningen rond och delar dessa i sittronder och vanliga ronder. En grupp har nöjt sig med att skriva teamarbete och därefter markerat att de samarbetar med många olika avnämare. Uttrycken för samarbetsformerna växlar - behandlingskonferens, vårdplaneringsgrupp, gemensamma samtal, social rond är några av beteckningarna vi fått. Det är ytterst svårt att värdera betydelsen av de olika teamarbetsformerna. Samarbete förekommer också med socialförvaltning, försäkringskassa och olika sjukhus.

Enligt normalinstruktionen för kuratorer åligger det kurator att "deltaga i ronder och konferenser i den utsträckning arbetets rationella bedrivande det påkallar". Vi finner att vid Ulla Fredlunds undersökning av kuratorsarbetet 1962 (4) endast något mer än en tredjedel av kuratorerna deltog någorlunda regelbundet i ronder, men att regelbundna konferenser med läkare och avdelningspersonal tillhör önskemålen. Skälet till att så få deltog i ronder uppgavs vara att de flesta soma-kuratorer hade många avdelningar och att det därför skulle ta alltför mycket tid. Vid senare undersökningar exempelvis i Örebro 1969 (17) finner vi, att ronderdeltagandet har ökat och att två tredjedelar av kuratorerna stadigt deltar i ronder. Vid vår undersökning uppgav ju alla grupper att de deltog i ronder och konferenser med avdelningspersonal. Man kan tyda förändringen över tid så att i och med att antalet kuratorer har ökat har antalet avdelningar per kurator minskat och därmed ökas möjligheten för kurator att delta i avdelningens arbete. Regelbundet samarbete med andra kuratorer har fyra av våra kuratorsgrupper. Redan i undersökningen 1962 efterlyste soma-kuratorerna ett dylikt samarbete eftersom de ofta satt relativt isolerade och be-

hövde möjlighet att diskutera aktuella frågor i anslutning till arbetet. Vid denna tid hade knappt en tredjedel av kuratorerna regelbundna kuratorsträffar men enligt Örebro-undersökningen 1968, hade de flesta någon form av sådana träffar. Teamarbete med andra institutioner förekommer, efter vad vi kan utläsa, relativt oregelbundet. Enstaka träffar med försäkringskassan eller med socialbyrån och eventuellt med vissa sjukhem eller hemsjukvården sker någon gång och då oftast i samband med diskussion om någon speciell patientgrupp eller enskild patient. "Reha"-grupp nämns av två grupper, dvs samarbete mellan försäkringskassan, arbetsförmedlingen och sjukhuset i rehabiliterande och planerande syfte.

4.2.5 Sammanträde

Vår definition av sammanträde är samarbete med beslutsfunktion. I vår analys har kuratorsgrupperna inte gjort någon klar distinktion mellan teamarbete och sammanträde. En grupp har antecknat att de deltar i utskrivningsrond och intagningskonferens och vi antar, att kurator då deltar i beslut beträffande vilken patient som skrivs ut respektive skrivs in. De båda chefkuratorsgrupperna beskriver sammanträde med sjukhusorganisationen, med annan personal och med andra sociala organ, vilket inte övriga grupper gör.

Skillnaden kan ytterligare en gång förklaras av skillnad i yrkesroll. Chefkuratorerna skall fatta beslut och företräda kuratorerna i sjukhusorganisationen och gentemot andra sociala organ. Vid genomgång av litteratur har vi ej heller funnit någon diskussion om kuratorers deltagande i sammanträde. En möjlig tolkning av detta blir att kuratorerna ej medverkar i beslutsfattande beträffande organisatoriska frågor.

4.2.6 Forskning

Forskning ser vi som deltagande i metodisk undersökning. Endast två grupper har berört frågan om forskning för kuratorer och efter vad man kan utläsa ur analys-schemat har det gällt medverkan i medicinska forskningsprojekt med läkare som handledare. En chefkuratorsgrupp har även bifogat: "Behov av social forskning inom sjukvården om sambandet mellan sociala faktorer och sjukdom. Konsekvenser av brister i den sociala välfärdsapparaten sätt att fungera".

Ulla Fredlund skrev redan 1962 (4) i sin rapport att kuratorernas medverkan i forskning blev alltmer aktuellt och hon spårade en omsvängning i betraktelsesättet hos kuratorerna så att de alltmer blivit

vakna för betydelsen av forskning inom sitt eget verksamhetsfält. Om man betraktar resultaten av vår analys har det inte hänt mycket sedan 1962. Svensk kuratorsförening ägnade två av sina studiedagar 1979 åt kuratorns roll i social forskning. Man efterlyste framför allt socialhögskolans hjälp till utbildning.

4.2.7 Utbildning

Med utbildning menar vi här kuratorernas möjligheter till inhämtande av kunskap. Vidareutbildning av kuratorer förekommer tydligen oregelbundet och sparsamt enligt vårt analyschema. Kuratorerna kan delta i medicinska föreläsningar på undervisningssjukhusen. Internutbildning förekommer enligt fem grupper, men hur mycket och hur ofta denna utbildning förekommer får vi inte grepp om. Enligt normalinstruktionen för kuratorer bör kurator följa utvecklingen inom sociallagstiftningens-, socialvårds metodikens- och socialmedicinens områden.

Behov av fortbildning efterlyses både av kuratorsgrupperna på analys-schemat och vid genomgång av litteratur. Den fortbildning som erbjuds är fortbildningskursen på socialhögskolorna i Lund och Stockholm och dessutom anordnar Socialstyrelsen då och då kurser för speciella kuratorsgrupper. Andra kursgivare är landstingsförbundet och Svensk Kuratorsförening men kursutbudet är mycket begränsat.

