

Sofia Allberg, Maria Eriksson

Socionomprogrammet med inriktning mot diakoni 240 hp, Ersta Sköndal Högskola

Socialt arbete, uppsats [SD 82] 2009

Examinationsuppgift

Handledare: Julia Grosse

Examinator: Marie Nordfeldt

## **Socionomens roll i en naturvetenskaplig värld**

**– En studie om hur kuratorer inom hälso- och sjukvården upplever arbetet i en medicinskt dominerad arbetsmiljö.**



## Förord

Vid denna resas slut ser vi nu tillbaka på en intensiv tid fylld av medgång och motgång, skratt och tårar, frustration och glädje. Men framförallt ser vi tillbaka på en tid som fört med sig utveckling och ny kunskap. Att skriva C uppsats har utan tvekan varit den största utmaning vi mött under våra fyra år på socionomutbildningen. Vi kan minnas tillbaka på hur vi tidigt under utbildningens gång började fundera kring vad denna uppsats en dag skulle komma att handla om. Nu är vi äntligen där vi en gång fantiserat om att vara, vi är i mål med uppsatsen som är färdig att läsas.

Det finns många som hjälpt oss fram under denna tid och som vi vill ta i tillfälle att tacka. Vi vill främst tacka alla kuratorer som låtit sig intervjuas för denna studies syfte. Vi vill självklart också tacka vår handledare Julia Grosse som tålmodigt väglett oss fram på denna krokiga väg: ”Julia, du har varit ett fantastiskt stöd och du har hjälpt oss mer än vad vi kunnat begära!” Stort tack också till alla övriga lärare och klasskamrater som stöttat och hjälpt oss i vårt skrivande. Tack till våra nära och kära för ert tålamod och er positiva energi!

Vi hoppas att uppsatsen kommer att ge dig som läsare någon ny kunskap och/eller förståelse som du inte hade innan denna uppsats landade i dina händer! Vi är stolta och glada över att äntligen kunna presentera vår uppsats; en studie om kuratorers upplevelse av att arbeta i en medicinskt dominerad arbetsmiljö!

April 2009

Sofia Allberg och Maria Eriksson



## Sammanfattning

Vårt syfte med denna C-uppsats har varit att öka kunskapen om hur sjukhuskuratorer upplever sin roll av att vara socialarbetare på ett medicinskt arbetsfält. Vi genomförde vår praktikperiod som sjukhuskuratorer och blev därav nyfikna på att få en ökad förståelse för kuratorernas yrkesroll. Det ledde till att vi valde att skriva denna C-uppsats.

De frågeställningar vi använt oss av handlar om olika aspekter av att arbeta inom ett område som domineras av andra yrkesgrupper än den egna, företrädesvis inom det medicinska området. För att få svar på dessa frågeställningar så har vi intervjuat sex stycken kuratorer på två olika sjukhus. Vår teoretiska utgångspunkt för uppsatsen har utgått från den grupporienterade delen av socialpsykologin med fokus på gruppsykologi och arbetspsykologi.

De resultat som har framkommit under vår uppsats är att kuratorerna upplever sitt yrke som utvecklande och stimulerande men som ett i huvudsak ensamarbete. De beskrev ett arbete som kräver anpassning och flexibilitet från de själva i arbetet tillsammans med medicinska yrkesgrupper för att samarbetet ska fungera. Kuratorerna upplever ofta en brist på förståelse av de medicinska yrkesgrupperna och att deras roll inom sjukvården ibland inte är helt självklar.

Vi har under arbetets gång förstått att det finns mycket lite forskning om kuratorer inom sjukvården som behandlar den specifika roll kuratorn har i den medicinska världen. Däremot har vi tagit del av beprövad teori som anger varje individs behov känna sig sedd, delaktig, uppskattad och värdesatt på sitt jobb för att kunna utföra ett gott arbete. Vi bedömer därav att det krävs ökad forskning och kunskap om det tvärprofessionella arbetets svårigheter för de yrkesgrupper som arbetar inom ett annat arbetsfält än det egna.



## **Innehållsförteckning**

<b>Förord .....</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>9</b>
Problemformulering .....	10
<b>Syfte .....</b>	<b>10</b>
Frågeställningar .....	10
<b>Disposition .....</b>	<b>11</b>
<b>Metod .....</b>	<b>13</b>
Vetenskapsteoretiskt perspektiv .....	13
Kvalitativ inriktning .....	13
Intervjugenomförande .....	14
Validitet och reliabilitet.....	14
Urval.....	15
Bearbetning och analys av material .....	15
Litteratur och tidigare forskning .....	16
Etiska överväganden .....	17
<b>Tidigare forskning.....</b>	<b>19</b>
Kuratorsyrkets framväxt i Sverige .....	19
Kurators arbete inom hälso- och sjukvården.....	19
Kurators sociala roll och position inom sjukvården.....	20
Kurators uppfattning om sin yrkesroll och samarbetet med medicinska yrkesgrupper ....	22
Professioner och samarbete .....	24
Sökandet efter en identitet.....	26
<b>Teoretisk utgångspunkt.....</b>	<b>29</b>
Socialpsykologi .....	29
Grupporienterad teori .....	30
Grupper.....	31
Grupprocesser och struktur .....	34
Roller.....	35
Makt och status.....	37
Sammanfattning av teoretisk utgångspunkt .....	38

<b>Resultatredovisning.....</b>	<b>39</b>
Att samarbeta med medicinska yrkesgrupper .....	39
Arbetsplatsplaceringens betydelse för kuratorerna i deras arbete .....	42
Kurators upplevelse av sin yrkesroll och sitt arbete.....	44
Kurators upplevelse av de medicinska yrkesgruppernas syn på kuratorn.....	46
<b>Analys av empirin utifrån teori.....</b>	<b>49</b>
Anpassning och flexibilitet.....	49
I händelsernas centrum.....	52
Tydligare arbetsbeskrivning .....	54
”Slasktratt” .....	55
<b>Analys av empirin utifrån tidigare forskning.....</b>	<b>59</b>
Särorganisation och utanförskap .....	59
Etablerade och nykomlingar.....	60
Marknadsföra och synligöra.....	61
<b>Diskussion.....</b>	<b>63</b>
Slutsatser .....	65
<b>Referenslista .....</b>	<b>67</b>
<b>Bilagor .....</b>	<b>69</b>
Bilaga 1 .....	69
Bilaga 2 .....	70



## Inledning

Vår praktik som sjukhuskuratorer under vår näst sista termin på socionomutbildningen har gett oss ovärderliga kunskaper och verktyg inom socialt arbete. Sida vid sida med dessa positiva erfarenheter infann sig dock även en upplevelse av de svårigheter vi tycktes kunna ana i det övrigt så fängslande yrket. Vi har kunnat erinra oss om hur vi båda vid ett flertal tillfällen befunnit oss i fikarummet på våra praktikplatser när någon kurator beklagat sig över den komplexa arbetsituationen. Det har då handlat om deras upplevelse av bristen på förståelse för kurators roll och kunskap från de andra yrkesgrupperna på sjukhuset. Vi har mellan raderna i kuratorernas berättelser kunnat tyda mått av utanförskap och känslor av att inte vara förstådd och behövd. Vi har även själva kunnat ana de övriga yrkesgruppernas oförståelse i våra egna stapplande försök till att praktisera socialt arbete inom sjukvården. Vi har mött läkare som inte vet vilken utbildning en kurator har eller ens vad en socionom är för något. Vi har även fått erfara hur sjuksköterskor gärna tar över och utför det sociala arbetet på sjukhuset genom att kliva in och göra kurators jobb.

Sjukhuskuratorn är socialarbetare på ett medicinskt arbetsfält med det professionella samtalet som det främsta arbetsredskapet. Hon eller han är socionom och har därav en samhällsvetenskaplig grundutbildning vilket ensam skiljer denne från de övriga medicinska yrkesgrupperna på sjukhuset. Kuratorerna inom sjukvården arbetar psykosocialt i en miljö där de övriga yrkesgrupperna till skillnad från de själva är naturvetenskapligt inriktade. Det innebär att de medicinska yrkesgrupperna arbetar utifrån andra teorier och synsätt och har andra verktyg än sjukhuskuratorn (Lundin, 2007, s36). Vår förförståelse är att sjukhuskuratorn utifrån sin yrkesroll, kan möta ett utanförskap i samarbetet med yrkesgrupper inom den medicinska traditionen. Vår erfarenhet är även att socionomen ofta måste motivera för sitt perspektiv i förhållande till de andra yrkesgrupperna som ofta har varierande kunskap om socialt arbete som profession, samt om kuratorernas yrkesroll inom sjukvården.

Att känna sig sedd, behövd och uppskattad, både privat och i arbetslivet, är viktigt för oss som människor. De flesta av oss vill utföra ett gott arbete, känna att vi bidrar efter bästa förmåga samt att det vi gör blir uppskattat. Hur påverkas vi om vi känner ett utanförskap i arbetsgruppen eller möter oförståelse för vår profession från andra yrkesgrupper? Föreställ dig att du är den enda i ett arbetslag som har din utbildning, samt att du är den enda med dina arbetsuppgifter och ditt synsätt. Vi tror att detta är faktorer som kan påverka oss som individer i våra arbeten samt förutsättningarna att göra det bästa vi förmår (Granér, 1994).

## **Problemformulering**

En yrkesgrupps välmående och känsla av tillhörighet på sin arbetsplats påverkar i sin tur förmågan att kunna utföra ett gott arbete. Det kan försvåra våra möjligheter att kunna prestera på jobbet om vi inte finner vårt arbete värdesatt, trivsamt, meningsfullt, och hanterbart (Granér, 1994).

Vi anser att det är viktigt att göra denna studie då sjukhuskuratorernas upplevelse av arbetet i sin tur påverkar deras möjligheter att kunna utföra sitt arbete. I förlängningen tror vi att en ökad förståelse för kuratorernas situation kan bidra till att öka deras möjligheter att kunna utföra ett så gott psykosocialt arbete som möjligt. Vi anser att den tidigare forskningen om kuratorer inom hälso- och sjukvården uppvisar stora kunskapsluckor då den brister i resultat som behandlar kuratorernas upplevelser av sitt arbete. I sin helhet finner vi den även vara bristande i omfattning samt ålderstigen. Vår förförståelse om kuratorns situation kombinerat med den bristande forskningen inom detta område anser vi aktualiserar behovet av vår studie.

## **Syfte**

Det övergripande syftet med vår undersökning är att öka kunskapen om hur sjukhuskuratorer upplever sin roll av att vara socialarbetare på ett medicinskt arbetsfält.

## **Frågeställningar**

Frågeställningarna handlar om olika aspekter av att arbeta inom ett område som domineras av andra yrkesgrupper än den egna, företrädesvis inom det medicinska området:

- Hur upplever kuratorerna samarbetet med de medicinska yrkesgrupperna som finns representerade på sjukhuset?
- Upplever kuratorerna att den varierande arbetsplatsplaceringen har betydelse för relationen till kollegorna på sjukhuset, och i så fall på vilket sätt?
- Hur upplever kuratorerna att deras arbete uppfattas och värderas av de medicinska yrkesgrupperna som finns representerade på sjukhuset?

## Disposition

För att underlätta för läsaren att orientera sig i uppsatsen så har vi valt att kort sammanfatta de olika avsnittens innehåll.

Metodavsnittet följs av ett avsnitt om tidigare forskning som inleds med en kort sammanfattning av kuratorsyrkets framväxt i Sverige, och därefter tidigare forskning om kurators arbete inom sjukvården. Resterande forskning beskriver kurators roll inom sjukvården, kurators uppfattning om sin yrkesroll, professioner och samarbete samt yrkesroll och identitet. Därefter redogör vi för de teoretiska perspektiv som vi använder oss av i analysen av vårt material, samt teorins historia och framväxt. I resultatredovisningen tematiserar vi vår empiri utifrån vad vi finner vara återkommande teman. Vi har valt att ha ett separat avsnitt där vi analyserar vår empiri kopplat till teori och ett separat avsnitt där vi analyserar vår empiri kopplat till tidigare forskning. Detta har vi valt att göra då vi anser att det blir mer strukturerat då det annars skulle bli en mängd olika studier och teorier som ska knytas an till vid ett och samma tillfälle. Vi upplever även att det finns en skillnad i de resonemang vi för beroende på om vi kopplar det till tidigare forskning eller om vi kopplar det till teori, samt att vi vill att det ska vara tydligt för läsaren. Vi anser att det finns en distinkt skillnad mellan att analysera utifrån befästa teorier såsom, gruppsykologi, och att dra slutsatser utifrån enstaka studier som inte har samma tyngd i sina slutsatser. Samma eller liknande teman kommer dock att diskuteras i båda avsnitten men utifrån olika perspektiv för att dra så täckande slutsatser som möjligt. Vi vill även tillägga att vi i vår analys även i viss mån kommer att ge utrymme för friare tolkningar men vi kommer då att förtydliga att vi presenterar våra egna resonemang. Vi har valt att göra så för att inte behöva plocka intressanta saker ur sitt sammanhang och flytta det till diskussionsavsnittet.

Vi kommer att ha ett avsnitt som heter diskussion där vi sammanfattar vad vi kommit fram till i de olika analysdelarna för att på så sätt ”knyta ihop säcken”. Här ger vi oss själva utrymme att mer fritt resonera kring intressanta tankar som uppkommit under studiens gång. Vi kommer exempelvis att föra en diskussion kring vårt tillvägagångssätt, den tidigare forskningen och kunskapsområdet, samt i delar av vårt resultat. I detta avsnitt kommer vi även att diskutera eventuella brister i den egna studien samt om det dykt upp nya frågeställningar som kan ge upphov till fortsatt forskning.

## Ansvarsfördelning

Vi har tillsammans arbetat med alla avsnitt i uppsatsen men vi haft olika övergripande ansvarsområden. Maria har haft det övergripande ansvaret för teoridelen och Sofia har haft det övergripande ansvaret för avsnittet om tidigare forskning. Vi har gjort tre intervjuer var och har haft det övergripande ansvaret för tematisering och analys av våra respektive intervjuer. Inledning, metod och diskussion har vi haft likvärdigt ansvar för.

## **Metod**

### **Vetenskapsteoretiskt perspektiv**

Vår utgångspunkt med studien har varit att skildra och förmedla kuratorernas egna upplevelser genom att analysera deras utsagor. Vi har därför valt en hermeneutisk forskningsansats som betonar tolkningens betydelse och där fokus är att få ökad och fördjupad förståelse om ämnet (Thurén, 2007, s 94-95).

Eftersom vi har praktiserat som sjukhuskuratorer så bedömer vi att vi har viss förförståelse om detta ämne. Vi är medvetna om att tolkning påverkas av våra värderingar och vår förförståelse (a.a. 2007, s 103). Den egna förförståelsen präglar ibland vårt synsätt mer än vad vi är medvetna om (a.a. s 62). Vi har därför under arbetets gång försökt vara uppmärksamma på den egna rollens betydelse för utfallet av studien. Vi bedömer att den egna erfarenheten av arbetet som sjukhuskurator kan bidra till att vi både omedvetet och medvetet väljer att se extra till vissa saker men också att vi kanske bortser från viss information. Genom att medvetandegöra oss själva om våra förkunskaper om kuratorernas arbete så tror vi att vi lättare kunnat förhålla oss till detta. Vi har dock inte försökt bortse från vår förförståelse då vi inte tror att det är möjligt och då vi även anser att vi heller inte hade kunnat komma fram till ämnet och syftet med vår uppsats utan viss förförståelse.

Då vår förförståelse och möten med nya erfarenheter leder till att vi får ny förståelse vilket i sin tur blir förförståelse då vi analyserar och tolkar vårt material så anser vi att den hermeneutiska spiralen blir en viktig utgångspunkt i vårt vetenskapsteoretiska perspektiv (a.a. s 60-62)

### **Kvalitativ inriktning**

Vi har valt en kvalitativ inriktning för vår studie som bygger på den hermeneutiska filosofin där kunskapssökandet bygger på att skapa en ökad förståelse. I vår studie har vi ämnat göra beskrivningar vilket är karaktäristiskt för den kvalitativa beskrivningstraditionen (Sohlberg, 2009, s 100). Vi har riktat vår fokus mot individen som i detta fall är kuratorerna. Vårt intresse ligger i att enligt den kvalitativa forskningstraditionen öka förståelsen för hur kuratorerna upplever och tolkar sin verklighet (Backman, 2009, s 54). Vi har tagit fasta på att ge utrymme för detaljerna i kuratorernas individuella berättelser då vårt intresse är att förstå deras subjektiva uppfattning av sin arbetssituation (Thurén, 2007, s 112). För att kunna ta del av varje kurators egen upplevelse så har vi gjort enskilda intervjuer med varje kurator. Tillvägagångssättet beskrivs mer utförligt under rubriken intervjugenomförande.

## **Intervjugenomförande**

Vi har intervjuat sex kuratorer som alla är yrkesverksamma med erfarenhet av kurativt arbete inom sjukvården. Vi har använt oss av ljudupptagning under våra intervjuer i form av bandspelare. Genom att använda oss av ljudupptagning så har vi haft som avsikt att kunna koncentrera oss på själva intervjun utan att oroas över att missa något svar på våra frågor. Att alla intervjuer har skett under ljudupptagning har vi bedömt ger goda förutsättningar att tillhandahålla den information vi bedömer vara av vikt för denna studie inom ramarna för en C uppsats (Kvale, 1997, s 147).

Vi har även utformat en halvstrukturerad intervjuguide baserad på frågor som är kopplade till det syfte och de frågeställningar vi har. Denna intervjuguide har använts vid samtliga intervjutillfällen. Vi valde även att ge utrymme för oss själva att ställa följdfrågor samt att vi låtit kuratorerna beröra områden som de anser vara viktiga. Detta då vår förhoppning varit att det ska bidra till bredda vår förståelse av kuratorernas arbetssituation om vi skapar utrymme att följa upp ämnen som både vi och kuratorerna anser vara av vikt.

## **Validitet och reliabilitet**

Att ha hög validitet i en undersökning innebär att man verkligen har undersökt det man hade som syfte att undersöka och inget annat (Thurén, 2007, s 26). Utgångspunkten för vår undersökning har självfallet varit att hålla validiteten så hög som möjligt. Vi har valt att göra kvalitativa intervjustudier där utrymmet att påverka är stort hos informanterna. Detta i sin tur anser vi dock kan försvåra vår strävan efter hög validitet då samtalet med informanterna kan beröra oväntade områden. Men att ständigt se över syfte och frågeställningar har varit ett sätt för oss att höja validiteten då det hjälpt oss att hålla oss till vår ursprungliga idé. Vi har även utformat den halvstrukturerade intervjumallen med syftet och frågeställningarna som grund för att försäkra oss om att vi ställer adekvata frågor (Kvale, 1997, s 121-122, 151).

Vi anser att det urval vi har gjort av intervjupersoner ger en hög validitet då samtliga av de intervjuade kuratorerna har erfarenhet och är verksamma inom sitt arbetsområde.

