



ATT SKAPA RUMMET I RUMMET

- OM SJUKHUSKURATORERS METODER FÖR
RELATIONSSKAPANDE I VÅRDMILJÖ

LIV AKNE

ATT SKAPA RUMMET I RUMMET

- OM SJUKHUSKURATORERS METODER FÖR RELATIONSSKAPANDE I VÅRDMILJÖ

LIV AKNE

Akne, L.

Att skapa rummet i rummet – sjukhuskuratorers metoder för relationsskapande i vårdmiljö. *Examensarbete i socialt arbete 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för socialt arbete, 2021.

Sjukhuskuratorer samtalar med patienter på vårdssalar där möjlighet till avskildhet eller lugn ibland är liten. Denna uppsats har som ambition att undersöka vilka metoder för att skapa relation och en hållande miljö som sjukhuskuratorn använder sig av i sådana situationer, för att öka förståelsen för hur arbetet går till i praktiken.

Denna kvalitativa intervjustudie visar att det finns ett flertal metoder som är användbara för att visa närvaro och skapa relationer till patienter i vårdmiljö – både fysiska och verbala. För att skapa en hållande miljö använder kuratorerna metoder för att stänga ute störningsmoment och upprätthålla tydliga ramar i samtalen. Metoderna används ofta i kombination med varandra och anpassas efter situationen. Studien visar också att de fyra intervjuade kuratorerna är samstämmiga i mycket trots att de ofta jobbar ensamma, samt att de lärt sig metoderna genom utbildning och genom att iaktta andra kuratorer.

Nyckelord: Behandlingsrelation, hållande miljö, hälso- och sjukvårdskurator, metoder, relationsskapande.

CREATING A ROOM WITHIN THE ROOM

- HEALTHCARE SOCIAL WORKERS' METHODS FOR RELATIONSHIP BUILDING IN A HOSPITAL SETTING

LIV AKNE

Akne, L. Creating a room within the room – healthcare social workers' methods for relationship building in a hospital setting. *Degree project in social work 15 högskolepoäng*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of social work, 2021.

On the ward, healthcare social workers often speak to patients in rooms without the possibility of privacy or quiet. The aim of this paper is to examine which methods healthcare social workers (HSW's) use to build relationships and create a holding environment in these settings, and how they are used in practice.

Findings from this qualitative interview study show that there are several methods that HSW's can use – both physical and verbal. They also employ several methods to block out disturbances from other patients and personnel, as well as methods to create safety and predictability in order to establish a holding environment for patients. These methods are often used together and adapted to each situation. The group of HSW's interviewed in this study draw knowledge from both education and practice, and are concordant in their views even though they often work alone.

Keywords: Holding environment, healthcare social worker, methods, relationship building practice, treatment relationship.

Innehållsförteckning

1. Inledning	6
1.1 Problemformulering.....	6
1.2 Syfte.....	7
1.3 Frågeställningar	7
2. Tidigare forskning/kunskapsläge	8
2.1 Metod för att samla in tidigare forskning	8
2.2 Forskning om gruppen kuratorer inom hälso- och sjukvård	8
3. Teori	10
3.1 Relationsskapande och den bärande relationen	10
3.2 Hållande miljö.....	11
3.3 Sammanhangsmarkering och ramar	12
3.4 Sammanfattning	12
4. Metod	12
4.1 Intervjumetod	12
4.2 Brister i intervjumetod och urval.....	13
4.3 Metod för att sammanfatta och analysera mitt material	14
4.4 Brister i analysmetoden	14
4.5 Etiska överväganden	15
5. Resultat och analys	16
5.1 Med kroppen som arbetsredskap för att börja bygga en relation.....	16
5.1.1 Signalera närvaro genom att sitta ner	16
5.1.2 Skapa närvaro genom att spegla den andre.....	18
5.1.3 Den viktiga ögonkontakten	19
5.1.4 Stillhet och lugn	20
5.2 Med talet som arbetsredskap för att börja bygga en relation	21
5.2.1 Bekräfta, upprepa, sammanfatta, normalisera och validera	21
5.2.2 Informera om sin roll	23
5.2.3 Att våga vara tyst	25
5.3 Sammanfattande kommentarer om relationsskapande metoder	26
5.4 Hållande miljö	26
5.4.1 Ramar för samtalet.....	26
5.4.2 Hantering av störningar	29
5.4.3 Terapeutisk närvaro	31
5.4.4 Sammanfattande kommentarer om hållande miljö	32
6. Avslutande diskussion.....	33
6.1 Relationsskapande metoder	33
6.2 Metoder för hållande miljö	34
6.3 Avslutande kommentarer	34
Referenser	36
Bilagor	38
Bilaga 1, intervjumall	38
Bilaga 2, samtyckesblankett.	39

Att skapa rummet i rummet

Om sjukhuskuratorers metoder
för relationsskapande i vårdmiljö

1. Inledning

1.1 Problemformulering

I sitt arbete på sjukhus kan en kurator behöva ha samtal med patienter som är sängliggande, i rum där det samtidigt vistas många andra personer – andra patienter, anhöriga, vårdpersonal och städpersonal. Patienterna kanske inte själva kan förflytta sig, och då får kuratorn komma till dem. I denna, ibland röriga och trånga miljö utan möjlighet till avskildhet, förväntas kuratorn skapa en relation med patienten. En relation som ofta ska kunna hålla för fortsatt psykosocial behandling.

Att relationsbyggandet är centralt för socialarbetare är vedertaget. Socialt arbete bygger på kommunikation mellan socialarbetare och klient, och denna kommunikation äger alltid rum inom en relation, menar Payne (2006). Tjersland, Engen och Hansen (2011) går så långt som att säga att ”socialarbetare inte kan utföra sitt arbete utan att han eller hon har lyckats bygga upp en nära och tillitsfull relation till klienten”. Men att utveckla nära och förtroendefulla relationer kräver både tid och kontinuitet, något socialarbetare inte är bortskämda med (Bernler, Johnson och Skårner 1993). Så – hur skapas dessa relationer i en vårdmiljö?

Psykoanalytikern Donald Winnicott och hans fru, socionomen Clare Winnicott, myntade begreppet *hållande miljö* för att beskriva den gynnsammaste miljön för ett barn att växa upp i. Senare har teorin om en hållande miljö utvidgats till att också handla om hur man skapar en gynnsam, hållande miljö för terapeutiskt och socialt arbete.

En hållande miljö kan i en socialt arbete-kontext beskrivas i termer av förutsägbarhet, tydlighet, trygghet och lugn. Stabilitet i den fysiska miljön är extra viktigt för de klienter vars liv redan präglats av uppbrott och bristande tillit till hjälpare. Störmoment är dock svåra att undvika i många miljöer där socialt arbete bedrivs, bland annat sjukhusmiljön (Applegate & Bonovitz 1995). Så – hur gör sjukhuskuratorerna för att ändå skapa en hållande miljö?

Intresset för hur kuratorer arbetar väcktes under min praktiktermin som just kurator på ett sjukhus våren 2021. När jag sedan fick chansen att vikariera som kurator fortsatte jag fundera: Hur gör man – egentligen – i det här arbetet? Ur dessa grubblerier väcktes forskningsfrågorna och en längtan efter att få fråga mer erfarna kollegor hur de resonerat sig fram till sina metoder.

Kuratorer är ingen ny grupp inom sjukvården men i och med att hälso- och sjukvårdskurator sedan 2019 är en skyddad titel med legitimationskrav strävar yrkesförbundet SSR efter att höja både status och löner för gruppen. Samtidigt har tre svenska universitet startat legitimationsgrundande utbildningar till hälso- och sjukvårdskurator. Kuratorns arbete bygger på en mängd olika teorier och metoder, men hur de omsätts i praktiken är inte alltid tydligt. Denna uppsats har som ambition att undersöka strategier för relationsskapande i sjukhuskuratorns vardag, för att öka förståelsen för hur arbetet ser ut i praktiken.

Jag vill undersöka vilka metoder sjukhuskuratorerna använder sig av när de arbetar i den miljö de befinner sig. Hur rör de sig, sitter och står de i en vårdsal, vad säger de, och varför? Och hur inverkar det på relationsskapandet? Hur använder de sig själva för att skapa en trygg och hållande atmosfär trots att omgivningen kan vara stökig?

1.2 Syfte

Syftet är att undersöka hälso- och sjukvårdskuratorers metoder för relationsskapande i praktiken, samt hur de gör för att skapa en hållande miljö när de arbetar i en vårdmiljö.

1.3 Frågeställningar

1. Vilka metoder använder sig kuratorerna av för att skapa relation till en patient eller anhörig när det första mötet sker i en vårdmiljö?
2. Hur gör de för att skapa en hållande miljö?

Med metoder avser jag i denna uppsats de vedertagna, ofta namngivna, arbetsätt som socialarbetare använder sig av. Sådana metoder tas upp i både metodhandböcker och på socionomutbildningar och täcker in just de redskap som socialarbetaren använder för att skapa kontakt och relation.

Bakom metoderna ligger ett ideologiskt fundament av värderingar, samt de många teorier som socialt arbete bygger på. Tillsammans utgör dessa grunden för praxis (Tjersland, Engen och Hansen 2011).

2. Tidigare forskning/kunskapsläge

2.1 Metod för att samla in tidigare forskning

Forskning som berör svenska sjukhuskuratorer är långt ifrån fyllig. Svensk kuratorsförening tipsar på sin hemsida om enbart tre avhandlingar i ämnet under de senaste tio åren. I de litteratursökningar jag gjort finns dessutom mycket lite beskrivet om hälso- och sjukkuratorns arbetsmetoder. Jag har därför vidgat mina sökningar till att se på gruppen i stort, men inte sällan blir resultatet att artiklarna då handlar om kuratorns roll, vilket det skrivits en hel del om. Det är dock inte fokus i denna uppsats.

Jag har också utgått från namn på specifika, svenska, forskare som jag vet är verksamma inom fältet för att titta på deras produktion. Där har Nationellt nätverk för forskning inom socialt arbete i hälso- och sjukvård varit en språngbräda för att komma vidare.

2.2 Forskning om gruppen kuratorer inom hälso- och sjukvård

Socionomen och forskaren Manuela Sjöström har i sin avhandling om hur svenska och tyska sjukhuskuratorers intresseföreningar professionaliserar yrket undersökt hur man beskriver vilka färdigheter gruppen bör ha (Sjöström 2013). Hon finner att svensk kuratorsförening är vag i sina beskrivningar, att de hellre listar vilka färdigheter och metoder en kurator har eller bör kunna, än att gå in på innehållet av dessa. Hon ser också att den färdighet som oftast tas upp av svensk kuratorsförening är psykosocial kompetens. Hur denna kompetens skiljer sig från andra professioners kompetenser var oftast inte specificerat vid tidpunkten för Sjöströms granskning. Hon menar dock att man kan se på betydelsen av psykosocial kompetens som något kuratorer inom hälso- och sjukvård är allmänt överens om även om det för utomstående är otydligt. Hon beskriver också hur svensk kuratorsförening under en tidsperiod i slutet av 90-talet och början av 2000-talet var i färd med att ta fram standarder för kuratorernas arbete. Att man kallade sina dokument för ”utkast” eller ”rekommendationer” gjorde dock att dessa inte fick särskilt stort genomslag.

Sjöström fann också att svenska sjukvårdskuratorer strävar efter att smälta in i miljön de arbetar i, bland annat genom att efterlikna andra professioner inom hälso- och sjukvården. Samtidigt som gruppen närmar sig de kunskapsbaser och discipliner som andra yrkesgrupper inom sjukvården har, ses kopplingen till disciplinen socialt arbete som ett hinder. Denna strävan efter att smälta in i miljön kallar Sjöström för en *mimetisk* strategi (Sjöström 2013).