4.2.8 Fackligt arbete

I vårt analyschema har vi också med rubriken fackligt arbete. En grupp har här skrivit MBL-förhandlingar, övriga grupper har inte alls kommenterat denna rubrik. Vid vår litteraturgenomgång har vi inte heller funnit några kommentarer beträffande kuratorns fackliga verksamhet.

5 KURATORNS KUNSKAPSBEHOV

5.1 Allmänna baskunskaper

Vilka kunskaper och färdigheter behöver då kuratorn för att uppfylla sina funktioner så som vi mött dem i litteratur och analyschema? Vi konstaterar först att kuratorsfunktionen är tvärfacklig. Kuratorn är sjukvårdens sociala expert har det sagts många gånger. För att vara social expert bör man ha en social kunskap i form av socialpolitik, socialrätt, försäkringsrätt, förordningar och normer, som i praxis

gäller för social service. Dessutom bör kurator ha metoder och tekniker i såväl det patientinriktade som det organisationsinriktade arbetet. De sociala kunskaperna måste sättas i sitt samhälleliga sammanhang och förankras i samhällsvetenskapliga teorier. Likaså bör den sociala metodiken ge insikt om relationerna mellan personal och patient, inlevelsen i patientens och anhörigas situation och förståelsen för sin egen person. Detta bör ha en beteendevetenskaplig teori som bas. För att ge handlingsberedskap för rollen kan organisationsteori och administrationskunskap vara till hjälp och sist, men inte minst, medicinska kunskaper. Vi skall gå lite närmre in på de olika delarna i kunskapsfloran och föreslå mål och översiktligt innehåll för var och en av dem samt visa hur de är kopplade till funktionerna.

5.2 Samhällsvetenskaplig bas

I denna teoretiska bas bör ingå kunskaper om det svenska samhällets struktur, organisations- och styrmekanismer. Kuratorn bör för att kunna förstå sin egen roll, sjukvårdens roll, socialvårdens roll, olika människors och grupperas situation samt kunna sätta in socialvårdande och socialpolitiska åtgärder i sitt sammanhang kunna:

ha en överblick över grundläggande företeelser och villkor i det politiska systemet

ha en viss förmåga att analysera politiska förhållanden, kunna utnyttja politiskt material

ha studerat levnadsförhållandena i Sverige, vara orienterad om den ekonomiska och sociala politiken i Sverige och dess framväxt

ha teorier för att förstå struktur och funktion i stora och små system

I fråga om samhällets organisation bör kuratorn kunna den statliga och kommunala förvaltningens organisation och samband och i fråga om styrmekanismer bör hon kunna förstå den politiska och ekonomiska styrningen och dess samband på olika nivåer samt vara orienterad om rättssystemets uppbyggnad, lagars och reglers tillkomst och deras styrning av samhälle och enskild. Dessa kunskaper bör ligga på både makro, meso- och mikroplanet men med tyngpunkt på makroplanet. Vad är det i kuratorsfunktionen som gör dessa kunskaper nödvändiga? Såsom tidigare också påpekats måste ett professionellt yrkesutövande ha en teoretisk förankring och kunna sättas in i ett större sammanhang. Utan denna kunskap kan kuratorn varken förstå sin egen eller patientens situation och de hjälpåtgärder kuratorn medverkar i skulle annars bli enbart ett hantverk där man utför en detalj utan att se helheten. I kurators funktion ingår också att informera, undervisa

och handleda andra personalkategorier i sociala frågor och i ett sammanhang där någon skall lära ut måste läraren ha sitt kunskapsstoff väl förankrat i sitt större sammanhang.

5.3 Beteendevetenskaplig bas

I relation till patienten och till personal och i sin yrkesmässiga hållning och metod har kuratorn en människosyn och värderingar som styr hennes arbete och förhållningssätt. För att inte allmänt tyckande och omedvetna processer skall styra kuratorns tänkande och handlande bör hon kunna knyta sin människosyn med åtföljande metoder till psykologiska teorier och förstå och ta ställning till dessa teoriers konkurrerande referensramar. I hennes kunskapsbagage bör också ingå vilka normalitets- och sjukdomsbegrepp som finns i psykologiska och psykiatriska sammanhang. Utvecklingspsykologi från barndomen till åldrandet och döendet är en absolut grund innan man kan gå in på "abnorma" beteende och psykisk sjukdom. Olika terapeutiska skolor för arbete med människor, individuellt och i grupp, är också viktiga bakgrundskunskaper för kuratorns behandlingsmetodik även om den i sig ej innebär utövande av terapi. När det gäller begrepp och termer inom psykologi och psykiatri bör kuratorn ha så grundliga kunskaper att kommunikationssvårigheter ej uppstår i samarbete med psykolog och läkare. I detta kapitel ha vi sett på kunskaper i psykologiska teorier som bakgrundskunskap för kuratorns handlande men vi får tillfälle återkomma till detta vid metoder i behandlingsfunktionen.

5.4 Social kunskap

Till skillnad från de nämnde kunskapsbehoven skall den sociala kunskapen ha både en del med grundläggande baskunskaper och en del med kunskaper för direkt yrkesutövande. Bakgrundskunskaperna skall syfta till att förstå uppkomsten av sociala problem, utslagning, underprivilegiering m m. Kunskaper för yrkesutövning är att teoretiskt ha klarhet i de samhälleliga resurser som finns till hjälp för lösande och mildrande av sociala problem. Dessutom måste kuratorn också ha god kännedom om praktiska tillämpningar av de lagar och regler som styr den socialvårdande, socialpolitiska och sjukvårdande verksamheten.

Bakgrundskunskaperna kan ges ur politisk, samhällsekonomisk och sociologisk aspekt men också ur rättslig, enär lagar i vissa fall försvårar för människor i stället för att förbättra.