Att ha hög reliabilitet i en studie handlar om huruvida kunskapen är framtagen på ett tillförlitligt sätt. Det handlar alltså om resultatets pålitlighet. Eftersom vår studie bygger på att söka ökad förståelse utifrån vår tolkning av materialet så vet vi att vi i egenskap av forskare kan ha kommit att påverka delar av utfallet. Därav kommer vi aldrig ifrån att vi som tolkare av resultaten bidrar till det faktum att andra forskare till viss del skulle ha kommit fram till andra slutsatser. Vi tror dock inte att utfallet skulle kunna komma att skilja sig drastiskt från det vi kommer fram till, men det kan komma att finnas nyanser av skillnad då även val av

teorier påverkar analysen av materialet. Vi har ämnat säkra reliabiliteten genom att under studiens gång beskriva förutsättningarna för vårt arbete, vilka metoder vi använt, hur vi förhåller oss till tidigare forskning, hur resultaten vuxit fram samt hur analysen gått till så det inte ska finnas några oklarheter för läsaren (Sohlberg, 2009, s 15) Vi har även använt oss av ljudupptagning under intervjutillfällena för att den information vi tar med oss av ska vara så exakt som möjligt. Tillförlitlighet i en studie bygger på att man som läsare vet hur studien utförts (Thurén, 2007, s 23).

## **Urval**

Sjukhus kan vara olika organiserade och på så sätt ge olika arbetsförutsättningar för de yrkesverksamma. Vi har därav försökt få ett urval som kan representera både den mindre och den större organisatoriska kontexten för att få bredd och variation i svaren. Vi har därför valt att intervjua sex sjukhuskuratorer med minst socionomutbildning i botten. Tre av dessa kuratorer arbetar på ett sjukhus i en av Sveriges storstäder och de resterande tre kuratorerna arbetar på ett mindre sjukhus i en mellanstor svensk stad. De kuratorerna vi valt arbetar inte heller på samma kliniker inom sitt sjukhus vilket också varit ett led i att få så varierade svar som möjligt. Samtliga kuratorer har vi fått kontakt med under vår praktik. Vi bedömer att de olika klinikerna inom sjukhusen kan vara olika utformade och på så sätt visa på eventuella skillnader vi kanske inte skulle ha kunnat fånga om alla informanter hade samma klinikanslutning.

Vi har valt att inte uppge respondenternas namn, vilket sjukhus samt vilken klinik varje person tillhör. Vi har gjort detta val då vi haft som avsikt att skapa så goda förutsättningar som möjligt för informanterna att känna sig trygga i att tala om saker som kan upplevas vara av känslig natur. Vi anser att det kan vara svårt att i efterhand avgöra om huruvida kuratorerna har valt att hålla tillbaka viss information utifrån om deras namn och arbetsplatstillhörighet framgått i den färdiga texten (Kvale, 1997, s 158, 235). Vi anser inte heller att det varit relevant för syftet med vår studie att ta hänsyn till vilken person som sagt vad.

Vi har uppgett ämnet för och syftet med vår studie, en förfrågan om de velat ställa upp på en intervju samt förutsättningarna för intervjun.

## **Bearbetning och analys av material**

Efter att vi genomfört våra intervjuer med kuratorerna förberedde vi det intervjumaterial vi samlat in för analys genom att skriva ut de bandinspelade intervjuerna ord för ord. Vi har dock utelämnat suckar och pauser då vi inte ämnar analysera innebörden av det i vår uppsats. Intervjuerna har meningskoncentrerats och sedan tematiseras utifrån vår tolkning av materia-

let. Genom att skriva ut och meningskoncentrera vårt intervjumaterial så anser vi att materialet kan få en tydlighet och struktur för att vidare kunna få den överblick vi behöver för att kunna bearbeta och tematisera materialet. Utifrån den transkriberade texten har vi därefter sammanställt intervjumaterialet genom att sammanfatta materialet och skapa rubriker utifrån teman vi funnit vara återkommande i kuratorernas berättelser. De citat som vi använt oss av utifrån vårt intervjumaterial har vi omvandlat från talspråk till skriftspråk. Det har vi gjort för att vi anser att det ger ett grammatiskt korrekt intryck samt ger ett flyt i texten (Kvale, 1997, s 172-175).

Vidare har vår analys av materialet tematiserats på samma sätt som resultatredovisningen, utifrån de återkommande teman som vi tyckt oss sett växa fram. Analysen innefattar även delar ur den tidigare forskning och teori som vi ansett vara intressant för vår studie. Den tidigare forskningen och teorin har knutits samman med de teman som intervjumaterialet har gett. Vi anser att det är empirin som styr analysen av vår studie och inte teorin eller den tidigare forskningen. Vi har med andra ord anpassat vår analys efter det vi funnit vara av intresse utifrån vårt insamlade material istället för att låta teorierna styra vad vi valt att analysera. Detta val har vi gjort då vårt huvudsakliga intresse har varit att anpassa hela vår studie efter kuratorernas upplevelser och inte låta teorier styra vad vi valt att undersöka.

## **Litteratur och tidigare forskning**

När vi sökt efter tidigare forskning har använt oss av Libris sökmotor samt Academic Search Elite. Vi har använt oss av svenska samt engelska sökord såsom: kurator, kurativt arbete, hälso- sjukvård och psykosocialt arbete, social workers och interprofessionalism,

Vi anser att vi funnit mycket relevant litteratur som hjälpt oss att skapa ett adekvat och användbart teoriavsnitt. När det gäller tidigare forskning så har vi sammantaget funnit mestadels studier som beskriver kuratorns historia vilket inte berör syftet med vår studie. Merparten av de studier vi funnit om kurativt arbete inom sjukvården belyser delar som inte berör syftet med vår studie, såsom att exempelvis ge konkreta beskrivningar av sjukhuskuratorns arbetsuppgifter. Detta är något som vi ändå haft stor användning av för att kunna orientera oss i ämnet och skapa oss en meningsfull helhetsbild av vårt ämne. Vi har även valt att ge läsaren en kort sammanfattning av kuratorsyrkets framväxt i Sverige samt en kort beskrivning av kuratorns arbete inom sjukvården, då vi bedömer att det är av vikt för att ge läsaren kortfattad kunskap om kuratorn och det psykosociala arbetet inom sjukvården.

Det har dock varit svårt att hitta studier som beskriver sjukhuskuratorers arbete i relation till övriga yrkesgrupper, vilket är det övergripande syftet med vår uppsats. En studie av Annika



Alenius redovisar resultat om kuratorernas uppfattning om sin yrkesroll samt samarbetet med andra yrkesgrupper inom sjukvården. Trots att detta endast är en D-uppsats har vi ändå valt att använda oss av denna studie då forskningen inom vårt område är så bristande. Utöver det har vi endast funnit ännu en studie som berör kuratorernas roll inom sjukvården. Denna studie av Siv Olsson resulterar i beskrivningar om sjukhuskuratorernas sociala position i förhållande till läkare, sjuksköterskor, psykologer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter ur ett historiskt perspektiv. Då kuratorns sociala roll i medicinens värld berör vårt syfte så utgör detta den andra studie som på något sätt behandlar sjukhuskuratorns roll i relation till medicinska yrkesgrupper. Inledningsvis i denna studie beskrivs dessutom samma sak som vi kommit att erfaras; att det finns få studier som behandlar sjukhuskuratorns roll inom sjukvården (Olsson, 1999, s 38). Vi har även kunnat hitta ett fåtal internationella studier även om vi haft svårt att hitta adekvata studier som vi kunnat koppla till vårt syfte

Vårt syfte att undersöka kuratorers upplevelser av arbetet inom sjukvården har sin grund i att det är ett tvärprofessionellt arbete som kräver samarbete över professionsgränserna. För att komplettera denna brist på forskning om kuratorer, så försökte vi även hitta tidigare studier som istället har fokuserat på flerprofessionellt samarbete och sökandet efter yrkesidentitet. Detta anser vi har gett viktiga infallsvinklar och verktyg för att kunna tolka och förstå kuratorns roll. Vi delar därmed in den tidigare forskningen i två huvudgrupper;

1. Forskning om kuratorn inom Hälso- sjukvården
2. Forskning om flerprofessionellt samarbete

### **Etiska överväganden**

Vår studie omfattas inte av Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Vi anser inte att vi behövt etikpröva vår studie. Detta då den ingår inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå samt att den inte behandlar känsliga personuppgifter, därav behöver ingen ansökan om etikprövning göras. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor innefattar individskyddskravet. Det är mycket viktigt och finns för att skydda individen från integritetskränkning. Trots att vi inte anser det nödvändigt att etikpröva vår studie så har vi beaktat individskyddskravet och gjort vårt yttersta för att inte integritetskränka de intervjupersoner vi valt ut. Detta har vi gjort genom att följa Vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Vi tar hänsyn till dem alla på följande sätt: Informationskravet innebär att vi informerar de deltagande om syfte och villkor med allt som rör intervjun samt uppsatsen. Vi har informerat

dem om att deltagandet är frivilligt samt att de haft rätt att när som helst avbryta sin medverkan. Enligt samtyckeskravet har vi talat om för de deltagande att de har rätt att själva bestämma över sin medverkan och att de kan avbryta sin medverkan helt utan negativa följder eller påtryckningar från oss (Vetenskapsrådet, 2002). Vi har inhämtat samtycke till intervjun från samtliga medverkande. Då vi tagit hänsyn till konfidentialitetskravet så har vi hanterat personuppgifter på ett sådant sätt att obehöriga inte kunnat ta del av dem. Uppgifterna om personer i studien har behandlats på ett sådant sätt att utomstående inte kunnat identifiera dem. Det inspelade materialet och intervjuutskriften har förvarats så att obehöriga inte kunnat få tillgång till materialet. Vi har förstört vårt inspelade intervju material efter att vi har använt det i uppsatsen. I vår uppsats anges inga namn eller andra personuppgifter gällande våra respondenter (Vetenskapsrådet, 2002).

Nyttjandekravet innebär att uppgifter om enskilda individer inte får användas eller utlånas för icke-vetenskapligt syfte (vetenskapsrådet, 2002). Vi har informerat samtliga medverkande om syftet med vår studie samt att det insamlade intervju materialet inte kommer utlånas eller användas för något annat syfte än denna C uppsats. Utöver den muntliga informationen så har vi även utformat ett samtyckesavtal som vi innan samtliga intervjun gett varje kurator att läsa igenom och skriva under. Vi har utformat detta avtal utifrån vetenskapsrådet fyra etiska principer för att kuratorernas medverkan i studien ska vara tydlig. Syftet är att skapa trygghet för kuratorerna angående deras delaktighet i denna studie.

I samtyckesavtalet informerar vi om syftet med studien och hur vi kommer behandla deras uppgifter och den information som de lämnar.

## **Tidigare forskning**

### **Kuratorsyrkets framväxt i Sverige**

Kuratorsyrket växte fram i Sverige i början av 1900-talet. Läkarna under denna tid såg att individen under sin sjukhusvistelse behövde hjälp med även sociala frågor för att exempelvis inte tappa hem och försörjning under tiden för sin sjukhusvistelse. Detta ledde till att sjukdomsbegreppet under denna tid vidgades och kom att innefatta även sociala och moraliska problem hos individen. Man efterfrågade en person som inte hade medicinsk utbildning utan människokännedom och mod att stå på den enskildes sida, för att utföra detta sociala arbete på sjukhusen. 1920 anställdes den första kuratorn inom kroppssjukvården i Sverige. 1921 kom den första yrkesutbildningen i socialt arbete och 1944 bildades Svensk kuratorsförening. Under 1930-talet och 1940-talet inrättades en del kuratorstjänster i Sverige och under 1960-talet så expanderade kuratorsyrket kraftigt. 1962 arbetade cirka 500 kuratorer i Sverige och 1970 hade det antalet fördubblats (Högselius, 1993).

### **Kurators arbete inom hälso- och sjukvården**

Hur kuratorn arbetar inom den sjukhusanknutna vården kan variera till viss del men är i grunden likartad oavsett var hon eller han arbetar. Det är den medicinska diagnos patienten har som styr var en patient skall vårdas. Kurators arbetsmetoder är i sin tur anpassade till den diagnos eller problemställning som den enskilde patienten har. Patienter som vårdas på sjukhus erbjuds alltid kuratorskontakt men även närstående till de som vårdas erbjuds den kontakten. Kuratorn arbetar med patientens psykosociala situation som påverkas vid akuta eller svåra sjukdomsfall, olycksfall, kroniska sjukdomstillstånd, och/eller särskilda behandlingar vid dödsfall. Detta arbete innefattar flera olika delar. En stor del av kurators roll är att erbjuda stödsamtal vid en förändrad livssituation men det innefattar även att ge information, rådgivning och hänvisning vid juridiska, ekonomiska och socialrättsliga frågor.

Utifrån vilken medicinsk specialitet som kuratorn arbetar inom så är en annan viktig del i arbetet att hålla sig uppdaterad om vilka förändringar som sker inom lagstiftning och samhällsfrågor kring den specifika patientgrupp som kuratorn arbetar med. Kortfattat arbetar kuratorer inom sjukvården utifrån en arbetsmodell som innefattar: Praktiska sociala åtgärder, information, rådgivning, hänvisning, samt psykosocialt samtal som stöd och för förändring (Lundin, 2007, s 65).

## Psykosocialt arbete

Psykosocialt arbete bedrivs av kuratorer inom hälso- och sjukvården. Termen används för att beskriva det arbete som kuratorn utför som innefattar patientens sociala situation, hur han/hon hanterar den känslomässigt och tankemässigt, samt hur patienten agerar utifrån den situation som denne befinner sig i. Arbetet utgår från kunskap och teoribildning inom ämnesområdet socialt arbete som är en tvärvetenskaplig disciplin med fokus på beteende- och samhällsvetenskaperna (Lundin, 2007, s 35). Psykosocialt arbete går ut på att se individen i sitt sociala sammanhang. Detta innefattar både fysiska och psykiska faktorer men den sociala miljön är det som spelar en avgörande roll för hur man ser på individens utveckling. Inre och yttre faktorer måste ses i ett samspel med varandra (Sjöström & Stigberg, 1992, s7). Det är viktigt att se till de betydelsefulla sammanhang som patienten är en del utav. Det innebär att se till de nätverk som patienten är en del av samt att de relationer som patienten har (Lundin, 2007, s 35).

Psykosocialt behandlingsarbete innefattar alla de metoder och insatser som ingår i arbetet med klientens/klienternas psykosociala problem. De centrala momenten är: utredning, bedömning och behandling/åtgärd. Utgångspunkten för kuratorns arbete är patientens tankar och känslor samt den yttre sociala situationen. Kuratorn bedriver detta holistiska arbete på tre nivåer; individnivå, gruppnivå och/eller samhällsnivå (a.a. s 36).

## Kuratorns sociala roll och position inom sjukvården

Siv Olsson beskriver hur sjukvården består av två hierarkier som är kopplade till varandra; den medicinska och den administrativa hierarkin. Kuratorn är således en del av den administrativa hierarkin men i form av en egen "särorganisation" vid sidan av den administrativa hierarkin som består av enbart kuratorer. Samtidigt är kuratorn en del av den medicinska hierarkin och då underställd läkaren. Yrkesgruppernas position inom sjukvården beskrivs alltså utifrån huvudsakligen den administrativa och den medicinska hierarkin men med en tredje administrativ hierarki för kuratorer. Denna tredje särorganisation beskrivs även vara vanlig för yrkesgrupper som psykologer, arbetsterapeuter, och sjukgymnaster (Olsson, 1999, s165). I och med att nya lednings- och organisationsformer prövats under 80-talet så har, sjukhuskuratorer, psykologer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter kommit att integreras mer i den medicinska verksamheten. Detta har enligt Siv Olsson lett till att kuratorernas och de andra gruppernas administrativa särorganisationer sakta men säkert upphört men att det ibland finns "rester" kvar av kuratorsorganisationen.

Olssons studie visar därefter på resultat som beskriver kuratorns sociala position i relation till de fem andra yrkesgrupperna inom sjukvården (läkare, sjuksköterskor, psykologer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter). Resultaten bygger på hur viktiga kuratorns arbetsuppgifter anses vara i förhållande till de andra yrkesgruppernas arbetsuppgifter. Kuratorerna inom kroppssjukvården placerar sig själva efter läkaren och sjuksköterskan men före psykologen, arbetsterapeuten och sjukgymnasten. Inom psykiatrin placerar kuratorerna sig själva direkt efter läkarna och därefter kommer psykologer, sjuksköterskor och sist sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Kuratorer som arbetar inom korttidsvården placerar sig själva på följande vis: Läkare, sjuksköterska, psykolog och därefter kuratorn (a.a. s 166). Kuratorerna *tror* att läkarna skulle rangordna yrkesgrupperna på följande vis: Läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, psykolog, kurator och sist arbetsterapeut. En undersökning gjord på läkare i Umeå och Skellefteå som fick just denna fråga, visar på att denna rangordning helt stämmer överens med vad kuratorerna i denna studie tror att läkare tycker. Kuratorerna på samma sjukhus placerar sig själva ett steg högre än läkarna, alltså i position fyra (a.a. s 166-167).

Resultaten av Olssons studie visar på att kuratorns anseende är större inom psykiatrin än inom kroppssjukvården då kuratorn som arbetar inom psykiatrin betraktas som en självklar del av teamet. Kuratorn anses ha viktiga arbetsuppgifter. Inom kroppssjukvården varierar bilden av kuratorn då många läkare anser att kuratorn har en viktig funktion samtidigt som många läkare inte utnyttja kuratorns kompetens. Olsson pekar på att kuratorn tappar mycket av sin unika ställning inom hälso- och sjukvården i samband med att deras administrativa särorganisation upphör. Kuratorerna kom istället att knytas till den klinik där de arbetar vilket studien visar på gör de mer beroende av sin klinik eller basenhet.

Alison McMichael beskriver i sin forskningsstudie, som har ägt rum i Melbourne, om hur socialarbetare påverkas av hur deras profession värderas av andra. Socialarbetarnas bild av sig själva påverkades av hur andra professioner och av hur samhället värderade dem. I studien framkom det att socialarbetarna inom sjukvården inte ansåg sig vara delaktiga i sjukhusets arbete på ett sådant sätt som de skulle vilja vara. Deras yrkesroll och arbetsbeskrivning var otydlig samt att deras arbetsuppgifter, i form av samtal och stöd av patienter, inte prioriterades av medicinsk personal. Om socialarbetarnas kunskap utnyttjades på ett bättre sätt så skulle värdet av det arbete som de utför öka. Det skulle även höja värdet på socialarbetare som profession. Socialarbetare behöver i och med denna vetenskap marknadsföra sin profession mera samt undervisa och informera sjukhuspersonal om vad en socialarbetare gör (A McMichael, 2000, s 177).

Studien visar att den status som en socialarbetare har på olika sjukhus varierar. I studien beskrivs att statusen mer troligt beror på den anställda individen än på professionen som helhet då varje individ har sitt eget sätt att värdera sitt arbete, kommunicera och arbeta. Det gjordes dock känt att socialarbetare inom sjukvården var tvungna att ständigt bevisa sig själva inför medicinsk personal (a.a. s 177).

Studien visade att det finns ett fåtal kliniker på sjukhus där socialarbetare och medicinsk personal verkar samarbeta bättre än på övriga kliniker. Det ansågs att de pratade ”samma språk”. Dessa kliniker är bl. a kliniker som är inriktade på barn. Enligt studien har övriga kliniker en tendens att värdera patientens fysiska tillstånd högre än dennes sociala och psykologiska tillstånd. Det leder till att medicinsk personal har ett kritiskt öga till det arbete som socialarbetaren utför (a.a. s 177).