Socionomen och forskaren Elisabet Sernbo, som står för den senast publicerade avhandlingen i den här genomgången (2019), har gjort en etnografisk studie av hälso- och sjukvårdskuratorers arbete. Genom observationsstudier har Sernbo undersökt hur arbetet går till i praktiken och kommit fram till att det inte karaktäriseras av att omfördela resurser eller av myndighetsutövning. Istället utför gruppen arbete där den hjälper människor att ändra inriktning på sina liv och på att bättre förstå sig själva. Sjukvårdskuratorn intar, och får, ofta en mångfacetterad

position som den som står på patientens sida liksom på kollegornas och organisationens sida. Det gör att de måste upprätthålla många personliga relationer och vara flexibla i sitt dagliga arbete. Detta hanteras genom flera olika strategier för att ses som både en del av organisationen och som mer fristående aktörer. Även om deras ambition är att vara lojala med patienten finner Sernbo att de ofta ändå sätter organisationens behov främst. Hon beskriver vidare hur kuratorerna i hennes studie ständigt undervärderade sina insatser, exempelvis när de utarbetat egna metoder för utskrivningsplanering, eller inte framhöll sin specifika kompetens i arbetsgruppen. Hon påpekar också i en reflektion att det saknas forskning om just utförandet av det vardagliga arbetet (Sernbo 2019).

För att närma oss *hur* kuratorerna gör kan vi också titta på *vad* de ägnar sin tid åt. I en australiensisk studie ombads 19 sjukhuskuratorer på ett sjukhus i Sydney i Australien att logga sin tid under en tremånadersperiod. Studien visar inte bara på vilken bredd av uppgifter gruppen ägnar sig åt, utan också en spridning i hur länge de arbetar med olika patienter/ärenden: mellan 15 minuter och 31,5 timmars arbete lades ner på varje enskilt ärende under perioden. Mediantiden för varje ärende var 4 timmar. Även denna forskargrupp menar att nästa steg för forskningen bör vara att undersöka effektiviteten av de interventioner som sjukhuskuratorer använder (Davis, Baldry, Milosevic & Walsh 2004).

Liknande fynd över vad kuratorerna ägnar sin tid åt framkom i en svensk enkätstudie med 132 kuratorer inom cancerrehabilitering. I genomsnitt hade de kontakt med 12 patienter och 5 anhöriga varje vecka, och en merpart av deras tid (95%) lades på arbete som relaterade till patient- eller anhörigärenden (Isaksson, Lilliehorn & Salander 2017).

Samma forskare har för första gången undersökt vilken roll kuratorerna spelar inom den svenska cancervården. De fann att denna grupp utgjorde ett viktigt psykosocialt stöd för patienter och anhöriga under och efter sjukdomstiden. Det blev också tydligt att kuratorernas funktion var att erbjuda psykosocial rådgivning och terapi till patienter och anhöriga (Isaksson, Lilliehorn och Salander 2017). I ytterligare en artikel inom samma forskningsprojekt såg man att gruppen cancerpatienter sökte hjälp från sjukhuskuratorer av flera olika anledningar – de sökte ett ”ankare” i en svår situation, en behållare för sin förtvivlan och någon som kunde guida dem i att orka fortsätta livet som förut. Forskartrion drar slutsatsen att det patienterna efterfrågar är hjälp och stöd som grundar sig i en hjälpsamt relation och en fungerande arbetsallians. De menar att det därför vore av godo om socionomstudenter får kompetens inom olika terapeutiska och psykoterapeutiska skolor, samtidigt som vikten av den bärande relationen aldrig glöms bort (Isaksson, Lilliehorn & Salander 2019).

I min uppsats kommer jag att ta fasta på att mycket av det som hälso- och sjukvårdskuratorerna gör i sitt dagliga arbete utgår från en bärande relation. En viktig aspekt av hur hälso- och sjukvårdskuratorerna ser på sig själva är just det faktum att de positionerar sig både som en del av sjukvården, och lite vid sidan av. I analysdelen kommer detta tema att fördjupas kopplat till relationsskapandet. Vi kan också konstatera att gruppen i stort ägnar sig åt psykosocialt behandlings- och

förändringsarbete snarare än myndighetsutövning och resursfördelning. Det är viktigt att ha med sig i den fortsatta läsningen av denna uppsats för att förstå premisserna som arbetet vilar på.

3. Teori

I denna uppsats är den teoretiska utgångspunkten hur sjukhuskuratorer önskar skapa kontakt och bygga en relation med patienten. I detta avsnitt redogör jag för den teoretiska grund som denna önskan bygger på. Jag kommer att förklara begreppen *behandlingsrelation*, *terapeutisk relation*, *terapeutisk närvaro* samt *terapeutisk allians*.

Jag utgår också från teoretiska antaganden om att en hållande miljö är av godo för relationsskapandet. I detta sammanhang blir begreppen *hållande miljö*, *sammanhangsmarkering* och *härbärgering* därför viktiga.

3.1 Relationsskapande och den bärande relationen

Det professionella sociala arbetet bedrivs alltid inom ramen för en relation. Så skriver forskartrion Bernler, Johansson och Skårner (1993). Ingen relation – ingen hjälp, lite grovt uttryckt. Att få dela sin situation med en medmänniska är själva grunden för att något hjälpande ska kunna äga rum, därför är de handlingar som syftar till att skapa relationen en hjälp i sig, menar de. *Behandlingsrelationen är hjälpen*, men ska också kunna *bära* hjälpen. Relationen är således den grund som resten av behandlingen har att bygga på (Bernler, Johansson & Skårner 1993).

Malcolm Payne menar att det faktum att socialt arbete äger rum inom ramen för en relation bygger på antagandet om att socialt arbete är en process, där parterna träffas under en längre tid (Payne 2006).

I sjukhuskuratorns arbete är psykosocial behandling, som bygger på terapeutiska idéer, en central del. Dessa idéer härstammar från bland andra psykoterapeuten Carl Rogers, som ägnade sig åt att förklara hur och på vilket sätt *terapeutiska relationer* är verksamma. Han listade betingelser för terapeutiska relationer, som har stort inflytande än idag: empatisk förståelse, vänlighet/omtänksamhet, kongruens/äkthet samt respekt/acceptans (Payne 2006). En terapeutisk relation banar väg för att klienten ska kunna se och förstå sina impulser och mönster på ett sätt som inte sker i andra relationer (Rogers 1942).

Senare har teoretiker utvecklat Rogers tankar och lagt till en viktig ingrediens, som kan sägas utgöra grunden för de övriga betingelserna, nämligen *terapeutisk närvaro*. Beskrivningen av denna närvaro är tvådelad: dels att terapeuten är närvarande med hela sitt väsen – fysiskt, emotionellt, kognitivt, spirituellt och rationellt – och dels att terapeuten är grundad i sig själv och öppen för att kunna ta emot klientens uttryck, och dessutom har en öppenhet gentemot sig själv för att komma i kontakt med sin kunskap (Geller 2013).

Det är kvaliteten på relationen som i mångt och mycket har visat sig vara det hjälpsamma i terapi, snarare än de olika metoderna som terapeuten har tillgång till. Inom psykoterapi omnämns en sådan relation som *terapeutisk allians* (Johansson 2006) och i socialt arbete oftare som *arbetsallians* (Tjersland, Engen & Hansen 2011).

3.2 Hållande miljö

Att hålla det lilla barnet, i både fysisk och psykisk bemärkelse (exempelvis genom att hålla det i sina tankar och sörja för barnets bästa), utgör grunden för att barnet ska kunna utvecklas. Det menar psykoanalytikern Donald Winnicott som myntade begreppet *holding* för att beskriva den omsorg som föräldrar visar sitt hjälplösa barn, en omsorg som förhindrar att barnet förstår att det är sårbart. *The holding environment, den totala hållande miljön*, är den miljö som föräldrarna skapar i syfte att skydda barnet, liksom för att kunna möta dess olika behov vid olika stadier i utvecklingen. Det är ingen rigid miljö, utan snarare en ytterst följsam och lyhörd sådan. För att klara av den påfrestning den innebär att skapa en hållande miljö för sitt barn är det viktigt att omsorgspersonerna själva får bli hållna genom stöd från sina närmaste. De avgörande ingredienserna för en hållande miljö utgörs av kontinuitet, förutsägbarhet och pålitlighet (Abrahamsen 1999).

Teorin om hållande miljö har senare applicerats på andra relationer och miljöer utanför familjen. Mycket av det socialarbetare gör handlar om att skapa och upprätthålla en hållande miljö för dem vars stabilitet och trygghet har raserats eller aldrig funnits. Att utgöra en hållande funktion i människors liv har beskrivits som essensen av socialt arbete. Winnicott såg den totala hållande miljön som grunden för både terapeutiskt och socialt arbete men beskriver det lite olika beroende på om det äger rum inom en behandlingsrelation eller i övrigt socialt arbete. I behandlingsrelationen uppnås hållandet genom att terapeuten ”håller” klienten i sin fulla uppmärksamhet och visar det genom frågor, uppmuntran, reflekterande kommentarer och vältajmade tystnader. I annat, mer praktiskt inriktat socialt arbete kan den totala hållande miljön utgöras av att man tillhandahåller en miljö präglad av förutsägbarhet, pålitlighet och skydd från yttre inverkan. För att uppnå detta behövs lugn, avskildhet och så mycket fysisk trygghet som möjligt, något som inte alltid finns i exempelvis en sjukhusmiljö. Störningsmoment i den hållande miljön, som att byta samtalsrum vid varje tillfälle, kan, speciellt för personer som har upplevt tidigare uppbrott och trauman, bli mycket påfrestande (Applegate & Bonovitz 1995).

Ett närliggande begrepp, som kompletterar *den totala hållande miljön*, är det som psykodynamikern Wilfred Bion kallat för *containing function, härbärgering* på svenska. Det representerar den process som föräldrar ägnar sig åt när de bär barnets starka känslor åt dem en stund, processar dem och ger dem tillbaka till barnet på ett för dem mer hanterbart sätt. I praktiken kan det handla om att hjälpa barnet att tolka sina känslor och sätta ord på dem, så att de inte blir så skrämmande och ohanterliga. Med hjälp av sin psykiska mognadsgrad kan föräldern hålla de starka känslorna utan att själv smittas och hjälper på så vis barnet att smälta dem (Abrahamsen 1999).

3.3 Sammanhangsmarkering och ramar

Ett sätt att skapa lugn och förutsägbarhet i behandlingsrelationen är, för att gå tillbaka till Rogers, att upprätthålla tydliga ramar i den terapeutiska relationen. När ramarna är tydliggjorda kan man som terapeut vara friare, och behöver inte oroa sig för att klienten ska ställa för höga krav på en. När terapeuten tydliggör de begränsningar som finns i tid, rum och i sin funktion kan hen vara närvarande och spela en stabil roll gentemot klienten (Rogers 1942).

Ett mer samtida begrepp är *sammanhangsmarkering*, vilket innebär att behandlaren definierar förutsättningarna för relationen för klienten, oftast i början av en behandlingsrelation. I det ingår att definiera vilka personerna i relationen är, hur de uppfattar varandra och vad de ska göra tillsammans, liksom vad som är möjligt att göra inom ramen för denna relation. Syftet är att tydliggöra förväntningarna och avsikten i ett ärende (Petitt & Olson 1999).

3.4 Sammanfattning

De teorier jag redogjort för handlar om vikten av en relation för att kunna bedriva något som helst socialt arbete, och mer specifikt om behandlingsrelationen, eftersom det är en sådan relation många sjukhuskuratorer önskar skapa till sina patienter och deras anhöriga. Som vi har sett är relationen grunden för att kunna utföra ett förändringsarbete. Teorierna om hållande miljö och sammanhangsmarkering handlar om hur behandlaren skapar lugn, förutsägbarhet och tydlighet i en sådan relation.

Sammantaget utgör dessa teoretiska glasögon grunden för att förstå innebörden av det mitt arbete visar. Jag har också valt mina teoretiska glasögon utifrån vad jag tycker är intressant att undersöka – skärningspunkten mellan idealvärlden, som är en lugn och stabil miljö, och verkligheten, som kan utgöras av störningsmoment och oförutsägbarhet.