I det yrkesutövande kunskapsbehovet har vi dels en allmän för alla

socialarbetare giltig kunskapsbas och en speciell för kuratorer beroende av vad de utredande och hjälpåtgärdande funktionerna kräver. Vi bygger här vår bedömning på funktionsanalysen.

Den allmänna sociala kunskapen bör innehålla en allmän juridisk kunskap som innehåller civil-, straff- och processrättens huvudområden. Vidare bör kuratorn kunna den socialrättsliga lagstiftningen samt den allmänna försäkringens olika delar. Till detta kommer att ha grundlig kännedom om socialvårdens-, sjukvårdens-, försäkringskassans- och arbetsförmedlingens organisation, administration och arbetssätt. Att känna till rutiner, ärendegång, tänkande och handlande inom varje organisation är ett viktigt komplement till den teoretiska kunskapen.

Kunskapsbehovet hos en kurator skiljer sig något från behovet hos en socialsekreterare inom kommunal socialvård. Kuratorn har speciellt fördjupat kunskapsbehov i allt som rör de allmänna försäkringarna, dess regler och praxis för den enskilde, samt gentemot socialförvaltningarnas serviceavdelning främst vad gäller handikapp- och åldringsvård. Ett annat specialområde för kuratorer är landstingens regler för sina patienter dels styrt av sjukvårdslag, sekretesslag och sjukvårdsförordning och dels styrt av de regler och normer om kostnader och ersättning för patienter som är utomlänspatienter eller behöver specialistvård någon annanstans.

5.5 Medicinskt kunskapsbehov

Oberoende av vilken klinik kuratorn tjänstgör vid är hon i behov av medicinsk baskunskap med dess terminologi och de vanligaste sjukdomarna och medicinska behandlingarna. Hon bör vidare ha insikt i vad dessa begrepp innebär samt hur sjukdomar och behandlingar påverkar patienten och sambandet mellan medicinska och sociala förhållanden både vad gäller orsak och påverkan på sociala levnadsförhållanden. De medicinska aspekterna har en naturvetenskaplig grund och kan kollidera med de sociala aspekternas samhälls- och beteendevetenskapliga grund. Denna konflikt måste kuratorn lära sig att hantera och överbrygga. Kunskap om förebyggande hälsovård bör ingå. Hur mycket en kurator allmänt skall kunna beträffande medicinsk orientering är svårt att fastställa men man bör troligen beröra allmän medicin och kirurgi, barnsjukdomar, kvinnosjukdomar, graviditet och förlossning, hudsjukdomar, veneriska sjukdomar, stress och psykosomatiska sjukdomar, yrkes-sjukdomar och åldrandets sjukdomar. Dessa kunskaper är minst lika viktiga som de sociala kunskaperna även om de inte behöver ha samma djup. Om kuratorn i behandlingsarbetet med patienten inte förstår de medi-

cinska aspekterna, kan hennes insats bli meningslös eller rent negativ i vissa fall.

5.6 Metoder och tekniker för funktionen

För att utreda vilka metoder och tekniker kuratorn behöver ha kunskap om och färdighet i, finner vi det enklast att följa funktion för funktion efter analysmodellen. Av de patientinriktade insatserna börjar vi med utredning. Samtalet med patienten i dessa ofta känsliga situationer, fordrar, helt naturligt, kunskaper och färdigheter i samtalsmetodik och i detta fall det speciella utredande samtalet. Detta är en teknik men det fordrar också insikt eller inlevelse i patientens situation och självkännedom om egna fördomar och blinda fläckar. Utredningsteknik som bidrar till anamneser och utredningar med en förnuftig och lösbar systematik och balans mellan kalla fakta och värderingar så att den komplexa verkligheten blir återgiven i de stycken som behövs för den aktuella situationen. Kuratorn måste också veta vilka krav mottagarna av de riktade utredningarna har på innehåll och utformning.

Rådgivning har vi definierat som att förmedla kunskap om samhället och mänskligt beteende. Det handlar om vägledning som bygger på kuratorns yrkesinsikt. Denna vägledning måste vara informativ och metodisk och upplagd så att patienten eller den anhörige kan förstå, känna trygghet och ha valfriheten kvar. Det kräver en samtalsmetodik på professionell grund med en kunskap som de flesta människor inte besitter av sig själv.

I behandlingen går kuratorn ännu djupare men gränsdragningen för hur djupa behandlingssamtal kuratorn skall ägna sig åt är delad. Vilken är kuratorns profil när det gäller terapi - behandling? Först när den frågan är klargjord kan vi ge besked om vilka kunskapsbehov en kurator har på detta område. Vi stöder oss på Ann-Christine Gulacksens uttalande att kurator i sitt behandlingsarbete begränsar sig till stödterapi, dvs att terapeuten riktar patientens uppmärksamhet på medvetna jag-attityder och mekanismer samt understryker deras roll i patientens anpassning. Däremot har kuratorn generellt ej behov av kunskap för insiktsterapi där de omedvetna konflikterna betonas. För detta fordras egenterapi och handledning av väl utbildade psykoterapeuter, vilket väl knappast kan ingå i alla kuratorers kunskapsbehov. I vårt analys-material är detta inte heller allmänt förekommande.

