



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Att möta patienten där den är

En kvalitativ studie om kuratorssamtals betydelse för patienter i somatisk
öppenvård

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits
Kandidatnivå
Termin VT 2013
Författare Elin Andersson & Daniel Ståhl
Handledare Manuela Sjöström

Abstract

Titel Att möta patienten där den är - En kvalitativ studie om kuratorssamtalets betydelse för patienter i somatisk öppenvård

Författare Elin Andersson och Daniel Ståhl

Nyckelord Kuratorssamtal, somatisk öppenvård, patient, kurator.

Syftet med denna studie var att beskriva och söka förståelse för vilken betydelse kuratorssamtal kan ha för patienter i somatisk öppenvård samt på vilket sätt kuratorssamtalet kan komplettera den medicinska vården. Utifrån våra frågeställningar handlade undersökningen om vad som enligt patienterna varit viktigt i kuratorssamtalet, på vilket sätt kuratorssamtalet har förändrat patienternas sätt att förhålla sig till sin livssituation samt på vilket sätt kuratorssamtalet kan vara ett komplement till den medicinska vården.

Vi har använt oss av kvalitativ metod och semistrukturerad intervju som insamlingsinstrument. Vi genomförde totalt sex intervjuer med dels patienter som har pågående kuratorssamtal och dels patienter som avslutat sina kuratorssamtal tidigast 2008. Vår empiri har vi analyserat utifrån begrepp ur teori för psykosocialt arbete, copingteori, känsla av sammanhang (KASAM), WHO:s definition av hälsa samt tidigare forskning.

Resultatet visade att en viktig initial del i kuratorssamtalet var att patientens behov och hjälpförväntningar uppmärksammades vilket sedan kunde resultera i en god behandlingsrelation. Som andra viktiga faktorer kunde patienterna få vägledning samt använda kuratorn som ett bollplank. Vi kunde konstatera att flera patienter genom kuratorssamtalet förändrat sitt förhållningssätt till sin livssituation. Det framkom att ett förändrat förhållningssätt kunde vara av både praktisk och vardaglig karaktär men också kognitivt. Patienten kunde därav på ett mer adekvat sätt bemöta de följder som blivit av sjukdom. Resultatet visade även på att kuratorssamtalet som ett komplement till den medicinska vården bidrog till att patienten upplevde sig sedd utifrån sin helhetssituation och att någon hade förståelse för det som sjukdomen orsakat. Samtalsstödet som kuratorn erbjöd var en faktor som gjorde att patienten kunde bearbeta det som var en följd av somatisk sjukdom.

Utifrån vår empiri drog vi slutsatsen att kuratorssamtalet har stor betydelse för patienter i somatisk öppenvård. Utan kuratorn riskerar sjukvården att inte ha någon som ser patienten i sin sociala kontext och kan ge stöd utöver den medicinska vården. Ytterligare konklusioner är att det är viktigt att kuratorn uppmärksammar patientens hjälpförväntningar för att stödet i kuratorssamtalet upplevs adekvat. Vi har även sett att kuratorssamtalet bidrar till en förståelse och att situationen upplevs påverkbar.

Förord

Vi vill tacka alla de informanter som valde att delta i vår studie. Vi uppskattar att ni ville dela era erfarenheter och åsikter med oss. Vi vill också rikta ett tack mot kuratorerna som har varit uppmuntrande till studien och hjälpt oss med vissa praktiska moment.

Vi vill också tacka vår handledare Manuela Sjöström för all rådgivning och för de uppmuntrande diskussioner vi haft med dig.

Göteborg, 2013-04-23

Elin Andersson & Daniel Ståhl

Innehållsförteckning

1. Problemformulering	1
1.1 Syfte och frågeställningar	2
1.2 Avgränsningar	2
1.3 Begreppsdefinitioner	3
2. Bakgrund	3
2.1 Psykosocialt arbete inom sjukvård på individnivå	4
2.2 Kuratorssamtal inom sjukvården	4
3. Tidigare forskning	5
3.1 Vad i samtalet som är viktigt	5
3.2 Betydelse av en kurator i sjukvård	7
3.3 Motiv och kritik till val av tidigare forskning	8
4. Teoretiska perspektiv	9
4.1 Begrepp från teori för psykosocialt arbete	9
4.2 Copingteori	10
4.3 Känsla av sammanhang - KASAM	11
4.4 WHO:s definition av hälsa	12
5. Metod	12
5.1 Metodval	12
5.2 Förförståelse	13
5.3 Sökning av tidigare forskning	13
5.4 Metod för datainsamling	14
5.5 Förberedelse inför intervju	15
5.6 Urval och urvalsavgränsningar	15
5.7 Intervjuguide	17
5.8 Genomförande av intervju	17
5.9 Analysmetod	18
5.10 Validitet, reliabilitet och exemplifiering	19
5.11 Teorival	19
6. Etiska överväganden	20
7. Resultat och analys	21
7.1 Viktigt i kuratorssamtalet	22
7.1.1 Förväntningar och relation	22
7.1.2 Vägledning	24
7.1.3 Bollplank	27
7.2 Kuratorssamtalet som utrymme för förändring	29
7.2.1 Nya förhållningssätt – kognitivt	29
7.2.2 Nya förhållningssätt - praktiskt och vardagligt	32
7.3 Kuratorssamtalet i förhållande till den medicinska vården	34
7.3.1 Helhetssyn och förståelse	34
7.3.2 Samtalsstöd	37
8. Avslutande diskussion	40
8.1 Sammanfattning	40
8.2 Slutdiskussion	42
9. Referenslista	45
Bilaga 1	48
Bilaga 2	50
Bilaga 3	51

1. Problemformulering

Jag är glad att ha kunnat vara bryggan när det skakar. Det är det som är vårt jobb, att vara någon att hålla sig i på vägen tillbaka till livet. - Kurator i sjukvården (Ronsten, 2004, s. 49).

Det här är en kurators egna ord om hur hon ser på sitt arbete. Med citatet vill vi belysa att kuratorn kan ha en viktig roll inom sjukvården och i mötet med patienter. När en människa drabbas av en somatisk sjukdom är det inte bara medicinsk vård som kan behövas. I en sådan situation kan personen känna ett behov av att få prata med någon och diskutera sin förändrade livssituation. Enligt Lundin et al. (2009) är kuratorn den yrkesgrupp inom sjukvården som ser till patientens sociala situation. Patienten får därmed möjlighet att möta någon som inte fokuserar på de medicinska aspekterna av sjukdomen. Med kuratorn kan patienten få möjlighet att samtala med någon som har kunskap om de sociala problem som kan bli följd av en sjukdom men även om de sociala problem som kan orsaka sjukdom. Att samtala med en kurator som är ensam företrädare för socialt arbete inom sjukvården kan därför vara värdefullt (Lundin et al., 2009).

När Daniel under höstterminen 2012 gjorde sin verksamhetsförlagda utbildning som sjukhuskurator uppmärksammades att kuratorssamtalet enligt flera patienter var betydelsefullt. Under samtal med både patienter och kuratorer diskuterades hur kuratorssamtalet kan påverka patienters välmående. Forskning visar på att kontakt med kurator dels kan innebära att patienter har någon att bearbeta det som har hänt med och dels att kuratorn har kunnat ta över det praktiska ansvaret i patientens livssituation (Österman, 2007). Att kuratorssamtalet kan ha olika fokus beroende på patientens behov skapade ett intresse hos Daniel för att undersöka betydelsen av kuratorssamtalet. Kuratorerna på sjukhuset har varit uppmuntrade angående att genomföra en studie om kuratorssamtalet. Genom att undersöka den betydelse som kuratorssamtal kan ha för patienter är vår förhoppning att kunna lyfta patienternas röster och belysa deras åsikter. Detta anser vi är viktigt med tanke på att utgångspunkten för socialt arbete alltid bör vara brukaren och dennes upplevelse (Thomassen, 2007). I vår litteraturgenomgång fann vi att sjukhuskuratorers arbete är ett ämne som i låg grad har undersökts, speciellt ur en svensk kontext. Vad gäller studier ur patienternas perspektiv är det i än lägre utsträckning undersökt. Ur de studier vi har uppmärksammat har vi sett att kuratorn kan vara en viktig del av sjukvården. Men utifrån vårt syfte och frågeställningar som vi ämnar undersöka har vi inte funnit någon motsvarande studie. Det menar vi är en faktor som motiverar denna studies perspektiv.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) 1 § innefattar hälso- och sjukvård åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdom medicinskt. Paragrafen reglerar att hälso- och sjukvården ansvarar medicinskt för patienter. Världshälsoorganisationen WHO:s definition av hälsa innefattar tre aspekter, fysiskt, mentalt och socialt välmående och således inte enbart frånvaro av sjukdom (WHO, 2013). Utifrån denna definition finns två aspekter av hälsa, den mentala och sociala, som inte HSL:s inledande paragraf innefattar att hälso- och sjukvården åtgärdar. För att ge patienter möjlighet till att uppleva en god hälsa, vilket regleras som hälso- och sjukvårdens mål i HSL 2 §, kan det vara av vikt att

någon uppmärksammar patientens hela situation (SFS 1982:763). Ingela Fagerström och Peter Hagman (2012), aktiva inom sjukvården, menar i debattartikeln "Fler kuratorer i vården sparar pengar" i Göteborgs Posten att det finns ett behov av att någon vid sidan av den medicinska behandlingen arbetar med patientens hela situation. I debattartikeln utvecklar författarna att man kan se ett samband mellan en individs sociala situation och risken att inte bli frisk från sin sjukdom. Kuratorn har enligt Fagerström och Hagman (2012) på så sätt en förebyggande funktion som skapar förutsättningar för individens tillfrisknande. Författarna hävdar att kuratorstjänster är en av de besparingar som politiker väljer att göra när budgetbesparingar görs, vilket också får konsekvenser för hur väl vården kan bemöta patienter. Att kuratorstjänster besparas menar Fagerström och Hagman (2012) försämrar det sociala stöd som sjukvården kan och bör erbjuda. Forskning visar på att stöd via kurator inom sjukvården har visat sig vara viktigt då kuratorn genom klagörande av samhällets insatser samt hänvisning förebygger återupprepade besök på sjukhus för patienter med psykosociala problem (Andrén & Rosenqvist, 1985). På Akademikerförbundets SSR:s officiella hemsida poängteras att i takt med att den psykosociala ohälsan ökar blir kuratorns kompetens och betydelse allt viktigare inom sjukvården (Akademikerförbundet SSR, 2011). Det ligger i linje med vad patienter själva lyft fram i samtal med Daniel under hans praktik som sjukhuskurator.

Mot denna bakgrund finner vi det intressant att undersöka vad patienterna själva har att säga om kuratorssamtalet. Vi vill därigenom kunna visa på vilken relevans kuratorssamtalet har för patienter i somatisk öppenvård och i relation till den medicinska vården. Att undersökningen utgår ifrån patienternas perspektiv menar vi kan bli ett bidrag i debatten om kuratorns betydelse i sjukvården.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syfte

Vi vill genom vår undersökning beskriva och söka förståelse för vilken betydelse kuratorssamtal kan ha för patienter i somatisk öppenvård vid en ort i Västsverige. Vi vill även beskriva och söka förståelse för på vilket sätt patienterna anser att kuratorssamtalet kan komplettera den medicinska vården.

Frågeställningar

Vad i kuratorssamtalet har enligt patienterna varit viktigt?

På vilket sätt kan kuratorssamtalet förändra patienternas sätt att förhålla sig till sin livssituation?

På vilket sätt kan kuratorssamtalet enligt patienterna vara ett komplement till den medicinska vården?

1.2 Avgränsningar

Som nämndes ovan vill vi beskriva och söka förståelse för vilken betydelse kuratorssamtal kan ha för patienter. Vi kommer alltså inte att undersöka kuratorssamtalet utifrån professionellas perspektiv. Enligt våra urvalskriterier ska deltagarna i undersökningen ha haft eller ha pågående kuratorssamtal i somatisk öppenvård på grund av sjukdom, därför har vi uteslutit att undersöka betydelsen av kuratorssamtal för ineliggande patienter. Deltagarna ska även ha gått på

mellan 3-10 kuratorssamtal. Studien undersöker patienter som har haft eller har pågående kuratorssamtal vid en ort i Västsverige.