Uppfattningen från andra professioner av socialarbetarens roll och arbete var enligt studien förvirrad och otydlig. Andra professioner kunde uttrycka att de inte förstod vad en socialarbetare gör. Vissa ansåg att socialarbetaren arbetsuppgifter inte passande in på ett sjukhus.

Dagens socialarbetare måste anpassa sin roll in i sjukhusets värld. Det kan ibland bli en kamp mellan organisationens behov och patientens behov. Studien tydliggjorde dock att socialarbetare hade en positiv uppfattning om sig själva. Det framkom att de var stolta över sitt arbete men kände en maktlöshet och för hög arbetsbörda. McMichael ansåg det som viktigt att socialarbetare värderar sig själva högt för att även andra professioner ska följa efter och värdera dem högre. Hon ansåg att detta kunde ske genom att tydliggöra vad en socialarbetare gör genom nyhetsbrev på arbetsplatsen, forskning, etcetera (a.a. 178).

### **Kurators uppfattning om sin yrkesroll och samarbetet med medicinska yrkesgrupper**

Kuratorerna anser att de har ett viktigt arbete inom kroppssjukvården som inte går att ersättas av andra yrkeskategorier. De menar att den grundutbildning som en kurator har skiljer sig från andra yrkeskategorier och kunskaperna som kuratorn har är annorlunda än de medicinska. Vidare beskrivs att kuratorn har ett mod som de andra yrkesgrupperna saknar. Ett mod att våga möta de svåra saker som patienterna tar upp. De vågar möta förtvivlan utan att vara fixerade vid åtgärder. Kuratorn har bara sig själv som verktyg i arbetet med patienterna och kan t.ex. inte ge medicin som läkarna vilket resulterar i ett annat sätt att arbeta (Alenius, 2000, s 314).

Det framkommer i studien att synen på kuratorn är beroende av den övriga sjukhuspersonalens kunskap om kuratorsyrket, men att det är även en fråga om huruvida kuratorn själv kan

marknadsföra sig själv och sin kunskap till övrig personal. Det är viktigt att vara synlig och att inte ge sig själv en undanskymd roll. Enligt kuratorerna är synen på kuratorn individuell från person till person utifrån vem man är som individ vilket gör det svårt att få en enhetlig syn på kuratorer. Det framgår att det finns åsikter om att det inom klinikerna har funnits olika förväntningar på vad kuratorn ska göra inom sjukvården. Hon har setts som spindeln i nätet som ska sköta allt utanför det medicinska till att ibland bli inkallad så fort någon patient är ledsen. Samarbete med de övriga yrkesgrupperna beror på vilka relationer man har till de i personalen. Om relationen är bra så är det lättare att prata öppet och enkelt. Samarbetet med läkarna kunde ha varit bättre och en önskan om bättre samarbete kommer till uttryck i studien. Kirurgiläkarna var svåra att få tag i och upplevelsen var att de inte fick främtas sin tid. Samarbetet med sjuksköterskorna känns naturligt men varierar då läkarna t.ex. har en mer lika syn på kuratorns arbete än vad sjuksköterskorna bedöms ha. Det framkommer även att sjuksköterskorna anses göra mycket av det sociala arbetet även om de inte har samtal med patienterna på bestämda tider. Sjuksköterskorna har enligt kuratorerna en stödjande roll (a.a., s 34-35).

Det framkommer av intervjuerna med kuratorerna att resursfördelningen mellan det medicinska och det psykosociala är katastrofal inom sjukvården. En kurator uttrycker det genom att säga att det är en fråga om kunskap där den medicinska kunskapen är vedertagen och där kuratorsarbetet ligger efter. Den medicinska biten ses som det väsentliga medan det psykosociala arbetet inte bör tänkas på. Detta i sin tur leder till att fler människor fortsätter vara sjuka och att samhället får fler utslagna personer (a.a. s 35). Resursfördelningen inom sjukvården leder till att kuratorn får för lite arbetsuppgifter vilket leder till att kuratorn utvecklas sämre. Vidare beskrivs det hur det inte finns några kollegor att diskutera med vilket gör det svårt för kuratorn att reflektera kring sitt arbete. Kuratorn upplever sig ensam i sin yrkesroll då det inte finns någon annan som talar dennes språk. Detta i sig leder till stress som i sin tur leder till att kuratorn blir fixerad vid åtgärder och fattar fel beslut. En känsla av utanförskap målas upp av kuratorerna, en upplevelse av att i organisationen befinna sig utanför (a.a., s 35).

## Professioner och samarbete

Den vård och behandling som äger rum inom sjukvården har sin utgångspunkt i vetenskap och tillförlitlig erfarenhet. Den utgångspunkten är något som sjukhusets alla yrkesgrupper utgår ifrån i sitt arbete. Kuratorns arbete bidrar med kompetens inom psykosocialt arbete. Det är inte ovanligt inom sjukvården att kuratorn är ensam om att ha en samhälls och beteendevetenskaplig utbildning. De flesta yrkesgrupperna inom sjukvården har någon form av naturvetenskaplig utbildning.

Sjukvårdens arbete består av många olika former av samarbete mellan de olika yrkesgrupperna. Beroende på verksamhet så kan både samarbetet och arbetsuppgifterna se olika ut. De typer av samarbete som kan förekomma är konferenser, ronder och teammöten. Dessa olika typer av flerprofessionellt samarbete innebär att olika yrkesgrupper arbetar tillsammans och bidrar med sin unika kompetens utifrån patientens aktuella behov (A. Lundin m fl., 2007, s 29-31).

Enligt en undersökning som gjorts angående bl. a tillfredsställelse på arbetet så har det framkommit att samarbete, ansvar och självständighet är de faktorer som vårdpersonal anser ger mest tillfredsställelse på jobbet. Det som har framhävts som mest betydelsefullt för Läkare har i undersökningen varit sin egen arbetsroll i relation till övriga kollegor. Sjuksköterskor betonade relationen till patienter som mest tillfredställande på arbetet (E. Borgenhammar, A. Margulies, 1974, s 168).

Det har varit svårt att hitta forskning om olika professioner och samarbetet däremellan men en del i detta skulle kunna vara att ta reda på hur man ser på samarbetet när det gäller utbildning av professionerna.

### Tvärprofessionell utbildning -Interprofessional education (IPE)

Hugh Barr beskriver i sin studie *Interprofessionell education, the fourth focus*, hur tvärprofessionell utbildning definieras och kan arbetas med. Han beskriver tre medelpunkter som utgör grunden för IPE (interprofessional education) som ska förbereda studenter för ett yrkesliv med ett gott samarbete mellan professioner. Studenterna får exempelvis lära sig hur man på bästa sätt arbetar i team och utvecklar tjänster som förbättrar omsorg (Barr, 2007, s 40).

I takt med att intresset för tvärprofessionell utbildning har ökat bland olika professioner och i olika länder så krävdes en definition av IPE. Den vidaste definitionen som anammats kommer från The UK centre for the advancement of interprofessional education (a.a., s 40). Så här lyder den definitionen:



IPE är tillfällen när två eller flera professioner lär: med, av och om varandra, för att förbättra samarbetet och kvaliteten på omsorgen (Barr, 2007).

De tre fokuspunkter/medelpunkter som Barr beskriver för IPE är:

1. Att förbereda individer för ett yrkesliv i samarbete
2. Kunskap om att arbeta i team
3. Utveckla tjänster som kan förbättra vård/omsorg

Den första punkten fokuserar på att öka kunskapen och förståelsen för tvärprofessionellt arbete hos studenter som ska ut i yrkeslivet och samarbeta med andra professioner. På universitetsnivå finns ett ökat intresse för IPE utifrån att kunskapen växer utifrån positiva erfarenheter av utbytet mellan olika professioner. Den andra punkten för IPE fokuserar på teamarbete snarare än individen. Det handlar om att öka förståelsen för gruppdynamik kompletterat med teorier och praktisk kunskap om teamarbete. Den tredje punkten handlar om att förbättra förmedling av tjänster, kvalitetsförbättring när det gäller anställning av personal samt förbättring av tillkortakommanden som upptäcks av allmänpraktiker, patienter eller stödpersoner. Detta steg är baserat på praktik och att man lär genom att göra även om det ibland också innefattas av studenter.

Forskningen visar att denna utbildning är mest effektiv när den utförs av allmänpraktiker ute i arbetslivet och inte av studenter på universiteten. Barr menar dock att bristen i det argumentet ligger i att man då inte tar hänsyn till att IPE utbildningen på universiteten gör studenterna mottagliga för samarbete i yrkeslivet, samt att det förbereder de för arbetslivsbaserad kunskap om samarbete (a.a., s 41-42).

IPE har kommit att spridas världen över för att öka samarbete mellan de olika professionerna inom vårdsektorn och därmed förbättra vårdkvalitén. Utifrån vad vi har funnit så appliceras IPE i Sverige men endast vid Linköpings universitet. I 20 år har Linköpings universitet utbildat läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, och biologer i IPE utifrån den så kallade "Linköping IPE Modell" (Faresjö, Wilhelmsson, m.fl., 2007). Vad vi kunnat tyda så utbildas alltså inte psykologer, socionomer eller andra blivande yrkesutövare inom den samhällsvetenskapliga traditionen inom IPE. Vid Linköpings universitet verkar IPE enbart innefatta de naturvetenskapliga yrkesgrupperna.

## Sökandet efter en identitet

Hester O'Connor diskuterar i sin studie som är gjord i Storbritannien hur en ny roll kan innebära flera års sökande och formande för att slutligen bli en erkänd identitet.

O'Connor menar i sin studie att ingen yrkesroll kan uppkomma att existera och vara fullt färdigutvecklad och etablerad. Det är i mötet med andra som identiteten skapas trots tidigare normer och värderingar. En yrkesidentitet kan inte heller skapas enbart utifrån en person eller grupp. O'Connor menar istället att identiteten måste växa fram utifrån den nya yrkesgruppen, de omgivande yrkesgrupperna och samhället i övrigt (O'Connor, 2006, s 94-95).

Den kliniska psykologin i Storbritannien har genomgått en sådan identitetsutveckling som O'Connor beskriver. Allt sedan 1940-talet så har den kliniska psykologin i Storbritannien definierat och omdefinierat sin yrkesgrupps identitet. Den doktorstitel som på 1990-talet gavs till psykologer har betytt mycket för den kliniska psykologins erkännande. Det tog dock 50 år innan den doktorstiteln blev verklighet. En liknande utveckling vore möjligtvis gynnande för även socionomen yrkesroll som kurator (a.a., s 97-98).

Han refererar vidare till Elias och Scotsons studie. Elias och Scotsons studie *the Established and the Outsiders* visar att medlemmar i en grupp med mer makt än andra grupper anser att de är bättre än de andra (N Elias, J Scotson, 1994, s 147).

De beteendemönster som utvecklas i mer etablerade grupper är självkontroll och stark grupptillhörighet. Gruppen får status och makt som kompensation för den restriktivitet och svårighet att leva ett spontant liv som den etablerade gruppens beteendemönster ger. Delade tabun och restriktioner stärker gruppbanden inom den etablerade gruppen. Genom detta så blir gruppen mer sammanfogad då de stöter på grupper som står utanför den etablerade (a.a. s 153).

Dessa etablerade grupper är i studien kända för varandra och har starka band med varandra. I relationer till grupper med mindre makt så står den etablerade gruppen enad men det betyder inte att de tycker om varandra inom gruppen (a.a. s 155).

Att vara nykomling innebär att forma nya relationer i redan existerande grupper. En nykomling är den som försöker hitta acceptans hos de övriga. Redan etablerade grupp kulturer samt problem som kan uppstå i skapandet av den nya roll som nykomlingen tilldelas blir något som denne får acceptera och hantera (a.a. s 157).

Studien pekar på att oavsett om det handlar om en hel grupp eller en enskilda individ så kämpar en nykomling kämpar för att förbättra sin position. De försöker att kliva ur rollen som inkräktare vilken har blivit given till dem. Den etablerade gruppen gör istället allt för att behålla sin position vilken hotas av nykomlingarna.

Deras studie visar hur en ny grupp av människor introduceras in i en gammal och etablerad grupp av människor så använder den etablerade gruppen skvaller som ett sätt att stigmatisera och stöta ut den nya gruppen. På detta sätt så påverkades den nya gruppens självuppfattning och fick dem att känna sig som inkräktare i den gamla gruppens territorium. Användandet av skvaller förstärkte känslan av vi och dem för de båda grupperna vilket blev en kamp om sin identitet för den nya gruppen. Yrkesgrupper som funnits inom en bransch en lång tid har en säkerhet i sin identitet och självklarhet på arbetet i jämförelse med nya yrkesgrupper. Olika typer av skvaller kan hjälpa till att fasthålla den ställningen. Det kan exempelvis vara en yrkesgrupp som talar ner en annan yrkesgrupp, att de inte är behövda eller utför ett dåligt jobb (a.a. s 89, 94). Övriga sätt som den etablerade gruppen använder sig av för att behålla sin status är nedvärderande ord, fördomar samt exkludering av alla chanser till makt för de utomstående (a.a. s 158).

Då den etablerade gruppen har mer makt och inflytande så har den stora möjligheter att använda detta för att övertala andra att dela dennes uppfattningar om exempelvis en utomstående. De kan till och med använda sin makt och sitt inflytande till att få den mindre etablerade gruppen att acceptera den bild som den etablerade gruppen har gett den (a.a. s 159). Studien säger sammanfattningsvis att det är viktigt att förstå och tyda de maktstrukturer inom och mellan grupper för att kunna kontrollera och undvika dem (a.a. s 173).

Vi bedömer att detta är exempel på en studie som till skillnad från mycket annan forskning som vi funnit, är mycket teoretiskt förankrad. Det visar på att vi inte är ensamma om att i vår studie knyta an våra resonemang till teoretiska perspektiv.



## Teoretisk utgångspunkt

Vår utgångspunkt i den teoretiska förankringen för vårt arbete är teman inom grupppsykologi och arbetspsykologi utifrån den grupporienterade teoribildningen inom socialpsykologin. Denna syn präglas av att man ser på människan som en del av något större; såsom en grupp, en organisation och/eller ett samhälle (Westlander, 1993).

Vi har valt den grupporienterade delen av socialpsykologins fält då vi har som syfte att få förståelse för kuratorernas upplevelse av att vara en del av en organisation och därmed ett system; i detta fall hälso- och sjukvården som ligger utanför deras eget kunskapsområde. Teman inom grupppsykologin och arbetspsykologin är något vi finner användbart för att kunna analysera vårt empiriska material. Detta då det ger förklaringar och intressanta perspektiv på människans delaktighet och funktion i den rad av grupper vi alla är delar utav.

Vi har valt att ge en kort beskrivning av vår huvudsakliga teoris framväxt och dess historia för att sedan närmre beskriva delarna av den teori som vi kommer att använda som analysredskap.

## Socialpsykologi

En av de viktigaste personerna för socialpsykologins framväxt var William Wundt (1832-1920). Han betonade vikten av att se på människan som en aktiv varelse med ett medvetande som bland annat tar sig uttryck i kollektiva handlingar som binder människor samman. Han kom vidare att inspirera flera forskare och en av de första var Emile Durkheim (1856-1917). Durkheim kom i sin tur att föra vidare Wundts tanke om att man måste skilja på de individuella och de kollektiva föreställningarna hos människan. Därav gjorde han en tydlig skillnad mellan socialpsykologi och sociologi. Wundt kom även att inspirera George Herbert Mead (1863-1931) som strävade efter att försöka hitta sambandet mellan människans medvetande och samhället (Westlander, 1993, s 1-4).

Inom det socialpsykologiska kunskapsområdet skiljer man mellan *individualistiska* och *grupporienterade* teorier. Den individualistiska teorin förklarar skeenden utifrån enskilda individers egenskaper, personligheter och beteenden. Detta är det som i grunden skiljer den individualistiska teorin från den grupporienterade som istället ser individen som en del av en större helhet. Den grupporienterade teorin som vi valt representeras dels av den *symboliska interaktionismen* där gruppen ses som en spegel som individen blir medveten om sig själv genom. Även *systemteorin* där gruppen ses som ett system, *Lewins fältteori* och *psykodyna-*

*misk gruppteori* som beskriver gruppen som det omedvetnas teater utgör grunden för den grupporienterade teorin (Svedberg, 2003, s 13-14).

## **Grupporienterad teori**

### Symboliska interaktionismen

Den symboliska interaktionismen inspirerades av Charles H. Cooley och framförallt George Herbert Mead utifrån tanken om att det är i mötet med andra som vi människor finner oss själva. Mead var professor i filosofi vid University of Chicago och han hade ett stort intresse för samhällsfrågor. Det ledde honom till att betona vikten av ett vetenskapligt tänkande för att kunna hantera samhällsfrågor i ett demokratiskt samhälle. Mead talar om samspelande processer och social handling. Han menar att en människas handlingar enbart kan förstås utifrån den grupp som han eller hon tillhör. Han menar vidare att en persons handling inte kan ses som olika delar som är isolerade från varandra, en människas handling måste istället förstås som en dynamisk helhet. Det är gruppen som utgör sammanhanget för människans handlingar (Svedberg, 2003, s 33-34).

Enligt Mead så är vår kropps födelse biologisk men vår födelse som människa är social. För att utveckla hans resonemang så menar han att människans Jag föds i samspelet med andra individer. Denna interaktion människor emellan är en process som Mead kallar social spegling. Människan handlar och speglar sig i den reaktion hon möter hos andra människor och formar utifrån det ett jag. Vårt jag växer på så sätt fram utifrån våra sociala handlingar som omgivningen ger respons på. Därav söker vi ständigt efter andra människor som ger oss positiv "feedback" för att vi utifrån det ska kunna utveckla och bibehålla en positiv självbild. Jaget är inte statiskt utan är beroende av att människan gör erfarenheter som en del av en grupp (a.a. s 29-31 ).

### Lewins fältteori

Gruppdynamik är ett begrepp som till stor del introducerats av den amerikanska och tyskfödde socialpsykologen Kurt Lewin (1890-1947) Han myntade uttrycket: Det finns ingenting så praktiskt som en god teori. Han såg inga motsättningar i att förena sina praktiska och teoretiska intressen. Hans livsprojekt var en praktiskt inriktad socialpsykologi. Han menade att psykologin måste flytta sin fokus från individen till individens sociala sammanhang. Människan ingår alltid i ett psykologiskt sammanhang, eller som Lewin själv beskrev det ett; *ett psykologiskt fält*. Människans beteende är ett resultat av dynamiken mellan människans livsrum och de individuella egenskaperna (Svedberg, 2003,s 37-38)

## Systemteori

Biologen och professorn Ludwig von Bertalanffy har fått epitetet Systemteorins fader. Systemteorin är en biologisk teori som utgår från att alla organismer utgör system. Människan är i sin tur en del av det samhällsliga systemet. Teorin tillämpas därmed såväl på sociala system såsom grupper, familjer och samhällen som på biologiska system.

Systemteorin ser gruppen som ett system där allt mänskligt handlande uppstår i samspelet med andra individer. En individ ingår oftast i flera olika system som påverkar varandra och som i sin tur kan bilda nya system. Det som händer i en mindre del av ett system ger information om vad som pågår i systemet som helhet. Om t.ex. två personer i en personalgrupp hamnar i konflikt med varandra så kan det ha sin ursprungliga orsak någon annanstans i systemet, i detta fall organisationen (Svedberg, 2003, s 45-47, Payne, 2002, s 193).