5.7 Handlingsberedskap för funktionen

Med handlingsberedskap menar vi den kunskap man behöver för att förstå den organisation och rollfördelning som finns inom sjukhusvärlden. Vi finner det ytterst anmärkningsvärt att alla kuratorsgrupper i vår kunskapsanalys har poängterat behovet av kunskap om sjukvårdens organisation och hierarkiska uppbyggnad. Kuratorn måste ha kunskap om hur en landstingskommunal vårdorganisation ser ut och vara medveten om den ytterligt stora skillnad som råder mellan kuratorns roll i denna organisation jämfört med socialsekreterarens roll i kommunen. Att göras medveten om den stora arbetsdelningen och övriga personalkategoriers funktion och ansvar är viktig för varje kurator. Hon måste dessutom vara medveten om att sjukvården styrs av en naturvetenskaplig grundsyn där sociala och mänskliga problem blir sekundära. Kunskap i dokumentation och statistik måste ingå i handlingsberedskapen eftersom det blir allt viktigare i en organisation styrd av effektivitetskrav och kostnadsjakt att kunna visa resultat. Kuratorn bör och måste informera och handleda annan personal i sociala frågor. Hon måste dessutom ofta som ensam företrädare för den samhällsvetenskapliga sidan hävda och slåss för patientens sociala rättigheter. Kunskaper i pedagogik och i informations- och argumentationsteknik behövs i dessa sammanhang, vilket vi återkommer till i vårt förslag till utbildning.

6 SOCIALA LINJENS UTBILDNING - KURATORNS KUNSKAPSBEHÖV

6.1 Inledning

Övervägande delen av kuratorerna vid somatisk klinik har socionomexamen från social linje vid någon av landets socialhögskolor. Några har dessutom genomgått påbyggnadslinjen i socialt behandlingsarbete, 20 poäng. Sedan 1977 har institutionerna för socionomutbildning inom ramen för UHÄ:s riktlinjer rättighet och skyldighet att göra upp en lokal studieplan (18).

Sociala linjens utbildning ser därför olika ut vid de sex sociala linjer som finns i Sverige. Vi anser oss ej i detta projekt har möjlighet att jämföra utbildningarna utan väljer att utgå från sociala linjens i Lund studieplan.

Studieplanen innehåller en grundkurs om 40 poäng, en kurs i socialt arbete om 40 poäng, en fördjupningskurs där den studerande väljer ett

av fem alternativ, 20 poäng, samt två handledda studiepraktikperioder om vardera 20 poäng. Vid vår bedömning av kunskaper som ges utgår vi från kursplanerna. Intervju med lärarna om den faktiska undervisningen har ej gjorts.

6.2 Samhällsvetenskaplig bas

Den samhällsvetenskapliga basen får de studerande huvudsakligast i grundkursen. Statskunskapen som omfattar fem poäng ger grundläggande kunskaper om samhällets organisation och förvaltning, uppövar förmågan att analysera politiska förhållanden och ger träning i att utnyttja politiskt material. I rättskunskap läggs grunderna för rättsystemets uppbyggnad och juridiskt tänkande och metod samt en översikt över grundläggande rättsliga områden. Samhällsekonomin ger grunderna för den ekonomiska och sociala politikens begrepp och framväxt i Sverige och sociologin beskriver för socialpolitiken väsentliga drag i den svenska samhällsstrukturen. Varje ämne upptar fem poäng under grundkursen och alla utom statskunskapeen följs upp på nästa nivå i det tvärfackliga ämnet socialt arbete med ytterligare sex poäng. Kunskaperna ligger nästan uteslutande på makroplanet under grundkursen. Undervisningsformen är föreläsningar, litteraturstudier och arbetsuppgifter som bearbetas i smågrupper. I ämnet socialt arbete bearbetas dessutom problemen genom fältanknutna projekt och prövas då på meso- och mikroplanet.

Kunskapernas mål och innehåll är relevanta för de behov vi tagit fram för den samhällsvetenskapliga basen och kuratorerna går snabbt över denna del i sin analys. Det är bakgrundskunskaper som är nödvändiga men ej göres medvetna i det dagliga arbetet. Av grundkursens 40 poäng upptar dessa studier 19 poäng och hälften av lektionstiden och i socialt arbete cirka 16 poäng och en tredjedel av lektionstiden. Kuratorn måste anses vara väl förberedd på denna punkt.

6.3 Beteendevetenskaplig bas

Den beteendevetenskapliga basen ges i ämnet psykologi som förekommer såväl i grundkursen som i ämnet socialt arbete och också i vissa fördjupningskurser. I grundkursen omfattar psykologikursen fem poäng men om den studerande väljer ett alternativ med grupppsykologi ägnas endast tolv lektioner åt grundläggande psykologiska teorier. Om den studerande i stället väljer ett annat alternativ, kan hon få 30 lektioner inom teoretiska moment. Huvudparten av de studerande väljer det första alternativet. I ämnet socialt arbete upptar psykologin 54 lektioner och tar upp grupppsykologi och organisationsutveckling, utvecklingspsyko-

logi, människosyner och generella psykologiska teorier och abnorm-psykologi samt olika teraprutiska skolor.

Av fördjupningskurserna är det endast en, "Individ och familj", som följer upp psykologiska teorier. Denna kurs väljs av 30 % av de studerande. En annan fördjupningskurs, "Grupp, institution och organisation", följer upp och fördjupar grupppsykologi och organisationsutveckling. Den väljs av 10 % studerande. I sociologi inom ämnet socialt arbete ägnas 1 poäng åt socialpsykologi. Den beteendevetenskapliga basen är oerhört viktig för kuratorn. Psykologiska kunskaper är nödvändiga för praktiskt behandlingsarbete. Kuratorn måste ha eklektiska kunskaper för att kunna välja teori och metod. Hon måste kunna skilja friskt och sjukt osv. Med tanke på dessa stora krav ger socialhögskolan en kvantitativt liten del psykologi i sin utbildning. I kuratorernas kunskapsanalys anser alla att kunskaper i psykologi är viktiga men om de anser att de saknar dessa kunskaper vet vi ej. Om de känner sig bättre förberedda än de som examinerats efter 1977 års ordning, beror detta på att många kuratorer förutom grundkursen har motsvarande 30 poängs studier i psykologi. Kunskapsbehovet i detta ämne kan ej anses vara täckt.