4. Metod

4.1 Intervjumetod

Denna uppsats bygger på en intervjustudie med fyra kuratorer som arbetar inom den somatiska vården på ett skånskt sjukhus. Dessa fyra fick jag tag på genom ett massmejl till samtliga 95 anställda kuratorer på sjukhuset. Elva stycken svarade. Av dem valdes fyra stycken ut utifrån kriterier om jämn könsfördelning och förhållanden på arbetsplatsen. Med det åsyftar jag att kuratorns arbetet på kliniken helt eller delvis skulle bedrivas på en vårdavdelning, eftersom det var arbete inom den somatiska slutenvården jag ville undersöka. Kuratorer som enbart arbetade på mottagning valdes alltså bort. De fyra kuratorer som sedermera intervjuades hade mellan ett och ett halvt och sju års erfarenhet av yrket.

Intervjuerna genomfördes sedan med halvstrukturerad metod. Metoden ger struktur genom att samma frågor ställs till alla intervju personer. Frågorna

utvecklas med hjälp av en process och lika lång tid avsätts till varje intervju. Men metoden är också flexibel på så vis att frågorna man ställer är öppna och sonderande (Gillham 2008).

Frågorna ska i den halvstrukturerade intervjumetoden skilja sig relativt tydligt från varandra, så att de inte efterfrågar samma sak (Gillham 2008). I författandet av frågor ville jag täcka in dessa teman: miljö och kroppsspråk, hållande miljö samt metoder för relationsskapande. Jag formade intervjun runt en tänkt situation där kuratorn träffar en patient för första gången i en vårdmiljö och bad respondenterna att reflektera över sitt handlande utifrån hur de inleder ett samtal, var de positionerar sig rummet, hur de förhåller sig till andra personer i rummet, vad de gör för att signalera närvaro, vad de gör för att börja bygga en relation, vad som är viktigt för dem att förmedla i ett första möte, och hur de avslutar samtalet. Ambitionen med frågorna var att de skulle väcka resonemang om vilka metoder som användes, och att jag skulle få veta mer om hur de hade kommit fram till att just dessa metoder var användbara.

För att testa användbarheten i frågorna kan man prova sin intervjuguide på en testperson. I detta skede ska man vara uppmärksam på om man bör omformulera sina frågor, ta bort några, ändra ordningen eller ha ett annat fokus (Gillham 2008).

Jag genomförde en provintervju med en erfaren kurator på sjukhuset, som alltså inte ingick i studien. Jag valde min testperson med omsorg eftersom jag behövde ha någon som jag visste kunde ge adekvata och eftertänksamma svar. Dels för att få syn på om frågorna var välformulerade och genomtänkta från min sida, och dels för att bedöma tidsåtgången. Min testintervju tog cirka 30 minuter, vilket var det jag ville uppnå. Efter testintervjun stuvade jag om ordningen på mina frågor, tog bort några som visade sig undersöka samma sak som andra frågor, modifierade vissa av dem men behöll i stort samma teman. Att hålla intervjuerna stringenta (samtliga var 27–31 minuter långa) var en ambition från min sida, för att få en hanterbar mängd material med mig hem. Det fick också styra valet av mängden frågor. Sammanlagt tog inga intervjuer mer än en timme i anspråk, och då innefattade det både social tid i början, själva intervjun, och avslutande småprat.

4.2 Brister i intervjumetod och urval

En brist med den halvstrukturerade intervjun är att den tar lång tid att både förbereda och efterarbeta. Dessutom tar det tid att utveckla sitt ämne och det krävs skicklighet och övning för att uppnå goda resultat (Gillham 2008).

Vad gäller tiden för att utarbeta mitt ämne pågick tankearbetet under närmare ett år, efter att funderingar väckts under min praktiktermin. Visst tog också intervjufasen relativt lång tid, men det var inte den största utmaningen. Däremot saknar jag erfarenhet av akademisk forskning och framställning, vilket har visat sig i analysförfarandet. Där har jag ofta upplevt denna brist på erfarenhet som ett hinder för ett smidigare och snabbare arbete. Kanske hade jag om jag var en mer van forskare fått syn på andra mönster.

Det kan ses som en brist att ingen respondent hade längre erfarenhet av yrket än sju år, men å andra sidan var det flera som framhöll saker de lärt sig under sin grundutbildning till socionom, som de hade relativt färskt i minnet. En av de fyra var redo att ansöka om sin legitimation som hälso- och sjukvårdskurator.

4.3 Metod för att sammanfatta och analysera mitt material

Jag har använt mig av kvalitativ analysmetod för att närma mig mitt material. Metoden är en renodlad variant av de vanligaste sätten att analysera kvalitativ data, så som den presenteras i läroboken "Introduktion till samhällsvetenskaplig analys". Metoden innefattar följande tre steg:

1. Reduktion av data (*kodning*)
2. Presentation av data (*tematisering*)
3. Slutsatser och verifiering (*summering*) (Hjerm, Lindgren & Nilsson 2014).

Jag började med att lyssna på intervjuerna. För att transkribera intervjuerna använde jag mig av det transkriberingsverktyg som ingår i Officepaketets premiumversion, och som gav en grov transkribering (den är dock dålig på att uppfatta dialekter). Jag fyllde i de luckor som fattades samtidigt som jag återigen lyssnade på inspelningarna. När transkriberingarna var färdiga hade jag redan börjat skaffa mig en uppfattning om vad jag ville titta närmare på.

Genom att ge koder, nyckelord, till de passager som representerar liknande saker i materialet minskar komplexiteten i materialet allt efterhand. Metodlitteratur gör gällande att kodningen är en central del av själva analysarbetet i kvalitativ analys. Ett sätt att ta sig an det är att utgå från de teorier, den tidigare forskning och den förförståelse och kunskap man besitter inom ämnet, för att på så sätt vara tydligare med vad man letar efter i materialet. Det kallas *begreppsdriven* eller *tematisk kodning*, och innebär att man på förhand har bestämt vad man letar efter (Hjerm, Lindgren & Nilsson 2014).

Jag valde just denna väg för att hjälpa mig själv att hålla mig på banan gällande kopplingen till mina forskningsfrågor och till min valda teori. Därför skapade jag först ett preliminärt kodningsschema och letade sedan efter dessa koder i det transkriberade materialet. Jag genomförde arbetet digitalt genom att använda färger för de olika koderna i mina dokument. Antalet koder växte allt eftersom analysarbetet fortskred, för att i nästa steg, tematiseringen, återigen minska något när jag la ihop vissa av koderna under gemensamma rubriker.

4.4 Brister i analysmetoden

Risken med sådan tematisk kodning som jag ägnade mig åt är att man missar nyanser och oväntade upptäckter i materialet. Om man istället använder sig av *datadriven kodning*, där koderna kommer till en genom att man med ett öppet sinne närläser texten, kan man få syn på dessa saker. Metoderna används dock sällan exklusivt, och det vanligaste är att forskaren pendlar mellan de två metoderna under arbetets gång. Det är inte ovanligt att de kategorier som man på förhand bestämt sig för att undersöka med begreppstyrd kodning utmanas när man gör nya upptäckter i materialet (Hjerm, Lindgren & Nilsson 2014). Jag kan med

säkerhet säga att detta var en erfarenhet även jag gjorde. Jag har alltså blandat de två angreppssätten för att koda materialet.

Kodningen behöver aldrig betraktas som permanent, skriver Hjerm, Lindgren och Nilsson (2014). Det är en av den kvalitativa analysmetodens poänger att man ständigt kan återvända till materialet för att förfinas koderna i takt med att man får större kunskap. Samtidigt sätter verkligheten gränser för vad som är möjligt. Den tydligaste begränsningen i detta analysförfarande har varit tiden. Därför har varken förberedelser, kodning, tematisering eller summering genomförts på det ingående sätt som metodhandböckerna förordar.

4.5 Etiska överväganden

I arbetet med denna uppsats har jag tagit hänsyn till följande de fyra etiska huvudkraven. Det första är *informationskravet*, det vill säga att mina intervjupersoner har fått information om syftet med studien, att de kan avbryta sin medverkan närhelst de önskar och att deltagandet är frivilligt. Genom att inhämta skriftligt samtycke från samtliga deltagare i studien har jag även beaktat *samtyckeskravet*. Detta görs som ett komplement till informationskravet, för att alla deltagare i en studie ska känna sig trygga med att de själva bestämmer hur länge de önskar ingå i en studie, för att de ska kunna avbryta utan negativa konsekvenser och för att inte deltagarna ska utsättas för några otillbörliga påtryckningar. Vidare har *konfidentialitetskravet* iakttagits genom att avidentifiera samtliga intervjupersoner för att de ej ska kunna identifieras av utomstående (Vetenskapsrådet 2002).

Vetenskapsrådet (2002) påpekar dock att personer genom sina citat och andra detaljer i en text ändå kan bli igenkända av ett fåtal. Den risken ska i så fall vägas mot den eventuella nyttan som forskningen kan bidra med. Jag har i mitt arbete varit noga med att ej ange kön på de intervjuade, ej heller namn eller arbetsplats. De som känner dessa personer, eller arbetar på samma ställe, kan däremot möjligen känna igen vissa detaljer. Vad gäller eventuella patienter vill jag mena att den risken är nästintill obefintlig eftersom intervjuerna formades runt en fiktiv samtalssituation, och inte utgick från enstaka, riktiga patienter. I och med att sjukhuskuratorerna också har sekretessregler att följa yppade de heller inget om några patienters personuppgifter, i de fall vi ändå diskuterade verkliga patientexempel.

Jag har slutligen också tagit hänsyn till *nyttjandekravet*, det vill säga att de uppgifter jag har samlat in enbart kommer att användas i arbetet med denna uppsats. Jag har också beaktat Vetenskapsrådets rekommendation om att låta intervjupersonerna ta del av resultaten (Vetenskapsrådet 2002).

5. Resultat och analys

Jag kommer nedan att presentera fynden i mitt arbete utifrån de två forskningsfrågor jag ämnar besvara. Resultat och analys kommer att presenteras löpande under de olika rubrikerna.

Den första frågan gäller vilka metoder för relationsskapande sjukhuskuratorerna använder sig av. Jag har i materialet identifierat två övergripande metodkategorier som i sin tur innehåller flera underrubriker. De två är:

- Med kroppen som arbetsredskap
- Med talet som arbetsredskap

Dessa kommer jag att redogöra för nedan. På slutet diskuterar jag hur de kan ses som relationsskapande praktiker.

Därefter kommer jag att diskutera hur sjukhuskuratorn arbetar för att skapa en hållbar miljö. Här tar jag utgångspunkt i tre övergripande teman:

- Ramar för samtalet
- Hanterandet av störningar
- Terapeutisk närvaro

Till sist sammanfattar jag varför jag ser dessa praktiker som uttryck för ambitionen att skapa en hållande miljö.

5.1 Med kroppen som arbetsredskap för att börja bygga en relation

5.1.1 Signalera närvaro genom att sitta ner

Det tydligaste fyndet är att samtliga intervjupersoner i denna uppsats menar att de signalerar närvaro genom att sätta sig ner på en stol i närheten av patientens säng innan de inleder ett första samtal. Ibland kan det ta en stund att leta rätt på en ledig stol i de sjukhussalar som de arbetar i, men det är ändå något som samtliga gör. Samtliga frågar också patienten om det går bra att sätta sig ner, innan de gör det.

En uttrycker sig ofta så här:

”Jag ska inte stå här och bokstavigt tala se ner på dig, är det okej om jag sätter mig ner?” Kurator 1.

De intervjuade kuratorerna menar att sittandet signalerar följande:

- Att de har tid.
- Att de vill lyssna.