## Psykodynamisk gruppteori - Gruppen som det omedvetnas teater

Sigmund Freud ger i sin psykodynamiska teori en förståelse och tolkning av gruppdynamik. Människans beteende är betydelsefullt oavsett om det är medvetet eller omedvetet. Det omedvetna består, enligt Freud, av människans naturliga drifter som inte kan ges utlopp för i ett civiliserat samhälle. De naturliga drifterna måste därför hållas tillbaka för att människan ska bete sig på ett sätt som är accepterat av samhället. Utifrån den psykodynamiska teorin så är det jaget som är det ansvarstagande och medvetna av vår personlighet. Samvetet regleras av överjaget. Då de egna behoven är i balans med gruppens krav så kan ett välfungerande jag utvecklas. Människan har stora svårigheter att stå emot ett gruppsyck utan påverkas och formas utifrån gruppen och dess attityder. Det kan utspelas i form av rasism och klassfördomar. Gruppen kan även ge individen mycket positivt, enligt Freud så vill människan vara en del i ett sammanhang, en grupp. Genom att ingå i en grupp så finns det stor möjlighet för människan att utvecklas och mogna personlighetsmässigt (Svedberg, 2003, s 57-60).

## Grupper

Det finns ett antal olika definitioner av vad som är en grupp. En vanligt återkommande definition av gruppen är: En grupp kan förstås som ett antal personer som kommunicerar med varandra och är så pass få att alla kan kommunicera med varandra ansikte mot ansikte (Svedberg, 2003, s14-14, Nilsson, 1993, s 24). En grupp kan heller inte förstås utifrån dess medlemmar som individer utan utifrån hur de fungerar tillsammans. Alla medlemmarna i en grupp påverkas av vad de andra gör och inte gör. Individen utvecklar sin sociala roll utifrån hur dennes

personlighet visar sig i samspelet med andra då medlemmarna relaterar till varandra inom gruppen (Granér, 1994, s 9).

### Den lilla och stora gruppen

Alla människor har ett behov av att bli sedda, känna gemenskap och känna sig älskade. För att uppnå detta är människans vilja till att försöka anpassa sig enorm. Som tidigare nämnts så behöver människan ingå i ett samspel med andra för att utforma sin egen identitet. Samtidigt som gruppen kan ge livsglädje så kräver den också anpassning (Svedberg, 2003, s 108). Om människan inte hade möjlighet att anpassa sig så skulle en grupptillhörighet vara i princip omöjlig. I teamarbete på ett sjukhus där många olika viljor och kunskaper vill göra sig hörda så krävs det av teamet att samarbeta och anpassa sig för att göra ett bra och effektivt arbete. Vi anpassar oss och handlar efter hur vi uppfattar att andra ser oss. Det sättet att bete oss inger en livsviktig trygghet för människan (Granér, 1994, s 109-110).

I en stor grupp som innehåller runt tjugo personer eller fler så har möjligheterna för gruppen förändrats. Det finns en stor kvalitativ skillnad mellan den stora gruppen och den lilla gruppen. I och med att antalet medlemmar i gruppen är så pass stor så finns det inte längre samma möjlighet till kontakt medlemmarna emellan och gruppen kan upplevas som mer operativ. Varje individ i gruppen förhåller sig till hur deras utrymme i gruppen kommer att gestalta sig. Vissa personer i gruppen blir passiva, andra blir tysta och uttrycker inte sin åsikt i diskussioner. Det finns även de som blir aktiva och tar upp stort utrymme på bekostnad av dem som tar mindre. Fördelningen av ordet i en större grupp kan vara problematiskt och tenderar att bli mer ojämn än i en mindre grupp. Det kan vara svårare för vissa att tala inför en stor grupp människor. Det som sägs får uppmärksamhet av ett större antal människor vilket också ger en tyngd i det som sägs (a.a. s 119-120). I och med en ökad gruppstorlek så utvecklas det större benägenhet till ledarskap och där det i en mindre grupp kan skapas en mer rörlig diskussion och där tendensen ledarskap inte är lika påtaglig. Det är dock så att ju färre medlemmar i en grupp desto färre åsikter att lyssna på vilket är viktigt att ha i åtanke då en grupp ska formas. Det gäller då att en arbetsuppgift och dess syfte får en gruppstorlek som passar (A Sjölund, 1985, s 101).

Det finns vissa specifika skillnader mellan en stor grupp och en liten grupp som påverkar hur medarbetarskapet fungerar. I en liten grupp om två eller tre personer så får varje individ i gruppen en tämligen stor del av gruppens utrymme. Genom att få ett större utrymme i gruppen så ökar känslan av tillhörighet och inflytandemöjlighet. Ju fler medlemmar en grupp har desto mindre utrymme samt känsla av tillhörighet och inflytande. Konsekvenserna av detta



blir att sammanhållningen, kohesionen, minskar i gruppen. I en arbetssituation kräver dock inte alla arbetsuppgifter en stark gruppsammanhållning (Svedberg, 2003, s 114).

Det finns en större anonymitet i en stor grupp än i en liten grupp vilket gör att varje enskild individs engagemang och ansvar i gruppen blir mindre synbart. Det kallas social loafing då det på grund av en ökad gruppstorlek minskar gruppens samhörighet och motivation. Följderna av detta blir att gruppens resultat blir sämre (a.a. s 114).

En ökad gruppstorlek försämrar kommunikationen och höjer risken för att den blir mindre personlig. Det blir ett större fysiskt avstånd mellan gruppens medlemmar då den ökar i storlek. Desto färre medlemmar ju mer tid för varje individ att göra sin röst hörd vilket försvåras då gruppen är av större storlek (a.a. s 115). I en större grupp är det därmed vanligt att föra en talarlista för att på så sätt göra det möjligt för alla att göra sig hörda. Det leder till en mer formell miljö i gruppen. I och med den mer formella talarlistan så kan gruppens kommunikation komma att påverkas på ett sådant sätt att kontinuiteten i samtalen försvinner. Frånvaro av struktur i den lilla gruppen kan dock medföra svårigheter. Risk finns att högstatuspersoner tar över kommunikationen och styr vad som är och inte är värdefulla samtalsämnen (a.a. s 117-118).

Det finns forskning gjord på effektivitet sammankopplat med den optimala gruppstorleken. För att gruppen ska vara så effektiv i sitt arbete som möjligt så är det optimala att gruppen består av mellan fyra till tio personer. Definitionen av effektivitet är att gruppen så snabbt som möjligt genomfört den korrekta lösningen på en uppgift. Konsekvenserna bli att om en arbetsgrupp består av för många individer så minskar deras effektivitet i att utföra sitt arbete (a.a. s 115-116).

Om det finns en specifik arbetsuppgift, exempelvis ett teamarbete kring en patient på ett sjukhus, så måste gruppen för att kunna utföra uppgiften på ett tillfredställande sätt uppfylla två krav på duglighet. Gruppens medlemmar måste tillsammans ha tillräcklig duglighet för att kunna utföra arbetsuppgiften. Gruppen måste även ha en social duglighet så att medlemmarnas kompetens och arbete kan komplettera varandra. Det är även viktigt att gruppen kan arbeta med sin uppgift och inte behöver utöva maktkamp sinsemellan. Storleken på gruppen bör formas utifrån vad medlemmarna anser ger den största trivseln (Sjölund, 1985, s 102-104).

## Arbetsgruppen och dess identitet

I arbetslivet är det oerhört viktigt att vi trivs med de människor som vi arbetar tillsammans med samt att vi trivs i stort med vårt jobb. Vi kan stå ut med korta perioder av stress och vantrivsel men i det långa loppet så kommer det att innebära att vi inte kan utföra vårt arbete. Även i den organiserade gruppen såsom arbetsgruppen är det viktigt för alla individer att få sina sociala behov tillgodosedda för att bibehålla fysiskt och psykiskt välmående och därmed kunna göra ett gott arbete. Individen måste känna tillhörighet i gruppen och det innefattar att bli accepterad som medlem i och att känna att man tillhör en grupp. Vi människor är villiga att anpassa oss efter de villkor som gäller i gruppen för att få dessa sociala behov tillfredsställda. Vi vill även känna oss som en självständig del av gruppen, som en individ. Det är även av stor vikt för alla människor att känna sig omtyckta och accepterade, både för sina positiva såväl som för sina negativa sidor. De sociala behoven utgår på så sätt från tre begrepp rörande tillhörighet, kontroll och gemenskap (Granér, 1991, s 12-13). När våra sociala behov blir tillgodosedda upplever vi människor känslomässig tillfredsställelse och mening. Det är målet med allt som vi människor gör och att arbeta i grupp med andra människor har som mål att uppfylla behovet av gemenskap med andra (a.a. 1991, s 19-20).

Utifrån individens behov att få sina sociala och emotionella behov uppfyllda så bildas mindre grupper i den stora arbetsgruppen, så kallade *subgrupper*. Sinsemellan utvecklar dessa individer sätt att förhålla sig till de andra i den stora gruppen genom bildandet av *sociala roller*. De bildar även normer för vad som gäller medlemmarna emellan och allt detta utgör den socio- emotionella aspekten av livet i en grupp (a.a.). En grupps normer bildas utifrån de sociala behov som finns inom gruppen, dessa normer innefattar hur man skall vara för att få vara en del av gruppen samt vem som tillhör och vem som inte tillhör gruppen (Granér 1994, s 67).

## Grupprocesser och struktur

En konstruktivt arbetande grupp har ett medvetet arbetssätt. I det medvetna arbetssättet så värderas kvaliteter i arbetet och den personliga tillfredställelsen högt. Det är viktigt att gruppen har förtydligat arbetets innehåll, mening och process. Arbetsgruppen har uppgifter, uppdrag och mål vilket kan benämnas som en uppgiftsdimension som klargör arbetets innehåll. Arbetsgruppen bör ha en relevant process då de utför arbetet. De bör alltså ha metoder och strukturer som skapar en god samspelsdimension. För att nå ett medvetet och konstruktivt arbetssätt är det även av stor vikt att gruppen har en tydlig mening med sitt arbete. Det krävs en ledningsdimension som inspirerar gruppen och får den att arbeta framåt. Dessa tre dimensioner bildar tillsammans gruppens identitet (Svedberg, 2003, s 191-192).

Det finns ett behov hos människan att ingå i en gemenskap där dess medlemmar bär på liknande värden som en själv. Om arbetsgruppen skapar och bygger upp en positiv identitet så binds gruppen starkare och närmre utifrån den gemensamma inre enhet som skapats. En positiv gruppidentitet bygger på att varje individ i gruppen respekterar de andras personligheter och deras integritet. Det krävs också att gruppens medlemmar respekterar de överenskommelser och gemensamma uppgifter, uppdrag och mål som gruppen har. Utifrån detta kan det skapas en stark vi-känsla i gruppen. I en grupp där dess syften och mål är otydliga så kan det få konsekvenser för gruppens medlemmar. Det kan vara symptom såsom stress, ökad sjukfrånvaro och så vidare (a.a. s 192-194, 196).

Alla former av samarbete innehåller någon typ av konflikt. Det kan skapas en inbillad frånvaro av konflikter men det är snarare ett tecken på att gruppens medlemmar inte har något starkt engagemang till arbetet och gruppen. Det kan även vara ett symptom av att gruppen inte tillåter alla att ha sin individuella åsikt. En konflikt har ofta sin grund i en irritation som sedan kulminerar och blir känslösam. Förnuftet och medmänskligheten individer emellan har kommit i skuggan av känslor vilket ger problem för gruppen. Det finns olika typer av konflikter. En sakkonflikt kan grunda sig i att det finns oenighet om fakta. Det kan vara att personal har olika perspektiv på hur ett problem ska lösas utifrån deras utbildning, kunskap och övertygelse. En annan typ av konflikt är rollkonflikten där en person i gruppen kan ha fått en roll tilldelad sig som hon eller han inte vill ha. Den tillskrivna rollen medför förväntningar och krav vilket personen som bär den oönskade rollen varken vill eller kan leva upp till (a.a. s 226-228).

## **Roller**

Begreppet roll inom grupp psykologin skiljer sig från hur vi använder det i vardagligt bruk. I dagligt språk använder vi ordet roll i en mening utifrån att vi anser att en person ”spelar en roll” och är någon som han eller hon egentligen inte är. I grupp psykologin däremot så använder vi begreppet utifrån att vi intar olika sociala roller beroende på det sammanhang som vi befinner oss. Vi visar olika sidor av oss själva utifrån vad vår omgivning förväntar sig eller kräver av oss (Granér, 1991, s 93). Rollerna är nödvändiga för att försöka anpassa sig till andra individer och på så sätt göra det okända i gruppen bekant genom att sätta in det i olika fack (Svedberg, 2003, s 158).

På ett arbete och i en arbetsgrupp så har en person förmodligen en anställning och genom en arbetsbeskrivning så förklaras vilka förväntningar och krav som ledningen och gruppens medlemmar ställer på personen. Personen intar därmed en *formell roll* utifrån dessa förväntningar

och krav. Exempel på en formell roll är chef, sekreterare och läkare. Vissa förväntningar och krav är mer dolda och outtalade. Det kan vara att vissa arbetsuppgifter uppmärksammas mer än andra av arbetsgruppen vilket ger en indikation på vad som anses vara viktigt för arbetsgruppen. Utöver de krav och förväntningar som omgivningen ställer på individen så har denne även egna förväntningar, behov och resurser. En del av dessa går att kombinera tillsammans med gruppens förväntningar, behov och resurser medan andra hamnar i konflikt med gruppen (Granér, 1991, s 93-94). En person kan även inta en *informell roll*. Den informella rollen är inte styrd av befattningsbeskrivningar utan kan istället vara beroende av arbetsgruppens eller individens förväntningar och behov (Lennéer Axelson m fl., 2005, s 84).

Personen kan välja att anpassa sig helt till gruppen och avstå från sina egna behov. Individen mister då en del av sin individualitet och blir en *deltagarindivid*. Ingen är dock så pass anpassningsbar till en grupp så att individen helt saknar en egocentrisk rollfunktion. Om personen istället försvarar sina behov så riskerar han eller hon att ställas utanför gruppens gemenskap. Personen blir en *singleton*. Det är viktigt att hitta en balans för personen mellan gruppens förväntningar och de individuella behoven, att anpassa sig till gruppen men inte förlora sin identitet och individualitet. Personen bör sträva efter att bli en *individuell deltagare* (a.a. s 94, 97).

De olika sociala rollerna kan urskiljas utifrån tre olika funktioner. De kan vara *arbetsroller*. Det innebär att individens beteende sammankopplas till gruppens arbete. Det kan exempelvis vara att personen tar initiativet i gruppen och kommer med förslag eller att personen försöker samordna gruppens arbetsuppgifter. De sociala rollerna kan vara *samarbetsroller* och utgå från gruppens känslomässiga behov. Individen intar då en social roll som ämnar ge gruppen trygghet och sammanhållning. Individen kan ge uppmuntran till de övriga gruppmedlemmarna eller så kan personen agera medlare och försöka skämta och lugna gruppen i försök att förhindra konflikter. Den tredje typen av funktion som de sociala rollerna kan ha är *individuella roller*. Denna typ av rollfunktion innebär att individen utgår från sig själv och sina egna behov och därmed sätter gruppens behov som oväsentligt. De självcentrerade rollfunktionerna kan vara till nytta för gruppen eller så kan de ställa till problem i en arbetsgrupp och kan då vara en konsekvens av att individen vars beteende är självcentrerat har en låg motivation till gruppens arbete och inte anser det vara viktigt. Exempel på självcentrerade rollmönster kan vara att en person angriper och nedvärderar de andras arbete i gruppen. Personen kan vara dominant och försöka manipulera de andra medlemmarna utifrån egna självcentrerade syften eller så kan personen vara uppmärksamhetssökande (a.a. s 97-103, Lennéer Axelson m fl., 2005, s 84-85).

Alla grupper och arbetsuppgifter har olika krav samt behov av individen, gruppen och uppgiften. Alla dessa tre roller måste dock vara delaktiga men har ingen förutsatt balans mellan sig. De formella rollerna hjälper gruppen att nå det mål, syfte och den uppgift som verksamheten kräver. Om det finns en oklarhet i rollerna så ger det utrymme för individen att själv utforma som roll (Lenéer Axelson m fl., 2005, s 87).

## **Makt och status**

Det händer att en grupp betraktar sig själva som jämlika inom gruppen det är dock mycket sällan fallet. Gruppen består av sociala hierarkier och dessa kan vara synliga eller dolda. Varje grupp har skapat en gruppkultur och det är de egenskaper och förmågor som stämmer bäst överens med gruppulturen som har högst status i gruppen. Det kan vara längst utbildning, mest kunskap inom ett område, högst lön och så vidare. Den sociala hierarkins främsta kännetecken är makt och status. En person med makt har skickligheten att få sin vilja fram trots konkurrens med andra. Status kan förklaras som en angivelse för hur gruppens medlemmar värderas av varandra. Status och makt är inte alltid sammankopplade till varandra. Personer med hög status kan ha lite makt och de med lite status kan ha mycket makt. Tydliga hierarkier är relativt ovanliga och är mest framstående i exempelvis arméer. Desto mer vanligt är det att se en tydlighet av de sociala hierarkierna i en grupp då det finns en person med mycket hög respektive låg status. De som befinner sig i hierarkins mitt är svårare att urskilja (Granér, 1991, s 115-116).

Det finns vissa förutsättningar för att en social hierarki ska kunna förekomma. Antalet sociala roller i en grupp är starkt sammankopplat med gruppens storlek. Det finns givetvis små grupper med synliga sociala roller men vanligast förekommande är det i större grupper. I en stor grupp är det ofta nödvändigt med en både funktions- samt rolluppdelning i arbetsgruppen. En funktionsuppdelning kan utveckla skillnader mellan medlemmarna i gruppen då det gäller makt och status (a.a. s 116-117).

Begreppet makt handlar om att uppnå vissa syften utan att ta hänsyn till om de andra gruppmedlemmarnas behov blir tillgodosedda. Det säger dock ingenting om huruvida den makten eller de syftena är bra eller dåliga (a.a. s 118).

Vad det gäller status så avgörs graden av status utifrån gruppens ideal och hur väl de tycker att en individ passar in i gruppens ideal. De som stämmer väl överens med gruppens ideal blir identifikationsobjekt och tilldelas hög status. Gruppens rangordning av medlemmarnas status är ofta outtalad. Trots att den är outtalad är det mycket möjligt att gruppens medlemmar har liknande uppfattning om vem som har hög status och vem som har låg status (a.a. s 120).

Tillgivandet av status kan få olika konsekvenser för medlemmarna. Utifrån att en individ tilldelas hög eller låg status utifrån gruppens ideal av hur en människa ska vara kan personen värderas högre eller lägre än de andra i gruppen. Det kan ge följder att en person med hög status kan få uttala sig och bestämma i sakfrågor som är långt utanför hans eller hennes kompetensområde. Omvänt så kan en person med låg status få ett begränsat inflytande i gruppen och inte få göra sin röst hörd (a.a. s 122-123).