6.4 Socialkunskap

Den sociala kunskapen har vi i behovsanalysen delat i bakgrunds- och yrkesutövande kunskap. Bakgrundskunskapen har vi behandlat i den samhällsvetenskapliga basen. Den sociala kunskapen för yrkesutövandet skall vi följa i sociala linjens kursplaner. I grundkursens samhälls-ekonomi med socialpolitik ges en socialpolitisk orientering i vilken ingår socialförsäkringar. För övrigt tas arbetsmarknads- och bostadspolitik upp på ett övergripande plan. Detta upptar en åttondel av en fempoängskurs.

I statskunskap behandlas den statliga och kommunala förvaltningen vilken ger en inblick i den statliga och kommunala beslutsfunktionen och kompetensen, ärendegång och besvärställan. Detta avsnitt upptar tre poäng. Inom rättskunskap på grundkursen ges en praktisk orientering om hur man finner och utnyttjar juridiskt material och olika juridiska problemlösningsmetoder. De studerande har en överblick över civilrätt, arbetsrätt, familjerätt, processrätt och straffrätt.

Under grundkursen får den studerande också grunderna i socialrätt vilken omfattar fem poäng, 30 lektioner och läses in under två veckor men repeteras och övas under en kurs i "regler och metoder i socialt

arbete". Inom detta ämne behandlas också socialvårdens organisation och ärendegången "från ansökan till beslut" inom kommunal socialvård.

I ämnet socialt arbete fördjupas kunskaperna i allmän förvaltningsrätt, kommunalrätt, offentlighet och sekretess, besvärsförfarandet samt speciell förvaltningsrätt som innehåller socialrätt, sjukvårdsrätt och kriminalvårdsrätt. Övningar förekommer sparsamt. Genom projektarbeten i ämnet socialt arbete blir kunskaperna kopplade till praktiska erfarenheter och tillämpning. De elever som väljer fördjupningskurs med inriktning mot socialrätt får ytterligare fem poäng i de socialrättsliga lagarnas tillämpning och därmed sammanhängande metodträning fem poäng.

När det gäller den yrkesutövande sociala kunskapen betyder studiepraktiken oerhört mycket. Inom ramen för 40 poäng skall den studerande på två olika sociala verksamhetsfält omsätta den teoretiska sociala kunskapen i socialt yrkesarbete under ledning av en handledare.

Hur stämmer utbildningen på denna punkt med kunskapsbehovet?

Den allmänna socialkunskapen är tillgodosedd, dock med stor tvekan vad gäller kunskap om den allmänna försäkringen för vilket det endast finns ett par dagar avsatta och däri ingår ej tillämpning. Om handikapp och åldringsvård ges ingen kunskap.

Sjukvårdslagen läses och fördjupas av dem som sista terminen läser rättskunskap. För specialkunskaper om regler och normer för patientvård inom landstingen och hur landstinget är uppbyggt och fungerar finns ej någon plats i den teoretiska utbildningen. Praktik på sjukhus är den enda möjligheten att få denna kunskap. I kuratorernas analys-schema efterlyses också speciellt tillämpning av lagen om allmän försäkring, gerontologi, kunskap om invandrar- och handikappproblem. Ämnen som i stort sett utelämnas i dag.

6.5 Medicinsk kunskap

Medicinsk orientering omfattar på sociala linjen i Lund 20 timmar på grundkursen. Det är, oss veterligen, den enda sociala linjen som har denna kurs. Kursen tar upp sjukvårdsterminologi, sjukvårdens organisation och sambandet mellan levnadsförhållande och sjukdom, mellan medicinska och sociala aspekter samt om vanliga sjukdomsrisker under olika livsskeden. Denna medicinska orientering är en liten början för

att täcka det behov alla socialarbetare har av att känna till sjukdomars uppkomst, utveckling och förändring och dess samband med sociala förhållanden. Sjukhuskuratorerna efterlyser dessa kunskaper alldeles särskilt. För att täcka detta borde minst fem poäng vara obligatoriska för alla socialarbetare och betydligt mer för en sjukhuskurator.

6.6 Metodikunskap

I metoder och tekniker för yrkesfunktionen skiljer vi i utbildningen på metoder för deltagande i forskning och på metoder i socialt yrkesarbete på olika nivåer. För det förstnämnda finns i grundkursen i sociologi - sociologisk metod, vilken ger en elementär presentation av empiriska metoder som används i sociologisk och socialpolitisk forskning. En fem-poängskurs i statistik och statistiska metoder för insamling, bearbetning och analys av numeriska data finns också i grundkursen. Tillämpning av dessa metoder förekommer i projektarbeten i ämnet socialt arbete och i vissa fördjupningskurser. Inom ramen för sociala linjens utbildning kan den studerande fördjupa dessa metoder i en tio-poängs påbyggnadskurs.

Kunskaper i social metodik ges på alla nivåer. På grundkursen finns det i ämnet "regler och metoder i socialt arbete". Denna kurs omfattar fem poäng och har 98 lektioner. Man arbetar med ärenden huvudsakligen från kommunal socialvård och bearbetar dessa från anmälan till beslut. I detta ingår då utredningsteknik, metoder vid klientkontakt, problemdefinitioner och behandlingsplaner. Kursen är praktikförberedande och färdighet och övning ges under studiepraktiken. I ämnet socialt arbete ägnas sex poäng och 54 timmar åt social metodik. Dessutom ingår 20 timmar samtalsmetodik. Här behandlas olika modeller för socialt metodiskt arbete på olika nivåer och dess bakomliggande teorier. Exempelen från fältet ges betydligt vidare ramar. Kristeori och krisbehandling ingår också i denna kurs. Inom metodiken arbetas ej med metod för gruppbehandling, vilket dock ingår i gruppsykologiska övningar inom psykologin. Föredragnings- och sammanträdesteknik studeras i grundkursens metodik men övningen förväntas ske under praktiken. I fyra av fem fördjupningskurser ingår social metodik men med helt olika inriktningar. I "Individ och familj" utgör metodträning, och därmed sammanhängande "egenterapi", 10 av 20 poäng. Träningen belyser rådgivning, stödterapi, insiktsterapi och kristerapi. "Socialrätten" har en fempoängs metodikkurs med ärenden med anknytning till socialrättslig och närstående lagstiftning. Det är metoder för utredning, behandling, delgivning, föredragning och argumentering. "Utveckling av grupper, institutioner och organisationer" har 10 poäng