1.3 Begreppsdefinitioner

I detta avsnitt vill vi definiera relevanta begrepp så som de kommer användas i uppsatsen.

Patient

När vi använder oss av begreppet patient hänvisar vi till en person som uppsökt vård på grund av somatisk sjukdom. Vi kommer att referera till samtliga patienter som hon eller henne för att dölja kön på våra informanter.

Somatisk

Avser att det har med kroppen att göra (Nationalencyklopedin, 2013).

Sjukdom

När vi använder begreppet sjukdom åsyftas somatisk sjukdom om inget annat anges.

Öppenvård

Patient erhåller vård från läkare, sjuksköterska, kurator eller annan yrkeskategori bland vårdpersonal och kan sedan gå hem. Öppenvård bedrivs bland annat på sjukhus och vårdcentraler. Motsatsen är sluten vård och då är patienten ineliggande (Lundin et al., 2009).

Vård

När begreppet vård används utgår vi från öppenvård. Begreppet kan däremot användas om vården som helhet, både medicinskt och kuratorssamtal, utifrån informanternas beskrivningar.

Medicinsk vård

Vi kommer att använda begreppet medicinsk vård framförallt i förhållande till den tredje frågeställningen. Medicinsk vård kan då även benämnas som medicinsk behandling.

Kurator

När vi använder begreppet kurator så avser vi kurator på sjukhus som har en socionomutbildning. En kurator på sjukhus är knuten till en eller flera avdelningar och kan arbeta i både sluten- eller öppenvård. En kurator arbetar kring en patients psykosociala situation och arbetet kan inrikta sig på olika saker som stödsamtal, stöd i praktiska frågor, information och att företräda patienten (Lundin et al., 2009). Vi kommer att referera till samtliga kuratorer som hon eller henne för att dölja kön på dem.

2. Bakgrund

I detta kapitel ges läsaren en bakgrundförståelse för kuratorsyrket. Inledningsvis beskrivs hur psykosocialt arbete inom sjukvård bedrivs. Därefter redogörs för vad ett kuratorssamtal inom sjukvården kan vara.

2.1 Psykosocialt arbete inom sjukvård på individnivå

Många gånger är kuratorn den enda yrkeskategori inom sjukvården som har en samhällsvetenskaplig utbildning. Denna kunskap bidrar till ett helhetsperspektiv på individens situation, vilket är en viktig grund i kuratorns arbete inom sjukvården (Lundin et al., 2009). Det psykosociala arbetets utgångspunkt inom sjukvård innebär att se att individens psykosociala sammanhang har betydelse för hur individen upplever hälsa respektive ohälsa (Öjehagen). Individens yttre sociala situation påverkar alltså hur individen kan hantera dennes situation känslomässigt och tankemässigt. En viktig del i kuratorns psykosociala arbete är att öka individens förmåga att hantera både inre och yttre påfrestningar. Kuratorns arbete handlar även om att försöka förändra individens omgivande miljö så att dennes livssituation utvecklas i en positiv riktning (Lundin et al., 2009).

Kuratorer inom sjukvård kan arbeta på olika sätt beroende på inom vilket område de befinner sig samt vilken patientgrupp de möter. Utgångspunkten är att kuratorn arbetar med patientens förändrade livssituation som påverkats av sjukdom. Det vanligaste sättet en patient får kontakt med kurator är genom remiss, alltså att någon annan i vårdpersonalen har uppmärksammat att det finns ett behov för patienten att träffa en kurator. En kuratorskontakt kan också inledas genom en patients önskan eller om en social utredning har efterfrågats för att komplettera den medicinska bedömningen. När kontakten har etablerats genomförs en utredning av patientens psykosociala situation. Därefter görs en bedömning om vilka insatser och åtgärder patienten kan tänkas behöva (Lundin et al., 2009). Den psykosociala behandlingen som kuratorn arbetar med utgår ifrån en tredelad arbetsmodell, vilken består av praktiska sociala åtgärder, information, rådgivning och hänvisning samt psykosocialt samtal som syftar till stöd och förändring. De praktiska sociala åtgärder som kan komma på tal kan bland annat handla om att hjälpa patienten med ekonomiska frågor samt diverse ansökningar. Information, rådgivning och hänvisning kan handla om att informera om exempelvis självhjälpsgrupper eller hänvisa var patienten kan vända sig med olika frågor. Det psykosociala samtalet är en behandling som fokuserar på stöd och förändring (Lundin et al., 2009).

2.2 Kuratorssamtal inom sjukvården

Sjukdom kan orsaka stora förändringar i en människas liv, både inre och yttre. I en sådan situation finns ofta ett behov av stöd. Det är det som kuratorssamtalet syftar till, att stödja patienten i en förändrad livssituation samt att arbeta för en förändring av livssituationen. Då patienten kan behöva olika former av stöd anpassas samtalet efter patientens behov och situation. Stödet kan vara av emotionell karaktär då kuratorn är den som lyssnar på patientens problem utan att värdera eller skuldbelägga. En annan typ av stöd är det kognitiva stödet, då kuratorn ger råd och information om exempelvis sjukdomen. Kuratorn kan erbjuda nätverksstöd genom att bland annat informera om att delta i gruppverksamheter. Att vara patientens förlängda arm och göra saker åt patienten när denne inte har förmåga, innebär att kuratorn kan erbjuda praktiskt socialt stöd i kuratorssamtalet. Kuratorn kan även arbeta med att påvisa och tydliggöra de faktorer som kan påverka patientens hälsotillstånd. Detta görs genom att ge relevant information och kunskap samt att kuratorn ställer frågor som uppmuntrar patienten att reflektera över sin livssituation. Kuratorn använder olika strategier för att en förändring av både patientens yttre sociala situation och inre tankar,

känslor och beteende ska kunna äga rum. Ett sätt kan vara att ställa frågor (Lundin et al., 2009). Genom kuratorns frågor kan patienten få nya tankar och perspektiv och se samband som kan hjälpa henne att finna lösningar på sina problem (Cajvert, 1999). En viktig förutsättning för att en förändring av livssituationen eller beteendet ska kunna ske samt för att kuratorn ska kunna komma med nya perspektiv, är att det utvecklas en positiv behandlingsrelation mellan patient och kurator. Detta görs genom att kuratorn lyssnar till och respekterar patienten samt visar förståelse (Lundin et al., 2009).

Kuratorssamtalet kan jämföras med det som Larsson och Trygged (2010) kallar för counselling. Anledningen till varför kopplingen görs till begreppet counselling här, beror på att det är den internationella motsvarigheten till ett stödsamtal samt att begreppet förekommer i den tidigare forskningen vi har studerat. Larsson och Trygged (2010) menar att counselling kan ses som ett individstödande professionellt samtalsstöd där man arbetar med att patienten ska få förståelse över sina problem. Det handlar alltså om att identifiera och bidra till att lösa de problem som patienten upplever. Counselling innefattar både emotionellt, kognitivt och kommunikativt stöd (Larsson & Trygged, 2010).

3. Tidigare forskning

I denna del kommer vi att presentera tidigare forskning som är relaterad till vårt syfte och frågeställningar. Den forskning vi har valt att presentera är indelad i två teman. Det första behandlar vad som är viktigt i ett samtal och möte med en kurator inom sjukvård. Det andra temat behandlar vilken betydelse och till vilken hjälp en kurator kan vara inom sjukvården. Avsnittet avslutas med diskussion om motiv och kritik till valet av artiklar och tidigare forskning. De internationella studier som presenteras är från USA respektive Australien där beteckningen kurator inte används. Istället refereras det som motsvarar kurator oftast som hospital social worker eller kort social worker. Vi kommer att använda benämningen kurator i presentationen av dessa studier.

3.1 Vad i samtalet som är viktigt

Östermans (2007) magisteruppsats behandlar kuratorns psykosociala arbete med föräldrar som fått ett dödfött barn samt föräldrarnas upplevelse av om de blivit hjälpta av kontakten med kuratorn. Genom kvalitativa intervjuer med 14 föräldrar visar Österman (2007) på vad kuratorns interventioner har betytt för föräldrarna samt vad de upplevt varit bra med kontakten. Föräldrarna i undersökningen framhåller att de blivit bemötta på ett professionellt sätt och haft en positiv behandlingsrelation till kuratorn som även besuttit stor kunskap, erfarenhet och empati. Kuratorns kunskap och erfarenhet av att ha mött andra föräldrar i samma situation var av stor vikt för föräldrarna då det gav en känsla av trygghet, förtroende och hopp om livet. Vidare var det av stor vikt att få berätta om det upplevda och om sina känslor, få insikt i att ens reaktioner inte är onormala samt få uttrycka sin smärta och sorg. Detta visar på att kuratorn har härbärgerat individens känslor och ångest (Österman, 2007). En annan viktig och betydelsefull aspekt av kontakten med en kurator är att denne dels kan ta över det praktiska ansvaret för vissa områden, som till exempel att ta kontakt med myndigheter och dels informera föräldrarna om olika praktiska saker som bör göras. Kuratorn har enligt informanterna även varit den som stått för strukturen i

omhändertagandet och lotsat föräldrarna under både kris- och sorgprocessens och samtalens gång. Att kuratorn var öppen för hur ofta och hur länge kuratorskontakten kunde hålla på, var något som föräldrarna tyckte var bra. Genom att föräldrarna tillsammans med kuratorn har processat förlusten och problemet, menar många föräldrar att de erhållit verktyg att hantera nya förändringar. Detta har i sin tur lett till att självkänslan hos vissa av föräldrarna har stärkts. Österman (2007) menar att man inte kan veta vad som faktiskt har hjälpt föräldrarna att klara sig igenom en så svår process. Många föräldrar menar ändå att de har en tro på samtalsstöd när man går igenom svåra perioder då de visar på att de har blivit hjälpta av kuratorns insatser (Österman, 2007).

En annan studie av Weinberg (1985) gjord i USA handlar om vilka handlingar en grupp informanter ansåg skulle vara till hjälp om de hade sökt stöd hos en kurator inom den medicinska vården i samband med en förlust av en närstående. Det framkommer i studien att det som värderas högst är att få möjlighet att samtala och berätta om sina erfarenheter. Särskilt betydelsefullt är då att samtala om sina känslor som upplevdes i samband med förlusten samt att få prata om själva förlusten. Att kuratorn arbetar med att individen ska återfå tilltro och hopp inför livet, är enligt informanterna viktigt. Det kan till exempel handla om att bli påmind om det positiva man har i livet, få samtala om olika sätt att hantera förlusten samt få veta att ens känslotillstånd är normalt. Andra viktiga handlingar som uppmärksammades i studien var att kuratorn bör stödja personen genom icke-verbala uttryckssätt. Det som enligt informanterna skulle vara till minst hjälp var om kuratorn skulle uppmuntra personen till undvikande strategier samt informera om andra insatser och gruppaktiviteter (Weinberg, 1985). Att kuratorn lyssnar och normaliserar känslotillstånd samt att individen får samtala kring känslorna och själva förlusten menar Weinberg (1985) är förhållningssätt som hjälper individen att acceptera de känslor som är förknippade med den svåra händelsen samt stödjer personen när man samtalar om dennes erfarenheter.

I en annan amerikansk studie genomförd av Koocher et al. (2001) undersöks patienter som drabbats av olika livsomvälvande eller kroniska sjukdomar som cancer, hjärtinfarkt och diabetes. Studien jämför skillnader mellan patienter som får ta del av det som betecknas Medical Crisis Counseling, förkortat MCC, och patienter som får det som är standard för psykosocialt stöd. Författarna menar att MCC, till skillnad från vanligt psykosocialt stöd, fokuserar på en kort, systematisk och sjukdomsfokuserad psykosocial behandling. Det psykosociala stöd som är standard är av en mer öppen karaktär, både i förhållande till tid men också kring stödets innehåll. MCC utgår från den oro kring sjukdomen och medicinering som patienten ofta känner och syftar till att finna copingstrategier, förbättra patientens sociala nätverk, vara lösningsfokuserat samt ha en terapeutisk verkan. Koocher et al. (2001) menar att MCC kan förbättra det psykosociala stödet för patienter med livsomvälvande eller kronisk sjukdom samt att de inte behöver uppsöka ytterligare vård i lika stor utsträckning. Centralt i MCC är att förhålla sig till den psykosociala problematiken som en normal följd av sjukdomen och inte något onormalt och avvikande. Empatiskt lyssnande och normalisering är viktiga delar. Det som patienten ser som central problematik sätts i centrum (Koocher et al., 2001).