Kurator 1 ser det som en stor förmån att man inom slutenvården ofta inte är fullbokad hela dagarna, och därför kan vara generös med sin tid. I sitt arbete på en slutenvårdsavdelning träffar kurator 1 bland annat patienter som har kognitiva svårigheter, vilket gör att samtalet kan behöva tas i väldigt lugn takt. Även patienternas hörsel påverkar hur snabbt denna kurator genomför sina samtal. Hen menar att gott om tid är det som gör jobbet möjligt, när hen arbetar på salar

varifrån patienterna inte kan eller vill förflytta sig. Att då sitta ner är ett tydligt bevis på att denna tid finns till för patienten.

Kurator 3 är inne på samma sak:

”Jag vet helt ärligt inte hur mina kollegor gör när de går in och presenterar sig inser jag nu, men jag själv tror att det funkar bra, för det visar ju verkligen att jag har tid att lyssna. För flera andra i vårdpersonal är ju väldigt stressade. Så jag tror att det är en bra gest bara för att visa att nej, men jag finns här och lyssnar.” - Kurator 3

Kuratorn bakom detta citat berättar också hur hen under covid 19- pandemin har varit än mer generös med sin tid inne på vårdsalarna, för att lindra den ensamhet som ineliggande patienter upplevt när de inte fått ha sina närstående på besök. När hen haft gott om tid har hen då kunnat stanna extra länge på vissa rum. Det har då inte alltid handlat om att ha ett stödsamtal, utan även om att erbjuda mänsklig kontakt och samvaro. Kuratorn beskriver hur samtalen då har kunnat bölja från stödsamtal till alldagliga samtal till stödsamtal igen, under den tid hen varit på rummet. Att kuratorer ägnar olika mycket tid åt sina olika ärenden beläggs av de forskningsstudier som undersökt vad kuratorerna ägnar sina dagar åt, där man såg att det kan skilja många timmar mellan olika ärenden (Davis, Baldry, Milosevic & Walsh 2004, Isaksson, Lilliehorn & Salander 2017).

I min uppsats är det alltså två kuratorer som menar att tillgång till tid är en central aspekt för att de ska kunna signalera närvaro och tillgänglighet. Huruvida kvaliteten på kontakten förändras av att ha extra lång tid till sitt förfogande är dock svårt att avgöra från detta lilla material. Som vi ska se längre ner finns det också de kuratorer som värdesätter en tidsbegränsning på samtalet.

Kurator 2 för ett resonemang om att sittandet står i kontrast till hur omvårdnadspersonalen rör sig, och att hen, genom att sätta sig ner, visar att hen inte är en del av den gruppen. Att sitta lugnt och stilla visar att hen inte ska utföra något fysiskt ingrepp på patienten. Hen har kommit fram till sitt agerande bland annat genom att studera sina kollegor i de andra vårdprofessionerna, och då upptäckt att det blir en annan känsla i rummet när man sätter sig ner för att inleda ett samtal:

”Det blir att man signalerar ju ett samtal tänker jag. För många andra, som sjuksköterska eller läkare, de går ju in och går fram till patienten och börjar göra någonting. Ja, någon undersökning eller ge någon medicin eller någonting. Och då tänker jag att det blir ju samma sak när när de sätter sig ner, när en läkare sätter sig ner, att de signalerar att nu är det ett samtal” - Kurator 2.

Att kurator 2 tittar på hur läkarna betar sig när det gäller att sitta ner för ett samtal, och i någon mån kopplar sitt agerande till deras, kan ses som ett uttryck för den *mimetiska strategi* som Manuela Sjöström menar att svenska sjukhuskuratorer ofta anammar (2013). Sjöström menar att kuratorn inom svensk hälso- och sjukvård inte gärna kopplar sitt handlande till forskning inom socialt arbete, utan hellre till andra vårdprofessioners kunskapsbas (Sjöström 2013).

Samtidigt ger kuratorn i citatet ovan uttryck för att hen inte alls tillhör samma grupp som den övriga personalen, alltså det rakt motsatta till den mimetiska strategin. Denna distinktion gör även kurator 1, som påpekar att det är en styrka att utgöra en egen yrkeskategori på avdelningen när det kommer till att skapa allians med patienten (mer om det resonemanget återfinns under rubriken ”informera om sin roll”).

I detta avsnitt har vi sett att kuratorerna vill förmedla att de är närvarande och har tid genom att sätta sig ner hos patienten. Hälften av respondenterna anser också att obegränsat med tid underlättar i deras arbete.

5.1.2 Skapa närvaro genom att spegla den andre

Tre kuratorer i studien tog upp spegling av patientens kroppsspråk som ett sätt att visa på närvaro och intresse. Att spegla den andre genom att sitta lite likadant eller luta sig framåt när den andre gör det skapar en terapeutisk bubbla, enligt kurator 4, som också har märkt att speglingen blir ett kvitto på att kurator och patient är i kontakt med varandra. Detsamma gäller det motsatta förhållandet:

”Det sker ofta ganska omedvetet och man kan ibland se, tycker jag, att när man inte är i kontakt med patienten så sitter vi ofta ganska olika också.” - Kurator 4.

Kurator 1 uttrycker sig så här om spegling:

”Majoriteten är ju liggande, så på det viset kan det ju vara lite svårt att spegla patienten. Med spegla menar jag att om det är en sittande patient och den har benen i kors, att jag också har det. Jag menar inte att man ska följa det slaviskt för det kan också bli lite konstigt om personen mitt emot en ändrar position ofta, men när det gäller händerna ska man inte sitta och krama sig själv utan gärna ganska öppet.” - Kurator 1.

När patienterna ligger ner i sina sängar finns det alltså inte så mycket i kroppsspråket som går att spegla. Kurator 1 menar att hen i sådana lägen försöker sitta utan att korsade benen och ha händerna på knäna för att signalera en öppenhet med kroppen. Att inte sitta med korsade armar eller ben ska tala om en öppenhet gentemot patienten, och att man visar att det inte finns något patienten säger som man behöver skydda sig ifrån.

Kurator 3 är inne på samma sak och kopplar sättet hen sitter på direkt till att det signalerar närvaro. Det finns en sak hen aktar sig noga för att inte göra under ett samtal:

”Man sitter inte med armarna i kors. Det har jag inte gjort någon gång, men man vet ju ändå att så gör man inte. Sen ibland lutar jag mig lite framåt och det gör jag oftast på vårdavdelningen. Det är för att de brukar vara sjuka så det är svårt att höra dem ibland, då känns det lite naturligt att komma fram.” - Kurator 3.

Kurator 3 lyfter också svårigheterna med att spegla ansiktsmimik under pandemin då hen burit ansiktsmask i arbetet på vårdavdelningen. Hen beskriver det i termer av ovälkomnande och obehagligt (för patienten) att kuratorn kommer in med halva ansiktet täckt. Det försvårar också för patienter med hörselsvårigheter, speciellt om masken behöver kompletteras med visir vid smittutbrott på avdelningen.

”För det är ju dels att du är distanserad för ditt ansiktsuttryck finns ju knappt. Och sen också ljudet och att man ser lite obehaglig ut också. Det är inte jättevälkomnande.” - Kurator 3.

För att kompensera har kurator 3 börjat använda sig av sina händer i större utsträckning. Genom att gestikulera mer i samtalet menar hen att hen visar inlevelse, och att det i sin tur förmedlar ett lyssnande tillsammans med sättet hen sitter på. Dessutom använder hen sig av ögonen för att förmedla humor och leenden. Hen menar att det trots alla svårigheter går att få fram det som finns bakom masken.

Kurator 1 lyfte i citatet ovan risken med att utföra speglingen alltför mekaniskt, så att det blir en efterhärming av patienten. Även kurator 4 menar att det inte skulle vara respektfullt att härma varje rörelse. Istället handlar det om att med små medel få patienten att känna sig bekväm genom att matcha sitt kroppsspråk med deras. Båda dessa kuratorer säger sig ha reflekterat mycket över sitt kroppsspråk i patientmötet. Tankarna har väckts både genom utbildning och genom att iakttä andra socionomer i arbetet. Kurator 4 påpekar dock att det handlar om att skapa sig en egen stil som man känner sig bekväm i, och att inte blint utgå från hur andra gör eller från vad man lärt sig under utbildningen.

Jag tolkar det som att metoden är underordnad kuratorns personlighet när det kommer till att skapa relation. Det rimmar väl med forskningen om terapeutisk allians, som säger att det är kvaliteten på relationen som är det verksamma, inte primärt de metoder som används (Johansson 2006).

Som vi har sett är spegling av kroppsspråk en metod som socionomer lär sig under utbildning och genom att iakttä andra. Även om de under samtal ständigt är medvetna om hur de för sig och vad de förmedlar med kroppen, är det inget de vill ska märkas för mycket för den andre. Denna metod är således dold för patienten, men har ändå en inverkan på dem på ett mer omedvetet plan.

5.1.3 Den viktiga ögonkontakten

Tre av de intervjuade kuratorerna menar att närvaro kan förmedlas med ögonen, men att det måste ske med respekt för patientens integritet.

”Jag försöker nog förmedla på olika sätt att jag lyssnar och att jag hör. Och försöka hålla en bra ögonkontakt, men ändå inte att det blir för mycket så att det upplevs att man stirrar på dem.” - Kurator 2.

Patienten får inte känna sig utstirrad eller obekvämt, för då förlorar ögonkontakten

sitt syfte, menar de tre. Ögonkontakten måste användas i sådana doser att patienten känner att hen har en utväg i samtalet, och kan få andrum. Genom att ibland titta lite åt sidan, och inte alltid rakt i ögonen, kan man skapa detta andrum. Att pressas till svar genom ständig ögonkontakt är inte verksamt för relationen, menar kurator 4, som knyter det till ett resonemang om patientens utsatthet under sjukhusvistelsen:

”Det är en väldigt integritetskränkande situation att var inlagd, så det måste man alltid ha med sig tycker jag. Man får vara väldigt försiktig när man går in. Alltså inte överdrivet försiktig, men ändå stämna av och vara respektfull, för patienten har blivit fråntagen sina kläder, många av sina tillhörigheter, de får inte träffa sina närstående fysiskt på jättelänge [under covid, författarens anm.]. Och de ligger där i sjukhussängen utan egna lakan, så det är faktiskt integritetskränkande det vi gör med patienten. Och sen så finns det ju goda skäl till att göra det, det är inte det, men då får man verkligen vara respektfullt när man kommer in i deras rum.” - Kurator 4.

Kuratorns resonemang om respektfullhet hakar i de betingelser som Carl Rogers menar ska finnas i en terapeutisk relation och som utgörs av bland annat respekt och empatisk förståelse (Payne 2006).

Sammanfattningsvis kan jag konstatera att en alltför intensiv ögonkontakt inte är något som de intervjuade kuratorerna vill använda sig av – metoden kan då få en motsatta effekt av att patienten känner sig pressad och jagad. Istället använder de sig av lagom mycket ögonkontakt, och är måna om att ge patienterna andrum och tänkrum under samtalets gång.

5.1.4 Stillhet och lugn

Att vara stilla är något som tre av de intervjuade lyfter fram som ett sätt att visa sig lugna och närvarande. Kurator 2 sitter medvetet väldigt stilla på stolen för att signalera lugn. Hen är i vanliga fall en person som gestikulerar och rör sig mycket när hen pratar och vill därför tona ner det beteendet. Genom att själv vara stilla kan hen också påverka en patient som är uppe i varv att lugna sig. Hen menar att den stillhet som kroppen förmedlar är verksamt även i mer krisartade situationer, när ord inte räcker till:

”Ibland blir det ju om man har en jättekrisig situation att man kanske inte säger så mycket och då blir det ju mycket man förmedlar bara med sin person och sin kropp.” - Kurator 2.