för metoder och egenfarenhet som gruppdeltagare. Metoderna inriktar sig på behandling och utveckling av grupper och organisationer. "Socialt förändringsarbete" har en metodkurs om åtta poäng med inriktning mot olika typer av sociala system för förändringsarbete. "Social planering" har endast metoder för social verksamhetsplanering, vilket ej är direkt klientinriktat.

Är metodkunskaperna och metodträningen tillräcklig för kuratorn? Under teorimomenten på grundkurs och i socialt arbete ingår allt som framlagts på behovssidan av kuratorerna utom undervisningsmetodik eller pedagogisk och informations- och argumentationsteknik. Men det är endast introduktioner inom de viktigaste kunskapsområdena för en kurator. Studiepraktiken, 40 poäng, har dock som målsättning "att utveckla den studerandes förmåga att självständigt arbeta med olika metoder i socialt yrkesarbete".

6.7 Sammanfattning av ej täckt kunskapsbehov

Vilka kunskaper saknar kuratorn? Med stöd av vad vi ovan sagt finner vi, att kuratorerna i sin grundutbildning saknar betydelsefulla delar för att kunna utöva sin verksamhet. De psykologiska kunskaperna är alltför grunda och bör fördjupas främst i utvecklingspsykologi och psykiatri. I socialkunskap saknas speciella kunskaper om åldrings- och handikappvård. I samband med detta bör även kunskap om yrkesmässig rehabilitering komma in. Behov av invandrarkunskap har endast antytts, men vi bedömer dock att denna kunskap ej kan förbigås. Det är också märkligt att kunskap om drogmissbruk ej tagits upp av kuratorerna och ej heller ingår i socionomutbildningen. Av de lagar som särskilt bör uppmärksammas vad gäller kuratorer är allmän försäkringsrätt, sjukvårdslag och patienträtt. Dessa ingår ej heller i socionomutbildningen annat än för dem som läser fördjupningskurs i socialrätt. Som vi tidigare påpekat, borde en grundlig orientering i medicinska frågor vara obligatorisk. På grund av kuratorernas funktion i sjukvårdsorganisationen har de speciellt behov av pedagogik och informationsteknik samt träning i argumentation. Vissa av ovan beskrivna kunskapsområden är viktiga för alla socionomer och vissa specifika för blivande kuratorer.

7 FÖRSLAG TILL FÖRÄNDRINGAR I GRUNDUTBILDNINGEN PÅ SOCIALA LINJEN

Allmän försäkringsrätt har alla socionomer behov av att kunna i vilken funktion de än hamnar inom socialt verksamhetsområde. Utbildningen i

allmän försäkring bör ha både socialpolitiska och rättsliga aspekter och framför allt bör ett tillämpningsavsnitt sättas in.

Invandrarkunskap är också viktigt för alla socionomer. En kurs i detta ämne bör ha bidrag från både socialpolitik, sociologi, rättskunskap och metodik. Medicinsk orientering bör, som vi tidigare nämnt, fördjupas och förbättras för alla liksom utökade kunskaper i psykologi och psykiatri.

8 FÖRSLAG TILL FORTBILDNING FÖR SJUKHUSKURATORER INOM SOMATISK VÅRD

Förutom de förbättringar vi föreslår för grundutbildningen på sociala linjen, vill vi också lägga fram en kursplan för fortbildning av kuratorer i form av påbyggnadslinje eller enstaka kurs.

Utbildningsplan

A Kursens inplacering i utbildningssystemet.

Kursen omfattar 20 poäng och är ett komplement till socionomutbildningen på sociala linjen

B Kursens mål

- att ge grundläggande kunskaper i gerontologi, vari bör ingå kunskaper om det friska åldrandet, psykiskt och fysiskt, ålderssjukdomar och dess orsaker och konsekvenser samt samhällets möjligheter och begränsningar beträffande den äldre generationen
- att ge kunskaper om fysiska och psykiska handikapp, om medicinsk och yrkesmässig rehabilitering, samhällets omvårdnad om handikappade i form av planering och service samt privata organisationers verksamhet och dess berättigande
- att ge kunskap om ansvar, sekretess och patienträtt samt om sjukvårdslag
- att ge fördjupade kunskaper om allmän försäkring speciellt lagd på praktisk tillämpning
- att ge kunskaper i organisationsteori, speciellt inriktad på sjukvårdens organisation och hierarkier. Härvid bör tyngdpunkten ligga på kuratorns roll och funktion i sjukvårdssystemet
- att ge fördjupade kunskaper om sjukdomspanoramat och den epidemiologiska utvecklingen och nuvarande tendenser samt sambandet mellan medicinska och sociala förhållanden
- att ge ökade medicinska baskunskaper och kännedom om vanlig medicinsk terminologi
- att ge inblick i elementär kommunikationsteori och öva förmågan att skriftligt och muntligt presentera ett innehåll samt träna bevisföring

att ge träning i handlednings- och utbildningsmetodik

att ge kunskap om och förståelse för dokumentation och statistik

Normalinstruktion för kuratorer inom hälso- och sjukvården

§ 1

Inom verksamhetsområde som huvudman anvisar handhar kurator det sociala arbete som krävs för god patientvård och för främjande av patients rehabilitering

§ 2

Kurators arbetsuppgifter omfattar råd och bistånd i personliga, sociala och ekonomiska angelägenheter, vilka har anknytning till och är av betydelse för den sjukdom eller skada, för vilken patient vårdas. Därvid har kurator att verkställa för diagnos och behandling erforderlig utredning.