Gibbons och Plath (2009) har genomfört en studie i den australiensiska sjukhuskontexten där de undersöker patienters upplevelse av engångskontakter med kuratorer i sjukvården. Författarna menar att sjukhusvistelser i slutet vård blir allt kortare för patienter och att kuratorn har ett mer begränsat utrymme för sina interventioner. Genom kvalitativa intervjuer belyser Gibbons och Plath (2009) viktiga egenskaper hos kuratorn utifrån patienternas perspektiv i förhållande till de allt kortare kontakterna. Även om det rör sig om enstaka kontakter med patienten för kuratorn så har samtalet en effekt enligt många av studiens informanter (Gibbons & Plath, 2009). Precis som Koocher et al. (2001) påpekar så visar det sig att ett empatiskt lyssnande står som en central punkt. Att lyssna utan att värdera menar många patienter är värdefullt. Kuratorer som engagerar sig i att vara personliga är viktigt enligt många patienter och att de, trots kort kontakt, är duktiga på att skapa en förtroendegivande relation till patienten. Som en följd av att kunna skapa förtroende uppskattade patienter att kunna prata om privata och känsliga ämnen som sexualitet, sorg över förlust och existentiella frågor. Kuratorn kunde även bidra med att ge patienten information om övrig hjälp från samhället och ha en slags vägledande roll (Gibbons & Plath, 2009).

3.2 Betydelse av en kurator i sjukvård

I Andréns och Rosenqvists (1985) artikel redogörs för en relativt liten grupp patienter som stod för en stor del av besöken på en akutmottagning i Sverige under 1980. Denna grupp patienter hade många psykosociala problem. Till exempel hade de kontakt med socialtjänsten, försörjde sig med sjukpension samt hade hög sjukfrånvaro från sitt arbete. Under en tolv månaders period gjorde 232 patienter 1658 besök på den aktuella akutmottagningen. Följden av detta blir problematiskt då akutsjukvården överbelastas. En del av dessa patienter angav i telefonintervjuer att de hade psykosociala problem och erhöll därför insatser av kuratorn på sjukhuset. Insatserna bestod till största del av att kuratorn informerade och klargjorde sjukvården och socialtjänstens insatser. Kuratorn hänvisade även patienterna till respektive instans där de kunde få adekvat hjälp. För vissa av dessa patienter etablerades en personlig stödkontakt, antingen genom en kurator på sjukhuset eller av en socialarbetare som arbetar utanför sjukvården. En stor del av de patienter som erhöll dessa insatser och samtal av kuratorn minskade besöken på akutmottagningen drastiskt (Andréns & Rosenqvist, 1985). Författarna menar att när en människas sociala nätverk brister då denne är i behov av stöd, vänder sig individen till det offentliga skydds nätet, till exempel till en akutmottagning, vilket i detta fall tenderar att bli problematiskt. Studien visar att de patienter som angav att de hade psykosociala problem och som därav fick möjlighet att träffa en kurator minskade sina besök på akutmottagningen drastiskt och mådde bättre. Orsaken till det var att kuratorn kunde kompensera patientens bristande sociala nätverk och omgivande stöd för en period så att patienten fick det stöd och de råd som behövdes. Studien visar även på att det kan vara av stor betydelse för patienter att få samtala med en kurator som dels har kunskap om hur man bemöter och hanterar psykosociala problem, dels om det omgivande samhällets resurser och instanser (Andréns & Rosenqvist, 1985).

Beder (2000) har genomfört en studie i USA bland patienter som nyligen har påbörjat njurdialysbehandling vilket är ett kroniskt tillstånd, det fortsätter livet ut. Författaren menar att vanliga följder av livsförändrande sjukdom för patienten är nedsatt självförtroende, nedstämdhet eller depression, anpassningsproblem till den

nya livssituationen och detta kan göra att följsamheten i behandling (oftast nämnt som compliance) brister hos patienten, trots beroendet av den. I sin studie undersöker Beder (2000) två grupper av patienter, en kontrollgrupp och en experimentgrupp. Experimentgruppen får ett utökat psykosocialt stöd, här nämnt som counselling då studien är utförd i USA. Stödet utförs av kuratorer på masternivå och innefattar utökad möjlighet för samtal men också individuellt anpassat stöd. Kontrollgruppen får det som är standard för psykosocialt stöd och studien avser mäta skillnader efter tre månader. För att mäta skillnad använder sig författaren av två skalor, BDI (Beck Depression Inventory) som mäter depression och PAIS (The Psychosocial Adjustment to Illness Scale) som mäter hur väl patienten anpassat sig till sin nya livssituation. Författaren påvisar att förändring har skett för både kontroll- och experimentgrupp. Kontrollgruppen visar en liten förbättring på depressionsskalan BDI men ingen enligt PAIS-skalan. Experimentgruppen som har fått utökat stöd med counselling visar en större förbättring på BDI-skalan men också att de har lyckats anpassa sig bättre till sina nya livsförutsättningar som mäts via PAIS (Beder, 2000).

I en artikel i tidsskriften Social Work menar Linda Nee (1995) att socialt arbete har stora förutsättningar för att förbättra medicinsk vård. Genom att fånga upp patienten där den är, i sin bearbetning, kan kuratorn bidra till att förbättra möjligheten för patienten att hantera sin nya livssituation. Författaren menar att det finns ett samband mellan överlevnadschans och social situation för människor som drabbas av sjukdom som hjärtattack eller immunbristsjukdom. Detta samband kan mätas på en cellulär nivå där patienter med ett bra nätverk har ett bättre immunförsvar och således kan stå bättre emot sjukdom, men också stress. Det har även påvisats att personer som upplever sig må dåligt har sämre motståndskraft mot sjukdom. Nee (1995) har gjort en litteraturstudie och menar att flera författare har kunnat påvisa samma resultat. Som en slutsats menar Nee (1995) att betydelsen av socialt arbete inom sjukvården blir viktig för hur väl sjukvården kan behandla sina patienter.

3.3 Motiv och kritik till val av tidigare forskning

Det mesta av vår valda litteratur handlar om socialt arbete kopplat till en avdelning på sjukhus. Vid litteraturgenomgången fann vi ingen forskning som var direkt kopplad till kuratorssamtal i somatisk öppenvård från Sverige. Vad gäller den internationella forskningen är det svårt att göra en direkt jämförelse då vi ej har kunskap om hur deras motsvarighet till öppenvård är utformad. Vi är medvetna om att ytterligare sökning och fördjupning kan ge en ökad kunskapsbild. Samtidigt har vi gjort en avvägning av hur mycket tid vi har möjlighet att ägna åt kunskapsläget och bedömt att den forskning vi hänvisar till är relevant för vårt syfte och frågeställningar. Vid sökning av internationell forskning fann vi att en majoritet av forskningen som är kopplad till socialt arbete inom sjukvård kommer från USA, vilket är anledningen till varför många av de valda artiklarna kommer därifrån. Att vi använder oss av internationell forskning, främst från USA, kräver en medvetenhet om kontextuella skillnader. Vi menar att det är viktigt att vara försiktig med att direkt jämföra kuratorsarbete i Sverige med vad det innebär i andra länder. Vår studie utgår från patientens perspektiv och där är forskningen mer begränsad än ur ett professionellt perspektiv. Att vi inte har funnit tidigare forskning som är likt vårt syfte kan ses som en motivering till vår studie.

4. Teoretiska perspektiv

I denna del kommer vi att redogöra för de teorier och teoretiska begrepp som vi valt att använda oss av i vår analys. Vi har valt att utgå från begrepp från teori för psykosocialt arbete, copingteori, känsla av sammanhang (KASAM) och WHO:s definition av hälsa för vår analys av empiri. Vi anser att samtliga teorier och begrepp, i förhållande till vår empiri, belyser det som vi ämnar undersöka. I beskrivningen av begrepp från teori för psykosocialt arbete beskriver vi enbart begrepp som vi har funnit relevanta för vår analys. För vidare utveckling av teori hänvisas till Bernler och Johnsson (2001).

4.1 Begrepp från teori för psykosocialt arbete

Behandlingsrelationen mellan behandlare och klient är enligt Bernler och Johnsson (2001) från början av asymmetriskt slag då klienten är i behov av hjälp medan den som ger hjälp inte alls är i samma beroendeställning. Bernler och Johnsson (2001) menar att behandlingsrelationen i sig är det viktigaste redskapet för förändring i psykosocialt arbete. När behandlare och klient båda upplever att relationen är god ökar tillförsikten till att tro på en positiv förändring och klienten kan få den hjälp den önskar. Enligt författarna är en god förutsättning för att relationen ska utvecklas så gynnsamt som möjligt att behandlare och klient fattar tycke och känner en ömsesidig respekt för varandra. En annan viktig del i relationsskapandet är också att behandlaren ska markera att den finns där för klienten men att utvecklingen ska gå mot att klienten ska bli mer autonom. Asymmetrin som vi nämnde tidigare ska utjämnas till en mer symmetrisk relation. Behandlaren ska vara både medmänniska och professionell (Bernler & Johnsson, 2001).

I början av relationen är det viktigt att parterna klargör vad de har för *hjälpförväntningar* på varandra. Bernler och Johnsson (2001) menar att både behandlare och klient har förväntningar vad hjälpen ska innehålla. Om behandlaren har inställningen att kontakten ska kretsa kring stödsamtal och klienten önskar hjälp av praktisk karaktär riskerar betydelsen av hjälpen att gå förlorad (Bernler & Johnsson, 2001).

För behandlaren är det viktigt att kunna sätta sig in i klientens livssituation för att få en så god förståelse av klienten och dennes upplevda problematik som möjligt. Det är viktigt för relationens fortsatta utveckling att behandlaren efter det initiala samtalet visar att denne minns klientens livssituation och kan *förvara* det klienten berättar (Bernler & Johnsson, 2001). Här vill vi direkt citera hur Bernler och Johnsson (2001, sid. 238) formulerar det:

I senare samtal visar jag att jag minns det som sagts och bygger så upp det förtroende som gör att klienten kan ta upp än mer laddat material med mig. Förvaringen av materialet tjänar också till att visa att jag kan innehålla det utan att gå under.

Utvecklingen av relationen kan göra klienten trygg i att våga ta upp ämnen som är tunga och som förutsätter en tillit till den man talar med (Bernler & Johnsson, 2001).

Behandlaren kan hjälpa klienten att se på sin livssituation ur nya synvinklar. Ett sätt att utveckla klientens tankesätt kan vara att *konfrontera* klienten. Meningen med att konfrontera kan vara att göra klienten medveten om saker som den, medvetet eller ej, inte uppmärksammar (Bernler & Johnsson, 2001).

Bernler och Johnsson (2001) gör en uppdelning av fyra *hjälpformer* i psykosocialt arbete. Behandlaren kan fylla olika funktion för klienten beroende på dennes behov och önskan. Att *fülla en brist* kan innebära att behandlaren förmedlar tjänster eller ekonomiskt stöd men också att temporärt bli en del av klientens nätverk. Ofta sker detta då klienten har ett svagt nätverk eller brister i sitt nätverk. Behandlaren kan även ha betydelsen av en person där klienten får släppa ut tankar, frustration och annat som tynger den. Behandlaren hjälper då klienten att *avbörd* sig något negativt. Som tredje hjälpform menar författarna att behandlaren kan *jobba/arb*eta med något och stödja klienten i att hitta rätt när det gäller att fylla i blanketter för olika ansökningar, veta var klienten ska vända sig inom det offentliga skydds nätet eller att behandlaren tar kontakt med myndigheter för klientens räkning. Bernler och Johnsson (2001) varnar för att behandlaren i förhållande till att jobba/arb

eta med något riskerar att hamna i en fixarroll där klienten blir passiviserad och förväntar sig att få saker lösta. Som fjärde hjälpform menar författarna att behandlaren kan arbeta för att klienten ska *förändras*. Där är målet en förändring med samtalet som utgångspunkt (Bernler & Johnsson, 2001).