Hen är också den enda kuratorn i denna studie som berättar att hen använder sig av beröring för att förmedla sin närhet och omtanke utan att använda ord. I krissituationer kunde hen, före pandemin, lägga en hand på patientens axel eller liknande. Pandemin satte dock effektivt stopp för den metoden, och kuratorn resonerar nu med sig själv och kollegor om huruvida det sättet att arbeta kan återupptas.

Kurator 4 berättar att hen håller händerna stilla och knäppta i knät för att förmedla lugn och visa att hen har gott om tid, vilket är ett viktigt syfte när denna kurator träffar patienter i vårdmiljö. Hen genomför inte heller några interventioner eller använder sig av några genomgripande behandlingsmetoder med patienter som är ineliggande – de är helt enkelt för sjuka för att orka med sådant, resonerar hen. Stödet fokuseras istället på att vara närvarande och dela den svåra stund som patienten kan befinna sig i när den ber om ett kuratorssamtal. Det här fokuset på att etablera kontakt och vara närvarande kan ses som ett uttryck för teorierna om att behandlingsrelationen i mångt och mycket *är* hjälpen (Bernler, Johnsson & Skårner 1993, Johansson 2006).

Kurator 1 har en egen metod för att komma ner i varv och förbereda sig mentalt på patientssamtal:

”För min del brukar det vara att jag går långsammare steg innan jag går in till patienten för att jag ska lugna mig. Ganska medvetet går jag långsamt samtidigt som jag tar på munskydd och handsprit.” - Kurator 1.

För att kunna förmedla lugn behöver kuratorn själv vara lugn, resonerar hen. Genom att börja sakta ner på stegen på väg till sjukhussalen där mötet med patienten ska ske lugnar hen sig gradvis. I den lilla ritualen ingår också att hen i långsam takt tar på sin munskydd och tvättar sig med handsprit innan hen stiger in i salen. Kuratorn säger att förberedelserna bidrar till att hen kan vara mer öppen för patientens tillstånd och berättelse, i och med att hen inte har som föresats att gå in och ”gasa järnet”.

Som Geller (2013) framhåller, är det av vikt att terapeuten har en öppenhet också gentemot sig själv för att kunna komma i kontakt med sin kunskap. Den intervjuade kuratorn sätter ord på en process som gör att hen kan gå in i ett patientmöte med ett lugn och en öppenhet, både mot patienten och mot sig själv. Hen vet inte vad hen kommer att mötas av och för att kunna gå in i ett sådant möte behöver kuratorn vara nollställd och utan föreställningar om vad som ska fixas.

5.2 Med talet som arbetsredskap för att börja bygga en relation

5.2.1 Bekräfta, upprepa, sammanfatta, normalisera och validera

Det finns en rad språkliga aspekter av det som kuratorerna gör i sina samtal för att börja skapa kontakt. Det skulle kunnas sammanfattas med att de *bekräftar* patienten, genom att visa att de lyssnar genom att ge muntlig feedback, samt att de normaliserar och validerar patienternas upplevelser.

Kurator 3 menar att hen bekräftar patientens situation genom att välja sina ord väl vid ett avsked. Efter ett tungt samtal kan det kännas opassande med ett käckt ”ha det bra”, istället säger hen:

”Och så brukar jag också säga ’ta hand om er’ och så brukar det avslutas lite så. Och det känns ändå lite skönt, för de är ju väldigt sjuka och det känns fel att säga: ’Ha det bra’ typ, för jag vet inte riktigt exakt... Det

känns lite mer att ni får ta hand om varandra, liksom i en tuff situation.”
- Kurator 3.

Kuratorn bakom citatet berättar att hen också trampat fel ibland, i sin strävan att säga rätt sak, och fått höra det av patienten. Då har hen bett om ursäkt och förklarat hur hen tänkte med sitt ordval, och kunnat gå vidare därifrån. Så är det dock ibland när man arbetar med människor, resonerar hen.

Kurator 1 normaliserar behovet av stöd i den sociala situationen liksom i den mentala hälsan genom att säga:

”Ja, vi kommer ju ofta in till sjukhus för att det är något fel med kroppen, men vi är ju mer än så’. Så försöker jag normalisera övriga behov de har som en kurator kan vara behjälplig med.” - Kurator 1.

Genom att normalisera behovet av stöd öppnar kuratorn upp för att patienten kanske tar kontakt vid ett senare tillfälle om den inte nappar direkt. Kurator 1 menar också att det kan göra det lättare för patienten att be om kuratorskontakt vid andra vårdtillfällen och av andra kuratorer.

För kurator 4 är normaliseringen av patientens känslor en viktig pusselbit i relationsskapandet:

”Och under samtalet tänker jag att man skapar relationer väldigt mycket genom om att validera patienten och normalisera det som går att normalisera och bekräfta och vara stödjande på det sättet. Försöka visa att jag lyssnar och försöka återberätta eller ge feedback på det jag hört på något sätt så att patienten förstår att jag lyssnar. Jag tror det handlar väldigt mycket om att visar att man försöker förstå.” - Kurator 4.

Att just sammanfatta och återberätta det patienten berättat är en metod som samtliga respondenter tar upp. Kurator 2 gör så här i när samtals slut närmar sig:

”Jag brukar försöka sammanfatta och förmedla litegrann det här som jag har snappat upp eller sett och så säger jag till exempel: ’Om vi gör så att jag kommer tillbaka imorgon så kan vi prata lite mer om det här, vad tänker du om det?’ Så både en sorts sammanfattning och en planering framåt.” - Kurator 2.

Sammanfattningsvis kan vi se att samtliga fyra kuratorer använder sig av metoden att i någon mån sammanfatta vad de har fått veta och återkoppla detta muntligt till patienterna för att få feedback på om de har uppfattat situationen korrekt. Patienten får på så vis ett kvitto på att de ha blivit lyssnade till. Det har också den effekten att patienten får sin historia paketerad med andra ord, och på så vis får chansen att ta den till sig på nytt. Att på detta sätt låta patienten lägga sin smärta hos kuratorn en stund, för att sedan få tillbaka den i en mer lätthanterlig form, är den process som kan beskrivas med Bions begrepp *”containing function”* (Abrahamsen 1999).

Jag uppfattar att kuratorerna ser de olika sätten att verbalt bekräfta patienten som användbara metoder för att skapa relation.

Metoderna har en rad användningsområden:

- För att visa att man lyssnar, och förstår.
- För att med orden förmedla sitt stöd i en svår situation.
- För att förmedla att det patienten känner och säger är normalt och viktigt.
- För att hjälpa patienten att bättre förstå sig själv genom att för en stund härbärgera deras känslor innan man ger dem tillbaka i en mer hanterbar form.

5.2.2 Informera om sin roll

En viktig aspekt som samtliga fyra kuratorer framhåller är vikten av att informera om vad en kurator har för funktion inom sjukvården, och specifikt på deras respektive avdelningar.

Kurator 1 upplever att patienterna på hans avdelning generellt har en vag uppfattning om kuratorns arbetsuppgifter. På grund av ålder och bakgrund är de inte heller vana att prata särskilt mycket om psykisk ohälsa, varför en viktig uppgift för kuratorn blir att dels informera om att man kan prata om saker som är svåra, och dels visa att hen är öppen för att ta emot det.

”Jag tänker att utifrån den kultur som de har vuxit upp i och under deras socialiseringsprocess, hur de har blivit formade under livet, att kunskap om social problematik och psykisk ohälsa är låg, men också hur pass legitimt det anses att vara öppen med att man lider av social problematik eller mental ohälsa – att det är än mer tabu för dem. Och än mer okunskap om vilket stöd man kan få. Varför det blir ännu viktigare att vara tydlig med och tala om på en grundläggande vad en kurator gör.”
- Kurator 1.

Kurator 1 brukar fråga sina patienter om ifall de vet vad en kurator gör, för att få syn på vilken förförståelse de har. Vet de inget så förklarar hen det. Att öka patientens kunskap om rollen gör att patienten kan använda kuratorn på ett bättre sätt, resonerar hen. Hen menar att det finns en styrka i vara ensam i sin yrkesroll på sin avdelning, på så vis kan patienter se hen som en allierad gentemot resten av personalen.

”Som kurator är man ju en joker i en medicinsk värld, en beteende- och samhällsvetare. Det är ju inte sällan som man får någon form av medlarfunktion mellan personal och patient. Man blir liksom lite mer neutral. Om en patient är förbannad på sköterskor och läkare så kan det vara när man förklarar sin funktion att: ’Ja, men du är liksom du inte riktigt som dem.’ Så det är liksom lite annorlunda och det tänker jag många gånger underlättar också för dem att ta upp sådant som kan kännas svårt eller om man har klagomål på vården.” - Kurator 1.

Hen menar alltså att rollen bär lite av nyckeln till relationsskapandet, och att kuratorn har både rollen och sina personliga egenskaper till hjälp i den strävan.

Att en sjukvårdskurator kan positionera sig lite vid sidan av övrig personal och på så vis skapa allians med patienten är något som det finns belägg för i Elisabet Sernbos avhandling (2019). För att lyckas med det krävs det att kuratorn klarar av att skapa och upprätthålla flera relationer samtidigt, och kan hantera skiftande lojaliteter (Sernbo 2019).

De patienter som kurator 2 träffar har inte samma bakgrund som kurator 1:s patienter. Utmaningen är istället att det kan finnas flera personer i rummet som hen måste förhålla sig till och presentera sig för. Om det är en familj hen träffar vänder hen sig alltid till barnet först, och sedan föräldrarna, för att förklara vem hen är. Hen poängterar också att kuratorn finns till för alla i en familj, inte bara den inlagda personen utan också syskon och föräldrar. Hen är mycket mån om att förtydliga vad rollen innebär vid ett första möte:

”Vad kan de få av mig och vad kan jag hjälpa dem med och vad kan de förvänta sig av mig? Försöka göra det lite tydligt, för det är ju inte alltid så tydligt. Så att de får någon idé om vad de faktiskt kan få hjälp med, så att det blir lite konkret.” - Kurator 2.

Dena presentation måste bli än mer ingående i de fall där syftet med samtalet inte är uttalat eller avtalat sedan tidigare, eller där kuratorn kanske inte ens är väntad:

”Sen ibland känner man ju mer att de kanske är lite avvaktande, och att de blir lite mer: ’Jaha, vem är nu det här? Vad ska vi göra, vem är hon?’ Och då blir det kanske mer att jag får berätta vad vem jag är och vad jag kan hjälpa till med.” - Kurator 2.

Även i de fall där rummet är fullt av annan personal och kuratorn behöver komma tillbaka senare ser hen till att presentera sig, men då ges en snabbversion av presentationen. Hen försöker då också snappa upp om det finns ett behov av att hen återkommer snart, eller hur det ser ut.

Kurator 3 framhåller på ett liknande sätt som kurator 2 att hen även finns till för anhöriga. Hen vinnlägger sig också om att informera om att hen finns tillgänglig på både slutenvårdsavdelningen och öppenvårdsmottagningen. Att det kan finnas en kontinuitet i kontakten och att patienten inte behöver träffa flera olika kuratorer, om den önskar fortsätta samtalskontakten när den senare följs vid öppenvårdsmottagningen på samma sjukhus, kan vara skönt för patienten att veta.

Det kurator 3 förmedlar genom att berätta att hen kan följa patienten under en längre tid tolkar jag som en viktig ingrediens i relationsskapande. För, som Payne påpekar, är relationsskapandet en process som pågår över tid (2006). Kontinuitet och förutsägbarhet är också viktiga delar för att skapa en hållande miljö (Abrahamsen 1999). Liknande vinster gör de andra kuratorerna när de informerar om sin roll. De skapar en trygghet runt patienten genom att informera om vad de kan göra, och för vem.

Sammanfattningsvis är muntlig information något som kuratorn gör för att öka patientens trygghet, men också för att få syn på vad patienten vet och förväntar sig av kuratorn. När hen vet det, vet hen också vilken nivå hen ska lägga sig på i samtalet.