Kurator har att handlägga ärenden, i vilka åtgärd begäres av läkare eller när kurator på framställning av patient, anhörig till sådan eller eljest finner anledning därtill

§ 3

Kurator åligger att:

bedriva sin verksamhet i samarbete med läkare och annan sjukvårdspersonal samt med berörda myndigheter, institutioner och enskilda,

delta i ronder och konferenser i den utsträckning arbetets rationella bedrivande det påkallar,

till läkare, som handhar vården av patient, förmedla kännedom om omständighet eller miljöfaktor, som bedöms vara av betydelse för vården,

ombesörja att erforderlig information om patient lämnas till sjukvårdspersonal, patients anhöriga, sociala institutioner och andra samhällsorgan av betydelse för patients ändamålsenliga behandling,

ha fastställd telefontid och, då så finnes lämpligt, fastställd mottagningstid för patienter och anhöriga,

föra journal över mottagna patienter och därvid särskilt ange de omständigheter som påkallat kurators bistånd och de åtgärder som vidtagits,

årligen upprätta rapport över sin verksamhet i enlighet med vad huvudman föreskriver

§ 4

Kurator bör följa utvecklingen inom sociallagstiftningens-, socialvårdsmetodikens och socialmedicinens områden

§ 5

I den mån arbetet medger det och huvudmannen så finner lämpligt bör kurator medverka vid kurser för personal inom hälso- och sjukvården eller på annat sätt sprida kännedom om sin verksamhet och information rörande utvecklingen på det sociala området

§ 6

Kurator skall iakttaga tystnadsplikt i enlighet med vad som stadgas för medicinalpersonal

§ 7

Det åligger kurator att, utöver vad denna instruktion innehåller, ställa sig till efterrättelse de bestämmelser med avseende å kuratorsverksamheten, som meddelas av huvudmannen eller av socialstyrelsen i egenskap av chefmyndighet för medicinalpersonal

Sammanställning av funktionsanalysschema

<u>Antal grupper</u>	<u>Utredningar</u>
7	Social anamnes Riktade utredningar Eftervårdsutredningar Juridiska utredningar Bostadsutredningar Social service
6	Yrkes-, arbets- och studieutredningar
3	Socialvård enligt vårdlagarna
	<u>Innehållet i utredningarna</u>
7	Pension, handikappersättning, ansökan om god man, hemsamarit eller hemhjälp
6	Fondmedel, bostadsanpassning, arbetsvård
5	Nedsatt vårdavgift
4	Ang hemsituationen, underlag för placering, patientförsäkring, testamente, färdtjänst
3	Utomlänsavtal, bostadsanskaffning, förmyndare, omplacering i arbete, ålderdomshem
2	Hemsjukvårdsbidrag, konvalescens, utlandsvård, skol-situation, yrke, servicelägenhet, nykterhetsvård
1	Vårdkostnad, frisäng, uppskovsansökan, arbetsmiljö-utredning, arbetsanskaffning, handikappservice, socialhjälp barnavård, ansökan till omsorgsstyrelsen
	<u>Rådgivning</u>
7	Information om samhällets resurser och social lag-stiftning
3	Patientens rättigheter, anhörigträffar
1	Information om handikappet
	<u>Behandling</u>
7	Stödsamtal
5	Krissamtal-kristerapi
2	Samtal i behandlande syfte, klargörande samtal
	<u>Praktiska hjälpåtgärder</u>
7	Placering på ålderdomshem, anskaffande av hemhjälp
6	Ansökan om fondmedel, patientförsäkring, god man, information till arbetsvården, ansökan om färdtjänst

- 5 Nedsättning av vårdavgift, ansökan pm pension, till sjukhem, till servicehus, om förmyndare, upprättande av testamente
- 4 Bostadsanpassningsbidrag, hemsjukvård, handikapp-ersättning, privata försäkringar, handikapplägenhet, bostadsbyte
- 3 Konvalescentvård, utlandsvård
- 2 Kommunalt bostadstillägg, rättshjälp, yrkesvägledning, skolfrågor, arbetsgivarkontrakt, kontakt med polis, transporter
- 1 Bankärenden, konvalescentbidrag, förbättringslån, anhörigansökan, anstånd med hyra, besvär-, uppskov-, anstånd i skatteärende, fotvård och badservice, matdistribution

Information/patientinriktad

- 5 Information om patient till personal
- 4 Information om patient till myndigheter

Dokumentation

- 6 Journalföring/kuratorsjournal
- 5 Statistik
- 3 Bif egen journal till med journalen eller skriver i med journalen
- 2 Årsredogörelse
- 1 Remissvar, verksamhetsberättelse, samarbete angående journal

Information/organisationsinriktad

- 7 Information i sociala frågor till personal
- 2 Information om ordinationsrätt, utlandsvård
- 1 Information till politiker

Handledning

- 4 Handledning av annan personal
- 3 Handledning av praktikanter från socialhögskolan
- 2 Grupphandledning

Teamarbete

- 7 Ronder, behandlingskonferens
- 6 Samarbete med annat socialt organ
- 4 Kuratorsträffar

Sammanträde

- 2 Sammanträde med annan personal, andra sociala myndigheter, med sjukhusorganisation
- 1 Utskrivningsrond, intagningskonferens