Förutom den förvärvade statusen som vi beskrivit ovan så kan en person ha tillskriven status. Den baserar sig på förväntningar som gruppen har på en medlem. Det kan vara en sakfråga där en i gruppen har mycket kunskap och därmed kan göra ett expertutlåtande. Tillskriven status behöver inte vara enhetlig med gruppens syfte utan kan istället ha en kulturell utgångspunkt. En person tillskrivs hög status om denne tillhör en grupp med hög status utanför gruppen. Inom sjukvården så är det läkarkåren som tillskrivs högst status av de befintliga yrkeskategorier som finns representerade där. Det leder till att en läkare som blir insatt i en grupp genast tillskrivs hög status oavsett om hans eller hennes kunskap, erfarenhet och skicklighet är lägre än de övriga medlemmarna i gruppen (a.a. s 123-124).

### **Sammanfattning av teoretisk utgångspunkt**

Vi har valt att återge alla fyra centrala delar av den grupporienterade teorin och dess framväxt ur socialpsykologin, för att skapa en röd tråd i teoriavsnittet. Av naturliga skäl kommer vi dock inte att använda oss av alla delar i analysen av vår empiri utan endast av det som vi finner applicerbart. Symbolisk interaktionism, Lewins fältteori, Systemteori samt gruppen som det omedvetnas teater utifrån Freuds teorier, är de delar som ligger till grund för gruppsykologin. Därför har vi valt att kort beskriva de delarna även om vi inte använder oss av de alla i direkt anslutning till vår analys. Freuds teorier är dock den enda av de fyra grunddelarna som vi kommer att knyta an vår analys till. Därefter kommer vi att fokusera vår analys främst kring Gruppsykologin i sin helhet utifrån delar såsom: den lilla och stora gruppen, arbetsgruppen och dess identitet, gruppprocesser och struktur, makt och status, samt roller.

## Resultatredovisning

Delar av dessa utvalda teman berör varandra och kommer därav att återkomma under mer än ett tema. Vi finner det svårt att undgå detta då de olika temana berör samma eller liknande områden och på så sätt går in i varandra till viss del.

### Att samarbeta med medicinska yrkesgrupper

Samtliga kuratorer beskriver sitt arbete tillsammans med medicinska professioner som ett i huvudsak positivt, roligt och viktigt arbete. De betonar glädjen i att lära sig något nytt hela tiden när de arbetar med andra yrkesgrupper. Sjukvården är en miljö som ständigt utvecklas menar de, och på så sätt så blir det aldrig tråkigt eller långsamt. Att det är många faktorer som påverkar samarbetet, exempelvis organisationsstrukturer, ekonomi och de individer som man arbetar med, var ett återkommande tema. Samtliga kuratorer bedömer att en stor bidragande faktor till att trivas med sitt arbete är att man trivs med sina kollegor från de olika yrkesgrupperna. De är eniga om att det är mycket mer som påverkar relationen till kollegorna utöver det faktum att de tillhör olika professioner.

Helheten betonas ofta och hur det tvärprofessionella arbetet utgör ett helhetstänkande i arbetet samt att det är berikande att få ta del av andras syn på arbetet. Alla yrkesgrupper beskrivs ha varsin viktig pusselbit i arbetet vilket gör samarbetet givande, menar de. Att arbeta i team är i huvudsak en fråga om individer menar kuratorerna, och inte en fråga om profession. Men kuratorerna menar att det självklart finns svårigheter med att förena olika professioner och att arbeta i team kräver att man som kurator är flexibel och följsam. Kuratorerna upplever vissa nackdelar med att arbeta med medicinska yrkesgrupper. De uttrycker nackdelar i att vara ensam kurator på sin klinik och kunde därmed stundvis sakna att ha ”likatänkande” arbetskollegor i sin direkta närhet. Vidare beskriver de att vissa individer och yrkeskategorier är lätta att samarbeta och arbeta sida vid sida med, medans det är svårare med andra. Kuratorerna uttrycker att det kan vara givande att arbeta i team men att det samtidigt kräver flexibilitet och följsamhet från kuratorernas sida vilket inte alltid beskrivs vara helt enkelt

Vid ett tillfälle uttrycks det att det kan vara en nackdel att som kurator sakna medicinsk utbildning även om det inte ingår i deras uppdrag att ha det. Att de övriga professionerna nog kan se det som en nackdel att kuratorer inte förstår det medicinska arbetet eller den medicinska terminologin.

*Ibland kan nog läkarna tycka att det är negativt att vi inte har medicinsk utbildning och kan sätta oss in i det arbetet.*

Uttrycket ensamarbete används vid ett flertal tillfällen när kuratorerna talar om samarbetet. Kuratorerna menar att arbetet inte innefattar så mycket kontakt med andra kuratorskollegor och att det inte är samma ”teamkänsla” som det är på t.ex. socialtjänst eller behandlingshem, även om man arbetar i team inom sjukvården också. Vidare beskrivs det att man som kurator måste acceptera att det är ett ensamarbete och kunna trivas med det.

Det är ett ensamarbete. Och det kan nog vara svårt att som första arbete ha ett ensamarbete. Socialsekreterarna är oftast två när de är ute på sina uppdrag, så samarbetet kan vara svårt för oss inom sjukvården

Helheten betonas ofta och hur det tvärprofessionella arbetet utgör ett helhetstänkande i arbetet, samt att det är berikande att få höra andras syn på arbetet.

Vidare beskrivs det även hur den hektiska atmosfär som råder på sjukhuset inte är överensstämmande med det arbete som en kurator utför. Kuratorerna menar att de arbetar mer långsiktigt än de medicinska professionerna. Det blir två kulturer som krockar i samarbete med medicinska yrkesgrupper. Läkare och sjuksköterskor enbart har några minuter för varje patient och kuratorn ska ha god tid på sig att alliera sig med patienten och successivt bygga en förtroendefull relation.

När man samtalar om svåra saker så måste det dels byggas upp någon slags tillit och att det ska kännas okej, och då kan det kännas som att den här rullandeband principen går emot det som vi kuratorer håller på med. De andra yrkesgrupperna kanske tycker att vi tar lång tid på oss, de har mer tiominutersbesök då de hinner med tre patienter och vi hinner bara med en.

Kuratorerna ger varierade beskrivningar angående hos vilka av yrkesgrupperna de oftast ventilerar sina positiva respektive erfarenheter hos. Ett större antal av kuratorerna menar att de ventilerar erfarenheter från sitt dagliga arbete främst med kollegor inom den egna professionen, alltså hos andra kuratorer. De beskriver vikten av att samtala med någon som delar samma synsätt och utbildning som de själva gör. Kuratorer emellan har en förståelse för varandras arbete då man delar liknande erfarenheter. Detta bidrar till att de hellre söker sig till en kuratorskollega än en kollega från en annan profession när de känner behovet av att samtala med en kollega. Vidare beskriver kuratorerna att det delvis beror på att de i egenskap av att vara kuratorer därmed befinner sig lite utanför den medicinska gruppen som helhet. Men de upplever även att huruvida man helst samtalar med en annan kurator eller en kollega från en annan profession, till viss del beror på vad det gäller. Det framgår dock tydligt att kuratorerna oftast ventilerar med de medicinska professionerna när det handlar om samarbetet kring en gemensam patient.



[Kuratorerna] *Man förstår varandra bättre på ett annat sätt. Och så tror jag att om det är saker som är mer organisatoriska så är ju vår funktion som kuratorer lite utanför och vi kan då diskutera hur det är det är för oss kuratorer.*

Ett par av kuratorerna menar att vem de ventilerar erfarenheter hos, varierar oerhört beroende på situationen. De menar att det är beroende på vilka man arbetar med för den stunden. Arbetar man kring en patient i nära samarbete med läkare och sjuksköterskor så ventilerar man hos dem, och har man en patient i samarbete med en annan kurator så samtalar man med kuratorn.

*Det blir väldigt olika, man ventilerar hos de man har patienten med. Det kan vara sjuksköterskor, det kan vara dietister läkare, andra kuratorer”.*

*Jag reflekterar mycket med mina kuratorskollegor kring vissa saker sen reflekterar jag med läkare och sjuksköterskor efter patientbesök. Och vi byter ofta ord med varandra efter att patienten gått, vi ventilerar lite.*

Genomgående beskriver kuratorerna att de upplever sjukvården som en mycket hierarkisk miljö. Vidare framgår det utifrån kuratorernas upplevelser, att de medicinska yrkesgrupperna har sin egen hierarki där kuratorn inte riktigt innefattas. Genomgående i kuratorernas resonemang är att de befinner sig utanför den hierarkiska ordningen på sjukhuset av den anledningen att kuratorer är” en grupp för sig” enligt dem själva. De beskriver sin position som en slags *mellanposition*. De beskriver hur de egentligen befinner sig utanför den hierarkiska ordningen som utgår från de medicinska professionerna men att de kan placeras på sidan om.

*Vi är ju beteendevetare i en naturvetenskaplig miljö, så vi är inte riktigt med i den hierarkiska ordningen på samma sätt som de övriga yrkesgrupperna.*

Majoriteten av kuratorerna beskriver den hierarkiska ordningen på sjukhuset så här:

1. Överläkare
2. Läkare
3. chefssjuksköterska
4. barnmorskor,
5. sjuksköterskor
6. undersköterskor

Om kuratorerna ska placera kuratorn någonstans i den hierarkiska ordningen så hamnar hon någonstans i ledet med sjuksköterskan menar de flesta kuratorerna. Utifrån att sjuksköterskor och socionomer har ungefär samma utbildningsnivå så placeras dock kuratorn strax under sjuksköterskan, eventuellt likställt med henne. Men riktigt delaktig är kuratorn ändå

inte då de medicinska yrkesgrupperna förstår varandra på ett annat sätt än vad de förstår kurators profession, enligt kuratorerna.

*De medicinska yrkesgrupperna har ju sin egen hierarki liksom. Men vi har ungefär lika lång utbildning som en sjuksköterska så då kommer vi in där någonstans. Men vi ingår liksom inte, vi kommer ju in på ett sidospår vi kuratorer. [medicinska yrkesgrupperna] De förstår ju varandra på ett helt annat sätt.*

Det framkommer att kuratorerna anser att läkare inte tycker sig kunna klara sig utan en sjuksköterska i sitt arbete men dock utan en kurator. Kuratorerna anser att de underlättar för den medicinska personalen i och med att det går att lägga över det icke-medicinska arbetet på kuratorn. Ett genomgående tema kring samarbetet med de medicinska professionerna är att kuratorerna beskriver sin funktion som avlastande för de medicinska grupperna. Läkare och sjuksköterskor beskrivs ha bristande tid att erbjuda patienterna till skillnad från kuratorn som då kan ta sig an patienter som behöver samtala.

*Vi är ju inte avgörande för huruvida läkaren ska kunna bedöma vilken sjukdom patienten har. Men det är klart att det skulle märkas om vi försvann, men det skulle ju märkas större skillnad för en läkare om en sjuksyrra försvann*

Kuratorerna upplever dock att den hierarkiska ordningen mellan yrkesgrupperna har förbättrats med åren, utifrån att de medicinska arbetskollegorna är måna om att samarbetet ska fungera bra. Vidare beskriver kuratorerna att det är viktigt att själv vara intresserad av de övriga yrkesgruppernas arbete samt att man är prestigelös och anpassningsbar. Än en gång poängterar kuratorerna vikten av vem personen bakom yrkesrollen är och hur avgörande det är för samarbetet.

*Sen finns det ju alltid personer som man fungerar mer eller mindre bra med. Det finns ju alltid personer som man är mer bekväm med än andra. Det har ju kanske inte så mycket med deras yrkesroll att göra.*

## **Arbetsplatsplaceringens betydelse för kuratorerna i deras arbete**

Kuratorernas arbetsplacering på sjukhuset avgör vilka professioner som de delar arbetsplats med och därmed möter i det dagliga arbetet. Den kurator som har sitt arbetsrum på kliniken delar lokaler med kollegor från medicinska professioner, medan den som arbetar i anslutning till enbart kuratorer mer sällan möter de medicinska professionerna.

Tre av kuratorerna som vi intervjuat är anställda av en separat kuratorsklinik inom sitt sjukhus. Detta innebär att alla kuratorer på det sjukhus de arbetar på arbetar utifrån ett köp- och säljsystem som innebär att klinikerna på sjukhuset köper kuratorstjänster av en separat kuratorsklinik. Klinikchefen bestämmer hur mycket kuratorstid de vill köpa utifrån hur myck-

et kuratorstid de anser att deras verksamhet behöver. Detta innebär i sin tur att kuratorerna inte är anställda av den klinik som nyttjar deras tjänster utan av en kuratorsklinik. Detta innebär att kuratorskliniken är den främsta arbetsplatstillhörigheten och inte kliniken de kuratorerna arbetar för. Två av dessa kuratorer har ändå sina kontor på kliniken som de arbetar på och inte i anslutning till kuratorskliniken, medan den tredje har sitt kontor i anslutning till enbart kuratorer.

De resterande tre kuratorerna arbetar på ett sjukhus som inte applicerar detta köp- och säljsystem. Det innebär att de är anställda utav den klinik som de arbetar för och att de även har sina kontor på den kliniken.

Samtliga kuratorer ser både för och nackdelar med sina arbetsplaceringar. Den kuratorn som sitter avskild från den klinik han/hon arbetar på anser att nackdelen är att inte ha nära tillgång till de medicinska kollegorna som arbetar på kliniken. Genomgående i resonemanget är att det är viktigt att kunna hålla sig nära de medicinska kollegorna för samarbetets skull. Att arbeta avskilt från de övriga professionerna och istället i anslutning till kuratorer ger dock fördelen att alltid ha tillgång till kollegor med liknande synsätt och erfarenheter som man kan reflektera kring arbetet tillsammans med.

Resterande kuratorer som alla har sin arbetsplatsplacering på kliniken som de arbetar för, anser att det är en fördel då det innebär att man befinner sig ”*mitt i händelsernas centrum*”. De ser det som positivt att alltid ha nära tillgång till det som händer på kliniken då det i sin tur ger större delaktighet i arbetet. Arbetet på kliniken ger närhet till både kollegorna från de övriga professionerna samt till patienter och deras anhöriga. Att ha sin arbetsplacering i anslutning till enbart kuratorer menar de skulle kunna bidra till att man lättare glöms bort av de övriga yrkesgrupperna på kliniken. De påpekar vid ett flertal tillfällen vikten av att bli en del av den klinik man arbetar för samt att klinikanslutningen på ett viktigt sätt bidrar till det. Att inte arbeta i närheten till de medicinska yrkesgrupperna kan lättare leda till att man som kurator glöms bort menar de.

De mindre positiva aspekter som ofta kommer till uttryck är att klinikanslutningen bidrar till att kuratorsyrket blir ännu mer ett ”ensamarbete” samt att det blir ett negativt avstånd till kuratorskollegorna. Tillgången till andra kuratorer beskrivs som mycket viktigt då de utgör ett stöd i ett arbete som ofta innefattar svåra områden såsom kris och sorg.

*Nackdelen är att man tappar kontakten med sina kuratorskollegor. Behöver man rådfråga någon snabbt eller få hjälp med att bolla problem så är man upptagna på varsitt håll rätt långt ifrån varandra.*

Vid ett tillfälle beskrivs det att man som sjukhuskurator måste vara bekväm med att arbeta självständigt då man till största delen arbetar ensam bland medicinska professioner. Eftersom kuratorer delar samma yrkesroll så anser de att det ger en särskild förståelse som inte går att finna på samma sätt hos de övriga yrkeskategorierna. Att inte ha denna nära tillgång till andra kuratorer som arbetsplacering på kuratorskliniken skulle ge, ser de som en nackdel med sin nuvarande placering. Det beskrivs hur man ibland kan känna sig lite utanför när de andra yrkesgrupperna delar sina erfarenheter från det medicinska arbetet.

*Den omedelbara förståelsen som infinner sig när man pratar med en annan kurator infinner sig ju inte när man pratar med någon som har ett medicinskt yrke*

### **Kurators upplevelse av sin yrkesroll och sitt arbete**

Kuratorerna beskriver sitt arbete överensstämmande med de definitioner som beskrivits i bakgrunden till studien. Arbetet utgår från det psykosociala behandlingsarbetet med fokus på krissamtal, sorgebearbetning och rådgivning. Det uttrycks av flertalet kuratorer att de trivs bra på sitt arbete och att de känner glädje i att arbeta tvärprofessionellt där varje profession bidrar med sin kompetens och sitt synsätt.

*Det är jätteroligt att jobba tvärprofessionellt. I teamet blir ju belysning av helheten och det är väldigt berikande att höra andras syn. Jag lär mig mycket när jag hör andras kommentarer i ett behandlingsarbete.*

Samtliga kuratorer anser att deras uppdrag som kuratorer inom hälso- och sjukvården är ett mycket viktigt uppdrag. Helhetsbilden på människan inom den medicinska professionen ser de som mycket viktig. En plötslig eller kronisk sjukdom kan påverka hela livssituationen, inte bara den fysiska hälsan, menar kuratorerna. Sjukdomen är anledningen till att patienten har hamnat på sjukhuset men samtalet behöver inte fokusera på sjukdomen utan vilka konsekvenser sjukdomen har fått samt sociala aspekter såsom familj, vänner och fririd. Har den drabbade en familj så drabbas även de av det inträffade. Kuratorn beskriver sig kan hjälpa patienter att bearbeta kriser som annars skulle kunna utvecklas till somatiska sjukdomar och mänskligt lidande. Det uttrycks tydligt av alla kuratorer hur viktig de anser att den egna rollen är inom sjukvården. I och med att kuratorn utför det sociala arbetet på sjukhuset så blir kuratorn en oerhört viktig person inom sjukvården.

*Jag är övertygad om att ifall det fanns fler kuratorer och psykologer inom sjukvården så skulle det finnas färre somatiska sjukdomar.*

Beskrivningarna anger att det finns utrymme för kuratorerna att avsätta samtalstid med patienten. Bristen på tid till patienten är stor bland de medicinska yrkesgrupperna menar kuratorerna vilket medför att kuratorerna värderar den samtalstiden högt. Vidare beskriver kuratorerna att det är samtalet med patienter som flertalet kuratorer upplever som en viktig och uppskattad del av arbetet. I det dagliga arbetet med patienterna märks det att de blir lättade när de får någon som de kan samtala med, menar kuratorerna. Kuratorn har även möjlighet att hjälpa patienten att få kontakt med andra instanser såsom socialtjänst, psykiatri eller kvinnojourer. Det framgår tydligt av kuratorernas berättelser att en viktig del av kuratorns arbete blir att ge patienten möjligheten att få del av de resurser som övriga samhället har att erbjuda. Kuratorerna menar även att detta är ett arbete som inte någon utav de andra yrkesgrupperna skulle kunna utföra då det krävs kompetens som ligger utanför det medicinska området.