5.2.3 Att våga vara tyst

En ytterligare metod för att signalera närvaro är genom att vara tyst. Det säger två av de intervjuade kuratorerna, som menar att tystnaden visar att de har tid och inte är stressade, liksom att de är mottagliga för patientens berättelse.

Kurator 3 beskriver hur hen låter det bli tyst i samtalet för att patienten ska få tid att tänka, och för att hens fråga ska få chans att sjunka in. Men att få tystnaden att kännas naturlig och bekväm tog tid. Metoden fick kuratorn lära sig under sin grundutbildning men det var först efter en tid som kurator på slutenvårdsavdelning som hen började använda sig av den. Här berättar hen hur det gick till:

”Ja, men jag satt i något av mina första samtal förra året och märkte att patienten var lite nervös. Pillade på sin klocka och ville säga något kändes det som, så då vet jag att jag tänkte för mig själv: ’nej, men sitt lugnt i båten liksom’ och då kom det efter ett tag. Eller om man bara upprepar något ord de sagt, som ’det är tufft’ och så låter man det hänga lite i luften och så kommer det efter en stund från patienten att: ’ja, nej, men det är det faktiskt’, efter att de har låtit det sjunka in. För det vet man väl själv, att skulle man få en fråga behöver man ibland lite tid att fundera och låta det gå ett varv. Och samtidigt, visst, det är jobbigt med tystnad ibland, men man lär sig nog härbärgera den också.” - Kurator 3.

Det var först när hen märkte att metoden var användbar som hen började göra den till sin. Det räckte alltså inte med att få en metod till sig genom utbildning, utan den var tvungen att sjösättas i praktiken innan den visade sig användbar för just denna kurator. Kuratorn tillstår att tystnaden fortfarande kan kännas obekvämt i samtalen hen har, men att det är en vanesak.

Kurator 4 kan tillåta att det blir tyst för att uppnå större djup i samtalet. När det är patienten som blir tyst kan det vara en signal om att den reagerar känslomässigt på något som kan behöva sättas ord på. Då tar kuratorn det som en signal om att det finns något där som kan behöva undersökas ytterligare.

Men kuratorn kan också utnyttja tystnaderna till att fundera över vilken riktning samtalet ska ta härnäst. Ibland skapar kuratorn själv detta utrymme genom att be om det:

”Ibland får jag ta lite pauser och fundera. Ibland gör jag det medan patienten pratar, men ofta när det blir en tystnad. Och ibland får jag säga till patienterna att nu måste jag fundera lite, det vill säga när det blir väldigt mycket eller när jag inte riktigt vet vart samtalet ska ta vägen. Då kan jag säga: ’Jag tror jag behöver fundera lite på vad jag ska ställa för frågor’. Jag har aldrig varit med om att någon tyckte att det var konstigt. - Kurator 4.

Tystnad kan således användas för att skapa utrymme och luft för patienten, för att stanna upp och undersöka patientens känslor och för att kuratorn själv ska hitta en riktning i ett invecklat samtal. Ingen av de intervjuade kuratorerna tog upp tystnad i samtalet som något som patienterna reagerade negativt på.

5.3 Sammanfattande kommentarer om relationsskapande metoder

Sammantaget kan vi se att de fyra intervjuade sjukhuskuratorerna använder sig av en mängd metoder när de arbetar i en vårdmiljö. Vissa av metoderna är inte specifika för vårdmiljön, utan är tillämpbara i alla samtal, medan vissa är mer specifika för den miljö som en slutenvårdsavdelning utgör. Att sitta ner inne i salen eller rummet var något som samtliga vinnlade sig om att göra. Även i de rum där det kunde vara trångt eller saknades stolar ordnade de så att de kunde sätta sig ner.

Bakom denna, och övriga kroppsliga och verbala metoder, återfinns resonemang om att visa sig närvarande och förmedla att man har tid – saker som är nödvändiga för att uppnå terapeutisk närvaro (Geller 2013).

En spännande aspekt i materialet är att vissa metoder vid en första anblick kan verka göra det motsatta – som att inte hålla ögonkontakten, eller att vara helt tyst under samtalet. I kuratorernas resonemang om varför de gör som de gör blir det dock tydligt att också detta handlande syftar till att få patienten att känna sig bekväm och lyssnad till. Något, som de menar, bidrar till relationsskapandet. Det är således först när vi tar på oss kuratorernas teoretiska glasögon som vi kan förstå att deras handlade är del av en uttänkt metod, och inte något de tar ur luften i stunden.

5.4 Hållande miljö

I följande avsnitt diskuterar jag vad kuratorerna gör för att skapa en hållande miljö, utifrån följande tre teman:

- Ramar för samtalet
- Hanterandet av störningar
- Terapeutisk närvaro

5.4.1 Ramar för samtalet

Vad gäller sammanhangsmarkering använder sig kuratorerna av det i olika utsträckning. De tre som har arbetet längst är mer förtjusta i metoden än den som har arbetat kortare tid. Kurator 3, som har arbetat kortast tid av de fyra informanterna, berättar att hen inte sätter några ramar för tiden utifrån att hen inte sett ett behov av det:

”Jag kan vara ärlig med att säga att jag är jättedålig på att säga så som de tar upp i skolan när man har övningssamtal, att nu har vi 45 minuter. Det jättesällan jag säger det, faktiskt. Det kanske är att jag inte har kört in mig själv i det, men jag tycker det har flutit på ändå. Jag har själv inte tänkt på det heller riktigt. Sen är det ju vissa som frågar ibland mitt i samtalet. Och då har man ju insett att man kanske skulle sagt nån tid, för då kan de bli lite stressade och fråga hur lång tid vi har på oss. Och då brukar jag säga ’nej, men vi har ungefär en timme, det är inte så strikt.’ Så det är väl kanske därför att jag har varit lite flytande med tiden som har gjort att jag inte satt någon ram heller riktigt.” - Kurator 3.

Kurator 3 är också den kurator som i ett tidigare avsnitt berättade om hur hen kunde sitta länge hos vissa patienter för att också erbjuda sällskap, speciellt under pandemin. Det är också ett sätt att skapa relation, menar hen.

Kurator 4, som är den som arbetat längst, har ett diametralt annorlunda arbetssätt. Hen inleder alla sina samtal med en tydlig sammanhangsmarkering för att rama in samtalet. Då säger hen vilken tid som står till förfogande, hur samtalet kommer att gå till och lite runt vilket syfte hen har med att ställa vissa frågor, som till exempel att hen alltid undersöker huruvida patienten har barn utifrån att kuratorn också kan stötta barnen. Hen berättar också att hen kommer att försöka skaffa sig en bild av vad patienten förstår om sin sjukdom och hur den påverkar patientens liv. Den inledande sammanhangsmarkeringen avslutas med att informera om att de på slutet kommer att göra en liten utvärdering av samtalet och också bestämma hur deras vidare kontakt ska se ut. Till och med i krisartade situationer vinnlägger sig kuratorn om att hinna prata några minuter om ramarna för samtalet innan det sätter igång. Att ha tydliga ramar är inte hämmande, snarare en trygghet, menar hen:

”Jag tror att det är en styrka att ha den här strukturen i början av samtalet, liksom som man kan vila i lite. Det tycker jag känns viktigt första gången man ses, för att patienten ska förstå vad det är för typ av samtal, vad det går ut på liksom och vem jag är. Så det tycker jag är viktigt för relationsskapandet.” - Kurator 4.

Vad som sedan sker under samtalet är mer oförutsägbart på vårdavdelningen än när samtalet äger rum på kuratorns mottagningsrum. Kurator 4 beskriver hur hen kan ge sina mottagningspatienter uppgifter mellan gångerna de ses och på så vis arbeta mer med förändring i patientens liv. Det kan då följas upp kontinuerligt. I ett första samtal på vårdavdelningen är fokus mer på här och nu, och på det som går att åstadkomma i stunden.

Kurator 2 använder sig också av sammanhangsmarkering, och av att skapa ramar. Är det en krissituation kan hen vara mer flexibel i hur länge ett möte får pågå, men hen försöker ändå rama in samtalen:

”Jag tycker nog att det är ganska viktigt med ramar och det kan vara ganska svårt i det här jobbet, men då försöker jag nog tänka på att försöka få till ramar utifrån de förutsättningar som finns. Att göra det jag kan med den miljön vi har, men ändå att försöka förmedla någon form av början och någon form av slut. Det kan man ju kanske inte alltid när det handlar om kris eller att det händer någonting som gör att man måste avbryta, så det går ju inte att i ett samtal på en avdelning alltid ha en viss tid. Men ändå försöka göra det man kan med små medel som till exempel det här med sammanfattning och planering i slutet, så att det blir lite som en sorts ram. Eller att man markerar genom man sätter sig ner i början och reser sig i slutet.” - Kurator 2.

Genom att använda sig av en rad olika metoder, varav jag redan berört några i denna uppsats, skapar kurator 2 en hållande miljö i den för patienten ovana

sjukvårdsmiljön. Genom det hen kallar ”små medel” kombinerar hen flera metoder för att skapa ramar runt samtalet och på så vis en trygghet.

Kurator 4 nöjer sig inte med att sammanfatta på slutet, utan har också lagt in utvärdering sist i sina samtal. Det är en strategi som hen lärt sig av psykologkollegor, som under en tid försökte införa systematisk utvärdering av alla samtal som ägde rum på kliniken. Metoden innebar att alla patienterna skulle fylla i ett formulär för utvärdering efter varje samtal. Även om kuratorn anser att denna form för utvärdering inte passar optimalt i just hens kontakter (för fyrkantigt, det passar bättre för längre terapeutiska relationer) har hen anammat den bakomliggande tanken. Istället för formulär använder hen sig nu av en muntlig utvärdering i näst intill varje samtal. Där frågar hen patienten bland annat:

*”Hur var det att prata med mig idag?
Hur var det att vara här idag?
Hur var det här samtalet för dig?
Sedan så brukar jag fråga vad de får med sig eller vad de tyckte var viktigt av allt det vi pratade om. Då kan jag också uppfatta vad de tog in av samtalet. Det tänker jag är jätteviktigt för mig för jag kan ju säga många smarta saker men om patienten inte får med sig någon av dem, och kanske får med sig något helt annat från samtalet, då skulle jag gå runt i en värld och tro att nu fick patienten med sig en massa grejer som jag förmedlar när den inte fick det.” - Kurator 4.*

Att utvärdera, som jag utifrån intervjuerna uppfattar som ovanligt bland kuratorer i sjukhusmiljö, har kurator 4 alltså lärt sig av yrkesgruppen psykologer. De har en annan grundutbildning än kuratorer men utför ibland liknande arbetsuppgifter i att ge psykosocialt stöd till patienter. Jag drar slutsatsen att kuratorn använder sig av en *mimetisk strategi* när hen närmar sig psykologernas metoder istället för dem som socialt arbete erbjuder. Kurator 4 önskar dock att fler kuratorer skulle använda sig av denna metod:

”Jag tycker det något som vi kuratorer behöver bli bättre på. Jag vet inte hur andra kollegor jobbar, det är väldigt sällan man sitter med. Men det var ingenting jag direkt fick till mig under varken utbildningen eller efter utbildningen heller när jag satt med på samtal, utan det är någonting jag faktiskt fått mer lära mig av psykologerna. Jag tror att kuratorerna kan vara lite rädda för att ställa frågan och det tycker jag inte vi ska vara, tvärtom.” - Kurator 4.

I citatet hintar kuratorn om att det finns en osäkerhet inom den egna yrkesgruppen inför att använda sig av utvärdering. Denna osäkerhet skulle säkerligen minska med utbildning inom de metoder som finns, men kanske också genom att det uppmuntrades från kuratorernas arbetsledare.

Vi har ovan sett två vitt skilda exempel på hur användbar metoden sammanhangsmarkering är för två olika kuratorer. Det är intressant att notera att de båda anser att just deras metod är viktig för relationsskapandet.