I det mer konkreta handlingsarbetet gör Bernler och Johnsson (2001) en uppdelning på tre nivåer i vad de kallar en *handlingsmodell*. De menar att psykosocialt arbete är ett förändringsarbete som sker utifrån dessa nivåer. Den första kallar de *direkt aktion* och innebär att behandlaren ansvarar för att en förändring ska ske där behandlaren utför något åt klienten. Exempelvis kan behandlaren göra en fondansökan där klienten endast lämnar sina uppgifter. *Direkt styrning* som är nästa nivå handlar om att behandlaren ska påverka klienten att utföra en direkt handling. Det kan vara samtal kring att motivera och uppmana klienten att söka fondmedel på egen hand. Behandlaren uppmärksammar vad som behövs göras medan klienten ansvarar för att detta utförs. Den tredje nivån kallas *indirekt styrning* och där åsyftas en förändring på ett inre plan hos klienten, exempelvis genom samtal kring värderingar kan klienten förändra sitt beteende och handlingar på en direkt nivå. Meningen är klienten själv ska ansvara för förändring (Bernler & Johnsson, 2001).

4.2 Copingteori

Copingteori handlar om hur människor hanterar inre och yttre krav samt omständigheter som de upplever vara påfrestande. Exempelvis kan coping handla om att minimera lidandet i ett sjukdomstillstånd. Coping definieras som ständigt förändrade tankemässiga och beteendemässiga ansträngningar hos en person för att hantera yttre och inre krav som riskerar att överstiga dennes resurser (Lazarus & Folkman, 1984). Coping handlar inte bara om att bemästra och ta kontroll över situationen, det är inte alltid möjligt, utan det är lika mycket en fråga om att uppleva en bättre anpassning till situationen. Lazarus och Folkman (1984) menar att coping kan delas in i olika strategier, så kallade copingstrategier. De gör en indelning i två kategorier av copingstrategier, problemfokuserade och känslfokuserade.

- De *problemfokuserade strategierna* används vanligast då situationen upplevs möjlig att förändra. Problemfokuserade copingstrategier kan då syfta till att förändra både personens omgivning men även inre faktorer så som motivation, inställningen eller att söka nya tankesätt.
- De *känslfokuserade copingstrategierna* används oftare vid en situation som inte går att förändra då man försöker förändra sitt förhållningssätt till situationen, exempelvis när man drabbats av en sjukdom. Lazarus och Folkman (1984) menar att de känslfokuserade copingstrategierna används för att behålla tro och hopp, för att förneka det svåra eller för att bete sig som att saker som inträffat inte har så stor betydelse.

Författarna menar att dessa typer av copingstrategier inte enbart används separat utan att de både kan underlätta samt vara ett hinder för varandra, allt beror på personens unika copingstrategier. (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus och Folkman (1984) definierar ett antal faktorer som påverkar valet av copingstrategi, så kallade *copingresurser*. Copingresurserna är övergripande samlingsnamn för ett oändligt antal resurser, resurser som varierar unikt från människa till människa. De resurser som påverkar är hälsa och energi, positiv tilltro, skicklighet i problemlösning, social kompetens, socialt stöd och materiella resurser. Viktigt att påpeka är som sagt att dessa resurser är samlingsbeteckningar för en rad olika faktorer som spelar roll, beroende på människa (Lazarus & Folkman, 1984).

4.3 Känsla av sammanhang - KASAM

Känsla av sammanhang (KASAM) har sin grund i ett salutogenetiskt synsätt vilket, till skillnad från det patogenetiska perspektivet, innebär att man fokuserar på de faktorer som gör att människan upplever hälsa. Inom det salutogenetiska perspektivet förkastar man den dikotoma uppfattningen om att dela upp friska och sjuka människor. Istället bör man snarare utgå ifrån att människor befinner sig någonstans mellan hälsa och ohälsa (Antonovsky, 2005).

Alla människor utsätts någon gång för olika typer av påfrestningar, så kallade stressorer. Författaren ställde sig frågan vad det är som gör att en människa klarar sig bra, trots stressorerens påverkan. Vad som enligt Antonovsky är viktigt när det gäller hur människan hanterar livets svårigheter är om man upplever sin existens och tillvaro som sammanhängande, med andra ord begriplig, hanterbar och meningsfull. Känsla av sammanhang är alltså en central faktor för människans upplevelse av hälsa samt för att klara av livets alla påfrestningar på ett konstruktivt sätt. Teorin innehåller tre centrala begrepp: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Har man en hög känsla av dessa komponenter är förutsättningarna goda för att hantera en svår händelse i livet (Antonovsky, 2005). Här följer en kort beskrivning av begreppen.

- Begreppet *begriplighet* avser en individs förmåga att uppfatta dennes omgivning och situation som greppbar, sammanhängande och strukturerad. Motsatsen är att individen upplever situationen som oordnad, kaotisk och oförklarlig. Om individen har en hög känsla av begriplighet har individen, trots oväntade händelser, förmåga att förklara och ordna vad det är som händer runt omkring sig. Framtiden upplevs även förutsägbar.
- *Hanterbarhet* syftar till att en individ har tillgängliga resurser för att möta svårigheter i livet. Individer med en hög känsla av hanterbarhet kommer

inte att uppleva sig själva som ett offer för omständigheterna utan har förmåga och redskap att möta omgivningens krav och därmed klara av svåra situationer. Resurserna som står till individens förfogande kan dels vara sådana som finns inom individen, men kan även finnas hos andra, till exempel i individens familj, nätverk eller i andra sociala sammanhang.

- Med *meningsfullhet* menas att när en individ utsätts för en svår händelse kan man trots allt uppleva en känsla av mening över livet. Trots att situationen kan orsaka svåra konsekvenser i en människas liv kan man till viss del uppleva problem som något positivt, att de är värda engagemang samt något man kan lära sig utav och därmed inte enbart se som en börda. En människa med en hög känsla av meningsfullhet undviker inte utmaningen, utan tar sig an den och försöker göra det bästa av situationen (Antonovsky, 2005).

4.4 WHO:s definition av hälsa

Världshälsoorganisationen WHO (World Health Organization) är den myndighet inom FN som arbetar med hälsofrågor. WHO har definierat hälsobegreppet som att hälsa består av tre komponenter, fysiskt, socialt och mentalt välmående. Hälsobegreppet förutsätter inte frånvaro av sjukdom eller funktionshinder. Vi använder oss av följande definition från WHO (2013):

Health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity.

5. Metod

I detta kapitel kommer vi att beskriva hur vi metodiskt har gått tillväga under uppsatsarbetet. Genomgående har vi strävat efter att vara medvetna om de styrkor och begränsningar som funnits i vårt förfarande.

5.1 Metodval

I uppsatsens inledningsskede fördes en diskussion kring hur vi på bästa sätt skulle kunna uppfylla syftet med vår undersökning samt besvara våra forskningsfrågor. Syftet är att beskriva och söka förståelse för vilken betydelse kuratorssamtal kan ha för patienter i somatisk öppenvård. Genom att vi vill beskriva och söka förståelse fann vi att en kvalitativ ansats var mest lämplig (Kvale & Brinkmann, 2009). Motivet till detta är att den kvalitativa metoden har sin utgångspunkt i deltagarnas perspektiv, alltså vad informanterna väljer att lyfta upp och fokusera på. En fördel med vårt val att använda oss av kvalitativ metod är att den, till skillnad från den kvantitativa metoden, tillåter en djupare förståelse av det som patienterna upplever och uppger i intervjuerna (Bryman, 2011). Dessutom har vår undersökning en fenomenologisk utgångspunkt då vi ämnar beskriva och söka förståelse kring betydelsen av kuratorssamtal utifrån patientens perspektiv, vilket också motiverar användning av en kvalitativ metod (Kvale & Brinkmann, 2009). En utmaning med den kvalitativa metoden, som vi fått erfara genom uppsatsens gång, kan vara att man genom intervjuer får ett stort empiriskt material, vilket kan vara svårt att veta hur man ska hantera och bearbeta (Kvale & Brinkmann, 2009). Bryman (2011) menar att det kan vara svårt att veta hur förfarandet har gått till när en kvalitativ metod används. Därför har vi strävat efter ett så transparent tillvägagångssätt som möjligt.

5.2 Förförståelse

Som människor kan vi aldrig vara förutsättningslösa i vårt bemötande av nya erfarenheter och situationer. Vi utgår alltid ifrån vår förförståelse av det vi ser och upplever (Thomassen, 2007). Efter snart tre år på socionomprogrammet är vår förförståelse om kuratorssamtalet och dess betydelse för patienter i stor utsträckning präglad av utbildningen. Då kursernas innehåll många gånger pekat på betydelsen och vikten av att som klient eller patient få möjlighet att samtala med en professionell, har vi självklart präglats av dessa tankar. En av oss studenter har även gjort sin terminslånga praktik som sjukhuskurator, vilket påverkat vår förförståelse och förkunskap om ämnet samt valet av vårt forskningsämne. Vi har även med oss våra personliga värderingar och erfarenheter som också påverkat vår förståelse av kuratorssamtalet.

Å ena sidan kan man se förförståelse som något positivt. Gadamer i Thomassen (2007) menar att den förståelse vi redan har om ett ämne är grunden för att kunna förstå något nytt. Genom vår förförståelse kan vi därför utveckla vår kunskap och hitta nya sätt att se på kuratorssamtalets betydelse. Å andra sidan är vi medvetna om att vi måste sätta vår förförståelse och andra antaganden åt sidan för att uppnå vårt syfte, särskilt med tanke på att vi har en fenomenologisk utgångspunkt (Thomassen, 2007). Vi vill söka förståelse för vilken betydelse kuratorssamtal kan ha för patienten. För att förstå de individer vi intervjuar, måste vi bortse från det vi vet sedan tidigare så att vi kan se fenomenet så som det faktiskt framstår för oss (Thomassen, 2007). Vi menar att vi inte helt kan bortse från vår förförståelse men har strävat efter att vara medvetna om den. Genom en medvetenhet och diskussion om förförståelsen tänker vi att vi kan minska dess påverkan på vår studie och under arbetets gång.

5.3 Sökning av tidigare forskning

Då vi ville ta reda på vilka kunskaper som redan fanns inom vårt område gjorde vi i uppsatsens inledningsskede en omfattande litteratursökning (Bryman, 2011). Vi har sökt efter artiklar, böcker, avhandlingar och uppsatser i olika databaser, både nationella och internationella. De svenska databaser vi har använt oss av är GUPEA, en databas för Göteborgs Universitets publikationer, GUNDA, Göteborgs Universitets bibliotekskatalog, LIBRIS samt Swepub där svenska forskningspublikationer finns registrerade. Vi har även gjort sökningar i internationella databaser, som till exempel Social Services Abstract. Även samsökningar med hjälp av samlingsdatabasen Pro Quest Social Sciences gjordes. Där användes databaserna ERIC, PsychInfo, Social Services Abstract med flera. De svenska sök- och ämnesord vi har använt oss av är ”psykosocialt arbete”, ”psykosocialt stöd”, ”socialt arbete”, sjukvård, sjukhus, kurator, patient, behov, upplevelse, betydelse med mera. De engelska sök- och ämnesord vi använt är ”psychosocial work”, ”hospital social work”, ”health care”, ”social worker”, ”social work”, ”social sciences”, counselling, patient, intervention, experience, importance. Vi hittade nya sök- och ämnesord genom att hela tiden se vilka ämnesord som var relaterade under varje sökning. I sökningarna har vi använt oss av hjälpmedlet trunkering samt citattecken för att exempelvis söka på socialt arbete som ett begrepp (Löf, 2005). Vi gjorde omfattande sökningar med olika kombinationer av sökorden. Samtliga vetenskapliga artiklar vi har hittat är granskade av experter, så kallat peer reviewed (Göteborgs Universitetsbibliotek,

2013). Lööf (2005) menar att den litteratur som används bör ha granskats och där innebär peer review att sakkunniga har granskat artikeln.

En annan metod för att få en inblick i kunskapsläget är att vi har studerat referenslistorna i den litteratur vi funnit, så kallat referenssökning (Bryman, 2011; Lööf, 2005). På så vis har vi hittat en artikel som hänvisades till i en antologi och därmed kommit åt den ursprungliga källan.

Efter att ha gjort litteratursökningen såg vi att det finns kunskapsluckor inom vårt ämnesområde, särskilt utifrån patienters perspektiv på kuratorssamtal. Vi fann därmed argument till varför vårt val av forskningsområde är relevant (Bryman, 2011).