Samtliga kuratorer uttrycker att de arbetsuppgifter som de utför stämmer överens med deras personliga bild av vad som är kuratorns arbetsuppgifter. De beskriver sitt arbete som mycket fritt med stor möjlighet till att forma sin tjänst utifrån vad de anser finns för behov och intresse. Det kan finnas riktlinjer för hur kuratorn ska arbeta men trots att arbetsrutinerna kan vara detsamma för alla kuratorer så påverkas arbetet av den individ som har tjänsten. Då arbetsbeskrivningen kan tolkas på så olika sätt så kan det leda till vissa svårigheter. Det fanns en önskan hos flertalet kuratorer att få en tydligare arbetsbeskrivning för att kunna använda den som ett instrument vid löneförhandling eller vidareutbildning. Det framkom vid ett flertal tillfällen att kuratorerna tycker att det officiella uppdraget inte är välutformat. Några kuratorer är helt ensamma inom sin profession på den klinik där de arbetar vilket leder till att de själva får styra arbetet i sin egen riktning

*Kruxet är att vi inte har någon tydlig arbetsbeskrivning och det är väl lite det som vi har strävat efter att försöka få.*

Flera kuratorer anser att ramarna är mer otydliga för en kurator inom sjukvården än för en socionom som t.ex. arbetar på socialtjänsten där alla har samma yrkesroll och utbildning. För en kurator inom sjukvården blir det mer upp till varje enskild kurator att forma sin yrkesroll. Kuratorns profession är inte lika självklar som för en socionom som arbetar inom exempelvis socialtjänst eller på ett behandlingshem. Flera av kuratorerna anser även att det administrativa arbetet kan bli en stor börda. De menar att det inte är adekvat med tanke på deras utbildning och kompetens att lägga så mycket av tiden på pappersarbete, som de själva uttrycker det.

*Jag anser att allt pappersarbete skulle kunna utföras av en läkarsekreterare för att ge oss kuratorer mer utrymme för samtalstid med patienterna.*

## **Kuratorns upplevelse av de medicinska yrkesgruppernas syn på kuratorn**

Det uttrycks av kuratorerna att de anser sig värderas högt på sin arbetsplats och att efterfrågan på kuratorer är stor på kliniken. De beskriver hur samtliga yrkesgrupper som arbetar med patienter har börjat se helheten där det inte bara är det kroppsliga som ska botas utan även det själsliga. Vidare framgår det av kuratorernas beskrivningar att det dock kan uppstå svårigheter då olika yrkesgrupper tar över kuratorns roll och själva tar samtalskontakter med patienter. En anledning som ges till detta är att vissa anser att kuratorerna inte gör så mycket för patienterna som de borde. Det beskrivs att de medicinska yrkesgrupperna inte alltid förstod att kuratorn faktiskt arbetade då han eller hon hade ett samtal med en patient.

Det framgår av kuratorernas berättelser att det finns motstånd från vissa inom de övriga professionerna att vilja förstå kuratorns arbete. Det uttrycks under vissa av intervjuerna att det finns ett revirtänkande hos framförallt en del äldre manliga överläkare. Det beskrivs hur revirtänkandet i sin tur gör det svårt att för läkarna att ta in ny information. Vidare framgår det att en del äldre överläkare har en auktoritär hållning och ibland en ålderdomlig syn på kuratorns roll. Samt att de läkarna gärna vill bestämma då de generellt har mycket bestämda uppfattningar och åsikter, samt att de tror att deras sätt är det enda sättet som fungerar. Det beskrivs även av kuratorerna att det finns en känsla i arbetet av att behöva underordna sig läkarna och förstå deras arbete fullt ut vilket upplevs som tröttsamt.

Det uttrycks av flertalet kuratorer att de upplever att det finns många inom de andra professionerna som inte vet vad en kurators arbete innebär. Kuratorerna tror att det beror på att de medicinska yrkesgrupperna inte har haft tid eller lust att sätta sig in i det. Det framkommer att kuratorerna anser att det åligger dem själva att synliggöra sig själva, samt att de behöver bli bättre på att våga marknadsföra sig själva och sin unika kompetens. Vid ett tillfälle uttrycks det att de medicinska professionerna kan ha en bild av det kuratorerna gör som går ut på att de enbart sitter och pratar på ett kamratligt plan med patienterna. Att det finns fördomar om kuratorsyrket med föreställningar om att samtalsarbete kan utföras av vem som helst utan krav på särskild kompetens eller utbildning.

*En läkare sa vid ett tillfälle till mig: Jamen ni håller ju bara på med sådant där psyktjafs....och det var väl ett dåligt skämt men det finns någon slags föreställning om att vi bara håller på med något lallande...ungefär som att vi skulle säga att alla läkare är barfotaläkare och inte har någon kunskap. Men det vi gör bygger ju på någon slags evidens att det här fungerar...så att då kanske man inte riktigt har satt sig in det.*

Några av kuratorerna använder sig av uttrycket ”omnipotenta läkare” för att beskriva att det finns läkare som har för höga tankar om sig själva och som tycker att kan utföra det psykosociala arbetet själva.

*Det är intressant med en del äldre läkare som säger att; ja men ni kuratorer håller ju bara på med det där....fast man har förklarat flera gånger vad det är vi faktiskt håller på med. Fast man berättar flera gånger vad vi faktiskt håller på med så är det som att de inte vill ta in eller förstå. De har någon konstig bild av att vi kuratorer gör si och så och att vi är på ett visst sätt.*

Samtliga kuratorer ger dock uttryck för att de upplever att deras arbete uppskattas av de medicinska yrkesgrupperna. Gemensamt för samtliga kuratorer är att de tror att de övriga professionerna upplever en avlastning i sitt arbete genom det arbete som kuratorerna gör. Det beskrivs att många patienter har ett stort behov av att få samtala. Tiden till att sitta ner med patienten och ha det samtalet är något som sjuksköterskor och läkare inte hinner med under sin begränsade tid med patienterna, enligt kuratorerna. Vidare beskrivs det att kuratorns roll därmed kan upplevas som avlastande då det går att remittera de patienterna till kuratorn.

*Jag tror att [läkarna] de tycker det är positivt att vi tar lite tuffare saker som de har lite svårt att tackla. På en klinik finns det ofta väldigt lite tid till varje patient men kuratorn kan ju styra lite mer med sin tid och kan därmed sitta ner med patienten och prata.*

Det uttrycks att kuratorn ibland kan komma att bli en ”slasktratt” dock. Vikten betonas av att inte låta sig bli en ”slasktratt” som andra yrkesgrupper kan skicka patienten till enbart för att de inte upplever sig ha tillräckligt med tid. Vid ett tillfälle uttrycks det av kuratorerna att läkarna har ett ansvar att förklara för patienterna om deras sjukdomsbild och situation, men att det inte alltid ser ut så. Att det inte är något som kan läggas på kuratorn enbart för att läkarna inte upplever sig ha tid eller lust att ta ansvar för den delen av arbetet. Det beskrivs att vissa läkare istället skickar patienter till kuratorn som egentligen enbart har frågor kring det medicinska som den inte tycker sig ha fått svar på.





## Analys av empirin utifrån teori

### Anpassning och flexibilitet

Resultatet av vår studie visar tydligt att de olika kuratorerna är samstämmiga i sina beskrivningar av samarbetet med de medicinska yrkesgrupperna. Återkommande uttryck i kuratorernas berättelser är *flexibilitet och följsamhet*. Dessa uttryck bedömer vi vara nyckelord som beskriver kuratorernas upplevelser av samarbetet. Då en av våra frågeställningar har varit att undersöka hur kuratorerna upplever det flerprofessionella samarbetet så anser vi att vi fått det besvarat. Därmed så har vi uppnått en viktig del i vårt syfte.

Kuratorernas upplevelse av att samarbetet med de medicinska professionerna kräver flexibilitet och följsamhet från kuratorerna själva för att samarbetet ska fungera inom sjukvården, är något vi finner intressant. Inte vid något tillfälle har kuratorerna talat om eller uttryckt vikten av följsamhet hos de övriga yrkesgrupperna gentemot kuratorerna. Något som vi anser bidrar till att förstå denna situation är delar av grupp psykologin som betonar vikten av anpassning från individerna för att grupper i sin helhet ska kunna fungera. Sjukhusmiljön beskrivs dessutom inom grupp psykologin som en miljö där anpassningsförmågan måste vara särskilt hög hos de olika professionerna då många olika kunskapsområden skall förenas (Granér, 1994, s 109-110). På samma sätt som grupp psykologin beskriver vikten av anpassning som en förutsättning för gruppens funktion, så beskriver kuratorerna vikten av flexibilitet och följsamhet hos kuratorer som en viktig grund för ett fungerande samarbete. Vi bedömer att kuratorerna med sina egna ord beskriver detsamma som grupp psykologin här förklarar. Nämligen att kuratorerna inte är en självklar del av den medicinska världen på grund av sin icke-medicinska profession och därmed måste anpassa sig efter de övriga yrkesgruppernas ”spelregler” för att få en plats i den gruppen. Detta anser vi ger även ett teoretiskt orsakssamband till varför de övriga professionerna inte anses behöver vara följsamma i relationen till kuratorerna då det är den medicinska personalen som i detta fall utgör majoriteten av gruppen.

Även grupp psykologins teorier kring roller i grupp sammanhang anser vi ger betydelsefulla infallsvinklar till kuratorernas beskrivningar kring vikten av anpassning. Enligt grupp psykologin så kan en individ välja att anpassa sig helt till gruppen och avstå från sina egna behov för att passa in, och därav bli en så kallad *deltagarindivid* (Granér, 1991, s 94-97). Vi bedömer att kuratorerna till viss del kan ha av sagt sig delar av sin individualitet för att i högre utsträckning försöka passa in i den medicinska världen och på sätt iklätt sig deltagarrollen. Inte på så sätt att de inte skulle stå för sin individuella ställning i den medicinska världen, men eventuellt

såsom grupp psykologin beskriver, att de anstränger sig för att vara följsamma och därav tonar ner den egna "socialarbetarrollen".

Kuratorerna säger sig ha accepterat sitt arbete som ett i grunden ensamarbete som kräver anpassning för att samarbetet med de medicinska yrkesgrupperna ska fungera. Trots det så beskriver kuratorerna även att ensamarbetet många gånger kan vara tufft. På så sätt drar vi utifrån grupp psykologins teorier kring detta, slutsatsen att kuratorerna gjort precis det som man inom den grupp orienterade teorin betonar: de har anpassat sig till gruppen för att passa in, även om de själva upplever vissa aspekter av det ensamma arbetet som mindre positivt emellanåt (Granér, 1994, s 109-110).

Att kuratorerna accepterat sitt arbete som ensamt förvånade oss då kuratorerna pekat på att det är svårt att vara ensam i sin roll. Ett exempel på en svårighet som kuratorerna pekat på är den bristande kontakten med övriga kuratorer. Utifrån grupp psykologins teorier om anpassning som individens drivkraft i grupp sammanhang, så bedömer vi att kuratorerna trots problemen accepterat sin situation på grund av deras stora drivkraft att anpassa sig efter vad som gäller inom gruppen. Utifrån Granérs resonemang kan vi människor inte utföra vårt arbete om vi inte trivs med våra kollegor samt att vi är beroende av att känna tillhörighet i den gruppen vi tillhör eller vill tillhöra. Därav är vi människor villiga att anpassa oss efter de villkor som gäller i gruppen för att få våra sociala behov tillgodosedda (Granér, 1991, s 12-13). Vi bedömer att detta behov att passa in i gruppen och känna tillhörighet och gemenskap som driver människan till anpassning, därmed har vägt upp för baksidorna av det ibland svåra ensamarbetet för kuratorerna. Att de med andra ord har valt att "gilla läget" för att känna tillhörighet i den medicinska världen som i detta fall utgör gruppen.

I beskrivningen av samarbetet med de medicinska yrkesgrupperna rådde det enighet bland kuratorerna om att det finns en hierarkisk ordning på sjukhuset samt hur den är utformad. Den tydliga hierarki som enligt kuratorerna delar in yrkesgrupperna pekar på ett utanförskap för kuratorerna som hamnat utanför indelningen. Detta har en mycket viktig koppling till vårt syfte då det beskriver kuratorernas bild av sin roll och plats inom sjukvården i förhållande till de medicinska yrkesgrupperna. Vi bedömer att Granérs beskrivningar av makt, status och hierarki är direkt användbart i förståelsen för kuratorernas beskrivning av förhållandet mellan yrkesgrupperna på sjukhusen. Hans beskrivning av hur en grupp består av sociala hierarkier där de egenskaper och förmågor som stämmer bäst överens med grupp kulturen har högst status i gruppen, finner vi applicerbart i detta fall (a.a., s 115-116). Granérs resonemang bedömer vi kan öka förståelsen inför varför kuratorn anser sig hamna utanför rangordningen av yrkesgrupperna inom sjukvården. Enligt kuratorerna står nämligen läkaren högst upp i hierarkin

vilket vi anser stämmer väl överens med Granèrs teorier då läkaren har mest kunskaper om medicin och naturvetenskap vilket präglar och genomsyrar sjukvården som kultur. Oavsett vad kuratorerna anser om läkarens plats i hierarkin så har läkaren längst utbildning, mest medicinsk kunskap och högst lön av alla yrkesgrupperna, vilket i sig symboliserar egenskaper och förmågor som ger hög status i en grupp (a.a., s 115-116) Kuratorerna har i sin tur lägst medicinsk kunskap bland alla yrkesgrupperna inom sjukvården och relativt låg lön.

Denna teori om hierarki bedömer vi även visar på att kuratorn kan ha svårt att påverka sin ställning inom gruppen då det tillhör vanligheten att grupper delar in dess medlemmar utifrån status som bestäms utifrån kunskapsområde och utbildning (a.a. s 115-116). För hur vi än vrider och vänder på det så har läkaren mest kunskap medicin och socionomen saknar helt den typen av utbildning. De resterande yrkesgrupperna delar alla det naturvetenskapliga kunskapsområdet som i sin tur präglar och utgör gruppens kultur. Allt detta anser vi ger uttryck för att det är den medicinska utbildningstraditionen som räknas i första hand inom sjukvården. Vi anser att det är störst kunskap om medicin som utgör de gemensamma nämnarna för de yrkesgrupper som hamnar högst upp i den hierarkiska ordningen.

En tydligt framstående beskrivning i kuratorernas berättelser var det faktum att de ofta beskrev hur de i sitt arbete "underlättar arbetet för sjukvårdspersonalen" på olika sätt genom att ta ansvar för delar av patientarbetet som den medicinska personalen inte hinner med. Detta är inte något vi följt upp under intervjuerna utan detta har vi kunnat se och lägga märke till först under analysen när vi fått utsagorna svart på vitt. Vi finner det intressant att kuratorerna så ofta beskriver sig själva ha en roll som underlättar för sjukvårdspersonalen utan att det är ömsesidigt. Vi har aldrig hört kuratorerna beskriva hur sjukvårdspersonalen underlättar för de eller att de ens bör göra det, vi är dock medvetna om att vi kanske hade fått andra svar om vi följt upp de råden under intervjuerna. Vi anser att den hierarkiska ordningen som beskrivs utifrån Granér kan ge ny förståelse för detta då den ger förståelse för kuratorns utanförskap. Utifrån Granèrs teori så bedömer vi att utifrån att kuratorn är den som saknar flest komponenter för att representera gruppens medicinska kultur så faller det sig mer naturligt att de "finns till" för den medicinska personalen och inte tvärtom.

Även Svedberg talar om individens behov av att ingå i en grupp och då i en grupp som delar liknande värden som en själv. Om arbetsgruppen skapar en positiv identitet binds gruppen samman och en stark "vi-känsla" skapas (Svedberg, 2003, s192-194). Utifrån detta bedömer vi att "vi-känslan" som skapats på sjukhusen kan ha skapats på samma sätt som den hierarkiska ordningen och i sin tur bidragit till att kuratorerna hamnat utanför i relation till de övriga yrkesgrupperna inom sjukvården. Nämligen att "vi känslan" formats utifrån den utbildning

och kunskap hos individen som matchar den medicinska kulturen. Vi anser att detta kan vara ytterligare ett sätt att förstå varför kuratorerna talar om sig själva som ”till för” den medicinska personalen och inte tvärtom då kuratorerna utifrån sin profession inte ingår på samma sätt i gruppen. Vi lägger ingen värdering i huruvida kuratorerna och de medicinska professionerna delar liknande värden eller inte. Men kuratorerna har en helhetssyn på människan medan man inom sjukvården främst har en biologisk och medicinskt präglad syn på människan. Detta bedömer vi skulle kunna representera det Svedberg menar med värden inom en grupp då det delvis är detta som skiljer och förenar de två professionerna åt, det vill säga genom deras olika kunskapssyn. Drivkraften att hitta sin tillhörighet i gruppen som Granér beskriver, anser vi kan öka förståelsen för kuratorerna syn på det självklara i att vara ”till för” sjukvårdspersonalen på ett sätt som inte beskrivs i omvänd ordning. Med det menar vi utifrån ett gruppsykologiskt synsätt, att drivkraften att passa in är så stor att man kan acceptera obekvämligheter såsom exempelvis viss ojämnlighet i relationerna.

### **I händelsernas centrum**

Vi anser att detta tema uppfyller en viktig del i syftet då strukturer såsom arbetsplatsplaceringen och dess påverkan på relationen mellan kuratorerna och den övriga sjukvårdspersonalen, är en av våra frågeställningar. Vi anser att vi erinrat oss förståelse för kuratorerna vi intervjuat utifrån deras beskrivningar av arbetsplatsplaceringens betydelse för relationen till de andra professionerna. Att vara och arbeta mitt i ”*händelsernas centrum*” beskrivs som mycket viktigt för kuratorerna då det ger delaktighet i arbetet på sjukhuset och att motsatsen till det riskerar att man som kurator glöms bort i arbetet. Med andra ord så betonar kuratorerna vikten av att arbeta närmast sina medicinska kollegor för att hålla sig ”ajour” med arbetet och de övriga professionerna. Dock yttrar majoriteten av kuratorerna hur de upplever att de ändå saknar sina kuratorskollegor i det dagliga arbetet då de bidrar med extra stöd och förståelse sinsemellan. Av detta kan vi tyda att trots att samtliga kuratorer som vi intervjuat ser fördelar och nackdelar i sin arbetsplatsplacering så föredrar de ett arbetssätt framför det andra och det är det vi vill analysera vidare.

Utifrån vår tolkning av kuratorernas utsagor så brottas de i viss mån med fördelarna respektive nackdelarna med att arbeta med sina medicinska kollegor och i avsaknad av sina kuratorskollegor. I slutändan skulle kuratorerna ändå vid given valmöjlighet välja det de anser främjar delaktigheten i arbetet, nämligen arbetet i nära anslutning till de medicinska professionerna. Trots att kuratorerna även finner stora nackdelar med det så är det ändå så de helst vill arbeta.

Vi anser att Freud i sina psykodynamiska teorier ger intressanta förklaringsmodeller som hjälper oss i analysen av detta. Freud menar att varje individ vill vara en del av en grupp och en del av ett sammanhang och att detta är mycket viktigt för människan. Det är enligt Freud så pass viktigt att människan till och med kan gå så långt som att hålla tillbaka sina naturliga drifter för att bli accepterad av gruppen eller samhället (Svedberg, 2003, s 57-60).

Utifrån kuratorernas beskrivningar så framgår det att de medicinska professionerna är den grupp som kuratorerna lägger störst vikt vid att tillhöra och inte hamna utanför. Kuratorerna bedömer att de måste befinna sig på de medicinska professionernas ”planhalva” för att inte glömmas bort i arbetet. Det som vi bedömer som applicerbart utifrån Freuds teorier är att kuratorskollegorna inte är den grupp kuratorerna anser vara viktigast att tillhöra trots att de poängterat vikten av att arbeta i nära anslutning till andra kuratorer. I förhållande till de medicinska professionerna så väljs kuratorskollegorna ändå bort av de kuratorer vi intervjuat. Om vi sammankopplar Freuds teorier med grupppsykologins resonemang kring makt och status, som vi tidigare diskuterat, så anser vi att det kan bli en intressant koppling till detta.