Forskning

- 2 Medverkan i forskningsprojekt

Utbildning

- 5 Vidareutbildning av kuratorskåren, internutbildning, psykologiutbildning, kristerapi
- 3 Medicinska föreläsningar, fortbildning genom föreläsningar och information från försäkringskassan, LAN, ABV, Af, studiebesök

Fackligt arbete

- 1 MBL-förhandlingar

Sammanställning av kunskapsanalysschema

<u>Antal grupper</u>	<u>Ämne</u>
7	Försäkringslag, medicinsk baskunskap, kunskap om sjukvårdens organisation och hierarki, samhällskunskap, samtals- och intervjumetodik
6	Sociallag, psykologi, kunskap om andra yrkeskategoriers funktioner och ansvar, kunskap om samarbetsmyndigheternas funktioner och ansvar, journalföring
5	Sjukvårdslag, pedagogik, medicinsk terminologi, dokumentationsteknik, facklig baskunskap, fackligt arbete och facklig medvetenhet
4	Civilrätt, statistik, ekonomi, socialmedicin, kunskap om handikapp och handikapporg, sammanträdesteknik, baskunskaper i projektarbete, innehåll och syfte med journal
3	Familjerätt, arbetslagstiftning, muntlig sammanfattning och framställning, argumentationsteknik, utforma skrivelser och fylla i blanketter
2	Sociologi, invandrarproblematik, kunskap om externa sjukvårdsresurser, socialpolitik, föredragningsteknik
1	Kommunallag, gerontologi, etik, familjeterapi, samarbetsträning, utvärdering av arbetsuppgifter, påverka och förändra arbetssituationen, kunskap i handledning, självbehärskning, självkänedom, prata via tolk, förmåga att kunna arbeta självständigt, förmåga att kunna föra ut sin yrkeskunskap till olika grupper

Litteraturlista

- | | | |
|----|---|---|
| 1 | Berglind, H m fl | Sjukvård i tillväxt, en problemöversikt
Liber, Lund 1978 |
| 2 | Berglund, M | Socialarbetaren i sjukvården, uppsats
från Nordiska hälsovårdsskolan, 1979 |
| 3 | Bradley, G | Yrkesroller - livsmiljö, W o W 1979 |
| 4 | Fredlund, U | Rapport från social-medicinska insti-
tutionen, Lund 1962 |
| 5 | Fredlund, U | Sjukhuskuratorns utbildning, tjänst-
göringsförhållanden och funktioner,
Lund 1966 |
| 6 | Fredlund, U | Utkast till organisationsutredning för
kuratorsverksamheten vid Kalmar lasarett
Projekt 80-51:1, 1976 |
| 7 | Gadd, A-S | Socialt innehåll i sjukvården
Socialstyrelsen 1980 |
| 8 | Gardell, B red | Forskargruppen för arbetslivets social-
psykologi

Rapport nr 4: Intervju med personal på
ett långvårdssjukhus

Rapport nr 11: Preliminär sammanställning
av intervjuer med personal
på ett medelstort sjukhus

Rapport nr 12: Preliminär rapport från
förstudiens enkät |
| 9 | Gardell, B och
Gustavsson, R
m fl | Sjukvård på löpande band
Prisma 1979 |
| 10 | Gullachsen, A-C | Reflexioner. Kuratorsnytt, Malmö 1980 |
| 11 | Gustavsson, R | Bot och omvårdnad eller vårdproduktion
Prisma 1978 |
| 12 | Holmström, R | Särtryck av årsberättelse för år 1940
från Malmö Östra Sjukhus |
| 13 | Illich, I | Den farliga sjukvården, Bonniers 1975 |
| 14 | Illich, I | Den omänskliga sjukvården, Bonniers 1976 |
| 15 | Jersild, P C | Babels hus, Bonniers 1978 |
| 16 | | KOS-rapporten |
| 17 | | Kuratorsorganisationen i Örebro 1968-1969 |
| 18 | | Kursplaner för social linje. Socialhög-
skolan i Lund 1977-1981 |

- | | | |
|----|-------------------------|--|
| 19 | Leufvén, L | Utkast till uppgifter om kuratorsverksamhetens början
Stockholm 1966 |
| 20 | Lohman, H | Psykisk hälsa och mänsklig miljö
Socialstyrelsen redovisar nr 30:1972 |
| 21 | Malmöhus läns landsting | Vårdens inre organisation, ledning och arbetsmiljö, en intervju-rapport |
| 22 | | Rapport från Malmökuratorernas temadagar 1980 |
| 23 | | Rapport från Södersjukhuset i Stockholm 1975 |
| 24 | | Rapport från Svensk Kuratorsförenings studiedagar i Göteborg 1979 |
| 25 | | SAMS-projektet |
| 26 | | Sjukvårdspedagogisk tidskrift 3:78: Att träna samarbete (A-S Gadd) |
| 27 | | Skånekuratorernas oktoberstatistik 1971 |
| 28 | | Social kuratorsverksamhet, en på föranstaltande av C S A verkställd utredning
Stockholm 1935 |
| 29 | | Socialmedicinsk tidskrift 3:78: Social expertis inom hälso- och sjukvård |
| 30 | | SOU 1977:66: Patienten i sjukvården, kontakt och information |
| 31 | | SOU 1979:26: Sjukvårdens inre organisation |
| 32 | Svalander, P-A | Att förnya sjukvårdens organisation - om organisationerisk inlärning och vårdprocessens villkor, Lund 1979 |
| 33 | Beskow, Jan | Kurator på kirurgen, del IV, Umeå 1977 |
| 34 | Swedner, H | Sociologisk metod, Liber 1978 |
| 35 | | Svensk Kuratorsförenings protokoll |
| 36 | Totman, R | Sociala orsaker till sjukdom |
| 37 | Tribodi, T | Bruk och missbruk av social forskning i socialt arbete |