5.4 Metod för datainsamling

Utifrån vårt syfte och våra frågeställningar vill vi söka förståelse för kuratorssamtalet utifrån patienternas perspektiv. Vi tänker att vi kan komma närmare patienternas åsikter genom en kvalitativ intervju, snarare än genom en kvantitativ metod (Kvale & Brinkmann, 2009). För att samla in vårt datamaterial till undersökningen har vi använt oss av semistrukturerad intervju. Den semistrukturerade intervjun är en form av kvalitativ intervju som innebär att man har en så kallad intervjuguide som innehåller en uppsättning frågor som behandlas under intervjun. Genom att använda semistrukturerad intervju är vi i viss mån fria att utforma frågorna så som det passar i intervjusituationen. Dessutom kan vi vara flexibla och följsamma under intervjun och ställa de följdfrågor som känns relevanta utifrån de ämnen intervjun berör (Bryman, 2011). Denna grad av strukturering och standardisering ger informanten, till skillnad från en enkät med fasta svarsalternativ, utrymme att formulera sina svar med egna ord. Det möjliggör även för fokus på och vidareutveckling av det som informanten upplever är viktigt (Patel & Davidsson, 2003). Dessutom kan den kvalitativa forskningsintervjun enligt Kvale och Brinkmann (2009) ge nyanserade beskrivningar angående betydelsen av kuratorssamtal. Detta anser vi är viktigt med tanke på att vi både vill söka förståelse för och beskriva det som informanten uppger. Vi har i så stor utsträckning som möjligt strävat efter att informanten ska känna att den kan dela med sig av sina upplevelser.

En begränsning med att genomföra kvalitativ intervju kan vara att vi som intervjupersoner kan ha en påverkan på informanten under intervjun (Patel & Davidsson, 2003). Detta är inget som vi under intervjuerna har märkt av men vi vill ändå peka på att vi har en medvetenhet kring att flera faktorer kan färga och påverka intervjun. Enligt Patel och Davidsson (2003) är sådana faktorer ofta relaterade till makt, däribland kön, social bakgrund och etnisk tillhörighet. För att minimera risken att vi som forskare hamnar i maktposition valde vi att genomföra intervjuerna enskilt. En egenskap med den semistrukturerade intervjun som kan vara både en fördel och en nackdel är att den möjliggör flexibilitet och följsamhet under intervjun. Å ena sidan kan vi som intervjupersoner ställa olika typer av följdfrågor vilket skulle kunna leda till att fokus i intervjuerna skiljer sig åt. Å andra sidan kan flexibiliteten ses som en fördel med tanke på att vi kan komma in på sidospår som är intressanta att utforska. I intervjun kan informanten enkelt föras tillbaka till huvudtemat med hjälp av intervjuguiden (Bryman, 2011).

5.5 Förberedelse inför intervju

För att komma i kontakt med patienter kontaktade vi först vårdenhetschefen på det sjukhus där vi sedan tidigare har etablerat kuratorkontakt. Vårdenhetschefen förklarade att för att få ta kontakt med patienter behöver vi först göra en etikansökan (se bilaga 1) som eventuellt prövas i sjukhusets etiknämnd. Ansökan skickades till en av verksamhetscheferna på sjukhuset och där gjordes en bedömning att vår ansökan inte behövde granskas av etiknämnden. För att ha ett förhållningssätt som etiskt påverkar patienterna så lite som möjligt valde vi att komma i kontakt med patienterna via ett skriftligt informationsbrev (se bilaga 2). Informationsbrevet utformade vi med utgångspunkt från vad vi ansåg vara kärnfullt för tänkbara informanter att veta. Vi följde de etiska riktlinjer som finns för samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet) samt att vi hämtade inspiration och råd från Ejlertsson (1996) och Trost och Hultåker (2007). Kort kan nämnas att via dessa författare fick vi en förståelse för betydelsen av att brevet tilltalar läsaren personligt och att det innehåller kort och koncis information och inte utelämnar något viktigt. För att patienterna inte skulle känna att deras relation med sin kurator kan skadas så valde vi att kuratorerna endast kort muntligt skulle informera om studien samt lämna vårt informationsbrev. Därefter var det upp till patienten att välja att kontakta oss.

5.6 Urval och urvalsavgränsningar

För att svara på vårt syfte och frågeställningar har vi sökt efter informanter som vi ansåg var relevanta för vår studie, därför valde vi att göra ett målstyrt urval (Bryman, 2011). De informanter vi inledningsvis sökte skulle på grund av sjukdom ha pågående kuratorsamtal i somatisk öppenvård och riktlinjen vi valde blev 3-6 samtal. Anledningen till att vi valde den avgränsningen är för att vi tänker att det behövs några samtal för att kunna sätta igång en process mellan kurator och patient. Den övre gränsen satte vi för att vi tänker att patienter med svårare psykisk ohälsa kan behöva fler samtal och vi vill undvika att påverka deras mående genom att de ska behöva berätta om sin psykiska ohälsa. Då vi har etablerat kontakt med kuratorer som arbetar med patienter som kan tänkas vara aktuella för vår studie lämnade vi, både muntligt och skriftligt, information till kuratorerna om de urvalskriterier vi från början hade avsett. För att patienterna inte skulle känna att deras relation med sin kurator kan skadas så valde vi att kuratorerna endast kort muntligt skulle informera om studien samt lämna vårt informationsbrev. Därefter var det upp till patienten att välja att kontakta oss. På så vis fick inte kuratorerna reda på vem som ställde upp respektive valde bort att delta.

Vår initiala urvalsavgränsning var att våra informanter skulle ha pågående kuratorssamtal samt ha varit på mellan 3-6 kuratorssamtal. Dessa avgränsningar fick vi så småningom revidera då vi konstaterade att det var få patienter från kuratorsgruppen som hörde av sig. För att ytterligare försöka öka möjligheten att komma i kontakt med informanter kontaktade vi en patientförening kopplad till somatisk sjukdom som vi fick tips om från en kurator. Vår kontaktperson i patientföreningen godkände vår önskan och mejlade ut vårt informationsbrev samt en kort beskrivning av studien till föreningens samtliga medlemmar. Principen för att komma i kontakt med tänkbara informanter var densamma både hos kuratorsgruppen och patientföreningen. Informationen lämnade dem fria att själva välja huruvida de önskar delta eller inte och ingen ska få reda på hur de har

ställt sig till att delta. Från patientföreningen kom vi i kontakt med informanter som har haft kuratorssamtal i somatisk öppenvård med varierat tidsmässigt avstånd. Av informanter med pågående kuratorssamtal och de som tidigare haft kuratorssamtal kom det fram att en hade haft fler än sex samtal. På grund av tidsbegränsning och tillgång gjorde vi därför bedömningen att vi fick inkludera informanter som inte stämde in i den initiala urvalsavgränsningen. Totalt genomförde vi intervjuer med sex informanter, tre från kuratorsgruppen och tre från patientföreningen. En av informanterna stämde inte in i vår initiala urvalsavgränsning vad gäller antal samtal då hon hade haft tio kuratorssamtal. Två andra informanter hade avslutat sina kuratorssamtal. En av informanterna som vi intervjuade kom under intervjutillfällets gång på att kuratorsamtalen hade skett på en vårdcentral. Informanten uppsökte kurator som en följd av somatisk sjukdom vilket, i kombination med tidsbrist, gjorde att vi bedömde det lämpligt att använda intervjun för vår empiri.

Vi fick kontakt med fler informanter än vi har intervjuat. De som valdes bort var primärt på grund av att de hade haft sina kuratorssamtal för många år sedan eller att de hade haft många samtal. De informanter vi har träffat har antingen pågående kuratorssamtal eller så har de avslutat sina samtal tidigast 2008. Att vi valde att lägga gränsen vid år 2008 blev en följd av att flera av de som kontaktade oss hade haft kuratorssamtal tidigare år. Vi valde ut informanterna efter hur nära i tid de har haft sina samtal till nutid. Tanken bakom den motiveringen är att vi tänker att informanterna kan beskriva sin upplevelse bättre om samtalen har ägt rum närmre i tid. Vi är medvetna om att en av våra informanter har haft tio kuratorssamtal och att det kan definieras som många. Denna informant fick informationsbrevet där våra urvalskriterier fanns uttrycka och valde ändå att kontakta oss. Vi gjorde bedömningen att vi fick inkludera denna informant vilket vi också tänker kan motiveras med att kuratorn ansåg att informanten kunde ställa upp. De potentiella informanter som vi valde bort hade haft fler än tio kuratorssamtal och därför utgick vi från principen att ju färre samtal ifrån den initiala avgränsningen, desto bättre.

Att vi i liten grad kunde påverka urvalet samt att vi fick revidera våra initiala urvalsavgränsningar kan ses som en svaghet. Det blev dock en konsekvens av tillgång på informanter samt tidsbegränsning. Trost (2005) menar att i kvalitativa studier är inte målet att kunna generalisera resultatet till en större population. Därför blir vår minskade möjlighet att kontrollera urvalet inte lika betydande som om det hade varit en kvantitativ undersökning. Vår avsikt är att undersöka patienternas unika upplevelser och exemplifiera dem och där är en variation bland informanterna snarare att föredra (Trost, 2005). När kuratorerna lämnade informationsbrevet till patienter gjorde de ett urval av vilka de ansåg var lämpliga att få tala. Att kuratorerna är de som valde vilka patienter som fick informationsbrevet kan ses som en fördel då de kan undvika att patienter med större psykisk ohälsa tillfrågas. Även om både vi och kuratorerna själva har talat om vikten av att även de som kanske möjligen inte är nöjdast ska bli tillfrågade finns en risk att kuratorerna blir så kallade grindvakter. Med grindvakt menas att de kan, medvetet eller ej, försöka påverka undersökningen i en riktning (Bryman, 2011). Detta kan ses som en begränsning med vårt urvalsförfarande då det kan ha påverkat vår empiri. Samtidigt var det nödvändigt för att genomföra studien. Intressant är också att uppmärksamma att fyra av våra sex informanter är

utbildade socionomer. Vi är medvetna om att det sannolikt påverkar hur de svarar och således får det konsekvens för hur resultatet blir. Med det tänker vi på att socionomerna har teoretisk kunskap, en förståelse baserad på samma utbildning som vi läser. Undersökningen berör personer med samma utbildning som de själva har samt att vi tänker att de har ett språk för att uttrycka sig som skiljer sig från någon som inte har samma akademiska bakgrund.

5.7 Intervjuguide

Vi utformade en intervjuguide (se bilaga 3) att ha som stöd under intervjuerna. I intervjuguiden har vi formulerat frågor som är kopplade till vår undersöknings frågeställningar. Syftet med intervjuguiden är att vi ska ställa samma frågor under intervjuerna och på så vis ha en lägre personlig inverkan. Vi valde att utgå från semistrukturerade intervjuer där intervjuguiden fungerar som en vägledning men inte hindrar intressanta följdfrågor från att få utrymme (Bryman, 2011). Intervjuguiden inleds med frågor som inte förutsätter uttömmande svar utan på en mer allmän nivå kan informanten fundera kring vad kuratorssamtalet kan ha för betydelse för patienter. Kvale och Brinkmann (2009) menar att vi som genomför intervjun bör ha i åtanke att informanten kan känna sig utsatt och pressad av intervjusituationen. Därför valde vi att inleda intervjuguiden med frågor som inte kräver att informanten delar med sig av lika personliga tankar. Enligt Bryman (2011) kan intervjuguiden delas in i teman där frågorna knyts till ett tema. På så vis kan det också bli lättare att placera frågorna i en, för intervjun, god ordning som gör att intervjufrågorna är relevanta för undersökningens frågeställningar. Vi har valt att avstå från att fråga informanterna om uppgifter som till exempel ålder eller sjukdomsbild. Det motiverar vi av etiska skäl med att vi i så stor utsträckning som möjligt vill att patienterna ska förbli anonyma. Daniel genomförde en pilotstudie genom att intervjua en kurskamrat för att testa så att frågorna är förståeliga och inte mångtydiga. Efter pilotstudien fick vi förenkla en av frågorna men fick i övrigt bra respons. Bryman (2011) menar att en pilotstudie kan ha stor betydelse, framförallt i enkätundersökningar, men att det även kan vara relevant att testa hur frågorna uppfattas för intervju.