5.4.2 Hantering av störningar

I vårdmiljön är det inte ovanligt att det första samtalet blir avbrutet av andra saker som sker i rummet. Det kan vara andra patienter på samma sal som påkallar uppmärksamhet, att det kommer in vårdpersonal som ska utföra provtagningar eller justera något, eller städpersonal som ska utföra sitt arbete. Dessa störningsmoment är specifika för samtalen som äger rum på avdelningar, och sker inte på mottagningarna. De intervjuade kuratorerna har utarbetat flera olika strategier för att behålla fokus i samtalen när de blir avbrutna.

För kurator 1, som ofta träffar äldre patienter, är utmaningen att dessa patienter ibland är ovilliga att byta rum för ett samtal. Ibland handlar det om att de inte inser att ett samtal med kuratorn kan väcka känslor och kan komma att handla om svåra saker, och ibland är de för sjuka eller trötta för förflyttas. I salarna på avdelningen där kurator 1 arbetar ligger som mest fyra patienter samtidigt. Runtom sängarna kan det finnas droppställningar och andra maskiner som gör att kuratorn inte heller kan komma så nära patienten. För avskärmning finns det draperier att dra för, men dessa utestänger självfallet inte ljud. Miljöns utformning är något som kuratorn ständigt förhåller sig till och försöker navigera i för att tillgodose två motstridiga mål: Att över huvud taget få till ett samtal och en kontakt med patienten – och att samtidigt upprätthålla patientsekretessen. Hen berättar om hur det kan gå till på avdelningen:

”Det har ju hänt att känsliga samtals tas inne på en fyrpatientssal. Någon form av tröst i det är, och det är att generalisera givetvis, att en hel del patienter inte hör. Det är heller inte jätteovanligt att en del inte är kognitivt adekvata. Det är ingen idiotsäker metod att använda sig av men så är det, det är så det funkar här.” - Kurator 1.

Att miljön inte är optimalt utformad för den sortens samtal som kuratorn har med patienterna är något hen har behövt anpassa sig till. För att kunna tillgodose patienternas behov av samtal tolkar jag det som att kuratorn har behövt köpslå med sig själv kring vilka principer som ska få råda – och kommit fram till att samtalen kan ske i en miljö där andra lyssnar. Den kuratorn saknar också ett eget samtalsrum, vilket självfallet begränsar möjligheterna att ta samtalet någon annanstans, även om det går att låna rum. I slutet av vår intervju återkommer kuratorn till detta dilemma och säger att lokalfrågan är något hen kämpat för att ändra på ända sedan hen började på kliniken, men ännu inte fått gehör för.

Det är heller inte ovanligt att kurator 1 och patienten blir avbrutna av andra patienter som kommer med önskemål eller frågor om hjälp med något, under samtalets gång. För att koppla bort störningar och behålla fokus på patienten har kuratorn behövt utveckla en förmåga att disciplinerat lämna ute annat som sker i rummet och inte låta det fånga hens uppmärksamhet. Det skulle väldigt mycket till för att det skulle vara lämpligt för kuratorn att gå ifrån sitt samtal, resonerar hen. Hen kopplar detta till att se sin egen del i vården och inte nappa på förfrågningar om hjälp som egentligen ska riktas till omvårdnadspersonalen. Kuratorn menar att det sällan är så akut att hen behöver agera och då väljer hen att istället behålla fokus på sitt samtal och ”blockera ut” det andra. Att inte ge andra patienter uppmärksamhet är också ett sätt att signalera vilken betydelse samtalet har.

”Att tillmäta mötet och samtalet med patienten den betydelse som det har. Vad jag menar med det är att jag jobbar för att förbereda mig, ta bort stress inför samtalet, vara närvarande under samtalet, ha respekt för att det här är ett viktigt samtal för patienten.” - Kurator 1.

Vad gäller störningar när personal kommer in tycker tre av de intervjuade kuratorerna att det är hyfsat problemfritt, även om det kan utgöra en paus i samtalet. Alla fyra är noga med att poängtera att vårdpersonalen generellt visar stor respekt för när kuratorn sitter inne hos en patient, och inte stör i onödan. Kuratorerna meddelar ibland annan personal innan de går in eller sätter upp en Stör ej-skyldt på dörren. I vissa rum finns också fönster där personal kan kika in i rummet innan de går in, och stör då ytterst sällan när kuratorn är på plats.

Kommer någon trots det in för att utföra en nödvändig medicinsk åtgärd under ett samtal brukar samtalen ta en naturlig paus. Det vittnar tre av fyra kuratorer om.

”Det blir en överenskommelse mellan mig och patienten och en naturlig paus i samtalet.” - Kurator 1.

”Jag tror att det är ett underförstått. Ibland börjar vi ju småprata lite med sköterskan som kommer in också så att det blir ett naturligt avbrott. Vissa patienter fortsätter prata under tiden sköterskan är där och då är det ju inte så att jag säger att nej, nu ska vi inte prata, utan det är nog mer underförstått att det blir en paus och många vill kanske inte dela med sig av någonting till någon annan.” - Kurator 4.

”Om det är någonting som larmar, så brukar de [personalen, författarens anm.] ju komma in och kanske fixa med det, och då tycker jag ofta att de alltid brukar försöka, är min upplevelse, göra det lite diskret så att vi kan fortsätta prata. Och att man såklart observerar att nu kommer det någon och någonting händer här, men jag tycker ändå inte att det brukar ta för mycket fokus.” - Kurator 2.

Kurator 3 är den som upplever avbrotten som mest störande för samtalet.

”Jag tycker det är lite jobbigt faktiskt. Det beror ju på hur de kommer in. Ibland kommer de in och knackar och så ser de mig och säger: ’Oj, förlåt’ och så stänger de direkt. Medan vissa ska ju in och göra blodprov eller så, och då blir det ju att man pausar lite. Och så frågar de ibland och då försöker jag visa tydligt att det är patienten som bestämmer, så då vänder jag liksom mig tydligt patienten, men oftast brukar patienterna titta tillbaka på mig själv.” - Kurator 3.

Kurator 3 brukar alltså inte på eget initiativ säga till någon annan att inte komma in, vilket hen kopplar till sin roll i den medicinska hierarkin. Hen menar att det faktum att hen inte besitter den medicinska kunskapen ibland gör det svårare att hävda sitt utrymme, när det är medicinska behov som behöver tillgodoses. Hen menar att hen är van att i sin roll inte vara i vägen, utan istället vara anpassningsbar för verksamhetens behov. I situationer som den i citatet ovan är

det ovanligt att hen markerar mot annan personal att de bör vänta. Har det hänt har hen relativt snabbt sammanfattat och avslutat samtalet.

Kurator 4 har ett annat sätt att se på saken. Även om störningar sällan förekommer under hens samtal på avdelningen har hen vid några tillfällen bett personal om att vänta, när hen för ett samtal med en patient. Hen resonerar som så att undersökning och mediciner sällan är av så pass akut karaktär att de inte kan vänta en stund. Hen drar sig även till minnes en gång då en ur städpersonalen kom in i rummet, varvid kuratorn faktiskt blev sur och skickade ut personen med en gång. Att vara tydlig med att hålla tiden och rummet för samtalet är ett sätt att signalera att tiden är till för patienten och att ovidkommande störningar inte får förekomma, menar hen.

Att hålla rummet fritt från störningar är en reell utmaning för de kuratorer jag har intervjuat. Bara det faktum att de försöker, även om de inte alltid lyckas, visar för patienten att samtalet är viktigt. Jag tolkar det som att det är viktigt för kuratorn att skapa den lilla stund av lugn och trygghet som går att få trots att de befinner sig på ett sjukhus med ronder och rutiner. Att de anpassar sig till situationen om det krävs att vårdpersonal kommer in, tolkar jag också som ett sätt att vara följsam i sitt hållande.

5.4.3 *Terapeutisk närvaro*

Kurator 2 tar upp en aspekt som varken syns eller hörs – det inre samtalet som pågår inom kuratorn och som går ut på att skapa mening av det hen får till sig: Vad är vad? Vilka behov finns det här? Vad är viktigt i den här situationen? För att kunna erbjuda rätt stöd, eller ställa rätt frågor, är detta inre samtal i full gång. Det berör också hur kurator och patient förhåller sig till varandra och vilka signaler som kuratorn uppfattar i rummet. Allt detta är kuratorn medveten om, på något plan.

”Det är ju alltid i ett första samtal väldigt mycket det här att just fånga upp de här signalerna kring personkemi och hur vi förhåller oss till varandra. Det blir väldigt många sådana saker i ett första samtal som kanske sedan till nästa samtal har satt sig på ett annat sätt.” - Kurator 2.

Kurator 2 beskriver hur ett första samtal är extra utmanande eftersom allt är nytt för båda parter. Genom att vara öppen för det som sker i rummet och bearbeta informationen samtidigt som samtalet äger rum skaffar sig kuratorn en bild av situationen. Hen ser det som en del av arbetet att snabbt kunna ställa om från situation till situation och kunna göra snabba bedömningar av nya situationer på stående fot.

Kurator 4 beskriver på ett liknande vis hur alla hens sinnen är fullt påslagna, och att alla intryck hanteras genom en metadiskussion med sig själv:

”Jag tror att det blir lite av en bubbla. Jag är väldigt inne i samtalen. När jag har samtal tänker jag sällan på något annat, det är enbart när jag är väldigt stressad och har väldigt mycket annat parallellt. Då kan det dyka upp saker, men när jag är i ett samtal så tänker jag bara på samtalet och då tänker jag på vad patienten säger, hur patienten rör sig, var är vi på

väg samtalet och vilken idé jag har om var samtalet ska ta vägen. Håller jag starkt fast vid den idén så att jag inte riktigt kan följa och lyssna på patienten, eller är det bra för patienten om jag också har en tydlig idé? Det är lite olika. Det blir hela tiden en metadiskussion som pågår någonstans i huvudet.” - Kurator 4.

Det båda kuratorer beskriver ovan tolkar jag som det som Geller (2013) benämner *terapeutisk närvaro*. I korthet innebär det att terapeuten är närvarande med hela sitt väsen – fysiskt, emotionellt, kognitivt, spirituellt och rationellt – samt att terapeuten är grundad i sig själv och öppen för att kunna ta emot klientens uttryck. När kurator 2 pratar om att fånga upp patientens signaler sker detta genom att ha både denna närvaro i stunden och en inre struktur för att kunna ta emot och bearbeta dem.

Det måste också hos terapeuten finnas en öppenhet gentemot sig själv för att komma i kontakt med sin kunskap (Geller 2013). När kurator 4 i citatet ovan diskuterar med sig själv om vilken väg samtalet ska ta, vittnar det om att just stå i kontakt med sin kunskap och försöka utnyttja den på bästa vis. Sammantaget menar jag att denna närvaro möjliggör en följsamhet och ett hållande genom samtalet.

5.4.4 Sammanfattande kommentarer om hållande miljö

Utmaningarna är större i vårdmiljön och kravet på flexibilitet från kuratorerna upplevs som högre. Kuratorerna behöver ibland kunna vända på en femöring och fatta snabba beslut. Det kan utgöra ett hinder för att skapa trygghet, lugn och förutsägbarhet runtom patienten när saker och ting snabbt tar en annan riktning. Samtidigt är en det en nödvändig anpassning till vårdmiljön, där patientens hälsotillstånd är i fokus och i mångt och mycket styr vad kuratorn kan göra; ibland är det provtagningar som måste göras under samtalet, någon gång har patienten fått ett dåligt besked och befinner sig i en akut kris, och ibland orkar inte patienten prata alls på grund av sin sjukdom.

Att då kunna anpassa sig till rådande läge kan också vara ett sätt att skapa ett hållande, i det att man följer patienten så som föräldern hela tiden följer barnet. Som Abrahamsen (1999) påpekar är den hållande miljön aldrig rigid, utan ytterst följsam för att kunna svara mot det växande barnets ständigt förändrade behov. Lite liknande är det i vårdmiljön, där kuratorn aldrig vet vad som väntar innanför dörren, och därför behöver ha en följsam förmåga att skapa ett hållande i den situation hen träder in i.