Kuratorerna som vi intervjuat ger uttryck för hur den övriga medicinska personalen utgör den naturliga gruppen på sjukhuset som kuratorerna utifrån sin roll av socialarbetare i viss mån befinner sig utanför. Utifrån Freuds tankar kring individens strävan efter tillhörighet i gruppen så finner vi det naturligt att kuratorerna strävar efter att ha en plats i den medicinska hierarkin framför den egna gruppen. Kuratorerna är i egenskap av sin profession som socio-nom redan en naturlig del i den grupp som kuratorerna utgör, vilket de inte är i den medicinska gruppen. Många av kuratorerna är även den enda kuratorn på sin klinik tillsammans med flera representanter från medicinska professioner, vilket ännu tydligare visar på deras unika roll i relationen till de övriga yrkesgrupperna. Utifrån Freuds teorier om drivkraft till tillhörighet och teorier kring den hierarkiska strukturen, får vi en ökad förståelse för varför kuratorernas strävan efter att befinna sig i den medicinska professionens centrum övergår strävan efter samvaron med de övriga kuratorerna.

Freud talar även om att människan ibland går emot sina drifter för att bli en del av en grupp. Vi fastslår inte att kuratorernas naturliga drift skulle vara att ha närmast samvaro med andra kuratorer även om kuratorerna gett uttryck för sitt behov av det. Vi drar heller inte slutsatsen att det inte är så. Ändock så möjliggör Freuds teorier om den naturliga drivkraften, att det i detta fall kan vara att tillhöra sin egen grupp av kuratorskollegor, men att det åsidosätts på grund av att man finner ett större behov av att tillhöra den grupp man är satt att arbeta i. Denna slutsats drar vi även utifrån att majoriteten av definitioner av gruppen som fenomen beskrivs som en samling individer som kan kommunicera med varandra ansikte mot ansikte.

te(Svedberg, 2003, s14-14, Nilsson, 1993, s 24). Utifrån denna definition bedömer vi att de övriga medicinska kollegorna utgör den huvudsakliga gruppen då det är de som kuratorerna arbetar tillsammans med och inte kuratorskollegorna. Det är också den gruppanordningen som individen i generellt strävar efter att tillhöra.

### **Tydligare arbetsbeskrivning**

Kuratorerna har i vår studie uttryckt att deras upplevelse av sin yrkesroll och sitt arbete är att de har ett ensamarbete. Kuratorerna utgör en minoritet på de olika kliniker som de jobbar på. Kuratorerna representerar därmed den lilla gruppen och då de medicinska yrkesutövarna är fler till antalet så utgör de den stora gruppen.

Vi anser att kuratorerna uttrycker det Svedberg skriver om angående den lilla och stora gruppen samt samhörighet och inflytande då de uttrycker att de saknar "likatänkande" kollegor i sitt arbete. Kuratorernas upplevelse av att sakna "likatänkande" kan bli ett led i att inte känna samhörighet med de övriga medlemmarna i den stora gruppen. Enligt Svedberg så kan detta leda till att kuratorerna upplever en minskad motivation till sitt arbete (Svedberg, 2003, s 114).

När kuratorn som minoritet kliver in som en del i en större grupp så kan det leda till att hans eller hennes känsla av tillhörighet och inflytande minskar. Kuratorerna belyste att de anser att deras roll är av stort värde på sjukhuset men att de saknar en tydlig arbetsbeskrivning. I en jämförelse med socialtjänsten och att jobba som socionom där så finns det en tydligare struktur och beskrivning av vad som är socionomens uppdrag. Sjukvården har inte kunnat utforma samma tydliga arbetsbeskrivning som socialtjänsten har gjort. Kuratorerna har inte en lika självklar del i arbetet på sjukhuset som de medicinska yrkesgrupperna. För att skapa en sammanhållen och konstruktivt arbetande grupp där medicinska professioner arbetar tillsammans med socionomer så krävs det att gruppens arbete har tydlig mening. Då kuratorerna anser att deras arbete saknar en tydlig arbetsbeskrivning kan det enligt Svedberg påverka arbetssättet och den personliga tillfredställelsen i arbetsgruppen. Konsekvenserna kan bli så allvarliga att det kan leda till symptom i form av stress, ökad sjukfrånvaro och så vidare. En utvecklad metod och struktur samt att det finns en ledning som inspirerar till att sträva framåt i arbetet, är relevant för att skapa en konstruktivt arbetande grupp (a.a. s 192-194, 196).

I och med bristen på en tydlig arbetsbeskrivning så har kuratorerna tvingats forma sin yrkesroll och sitt arbete utifrån dem själva. Det är behov och intresse som har format de olika kuratorernas arbete. Samtliga av kuratorerna har förväntningar och krav på sitt arbete både utifrån och från dem själva. Sättet de har utformat sitt arbete kan sammankopplas med Gra-

nérs resonemang om att vi har individuella förväntningar, behov och resurser som formar en roll åt oss i vårt yrkesutförande (Granér, 1991, s 93-94). Dessa individuella förutsättningar kan vara deras olika intressen av vissa typer av sjukdomar samt intresset och behovet av att föra olika former av samtal med patienter. Vi har även funnit krav och förväntningar på kuratorernas arbete från de medicinska yrkesgrupperna. Dessa har varit att ta kontakt med samhällets olika resurser i form av socialtjänst, kvinnojouer, Försäkringskassan och så vidare. Detta anser kuratorerna är något som de medicinska yrkesgrupperna varken har tid, kunskap eller möjlighet att utföra vilket leder till att det ställs krav och förväntningar på att kuratorerna ska utföra dessa arbetsuppgifter.

Tydliga arbetsbeskrivningar på en arbetsplats är det som ger individen det man inom den grupporienterade teorin beskriver som en *formell roll* (Granér, 1991, s 93-92.) De formella rollerna hjälper individerna att nå de mål och syften som arbetet kräver. Men att som individ ha oklarhet i sin roll ger större utrymme att utforma sin egen roll (Lenéer, Axelsson m fl., 2005, s 87). Vi bedömer utifrån detta teoretiska perspektiv att kuratorerna till viss del saknar en formell roll utifrån deras upplevelser av den bristande arbetsbeskrivningen. Detta anser vi förklarar kuratorernas beskrivningar av att varje kurator får utforma sin roll. Utifrån en bristande formell roll så har det ökat kuratorernas behov av att skapa en egen bild av den egna rollen.

### **”Slasktratt”**

I våra intervjuer med kuratorerna så har det framkommit att det finns en känsla av brist på förståelse från de medicinska yrkesgrupperna. De har inte kunskap om det arbete som kuratorerna utför. Vidare så har det framkommit att kuratorernas arbetsuppgifter både kan ifrågasättas och tas över av andra yrkesgrupper. I kuratorernas delaktighet i en större arbetsgrupp blir det, enligt ett resonemang av Svedberg, en större risk för anonymitet mellan gruppens medlemmar. Kuratorernas arbete blir därmed inte lika synligt som det blir i en mindre grupp (Svedberg, 2003, s 114).

För att skapa en positiv arbetsgrupp så är det viktigt att det finns en respekt från samtliga i arbetsgruppen till de överenskommelser och uppgifter som gruppen skapat eller fått tilldelade. Enligt Svedberg är det annars svårt att skapa en sammanhållen grupp. Svedberg menar då han talar om små och stora grupper att människan vill bli sedd, känna gemenskap och därmed försöker anpassa sig till gruppen (a.a., s 108). För kuratorerna att samarbeta med de medicinska yrkesgrupperna kräver därmed anpassning vilket vidare kan betyda att de måste utforma vissa delar av sin yrkesroll på ett sätt som passar in i den stora gruppen.

Det har framkommit att kuratorerna upplever att de medicinska yrkesgrupperna klär kuratorn i olika arbetsuppgifter, funktioner och roller. De vill att han eller hon ska ta sig tid att samtala med patienten och i det ingår att ge patienten besked om svåra besked, beslut och sjukdomar som annan personal inte alltid vill ta hand om. Kuratorerna har också beskrivit att de upplever att de medicinska yrkesgrupperna stundvis kan använda kuratorn som en *slasktratt* som får ta hand om de arbetsuppgifter som andra inte hinner eller vill göra. Möjligheten finns att kuratorerna anpassar sig till den stora gruppen på detta sätt för att känna en samhörighet och acceptans med den stora gruppen (Svedberg, 2003, s 108).

Förutom brist på förståelse från vissa medicinska arbetskollegor så har det framkommit att det existerar fördomar och revirtänkande mellan de olika yrkesgrupperna. Detta stämmer överens med Granérs diskussion om uppkommelse och tilldelande av status. Alla grupper består av sociala hierarkier vare sig de erkänner det eller inte. Individerna i gruppen tilldelas olika hög status beroende på gruppens ideal av egenskaper och förmågor (Granér, 1991, s 123-124). Det har framkommit att det är läkarna som har tillskrivits högst status inom sjukvården. Som vi nämnt tidigare så är det därmed är det läkaren som blir tilldelad högst status i arbetsgruppen. Då läkaren blir identifikationsobjektet i arbetsgruppen så utgår statusen från ett medicinskt kunskapsfält, lång utbildning och hög lön. Utifrån detta kan vi få en tydligare bild av varför det skapats ett motstånd hos vissa arbetskollegor att förstå kurators arbete (a.a. s 120).

Den konflikt som ibland kan uppstå mellan läkare och kuratorer kan förklaras utifrån Svedbergs resonemang kring konflikter i en arbetsgrupp. Han påstår att det alltid uppstår någon form av konflikt då vi ska samarbeta i en grupp. Utifrån att läkarna med sin medicinska utbildning och kuratorerna med sin samhällsvetenskapliga utbildning har olika synsätt så kan detta leda till konflikt i ett samarbete. Det kan uppstå en sakkonflikt utifrån att de ser exempelvis på en patients behov utifrån olika synvinklar (Svedberg, 2003, s 226-228).

Kuratorerna har i vår studie uttalat att de bitvis får underordna sig läkarna och inta en förstående och följsam roll som ska sätta sig in i läkarnas arbete. Kurators tillskrivna roll som ”slasktratt” och underordnad kollega har av dem själva beskrivits som tröttsam är en roll som hon eller han inte vill bära. Det kan det ge konsekvenser i form av en rollkonflikt där samspelet i arbetsgruppen blir negativ och arbetsglädjen försvinner (a.a. s 226-228).

Kurators roll som ”slasktratt” kan enligt Granérs resonemang vara ett resultat av att omgivningens krav gör att kuratorn intar olika sidor. Granérs resonemang fortsätter med att personer intar dessa roller är nödvändiga för att personer ska finna anpassning till andra individer och grupper (Granér, 1991, s 93). Kuratorerna har uttryckt att de medicinska yrkesgrupperna inte haft vetskap om deras arbete och vad de gör. Genom att kuratorn får en roll som slasktratt



så gör de medicinska yrkesgrupperna kuratorn mer bekant då de placerar in kuratorn i ett fack (Svedberg, 2003, s 158.).

Granér och Lenéer Axelson diskuterar formell och informell roll och vårt analysmaterial pekar på att dessa rollbegrepp går att applicera på de intervjuade kuratorerna. I sitt arbete på sjukhuset så har kuratorn en formell roll som omfattar att han eller hon har det psykosomatiska ansvaret över patienterna. Det har dock framkommit att andra yrkesgrupper såsom sjuksköterskor kan anta en informell roll som kurator och ta över de samtal med patienten som borde lämnas över till kuratorn. I den formella rollen så har andra yrkesgrupper lämnat över arbetsuppgifter till kuratorn som inte tillhör kuratorns ansvarsområde (Granér, 1991, s 93-94, Lenéer Axelson m fl., 2005, s 84).



## Analys av empirin utifrån tidigare forskning

### Särorganisation och utanförskap

Den tidigare forskning som beskriver hierarkier inom sjukvården och därmed beskriver kurators sociala roll visar på resultat som vi finner intressant för vår studie. Detta har analyserats på olika sätt i föregående avsnitt utifrån teori som fokuserar på hierarki, makt och status. Vi vill dock knyta an våra resultat till det perspektivet även i detta avsnitt, utifrån ett eller ett par tidigare studier då vi bedömer att det finns en rad intressanta kopplingar som hjälper oss ytterligare i vår förståelse.

Den tidigare forskningen visar på en uppdelning mellan en *administrativ* och en *medicinsk* hierarki inom sjukvården som kuratorn befinner sig utanför. Detta anser vi liknar det utanförskap som våra kuratorer gett uttryck för. Kuratorerna i Olssons studie är delaktiga i den administrativa hierarkin men i form av en egen så kallad ”särorganisation” som enbart består av kuratorer (Olsson, 1999, s165). Denna studie beskriver situationen som var under 80-talet och att detta på många sätt inte är ett faktum längre, i form av olika omorganisationer som skett inom sjukvården som hjälpt inkludera kuratorn i den medicinska världen.

Vi bedömer dock utifrån våra resultat att denna situation fortfarande är aktuell för sjukhuskuratorer. Dessa ”särorganisationer” inom hierarkin som den tidigare forskningen talar om samt det utanförskap som våra resultat visar, bedömer vi vara två sidor av samma mynt. Vi bedömer att våra resultat bekräftar det som Siv Olsson kommit fram till i sina studier anbefallande exkluderingen av kuratorer från den etablerade hierarkin. Vi bedömer dock att det inte skett så stora förändringar inom sjukvården som man kanske vill tro, eller som Olsson hävdar. Vi bedömer att sjukvården fortfarande är oerhört hierarkisk utifrån våra resultat, och dessutom på ett sätt som ställer kuratorerna utanför den hierarkin. Olsson talar om att det kan finnas ”rester” kvar av denna hierarki med ”särorganisationer” men att det är nästintill borta (a.a. s 166). Även om våra kuratorer inte tillhör en särorganisation inom hierarkin så är de fortfarande inte inkluderade enligt de själva, vi bedömer att det är en form av ”rest” från det gamla systemet som Olsson talar om. Båda fallen visar på ett utanförskap som exkluderar kuratorerna från den etablerade hierarkin även om det är på olika sätt. Våra kuratorer placerar sig i samma hierarki som de medicinska yrkesgrupperna men de anser att de egentligen inte har någon plats där, det finns heller ingen annan del av hierarkin att välja bland. Kuratorerna i den tidigare forskningen har på samma sätt exkluderats genom att tillhöra en egen grupp istället för den medicinska eller den administrativa. Det är självklart omöjligt att fullt ut generalisera vårt material, men vi har trots allt intervjuat kuratorer från två olika sjukhus i olika städer som

gett förvånansvärt liknande svar på våra frågor. Detta anser vi ger upphov till att kunna anta att det finns fler kuratorer ute i landet som känner och upplever sin situation på liknande sätt.

Detta är vår egen spekulation men till bakgrund av Olssons studie så ställer vi oss frågan om det kan vara så att situationen för sjukhuskuratorer kanske till och med har försämrats till viss del. Det är upp till var och en att avgöra men vi undrar om det inte hade varit bättre att som kurator bli erkänd för sitt ”icke-medicinska” arbete genom att tillhöra en ”icke-medicinsk” hierarki som den tidigare forskningen beskriver. Det kan säkert tyckas bidra till eventuell stigmatisering eller en ökad känsla av att vara en ”outsider” i den medicinska världen. Vi ställer oss dock frågan om det inte är en sämre position att befinna sig helt utanför hierarkin av den anledningen att man inte har en naturvetenskaplig utbildning och att man inte utför ett medicinskt arbete. För en sak vågar vi konstatera, och det är att den kampen kan kuratorerna aldrig vinna för de blir aldrig medicinare utan kommer att förbli socialarbetare i en medicinsk miljö. Vi undrar därav om det på så sätt inte är bättre att i alla fall ha någon grupp att tillhöra, även om de inte är ”originalgruppen”, om det är valmöjligheterna som bjuds.

### **Etablerade och nykomlingar**

Vidare beskriver delar av den tidigare forskningen förhållandet inom grupper och vad det innebär att vara en *etablerad* grupp, samt vad det innebär att befinna sig *utanför* och att som *nykomling* försöka finna sin plats inom en grupp (N Elias, J Scotson, 1994). Även om våra kuratorer anser sig vara uppskattade av de övriga professionerna på sjukhuset så finns det andra saker i deras berättelser som talar om ett utanförskap. Exkluderingen i hierarkin som vi diskuterat är det som vi anser pekar tydligast på ett utanförskap som vi upplever att våra kuratorer gett uttryck. Men även beskrivningar av ensamarbetet som sådant är ytterligare ett uttryck för det. Även vikten av anpassning från kuratorernas sida för att bli delaktig anser vi är ett förhållningssätt hos kuratorerna som tyder på mått av utanförskap.

Även internationell forskning uppvisar resultat som anger att kuratorer inom sjukvården inte känner sig så delaktiga som de skulle vilja. Där beskrivs det även att kuratorer inte känner att deras arbete uppskattas samt att de har en otydlig arbetsbeskrivning (A McMichael, 2002, 177). Detta anser vi ger oss anledning att kunna tolka ut kuratorernas upplevelse av utanförskap i vissa avseenden, som mer omfattande än vad de gett uttryck för. Detta är vår egen tolkning men vi upplever nämligen att kuratorerna varit tvetydiga i sina berättelser till viss del. Å ena sidan berättar de om att de trivs bra med sin roll inom sjukvården samt att de känner sig uppskattade av de övriga yrkesgrupperna. I samma stund ger de uttryck för ett tydligt utanförskap samt att behöver anpassa sig och vara flexibla för att inte bli osynliggjorda, samt att de

övriga yrkesgrupperna ibland inte vill sätta sig in i kuratorernas arbete. Detta har gjort att vi ibland haft svårt att tolka deras berättelser då de beskrivit det på så olika sätt. Det lilla vi funnit av tidigare forskning som beskriver kuratorns roll inom sjukvården målar upp en del problemfyllda delar av arbetet. Det i sin tur har gjort att vi vågat tolka ut det negativa i kuratorernas berättelser som ibland varit dolt och motsägelsefullt mot det som de beskrivit som positivt med arbetet. Vi vill absolut inte bortse från det som kuratorerna sagt som varit av positiv natur utan vi vill enbart lyfta fram det svåra i att tolka tvetydiga och ibland motsägelsefulla utsagor. Men vi bedömer att det inte finns någon ”svart och vit” slutsats att dra utan att det faktiskt är så att kuratorernas arbete innebär både givande och tagande samt att de är en kombination av svårigheter och positiva aspekter.

För att återgå till den tidigare forskningen om *etablerade* och *outsiders* så visar de resultaten på hur svårt det är att som ”nykomling” hitta sin plats i en grupp samt att man får acceptera mycket för att finna acceptans (Elias, J Scotson, 1994, s147). Vi anser att det är möjligt att förstå de medicinska yrkesgrupperna som den etablerade gruppen, och att kuratorerna i detta fall är outsiders i egenskap av att vara nykomlingar på det medicinska området. I enlighet med vad Elias och Scotsons teorier talar om angående att även om man känner sig delaktig och accepterad i gruppen så ligger det mycket bakom, det kan ha inneburit att man fått acceptera tillskrivna roller för att få en plats i den etablerade gruppen. Även om inte kuratorerna talat om detta i direkt mening så finns det indikationer på utanförskapet där anpassning och exkluderingen i hierarkin är delar av det. Tidigare forskning visar även på hur etablerade grupper kämpar för att behålla sin position i förhållandet till nykomlingarna. Detta vet vi inget om då vi i vår studie inte undersökt det. Men utifrån att kuratorerna talat om att det finns motstånd från vissa medicinska yrkesgrupper att vilja förstå det kurativa arbetet så kanske det kan vara ett led i att förstå det.