5.8 Genomförande av intervju

Fyra av intervjuerna genomfördes på sjukhusets kuratorsmottagning, en på Göteborgs Universitet och en på en informants arbetsplats. Vi valde att erbjuda informanterna att välja plats för intervjun för att göra intervjutillfället så bekvämt som möjligt för dem. Det kan ses som känsligt att genomföra intervjuer på kuratorsmottagningen, då informanternas deltagande kan avslöjas, men det var ett val som informanten själv fick göra. Miljön där intervjun genomförs kan spela roll för hur intervjun blir (Trost, 2005). Att en av intervjuerna gjordes på informantens arbetsplats kan å ena sidan ha bidragit till ett, för informanten, bekvämt och avslappnat intervjutillfälle. Å andra sidan kan detta ha gjort att informanten var i sin yrkesroll under intervjun. Vi ansåg att det var viktigare att tillgodose informantens önskemål om att genomföra intervjun på hennes arbetsplats.

Vi genomförde totalt sex intervjuer, tre vardera. Intervjuerna tog mellan 30-60 minuter. Samtliga intervjuer inleddes med en kort presentation av studien och information om vissa etiska principer, som till exempel att informanten har rätt att avstå från att svara på frågor samt att vi strävar efter att de ska förbli anonyma i uppsatsen. Vi valde att genomföra intervjuerna enskilt. Detta med tanke på att vi

ville minimera risken att hamna i en maktposition (Trost, 2005). Vi vill påpeka att vi i samband med några intervjufrågor har ställt hypotetiska följdfrågor. Så har skett när informanten till exempel varit missnöjd med kuratorssamtalet eller inte haft någon specifik upplevelse av det som vi har frågat om. Då har vi ställt frågor som exempelvis handlar om hur informanten skulle önska att något i kuratorssamtalet förhöll sig. En av intervjuerna genomfördes med en informant som har begränsade kunskaper i svenska. Detta medförde vissa språkförbristningar då informanten inte förstod en fråga, vilket orsakade att denna fråga uteslöts.

5.9 Analysmetod

I samband med insamlingen av det empiriska materialet transkriberade vi samtliga intervjuer. Vi valde att transkribera intervjuerna vi hade gjort själva och detta gjorde vi samma dag som intervjun ägt rum. Ett annat alternativ hade varit att vi båda hade transkriberat samtliga intervjuer. Men på grund av tidsbegränsning ansåg vi oss inte ha möjlighet att göra på annat sätt. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) kan intervjuutskrift skilja sig från person till person genom tolkning. Således finns det en risk att transkriberingarna utformas olika beroende på person.

Efter arbetet med transkriberingarna inleddes analysprocessen och bearbetningen av vårt empiriska material. Vi började med att flera gånger läsa igenom samtliga transkriberingar tillsammans. Detta gjorde vi för att få en helhetsuppfattning av materialet så att vi på bästa sätt kan uppfylla vårt syfte och svara på våra frågeställningar. Därefter gick vi igenom varje intervju grundligt och gjorde markeringar på det som vi ansåg var centralt i förhållande till varje frågeställning. Nästa steg var att göra kortfattade sammanfattningar av vad informanterna sagt angående det som var mest relevant utifrån frågeställningarna. När vi gjorde detta kunde vi lättare se vad som var återkommande teman hos informanterna, vilka likheter och skillnader som fanns mellan informanternas svar samt om de använde sig av samma typ av uttryck och formuleringar. Med hjälp av dessa sammanfattningar gjorde vi sedan tankekartor och kunde således urskilja ett antal centrala teman i materialet: förväntningar och relation, vägledning, bollplank, nya förhållningssätt - kognitivt, nya förhållningssätt - praktiskt och vardagligt, helhetssyn och förståelse samt samtalsstöd. I arbetet med att formulera dessa teman har vi strävat efter att använda oss av informanternas egna ord och uttryck, så som bollplank, vägledning och helhetssyn och förståelse. Anledningen till detta är att vi vill återspegla det som vårt empiriska material uttrycker. Genomgående i analysprocessen hade vi frågeställningarna som grund som en försäkran att vi kommer svara på dessa. Således är de teman vi valt formade utefter vårt syfte och frågeställningar. Forskningsfrågorna har genomgående varit utgångspunkten i vår analysmetod samtidigt som vi hela tiden har strävat efter att empirin ska styra vad som analyseras. De teman som vi fick ur empirin blev en viktig guide när vi senare återgick till transkriberingarna för att hitta relevanta citat. När vi i användningen av citat från informanterna har tagit bort delar av citaten som inte är relevant för sammanhanget har vi använt oss av denna markering [...] för att påvisa detta. Våra valda teman blev senare utgångspunkten för vår fortsatta teoretiska analys. Genom användning av teoretiska begrepp och teorier har vi sökt förståelse för vilken betydelse kuratorssamtal kan ha för patienter.

Utifrån våra etiska ställningstaganden kommer vi i presentationen av vad informanterna har sagt referera till alla patienter och kuratorer som hon eller henne för att inte avslöja informanternas eller kuratorernas kön. Vi har även maskerat eventuell sjukdomsbild med *****. Där det har funnits ett avvikande språkbruk hos informanten har vi även omformulerat dessa citat för att inte uttalandet ska kunna spåras till en specifik person.

5.10 Validitet, reliabilitet och exemplifiering

Validitet innebär att vi har undersökt det vi avsett att studera, att studien är trovärdig (Kvale & Brinkmann, 2009; Thurén, 2007). Genomgående i vår studie har vi utgått från syfte och frågeställningar vilket vi menar kan stärka validiteten, att vi undersöker vad vi har avsett. När vi har sökt tidigare forskning, utformat intervjuguide och valt teoretiska utgångspunkter, för att nämna några delar, har vi genomgående återkopplat det till syfte och frågeställningar för att sträva efter så hög validitet som möjligt. För att stärka validiteten i intervjuerna med informanterna gjorde vi en pilotstudie där en kurskamrat intervjuades. På så vis kunde vi bedöma hur väl intervjufrågorna var kopplade till vårt syfte och frågeställningar.

Reliabilitet beskrivs av både Kvale och Brinkmann (2009) och Thurén (2007) som hur tillförlitlig studien är. Kvale och Brinkmann (2009) utvecklar att reliabilitet handlar om huruvida intervjupersonerna påverkar informanternas svar. Att vi genomförde intervjuerna enskilt var ett beslut som vi enades om av etiska skäl men också för att minska vår påverkan under intervjutillfället. Genom att informanten inte utsätts för att möta två personer tänker vi att vi kan minska maktskillnaden, och därigenom få så tillförlitliga svar som möjligt. Under intervjutillfällena har vi båda utgått från den intervjuguide vi utformade vilket gjorde att vi ställt samma frågor. Kopplat till reliabilitet kan det antagas minska de individuella skillnaderna mellan vad vi fick fram i respektive intervjuer. Bryman (2011) menar att en risk i kvalitativ forskning är att en reaktiv effekt uppstår då informanten kan tänkas lämna de svar som den upplever förväntas av sig. Konsekvensen av detta kan bli att svaren inte blir tillförlitliga. Vi har fått uppfattningen att vi genom vårt tillvägagångssätt för att komma i kontakt med informanterna samt under intervjuerna har skapat ett öppet klimat. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver en metod för att öka reliabiliteten i transkriberingen som att vi båda transkriberar samtliga intervjuer för att sedan jämföra och komplettera varandras utskrifter. Vi har av tidsskäl inte kunnat göra detta men har försökt att tillgodogöra oss hela vårt material genom att läsa varandras transkriberade intervjuer.

Syftet med vår studie har varit att lyfta fram patienters röster kring betydelsen av kuratorssamtal. Således har vi haft som mål att exemplifiera patienters unika åsikter. Kvale och Brinkmann (2009) menar att kvalitativ forskning inte nödvändigtvis behöver generaliseras då den snarare syftar till att lyfta fram det unika i informanternas upplevelser.

5.11 Teorival

Teorivalet har vi gjort induktivt, baserat på vår empiri (Bryman, 2011). Med det menar vi att vi har utgått från vår empiri genom noggrann läsning och därefter

diskuterat vilka teoretiska perspektiv som känns relevanta. Genom att sammanställa transkriberingarna och läsa dem tillsammans kom vi fram till att begrepp ur teori för psykosocialt arbete, copingteori, känsla av sammanhang (KASAM) och Världshälsoorganisationens (WHO) definition av hälsa passade utifrån syfte och frågeställningar. Vi uppmärksammade att det fanns en koppling mellan teori för psykosocialt arbete och vår första frågeställning. Utifrån denna frågeställning ville vi ta reda på vad som enligt patienterna är viktigt i kuratorssamtalet. Inom teori för psykosocialt arbete finns bland annat begrepp som behandlingsrelationen, hjälpformer samt en handlingsmodell. Dessa begrepp ansåg vi passade vår empiri bra för att få en ökad förståelse för vad som är viktigt i kuratorssamtalet. Med utgångspunkt i copingteorin såg vi att denna teori skulle passa vår andra frågeställning bra, som behandlar på vilket sätt kuratorssamtalet har förändrat patienternas sätt att förhålla sig till sin livssituation. Vi motiverar detta val med tanke på att copingteorin handlar om hur människor hanterar påfrestningar i livet. När vi gick igenom informanternas svar som var kopplade till den tredje frågeställningen såg vi att KASAM-teorin och WHO:s definition av hälsa skulle kunna användas för att få förståelse för på vilket sätt kuratorssamtalet kan vara ett komplement till den medicinska vården. Det informanterna beskrev kunde kopplas till innebörden av begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet från KASAM. I WHO:s definition av hälsa uppmärksammas fler aspekter än fysiskt välmående vilket vi anser relaterar till vår frågeställning. Vi har inte enbart använt dessa teoretiska begrepp och teorier till respektive frågeställning. Begreppen och teorierna har använts växlande igenom hela analysen. Bryman (2011) menar att när vi väljer teori för analys använder vi oss av givna ramar för hur vi ska studera något. Vi är medvetna om att när vi väljer ett teoretiskt perspektiv utesluts andra sätt att betrakta ett undersökningsområde. Därför anser vi att det är positivt att vi genom olika teoretiska perspektiv kan tolka vår empiri.

När vi har studerat och beskrivit teorierna och begreppen har vi i samtliga fall valt att utgå från vad vi uppfattar är grundkällorna. Vi har undersökt referenslistor i både studielitteratur, avhandlingar och uppsatser. På så vis har vi kommit fram till att Lazarus och Folkman (1984) är en ständigt återkommande referens där copingteori behandlas, Bernler och Johnsson (2001) är motsvarande för teori för psykosocialt arbete samt Antonovsky (2005) för KASAM. WHO:s definition av hälsa hämtade vi från deras officiella hemsida (WHO, 2013).

6. Etiska överväganden

Vi har genom hela uppsatsprocessen strävat efter att ett etiskt förhållningssätt ska genomsyra varje moment. Detta har inneburit att vi gjort etiska överväganden i allt från planering av uppsats, urvalsförfarande, genomförande av intervju, bearbetning och hantering av empirin samt skrivning av resultat- och analys. Genom arbetet med vår undersökning har vi därför utgått från Vetenskapsrådets etiska principer inom human- och samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet).

Då vi ville intervjua patienter och är medvetna om att detta kan vara en känslig målgrupp att undersöka, kontaktade vi den aktuella vårdenhetschefen på det sjukhus vi valt att genomföra vår undersökning. Av denna person

uppmärksammades vi på kravet om att skriva en etikansökan (se bilaga 1). Ansökan skickades till verksamhetschefen som senare gjorde bedömningen att vår etikansökan inte behövde prövas i etiknämnd. Därmed fick vi godkännande att genomföra studien. För att få kontakt med informanter lämnade vi inledningsvis ut informationsbrev (se bilaga 2) till kuratorer som i sin tur skulle dela ut dessa till patienter som passade våra urvalskriterier. Vi är medvetna om att ett sådant förfarande kan påverka informanterna genom att de skulle kunna känna sig pressade att delta från kuratorernas sida. Som en följd av detta skulle relationen mellan kurator och patient kunna påverkas negativt. För att minimera risken att påverka informanterna negativt skrev vi i informationsbrevet att det var upp till patienterna att höra av sig och de behövde därför inte tacka ja eller nej direkt till kuratorerna. Kuratorerna fick därmed inte veta vilka patienter som deltog eller inte. Patienterna behövde inte heller oroa sig för att deras person- eller kontaktuppgifter lämnades ut till oss.