Däremot kan vi se att följsamhet gentemot resten av verksamheten ibland kan gå ut över samtalet. I exemplet där kurator 3 inte markerar en tydlig gräns mot störningar från annan vårdpersonal vittnar hans citat om att patienten kan känna en osäkerhet. Kuratorn brukar vända sig till patienten för att låta denna bestämma om de ska bli avbrutna, men patienten vänder sig då oftast tillbaka till kuratorn. Jag tolkar det som att patienten är osäker på vad som förväntas i den givna situationen och då vänder sig till den person som hen litar mest på. När denna person, kuratorn, inte upprätthåller ramarna för samtalet och skyddar patienten från störningar, brister den hållande miljön. Tryggheten och förutsägbarheten får

sig en törn när kuratorn lägger beslutet i patientens knä, istället för att visa att hen kan hålla störningar borta. För patienter som tidigare upplevt uppbrott eller trauman är den hållande miljön extra viktig, menar Applegate och Bonovitz (1995). Vad detta får för konsekvenser för den fortsatta relationen, och om det är reparerbart, framkommer dock inte av mina intervjuer.

6. Avslutande diskussion

Mitt syfte med uppsatsen har varit att ta reda på hur sjukhuskuratorer arbetar med relationsskapande i en vårdmiljö. Mina frågeställningar gällde dels vilka metoder för relationsskapande kuratorerna använde sig av i när de arbetar i vårdmiljö, och dels hur de skapar en hållande miljö där.

6.1 Relationsskapande metoder

Kuratorerna i min undersökning är samstämmiga i mycket, men inte i allt. För att besvara den första forskningsfrågan kan vi se på den mängd metoder jag listat i kapitlet om relationsskapande ovan – hela sju stycken, uppdelade i kroppsliga och verbala metoder. Det ska dock sägas att de metoder jag listar under de olika avsnitten om relationsskapande och hållande miljö självfallet går in i varandra, och att denna uppdelning enbart är för att förtydliga mitt material. I verkligheten används de ofta tillsammans för att bygga både relation och hållande miljö till och runt en patient.

Alla fyra använde inte alla metoder, men oftast var det två eller fler som använde sig av varje given metod. De kunde ha olika sätt att använda en metod, snarare än vitt skilda metoder. Anledningarna till att kuratorerna använde metoderna i olika stor utsträckning verkar delvis ha att göra med antal år i yrket och erfarenhet av socialt arbete. De som arbetat lite längre i yrket hade mer utförliga resonemang om sitt agerande än den kurator som arbetat kortast tid. Men även den kurator som arbetat kortast tid såg en utveckling hos sig själv till en mer trygg kurator som kunde använda sina kunskaper på ett mer självsäkert vis än i början.

Trots att underlaget i denna uppsats är för litet för att dra några långtgående slutsatser så pekar fynden i riktning mot att det finns en uppsättning metoder som är användbara för just sjukhuskuratorer, och att dessa används relativt flitigt. Exakt hur väl avgränsad denna uppsättning metoder är i förhållande till hur andra socionomer arbetar är svårt att avgöra. Det vore spännande att undersöka var skilljelinjerna går, för att tydligare få syn på vilken uppsättning metoder som är sjukhuskuratorns främsta.

Det ska dock sägas att det urval av metoder jag har fått fram ur mitt material inte är heltäckande, eftersom jag inte har efterfrågat allt. Vissa metoder har dock kuratorerna lyft fram som användbara utan att jag frågat om just dessa. Mot bakgrund av min fråga om vilka metoder kuratorsgruppen använder sig av i

relationsskapandet kan jag konstatera att jag har fått syn på en hel del – men att fler säkert återstår att kartlägga.

När informanterna fått frågan om var de lärt sig de metoder de förordar svarar de: på socionomutbildningen, genom erfarenhet, genom vidareutbildning och genom att iaktta kollegor under praktik och i arbete. Dessutom har de inspirerats av kollegor som inte arbetar med socialt arbete.

Även om det inte var en fråga som ställdes under intervjuerna så framkom det att två av kuratorerna utbildats vid samma lärosäte. Dessa två gjorde liknande kopplingar till kroppspråkets betydelse och hänförde denna kunskap just till sin grundutbildning. Det visar att utbildningens inriktning har betydelse.

6.2 Metoder för hållande miljö

För att skapa en hållande miljö krävs lugn, avskildhet och fysisk trygghet. Den bör också präglas av förutsägbarhet, pålitlighet och skydd från yttre inverkan (Applegate & Bonovitz 1995).

Som mina intervjuer visar är det här ideal som är svåra att uppnå i vårdmiljön. Utifrån de förutsättningar som givits gör kuratorerna ändå en hel del mycket medvetna försök att uppå just lugn, förutsägbarhet och skydd från störningar. Främst sker det genom att sätta tydliga ramar för samtalen genom att sammanhangsmarkera både i början och slutet av samtalen. Att avvärja störningsmoment var något som samtliga gjorde, och hade utförliga resonemang om. Skapandet av en totalt hållande miljö sker också genom att ha terapeutisk närvaro, och hålla patienten i sin fulla uppmärksamhet, såsom Winnicott menade att terapeuter bör göra (Applegate & Bonovitz 1995).

Mycket av det som jag tolkar som en strävan efter att skapa en hållande miljö, kopplar de intervjuade kuratorerna till teorier de lärt sig under utbildning – såsom sammanhangsmarkering och arbetsallians. Att teori så tydligt genomsyrar det praktiska sociala arbetet i en vårdsal blir för mig ett kvitto på att socionomers grundutbildning spelar roll även långt senare.

6.3 Avslutande kommentarer

Något som flera av informanterna lyfte fram var att de inte vet hur deras kollegor arbetar. Det är en konsekvens av att det oftast inte finns mer än en eller ett fåtal kuratorer på varje klinik. Även på kliniker med fler anställda kuratorer sitter man sällan med på kollegors samtal med patienter. Dessutom är kuratorn, som en intervjuad uttrycker det, en ”joker i en medicinsk värld”. Att arbeta ensam är alltså mer regel än undantag. Ingen av kuratorerna pratade om det som en nackdel, men reflekterade över att de egentligen inte visste hur deras kollegor på andra kliniker faktiskt gjorde. På frågor om var de lärt sig göra som de gör svarade de att det skett genom praktik, då de fått chans att iaktta andra som utfört socialt arbete. När de själva blivit yrkesverksamma försvann dock den möjligheten snabbt, och de var tvungna att förlita sig på sina egna metoder. Mot denna bakgrund är det ändå värt att notera att de fyra kuratorer jag har intervjuat har varit samstämmiga i mycket. De uppvisar därmed en enad professionell identitet.

Två av de kuratorer jag intervjuat har båda i slutet av intervjun uttryckt att de sällan reflekterar över hur de utför sina arbeten eftersom mycket går på automatik, och att de var glada åt chansen att stanna upp och göra det. En menade att intervjun kommer att påverka hur hen för sina samtal, eftersom självreflektionen ledde till nya idéer.

Mitt syfte var att få syn på hur sjukhuskuratorernas arbete går till i praktiken. Det har jag till viss del fått göra genom att ta del av det mina informanter har berättat för mig. Men det saknas fortfarande bitar för att få en heltäckande bild. Jag tolkar mina resultat som att behovet av kunskap om kurators arbetsmetoder fortsatt är stort.

Referenser

- Applegate, Jeffrey S, Bonovitz Jennifer M (1995) *Facilitating partnership - A Winnicottian approach for social workers and other helping professionals*. Oxford: Roman and Littlefield publishers inc.
- Abrahamsen, Gerd (1999) *Det nödvändiga samspelet*. Lund: Studentlitteratur.
- Bernler, Gunnar, Lisbeth Johnsson & Anette Skårner (1993) *Behandlingens villkor - om relationen och förväntningarna i det sociala arbetet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Davis, Cindy, Eileen Baldry, Biljana Milosevic & Anne Walsh (2004). Defining the role of the hospital social worker in Australia. *International Social Work*, 47(3), 346-358.
- Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* (2002) Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Geller, Shari (2013). Therapeutic Presence: An Essential Way of Being. I: Cooper, Mick, Peter F Schmid, Maureen O'Hara & Arthur Bohart. *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling*, ss 209-222. Basingstoke: Palgrave.
- Gillham, Bill (2008) *Forskningsintervjun tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.
- God forskningssed* (2017) Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Hjerm, Mikael, Simon Lindgren & Marco Nilsson (2014) *Introduktion till samhällsvetenskaplig analys*. Andra uppl. Malmö: Gleerups utbildning AB.
- Johansson, Håkan (2006) *Terapeutisk allians i allmän psykiatrisk vård*. Doktorsavhandling. Lund: Lunds universitet.
- Lilliehorn, Sara, Joakim Isaksson, Pär Salander (2019) What does an oncology social worker deal with in patient consultations?: An empirical study. *Social work in health care*, 58(5): 494-508.
- Lilliehorn, Sara, Joakim Isaksson, Pär Salander (2017) Social work in oncology: an empirical study of patient contacts during a 12-month period. *Psycho-Oncology*, Vol. 26 : 66-67
- Lilliehorn, Sara, Joakim Isaksson, Pär Salander (2017) The role and function of Swedish oncology social workers *Psycho-Oncology*, Vol. 26 : 67-67
- Payne, Malcolm (2006) *What is professional social work?* Bristol: Policy press.

Petitt, Bill, Hardy Olson (1999) *Om svar anhålles, en bok om interaktionistiskt förändringsarbete, teori och analys*. Smedjebacken: Fälth och Hässler.

Rogers, Carl R (1942) *Counseling and psychotherapy, newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin company.

Sjöström, Manuela (2013) *To Blend in or Stand out? – Hospital Social Workers' Jurisdictional Work in Sweden and Germany*. Doktorsavhandling. Göteborg: Göteborgs universitet.

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

Tjersland, Odd Arne, Gunnar Engen & Ulf Jansen (2011) *Allianser - värderingar, teorier och metoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1, intervjumall

Inledande:

Hur många års erfarenhet har du av att vara sjukhuskurator?

Tema: Miljön och rörelsemönster

- Kan du beskriva miljön i de vårdssalar eller rum där du träffar patienter?
- Vi tänker oss att du kommer in i ett sånt här rum/sal – Hur positionerar du dig där?
 - Sitter eller står du?
 - Hur håller du dina händer under tiden ni pratar?
- Vad förmedlar du med ditt kroppsspråk genom att göra på det viset?
- Hur har du kommit fram till det här sättet?
- Finns det något du brukar göra i en vårdssal som du tex inte gör i ett samtalsrum? Både i vad du säger, gör eller hur du använder ditt kroppsspråk?

Tema: omgivningen och hållande miljö

- Hur förhåller du dig till andra personer i rummet? (patienter, vårdpersonal, städpersonal, anhöriga)
- Hur gör du för att bortse från det händer runt om er?

Tema: Metoder för relationsskapande

- Hur gör du i den här miljön för att patienten ska uppleva att du är närvarande?
- Vilka styrkor har du när det gäller att skapa kontakt och börja utveckla relation med en patient i vårdmiljön?
- Vad är viktigt för dig att förmedla vid ett första möte?

Tema: Avslut

- Hur gör du när du avslutar mötet?

AVSLUT: Har du några ytterligare kommentarer eller tankar om det vi har pratat om?

Bilaga 2, samtyckesblankett.



Samtycke från deltagare i projektet

Projektets titel: <i>(ifylles av student)</i>	Datum: <i>(ifylles av student)</i>
Studieansvarig/a: <i>(ifylles av student)</i>	Studerar vid Malmö universitet, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040-6657000
Din E-post	Utbildning:
<p>Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.</p>	

Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:

Datum:

.....

Deltagarens underskrift:

.....