### **Marknadsföra och synligöra**

Tidigare forskning talar även om vikten av att man som kurator måste marknadsföra sig själv för att bli synlig i arbetet inom sjukvården (Alenius, 2000, s 34-35). Även våra kuratorer har beskrivit att det åligger kuratorn att synliggöra sig själv i arbetet för att inte bli bortglömd. Vi finner det intressant att det uttrycks både av de kuratorer vi intervjuat samt av kuratorer i andra studier. Detta bedömer vi styrker det som Elias och Scotson talar om att man som ”outsider” själv måste kämpa för att förbättra sin position i den etablerade gruppen (N Elias, J Scotson, 1994, s147).

Olssons forskning beskriver i samband med hierarkier inom sjukvården även kuratorernas bild av de andra yrkesgruppernas syn på kuratorer. Eftersom detta är något som vi undersökt i vår studie så finner vi det mycket intressant att ha denna forskning i bakgrunden för vår förståelse. Resultaten i hennes studie varierade när det gällde hur kuratorerna rangordade sig själva i förhållande till de övriga yrkesgrupperna. Alla kuratorer i Olssons studie placerar dock sig själva långt ner i rangordningen förutom kuratorerna inom psykiatri. Men det intressanta var att läkarna i en annan studie som hon refererade till placerade kuratorn näst längst ner i rangordningen vilket kuratorerna på det sjukhuset hade förutspått att läkarna skulle (Olsson, 1999, s166-167). På samma sätt beskriver kuratorerna som vi intervjuat att de tror att läkarna anser att kuratorn är viktig men att läkarna skulle klara sig bättre utan kuratorn än utan exempelvis sjuksköterskan. Våra kuratorer talar även om ”omnipotenta” läkare som anser att de i alla sammanhang kan och vet bäst. Både vår studie och tidigare forskning anser vi tyder på att kuratorerna håller läkaren högt inom sjukvården och på olika sätt anser att läkaren är ”herren på täppan” inom sjukvården, samt att kuratorerna förhåller sig främst till läkaren när det gäller sin egen roll och arbetet inom sjukvården.

## Diskussion

Detta avsnitt kommer att beröra delar av vårt arbete som vi vill kunna föra en öppnare diskussion kring och där våra egna tankar kring arbetet står i fokus. Vi kommer att avsluta detta avsnitt och hela uppsatsen med att ange våra slutsatser.

Vi anser att vi har uppnått syftet med vår studie och att den bidragit till att öka och fördjupa förståelsen för hur det är att vara socionom inom hälso- och sjukvården. Vi bedömer att de frågeställningar som vi utformat den halvstrukturerade intervjuguiden utifrån har varit adekvata för att kunna uppnå vårt syfte. Vi anser att vi har fått svar på det vi ville undersöka samt att den teoretiska utgångspunkten vi valt har hjälpt oss i analysen av vårt material.

Under intervjuförfarandet kunde vi tidigt se en enighet i kuratorernas beskrivningar av sitt arbete. De kuratorerna vi intervjuade hade till vår stora förvåning mycket liknande upplevelser och gav eniga beskrivningar av sitt arbete. Detta trots att de arbetar på olika sjukhus, inom olika kliniker och i olika städer i Sverige. Vi har inte haft som syfte att nå ett material som kan ses som generaliserbart. Vi bedömer dock att vårt resultat kan vara överensstämmande med fler sjukhuskurators arbetsituation runt om i Sverige utifrån den samstämmighet vi upplevt hos de olika kuratorerna vi intervjuat.

För att anlägga ett kritiskt perspektiv på den egna studien så anser vi att vi möjligtvis hade kunnat uppnå en ännu större helhetsbild om vi även hade intervjuat ett antal representanter från de medicinska yrkesgrupperna. Det hade möjligtvis kunnat vara av intresse för analysen att kunna sammanföra de olika professionernas bild av sjukhuskuratorn för att finna skillnader och likheter i utfallet. Men utifrån att vårt främsta intresse alltid har varit att fånga kuratorernas upplevelser så valde vi att inom ramen för de begränsningar som finns i samband med en C uppsats att vi måste begränsa oss. Därav valde vi att enbart intervjua kuratorer och vi anser att det valet ändå har gett ett meningsfullt utfall.

Vi ser dock att det skulle kunna vara intressant för andra studenter eller forskare att bygga vidare på våra resultat genom att undersöka förhållandet mellan kuratorn och de olika professionerna inom sjukvården. I vår analys nämner vi att den tidigare forskningen tyder på att etablerade grupper kämpar för att behålla sin position i förhållande till nykomlingar. Inom sjukvården anser vi att läkaren och de andra medicinska yrkesgrupperna mycket väl kan betraktas som den etablerade gruppen och att socionomer är nykomlingar på det medicinska området. Kuratorerna vi intervjuade uttryckte även att det finns ett motstånd från vissa yrkesgrupper att förstå det kurativa arbetet och vi undrar om det kan sammankopplas med resultaten från forskningen om etablerade och outsiders. Om så är fallet så skulle vi göra bedöm-

ningen att det skulle vara av intresse att undersöka läkares och andra medicinska professionernas upplevelse och bild av kuratorn.

Som vi nämnt tidigare i vårt arbete så förstod vi i ett tidigt skede att det finns lite forskning som behandlar kuratorns roll inom sjukvården. Detta bedömer vi har varit både positivt och negativt för vår studie. Negativt utifrån den aspekten att det försvårat en aning för oss att kunna orientera oss i ämnet, samt att det blivit svårare att avgränsa sig då det finns så lite forskning gjord. Den bristande forskningen har burit med sig en positiv aspekt i form av att det gav upphov till vår studie och meningsfullhet i vårt forskande då vi kunnat se ett behov av denna typ av studie.

Den tidigare forskningen som vi funnit om kuratorer inom hälso- och sjukvården har till stor del behandlat den historiska aspekten av kuratorn i Sverige. Av någon anledning har flera forskare funnit ett behov av att beskriva samma historiska moment om kuratorn, som tidigare forskare redan har behandlat. En fråga som väckts hos oss är vad som är så intressant med historiken att de fåtal forskare som undersökt kuratorn inom sjukvården har riktat in sig på just den delen. Vi anser även att det är värt att tillägga att de studier vi funnit som beskriver kuratorns historia inte visar på några större skillnader i sina redovisningar utan det är mycket upprepningar. Vi anser att det finns ett behov av man inom detta kunskapsområde som rör sjukhuskuratorer, skiftar fokus och istället undersöker den tvärprofessionella aspekten av socialt arbete inom sjukvården. Vi hoppas att vår studie kan vara en början och att det kanske väckt ett intresse för dessa frågor. Vi anser att våra resultat entydigt visar på att sjukhuskuratorerna har ett komplicerat uppdrag som kräver stor ansträngning från kuratorerna för att de ska kunna få en plats inom den medicinska professionen.

Vi ställer oss frågan om den bristande forskningen kring sjukhuskuratorer kan bero på att socionomer fortfarande har en relativt låg status i jämförelse med andra professioner som har likvärdig akademisk utbildning. Vi undrar om det faktum att socionomer inte har en egen legitimation eller annat motsvarighet som tyder på professionalisering av yrket, kan vara en förklaring till den bristande forskningen.

En del tankar har väckts utifrån de resultat vi har fått kring kuratorernas berättelser om sina upplevelser av arbetet. Emellanåt har vi upplevt att kuratorerna talar ett dolt språk där vi som forskare varit tvungna att läsa mellan raderna för att tyda det. Kanske beror det på att det finns saker som är svårt att säga rakt ut, det kan inte vi svarar på. Som vi nämnt tidigare så har kuratorerna framhållit sitt arbete som i huvudsak positivt samt att de i de stora hela känt sig uppskattade av läkarna och de övriga yrkesgrupperna. Under samtalens gång så finns det dock saker i kuratorernas berättelser som vi anser visar på en annan sida men som vi inte tror att



kuratorerna inte alltid är medvetna om att de ger uttryck för. När kuratorerna framhållit vikten av deras arbete inom sjukvården så är beskrivningarna alltid i förhållandet till hur viktiga kuratorerna är för de övriga yrkesgrupperna. De använder uttryck såsom: ”*vi underlättar ju för läkarna i och med*” eller: ”*vi avlastar ju den medicinska personalen i och med*”. Under utskrivandet och analysen av vårt material så var detta något som vi stannade till vid och funderade kring då det ofta förekom i kuratorernas berättelser. Vi tolkar det som att läkarna och den medicinska personalen är oskrivna huvudpersoner som kuratorn vant sig vid att förhålla sig till.

Vi är medvetna om att vi kan ha fel i denna tolkning men vi anser att det skulle vara fel av oss att inte stanna upp vid detta som vi noterat och resonera kring det. När Olsson i sin studie redovisade sina resultat angående läkarnas position som högst i rangordningen samt kuratorernas medvetenhet om att hamna sist i läkarnas rangordning så vågade vi följa upp denna tråd. Hennes studie visar på läkarnas dominerande roll inom sjukvården. Det fick oss att fundera kring om det kan ligga något i vår tolkning att kuratorerna faktiskt ofta förhåller sig själva och den egna rollen till de medicinska professionerna. Med andra ord är vår tolkning att det medicinska perspektivet trots allt ändå är det som är utgångspunkten för allt arbete inom sjukvården

## **Slutsatser**

Vi har kunna dra några tydliga slutsatser utifrån vårt material om kuratorernas upplevelse av att arbeta med medicinska yrkesgrupper. Kuratorernas upplevelse av samarbetet med de medicinska yrkesgrupperna är både positiv och negativ. Det finns en glädje i att arbeta tillsammans med medicinska yrkesgrupper då kuratorerna upplever att det tvärprofessionella samarbetet ger mycket ny kunskap trots att teamwork kräver flexibilitet och följsamhet. De nackdelar som framkommit av att arbeta med medicinska yrkesgrupper har varit ensamheten av att ha en samhällsvetenskaplig utbildning där en majoritet har en medicinsk utbildning. Det finns med andra ord en saknad efter ”likatänkande”.

Det finns en fördel att ha sin arbetsplacering på den klinik de arbetar för eftersom det gör att de är mitt i händelsernas centrum och har närhet till både patienter och kollegor. Det gör att kuratorerna kan bli en del av kliniken de arbetar för. Jobbar kuratorn istället på en kuratorsklinik så är denne avskild från de medicinska yrkesgrupperna men har istället kollegor som är ”likatänkande” och kan dela synsätt, erfarenheter och reflektioner.

Vi finner ingen enhetlig syn på hur kuratorerna upplever att de medicinska yrkesgrupperna upplever kuratorn. Det som har framkommit är att de upplever sig vara uppskattade och efter-

frågade på sina kliniker. De tror att kuratorernas arbete upplevs som avlastande av de medicinska yrkesgrupperna. Kuratorerna har dock även beskrivit att det ibland kan vara svårt att få gehör för sitt perspektiv och att de andra yrkesgrupperna inte vill eller har tid att sätta sig in i det kurativa arbetet.

## Referenslista

- Alenius, Annika (2000) *Socialt arbete i medicinens värld – om kuratorns villkor och det psykosociala arbetets legitimitet inom kroppssjukvården*. D-uppsats, Umeå universitet: Institutet för socialt arbete, Mastersprogrammet i socialt arbete,
- Barr, Hugh (2007) *Interprofessional education: The fourth focus*, Journal of Interprofessional Care, 21(2): 40-50
- Borgenhammar, Edgar & Margulies, Alex (1974) *Att organisera vård*, Borås: Natur och Kultur
- Byström, Ulla, Fredlund, Ulla, Holmkvist, Ingert, & Sejnäs, Anna-Gerd (1985) *Kuratorsarbete inom Hälso- och sjukvård*. Stockholm: Sveriges socionomers, personal- & Förvaltningstjänstemäns Riksförbund (SSR)
- Elias N, & J. L Scotson (1994) *The Established and the Outsiders -A Sociological Enquiry into Community Problems*, Sage: Great Britain, Guildford
- Faresjö, Thomas, Wilhelmsson Margaretha, Pelling, Staffan, Dahlgren, Lars – Ove, & Hammar, Mats (2007) *Does interprofessional education jeopardize medical skills?* Journal of interprofessional care, 21 (5): 573-576
- Granér, Rolf (1991) *Arbetsgruppen Den professionella gruppens psykologi* Lund: Studentlitteratur
- Granér, Rolf (1994) *Personalgruppens psykologi* Lund: Studentlitteratur
- Högselius, Lillemor (1993) *Kuratorsyrket 1914-1994*. Uppsats 10 poäng. Stockholms Universitet: Institutionen för socialt arbete, Påbyggnadslinjen i Socialt behandlingsarbete,
- Kvale, Steinar (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lennér Axelson, Barbro, & Thylefors, Ingela (2005) fjärde utgåvan, *Arbetsgruppens psykologi*, Stockholm: Natur och Kultur
- Lundin, Annika, Benkel, Inger, de Neergard, Gerd, Johansson, Britt-Marie, Öhrling, Charlotta (2007) *Kurator inom hälso- och sjukvård* Malmö: Studentlitteratur
- Mc Michael, Alison (2000) *Professional identity and continuing education: a study of social workers in hospital settings*, Social work education 19(2): 175-183
- Neuman, William Lawrence (2006) *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. Boston: Pearson/Allyn and Bacon
- Nilsson, Björn (1993) *Individ och grupp En introduktion till grupppsykologi* Lund: Studentlitteratur
- O'Connor, Hester (2006) *Primary care mental health workers: a narrative of the search for identity*, Primary Care Mental Health, 4:93-98,
- Olsson, Siv *Kuratorn förr och nu* (1999) Akademisk avhandling. Göteborg: Kompendiet
- Sjölund, Arne (1985) *Gruppsykologi*, Kristianstad: Nordisk Forlag A/S
- Sjöström, Birgitta, & Stigberg, Gun (1992) *Kurator i sjukvården*. Uppsats. Göteborgs Universitet: Institutionen för socialt arbete, Påbyggnadslinjen i socialt arbete,
- Sohlberg, Peter & Britt-Marie (2008) *Kunskapens former: vetenskapsteori och forskningsmetod*. Stockholm: Liber
- Svedberg, Lars (2003) *Gruppsykologi om grupper, organisationer och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur
- Thurén, Torsten (2007) *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber
- Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*: Stockholm: Vetenskapsrådet
- Westlander, Gunilla (1993) *Socialpsykologi Tankemodeller om människor i arbete*. Göteborg: Akademiförlaget



## Bilagor

### Bilaga 1



## Samtyckesavtal

Det övergripande syftet med vår undersökning är att få ökad förståelse för hur sjukhuskuratorer upplever sin roll av socialarbetare på ett medicinskt arbetsfält.

Arbetet kommer att resultera i en slutprodukt i form utav en C uppsats som utgår från intervjuer med kuratorer som är verksamma inom hälso- och sjukvården, samt teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning.

Syftet med intervjudeltagarens medverkan är att ge information om sina upplevelser av att arbeta som kurator på ett medicinskt arbetsfält. Detta utifrån en intervju med antingen Maria Eriksson eller Sofia Allberg. Allt intervjumaterial såsom inspelningar och anteckningar kommer enbart att användas för avsett ändamål och kommer inte att spridas, användas eller utlånas för andra syften.

Vi vill träffa dig i egenskap av socionom och kurator inom hälso -och sjukvården. Intervjun beräknas ta ca 60 minuter att genomföra. Samtalet kommer att spelas in på band och materialet behandlas enbart inom ramen för vår C-uppsats. Deltagandet i intervjun är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Inga namn eller andra personliga uppgifter kommer att nämnas i den färdiga uppsatsen.

Deltagarens medverkan är frivillig och sker på hans/hennes villkor som deltagare i denna studie. Du som respondent har rätt att själv bestämma hur länge och på vilka villkor du vill delta.

Den slutliga studien kommer att behandlas som en offentlig handling.

Du som deltagare i denna studie kommer att vara anonym i rapporten.

Jag har läst igenom och förstått ovanstående text och samtycker härmed.

---

Ort & datum

---

Underskrift

## **Bilaga 2**

### **INTERVJUGUIDE**

#### **ORGANISATIONKONTEXT**

Har du din arbetsplats på den mottagning du arbetar på eller i anslutning till de övriga kuratorerna? (exempel: Är du klinikansluten eller ansluten till exempelvis en separat kuratorsklinik)

Hur ser du på din arbetsplacering, fördelar respektive nackdelar?

Hur ser du på att du är civilt klädd i ditt arbete i förhållande till att de andra yrkesgrupperna bär arbetskläder?

#### **UPPFATTNING OM KURATORN**

Hur skulle du beskriva dina arbetsuppgifter på sjukhuset, både det officiella som finns i din arbetsbeskrivning samt det inofficiella som du gör utöver ändå?

I vilken utsträckning upplever du att de arbetsuppgifter du utför i ditt dagliga arbete på sjukhuset, stämmer överens med din personliga bild av vad som är en kurators arbetsuppgifter?

Har du någon uppfattning om vilka arbetsuppgifter de medicinska yrkesgrupperna anser att en kurator skall utföra?

#### **VÄRDERING AV KURATORN**

Anser du att ditt arbete som kurator inom sjukvården är ett viktigt uppdrag?

Hur upplever du att ditt arbete värderas av de övriga yrkesgrupperna som finns representerade på sjukhuset?

Vad tror du att de medicinska yrkesgrupperna på sjukhuset tycker är det mest positiva med det arbete ni sjukhuskuratorer utför?

Vad tror du att de medicinska yrkesgrupperna på sjukhuset tycker är det mest negativa med det arbete ni sjukhuskuratorer utför?

#### **RELATION TILL ÖVRIGA YRKESGRUPPER INOM SJUKVÅRDEN**

Hur bedömer du sjukvården som arbetsplats i det stora hela för en socionom? Vad skulle du till exempel ge för råd till en socionom som för första gången skall börja arbeta som kurator inom sjukvården?

Hur trivs du med att arbeta tillsammans med medicinska yrkesgrupper, vad ser du för fördelar respektive nackdelar?

Hos vem/vilka av dina kollegor (kuratorerna, sjuksköterskorna, undersköterskorna, läkarna etcetera?) på sjukhuset ventilerar du oftast dina positiva respektive negativa erfarenheter från ditt arbete?

Upplever du att de övriga yrkeskategorierna förstår ditt perspektiv i arbetet med patienterna? Finns det till exempel svårigheter i form av förståelse för din yrkeskultur och dess koder och/eller ditt perspektiv som socionom?

Upplever du att det på din arbetsplats finns en hierarki bland de olika yrkesgrupperna? Vart i så fall i den hierarkin upplever du att kuratorn befinner sig och varför?

**TILL SIST:**

Upplever du att det påverkar dig i någon form av att arbeta med flera naturvetenskapliga yrkesgrupper på något sätt som vi inte ännu berört med någon utav de övriga frågorna, i så fall på vilket sätt?