Som redan nämnts har vi utgått från Vetenskapsrådets etiska principer i vår undersökning, vilka är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. I och med det informationsbrev som alla informanter blev tilldelade uppnåddes *informationskravet*. Där beskrev vi undersökningens syfte, vad informanternas medverkan skulle kunna innebära och bidra med, ungefär hur lång tid intervjun skulle ta samt att vi var flexibla angående var intervjun skulle genomföras. I informationsbrevet förklarades att deltagandet var frivilligt samt att informanten när som helst har rätt att avbryta sin medverkan och även rätt till att avstå från att svara på frågor under intervjun. Denna information gavs även inledningsvis i samtliga intervjuer. På så sätt inhämtades *samtycke* från varje deltagande informant. Information gavs till informanterna om att vi genomgående kommer sträva efter anonymitet samt att ingen obehörig ges tillgång att ta del av deras uppgifter. Med utgångspunkt i *konfidentialitetskravet* kommer inga personuppgifter, så som namn, kön, ålder, etnicitet att avslöjas i uppsatsen. Vi har även maskerat eventuell sjukdomsbild och kodat varje informants namn med en bokstav i resultatdelen. De uppgifter som vi fått ta del av, alltså det inspelade materialet och således samtliga transkriberingar kommer enbart användas till vår undersökning. Även detta informerade vi om i informationsbrevet och uppnådde följaktligen *nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet). Vi är medvetna om att det under intervjuer finns en möjlighet till att det kan komma upp personliga och känsliga ämnen. Därför har vi inte formulerat frågor som förutsätter att patienten måste berätta om sin sjukdom eller lämna personliga uppgifter som exempelvis namn eller orsak till kuratorskontakt.

7. Resultat och analys

I detta kapitel kommer vi att presentera vår empiri som resultat. Resultatet analyseras utifrån de teoretiska perspektiv som vi presenterade tidigare samt även från tidigare forskning. I indelningen av de teman som följer har vi utgått från vad som svarar på frågeställningarna. Resultatet presenteras i samma följd som frågeställningar görs i det inledande kapitlet. Under varje tema presenteras både resultat och analys, men för enkelhetens skull har vi valt att separera delarna där resultat följs av analys. Som en bakgrundförståelse till detta kapitel vill vi påminna läsaren att samtliga informanter har drabbats av somatisk sjukdom, vilket på olika sätt har påverkat dem.

7.1 Viktigt i kuratorssamtalet

Flera faktorer benämndes av informanterna som viktiga i kuratorssamtalet. Några av dem var återkommande och blev de teman som frågeställningen utmynnade i. Att kuratorn är lyhörd för patientens förväntningar och kan skapa relation var ett återkommande ämne. För några informanter gav kuratorn dem vägledning. Att kuratorn fungerade som ett bollplank benämndes också som en viktig del i kuratorssamtalet. Detta gjorde att indelningen i teman blev följande rubriker: Förväntningar och relation, Vägledning samt Bollplank.

7.1.1 Förväntningar och relation

Under det här temat kommer vi att belysa det som många informanter menar är centralt för kuratorssamtalet, förväntningar och relation. Gemensamt för många informanter var att de under intervjuerna talade om att bli sedda utifrån sina behov och var de befann sig och att det var utifrån behoven som samtalen skulle utgå. Vi har sett ett samband mellan motsvarade förväntningar och relationsskapande utifrån våra intervjuer där informanterna har upplevt en god relation av motsvarade förväntningar. Utifrån informanterna har dessa två faktorer varit en del av vad som i kuratorssamtalet är viktigt. Vi vill inleda med ett citat från en informant som visar på det som understryks av många informanter, vad som är viktigt i kuratorssamtalet:

[...] det är behov, att möta personen där den är, att möta personen där den personen är. - C

Som framkommer av citatet så menade många av informanterna att det var viktigt att de blev sedda utifrån sina behov och var de befann sig. De flesta av informanterna menar att kuratorssamtalet har motsvarat de förväntningar de inledningsvis hade. Några informanter hade inga uttryckta förväntningar utan valde att träffa en kurator på inrådan från exempelvis läkare. Informant C berättar att förväntningarna hos kuratorn var något annat än det hon fick:

Alltså, för mig blev dom ju lite konstiga. För hon (kuratorn) ville, [...] men hon ville ju en sak och jag vill ju någonting annat. [...] För jag hade inte frågat efter terapi eller bearbetning. - C

C menar att kuratorn inte uppfattade hennes förväntningar utan hade samtal med inriktning på bearbetning, något som inte alls låg i vad C önskade sig. Detta resulterade senare i att C valde att avbryta kuratorssamtalen då hon hade behov av att lösa praktiska frågor, något hon alltså förväntade sig att få hjälp med av kuratorn. En annan informant berättar i de följande citaten om vad hon förväntade sig av kuratorssamtalet samt den betydelse samtalen fick:

Vad förväntade jag mig. Att få stöd i den svåra situationen jag befann mig i. Att få hjälp, att få en riktning att kunna hantera det tunga jag befann mig i. - E

Alltså det var avgörande för mig att ha den möjligheten. För att inte bryta ihop. För att klara av att stå på benen. För att komma, orka ta mig igenom allt. - E

Beroende på om förväntningarna motsvarades eller inte fick kuratorssamtalen olika utgång för de två informanterna C och E. Förutom förväntningar talade några informanter om en annan viktig del i kuratorssamtalet, relationen. Relationen nämns som en central punkt för att patienten ska uppleva samtalen betydelsefulla. Flera av informanterna beskriver att i en god relation med kuratorn känner de sig förstådda. C förklarar hur hon tänker kring betydelsen av relation:

Det är ju att man får förtroende för den personen man möter tror jag.
Jag tror det är a och o. Att man känner att det här är en person som
man får förtroende för. - C

Förtroende är enligt C en viktig faktor för att skapa relation mellan kurator och patient. En annan informants beskrivning av kuratorn tyder på att en relation kan skapas då kuratorn inger trygghet och bemöter patienten professionellt. Det som informant F menar ingår i trygghet och professionalitet är att kuratorn ska ha förmåga att kunna ta in det hon säger:

Att inge trygghet och professionalitet och att när jag kommer till dig
så ska det vara uppenbart att du håller för det som jag kommer säga
till dig. - F

Enligt de två informanterna ovan skapas en bra relation mellan kurator och patient genom att kuratorn inger förtroende och visar att hon kan ta emot det patienten vill prata om. Flera informanter beskriver att relationsskapandet till kuratorn är viktigt och genom en god relation kan också hjälpen utformas som patienten önskar. I citatet om förtroende beskriver C hur hon önskar att relationen blir med sin kurator, något som alltså inte fungerade i hennes fall. F, liksom övriga informanter, ansåg sig ha en god relation till sin kurator.

Utifrån vad informanterna säger om förväntningarna och relationen ser vi att de hänger nära samman. Där förväntningarna uppfyllts beskriver informanterna hur relationen till kuratorn varit god. Bernler och Johnsson (2001) menar att *behandlingsrelationen* mellan kurator och patient grundlägger hur utgången av kontakten upplevs. Som ett första steg är det viktigt att båda parter klargör sina *hjälpförväntningar* för att därifrån kunna utgå från behoven. Som framgår av citaten från C och E om förväntningarna fick deras kuratorssamtal olika inriktning. Där C beskriver hur hennes förväntningar inte infriades slutade det med att hon självvalt valde att avbryta kuratorssamtalen och söka den hjälp hon önskat på annat håll. E däremot fick sina förväntningar infriade och menar att samtalen var avgörande för hennes välmående. Betydelsen av kuratorssamtalet blev därmed helt olika. Där hjälpförväntningarna klargjordes, uppmärksammades och infriades utmynnade kuratorssamtalen i en god behandlingsrelation vilket stämmer överens med vad Bernler och Johnsson (2001) menar är en grund i psykosocialt arbete. För att utveckla relationen behöver patient och kurator förstå varandras förväntningar och där märks en tydlig skillnad mellan informant C och övriga informanter.

Som nämns i citaten från C och F om relationen mellan patient och kurator är förtroende och professionalitet viktiga faktorer i kuratorssamtalet. Bernler och Johnsson (2001) beskriver hur behandlaren i behandlingsrelationen bör vara professionell samtidigt som hon är en medmänniska. Som både medmänniska och

professionell kan kuratorn inge förtroende men också visa att hon håller för det patienten behöver och vill prata om. Att skapa en god relation är en förutsättning för förändring enligt Bernler och Johnsson (2001). De menar att i en god behandlingsrelation finner klient och behandlare större tilltro till positiv förändring. Där C beskriver sina hjälpförväntningar och hur de inte infriades kan det tolkas som att förutsättningarna för relationsskapande och tilltro till förändring begränsades. Som en följd av att relationen inte upplevdes som förtroendegivande valde C att avbryta kuratorssamtalen, hon upplevde inte sina behov sedda, för att återknyta till det andra citatet från C i inledningen av avsnittet. I Östermans (2007) studie uppmärksammas två viktiga faktorer som kan ses utifrån vår empiri, ett professionellt bemötande och skapande av en positiv behandlingsrelation. I relation till vår empiri skulle ett professionellt bemötande kunna tolkas som att kuratorn förstår patientens förväntningar och utgår från dem. När förväntningarna får styra hur kuratorn bemöter patient kan också en positiv relation utvecklas mellan dem.

7.1.2 Vägledning

Under fyra av våra intervjuer har det framkommit att kuratorssamtalet har haft en vägledande funktion, vilket informanterna uppger har varit en viktig del i kuratorssamtalet. Vägledningen har för några haft en känslomässig och kognitiv karaktär, där informanten fått vägledning i sin situation kopplat till känslor och upplevelse. För andra har det funnits ett behov av en mer praktisk vägledning. Vi kommer först fokusera på den praktiska delen av vägledning för att sedan komma in på vägledning på det känslomässiga planet.

En av informanterna beskrev under intervjun att hon önskade få råd av kuratorn angående var hon skulle vända sig för att få hjälp med den dagliga omsorg som behövdes på grund av sjukdomstillståndet. Denna informant berättar även att för henne står kuratorsrollen för någon som gör en så kallad omvärldsanalys och som vägleder patienten angående var denne ska vända sig, vilka kontakter som borde tas samt hur man ansöker om olika bidrag och insatser. En annan informant beskriver att genom samtal har kuratorn fått en överblick över informantens problematiska situation som blivit en konsekvens av informantens sjukdomstillstånd. Kuratorn har således varit en viktig hjälp i att kunna identifiera informantens problem och vidare kunnat visa på vad informanten behöver göra, vilka myndigheter och andra personer inom det offentliga som bör kontaktas. Följande citat visar på detta:

Jag kan inte så mycket om vilka regler som gäller och vem man ska kontakta. Kuratorn har kunskap om var man ska vända sig. Dom förstår sig på mig och intar min roll. - A

Samma informant vidareutvecklar på vilket sätt kuratorns vägledning har varit viktig för hennes situation:

Om jag inte hade kontaktat kuratorn, hade det känts som att vägen var stängd. Men när jag kontaktade kuratorn ser det ut som att det finns en väg. - A

Informanten menar att kuratorssamtalet har bidragit till att klargöra situationen

och hitta alternativa vägar för att lösa hennes problem vad gäller exempelvis ekonomi och arbete. Informanten menar att hon därigenom fått förståelse för varför situationen ser ut som den gör. Detta har gjort att informanten känner sig hoppfull inför situationen, vilket är något som hon själv uppger. Kuratorn har inte bara hänvisat informanten till rätt myndighet, utan har även varit den som tagit kontakt med vissa myndigheter åt informant A.

Utifrån det som framkommit angående vägledning på ett praktiskt plan uppmärksammas det att kuratorn bör ha en övergripande kunskap angående den situation som informanten befinner sig i. Kunskap som rör samhället och dess olika insatser och funktioner. Utifrån denna kunskap har kuratorn sedan möjlighet att vägleda och hänvisa personen så att denne får rätt hjälp. Detta kan ses utifrån Bernler och Johnssons (2001) indelning av olika *hjälpformer* som en behandlare kan arbeta utifrån. Vad som framkommit kan tyda på att kuratorn har *fyllt en brist* i form av en social hjälpfunktion för informanterna. Till exempel för informant A som kan tänkas ha ett bristande socialt nätverk som inte har möjlighet eller förmåga att ge det stöd och den hjälp hon behöver i den nuvarande situationen (Bernler & Johnsson, 2001). Detta belyses särskilt utifrån det som informant A säger om att det hade känts som att vägen var stängd om hon inte hade träffat kuratorn. Kuratorssamtalet har således varit viktigt för informanten då kuratorn genom att ha fyllt en brist identifierat informantens problem, givit denne information och hänvisat till rätt myndighet och följaktligen gett henne det tillfälliga stöd som hon varit i behov av för att förändra sin situation. Kuratorn har både hänvisat informanten till rätt myndighet inom det offentliga skyddsnetet men även varit den som tagit de kontakter som informanten behövt. Det visar på att kuratorn dessutom haft en praktisk hjälpfunktion åt denna informant vilket kan kopplas till vad Bernler och Johnsson (2001) benämner att behandlaren *jobbar/arbetar med något*. Detta då kuratorn dels har givit informanten stöd i form av hänvisning och dels utfört handlingen. Trots att informanten har upplevt kuratorns praktiska hjälp som positiv är det viktigt att kuratorn inte hamnar i en så kallad fixarroll som leder till att patienten blir passiv i förhållande till sin livssituation (Bernler & Johnsson, 2001). För att kuratorssamtalet ska vara ett långsiktigt positivt stöd kan det förstås som att kuratorn bör vara öppen och lyhörd för när patienten själv har förmåga att åstadkomma förändring i sitt liv.

Resultatet som presenterats ovan kan även förstås utifrån två nivåer i Bernler och Johnssons (2001) *handlingsmodell* för psykosocialt arbete, *direkt aktion* och *direkt styrning*. När kuratorn agerar och handlar å patientens vägnar när denne inte har förmåga eller möjlighet, exempelvis i kontakt till läkare inom sjukvården och andra myndigheter, arbetar kuratorn med förändring i patientens livssituation utifrån direkt aktion. Genom att kuratorn utför något praktiskt åt patienten är det kuratorn som ansvarar för och åstadkommer förändring i patientens situation (Bernler & Johnsson, 2001). Detta var viktigt för informant A då hennes förmåga till att förändra livssituationen var begränsad. För A var det även viktigt att kuratorn talar om för informanten var denne kan vända sig för att få stöd. Arbetet sker då utifrån den nivå som Bernler och Johnsson (2001) benämner som direkt styrning. Där kan kuratorn påverka informanten att förändra något i sin livssituation genom att uppmärksamma informanten på hur och vem denne bör kontakta. Detta kan kopplas till vad Andrén och Rosenqvist (1985) beskriver i sin artikel. Där beskrivs att genom informativa och stödande insatser från en kurator

på en akutmottagning minskade vissa patienter sina återupprepade besök drastiskt. Då informant A säger själv att hon inte har kunskap om vart hon ska vända sig skulle det utifrån Andrén och Rosenqvists (1985) studie kunna förstås som att de insatser som informant A erhållit i kuratorssamtalet blir förebyggande på så sätt att hon i framtiden med hjälp av kuratorns direkta styrning vet vart hon ska vända sig.

För två av våra informanter har kuratorssamtalet och vägledningen haft en mer kognitiv och känslomässig karaktär. Informanternas beskrivningar tyder på att denna typ av vägledning är en viktig aspekt av kuratorssamtalet. En informant menar att kuratorn har väglett henne igenom den personliga processen under samtalens gång. Hon menar vidare att den kunskap som kuratorn bär på angående hur människor fungerar och tänker har underlättat för informanten att sätta igång ett eget tankearbete. Vägledning kan också bestå i det som en annan informant påpekar, att i kuratorssamtalet kunna överblicka situationen, både framåt och bakåt i tid samt lyfta upp om det är någonting som informanten själv kan förändra. Samma informant framhåller att tydliggörande av olika förhållanden i livssituationen har gjort att informanten fått en riktning att förhålla sig till i den kaosartade situationen, detta framkommer i följande citat:

Det (kuratorssamtalet) hjälper mig på det sättet att jag blir bättre på att hantera [...] känslomässiga situationer, jag får ett lugn inom mig. Jag kan avgöra när jag tänker för långt och när jag går för fort fram, när jag behöver sansa mig och stanna upp. Det hjälper mig att fokusera på det som är viktigt just nu när egentligen allting är kaos. - E

En annan informant påpekar att kuratorssamtalen har varit viktigt då de har haft en vägledande funktion angående vissa frågor som informanten har funderat kring.

[...] sen har det guidat mig i väldigt många frågor som fortfarande sitter kvar med och dessutom har de här samtalen väglett mig i frågor som jag kan påverka, och som jag kan göra någonting åt. De har varit tröstande, lugnande, stödjande och vägledande de här mötena. - F

De förändringar som har skett genom kuratorns vägledning utifrån båda ovanstående citat kan ses utifrån begreppet *indirekt styrning*, som är en av de nivåer som psykosocialt arbete kan bedrivas på. Utifrån indirekt styrning fokuserar man på att en förändring av individens inre ska ske samt att individen, med kuratorns hjälp, själv ska ta ansvar för denna förändring (Bernler & Johnsson, 2001). Genom den vägledning som informant F säger sig ha fått genom kuratorssamtalen angående vissa frågor har informanten blivit uppmärksam på vad hon själv kan förändra. Att viljan till att förändras kommer från patienten själv är en viktig grund i det psykosociala arbete som sker utifrån indirekt styrning (Bernler & Johnsson, 2001). När informanterna beskriver att kuratorssamtalet har varit tröstande, lugnande och givit ett fokus i situationen kan det förstås som att en förändring av informanternas inre har skett. Att kuratorn för en av våra informanter har väglett henne igenom sin personliga process, kan jämföras med det som framkommer i Östermans (2007) undersökning. Informanterna i denna undersökning menar att kuratorn varit den som har stått för struktur och även

lotsat dem, både igenom deras olika processer samt under samtals gång. Att kuratorn arbetar med vägledning är alltså något som upplevs som viktigt även av dessa informanter.

De två citat från informant E och F som beskrivs ovan kan även förstås utifrån begreppet *begriplighet*, som är ett av tre centrala begrepp inom KASAM-teorin. Då en individ har förmåga att uppfatta sin omgivning som greppbar och strukturerad har denne större förmåga att förklara det som händer runt omkring sig (Antonovsky, 2005). Ur de två citaten ovan går att utläsa att informanterna genom vägledning bättre kan förstå sig själva, sin situation och sina funderingar. Genom kuratorssamtal och dess vägledande funktion har det alltså skapats förutsättningar för att informanterna ska kunna uppleva sin situation som mer begriplig. Då ökad begriplighet skulle kunna bidra till att dessa informanter får en högre känsla av sammanhang, skulle det enligt KASAM-teorin kunna innebära att de kan hantera sina påfrestningar på ett bättre sätt (Antonovsky, 2005). Om informanterna skulle drabbas av en annan sjukdom i framtiden skulle den potentiellt sett kunna upplevas mer förutsägbar. Då informanterna får en högre känsla av sammanhang genom kuratorssamtalet kan det alltså förstås som att de blir rustade för att bemöta svårigheter.

7.1.3 Bollplank

Under detta tema kommer vi att presentera det som har framkommit från flera av informanterna som uppmärksammar att det är viktigt att kuratorn är någon som de kan prata med. Några av informanterna använde dessutom samma term för betydelsen, att kuratorn fungerade som ett *bollplank*. Så här beskriver två av informanterna vad ett bollplank är för dem:

Man kan få ett bollplank, [...] det jag säger kan hon uttrycka tillbaka till mig så att jag förstår och ser vad det är jag är inne i, tydligare. - E

Jag bollar, tankar, jag bollar upplevelser med någon annan som kan hjälpa mig att titta på dem och förstå dem ännu bättre. - F

Både E och F menar att de tillsammans med kuratorn kan uttrycka vad de tänker och känner och få en respons på detta. Flera av informanterna nämner att det stärker dem att få prata av sig med någon. I bollplanksfunktionen kan även kuratorn hjälpa patienten att sätta ord på det hon känner vilket beskrivs som viktigt och ytterligare en betydelse av kuratorssamtalet. Informant F menar att en av de viktigaste delarna för henne i bollplanksfunktionen är normalisering:

Det är normalt att känna stress, det är normalt att känna ångest, det är normalt att känna sig övergiven och ensam [...]. Det ger en sorts tröst i att förstå att jag trots allt är rätt normal. - F

I normaliseringen menar F att hon får hjälp att inte känna sig avvikande. Hon beskriver vidare att det är viktigt att hon i kuratorssamtalet kan få tillfälle att diskutera ämnen och frågor som hon upplever känsliga. Flera av informanterna menar att möjligheten att få prata om känsliga ämnen med kuratorn fyller en viktig funktion för deras välbefinnande. Vad som även uppmärksammas och som särskiljer kuratorn är att hon inte är känslomässigt bunden till patienten. E och D

belyser hur kuratorn får en roll som blir unik och där känsliga samtalsämnen kan få utrymme:

Man kan inte belasta, kanske sina vänner på det sättet som man kan göra. Att man kan, ha ett forum där man inte är, alltså ingen som är knuten till ens privatliv. Då är man mer fri på något sätt i sitt sätt att öppna upp sig. - E

Jag har alltid haft ett bra nätverk med vänner [...]. *Men*, det finns en del grejer som man inte kan prata med sina vänner om för vi ska baxa det här tillbaka till en vanlig vänskap sen när jag blir frisk. *Det* vill jag prata med kuratorn om. Alltså död, sex och samlevnad helt enkelt. - D

D menar även att det är viktigt i samtalen kring känsliga ämnen att kuratorn kan och vågar utmana henne. Med det syftar hon på att det finns ett motstånd mot att prata om känsliga ämnen som kuratorn måste våga utmana.

Att patienten kan och vill prata om känsliga ämnen förutsätter att en god relation parterna emellan har utvecklats (Bernler & Johnsson, 2001). Som en följd av det kan sedan patienten välja att ta upp ämnen som är känsliga att prata om med kuratorn. Det kan kopplas till vad Bernler och Johnsson (2001) benämner som att *förvara* det klienten berättar. När kuratorn visar att hon kan förvara patientens berättelse kan patienten bli trygg i att våga ta upp de ämnen som hon upplever som mest känsliga. Att kuratorn kan förvara det patienten berättar innebär att kuratorn markerar att hon håller för det patienten vill prata om. Samtal om exempelvis död, sex och samlevnad kan för patienten vara svårt att ta upp med vänner och anhöriga. Därför blir kuratorns förvaring en viktig del i kuratorssamtalet.

Några av citaten ovan visar hur informanterna menar att kuratorn för dem får en unik roll då hon inte är känslomässigt bunden. Det är inte alltid frågan om att patienten har ett svagt nätverk som kuratorn behöver gå in och kompensera. Det kan snarare vara att patienten inte vill belasta sitt nätverk med de känsliga samtalsämnena. Liksom Gibbons och Plath (2009) visar i sin studie så fyller kuratorn en viktig roll för patienter i att kunna ta upp ämnen som de kanske inte vill eller kan diskutera med familj och vänner. Känsliga ämnen utifrån både vår empiri samt Gibbons och Plath (2009) är oftast frågor rörande sexualitet, död och andra existentiella tankar. I Gibbons och Plaths (2009) studie har de undersökt betydelsen av engångskontakt med kurator medan våra informanter har haft fler samtal. Värt att uppmärksamma är då att patienter som bara har haft ett samtal med kurator redan där har vågat ta upp de mer känsliga samtalsämnena. Det som informant D nämner om att våga utmana för att prata om känsliga ämnen kan ses utifrån vad Bernler och Johnsson (2001) benämner att *konfrontera* klienten. Syftet är då att göra klienten uppmärksam på att hon troligen vill diskutera ämnen som kanske inte är lätta att ta upp på egen hand. Informant D nämner själv att hon är medveten om sitt motstånd men att hon samtidigt har som önskemål att ta upp de ämnen hon inte vill belasta sina vänner med.

Informanterna beskriver flera funktioner för kuratorn i egenskap av bollplank. Kuratorn som bollplank kan skapa förutsättningar för förändring och nya

förhållningssätt hos patienten. Av informanterna betonas dock främst att bollplank är en viktig del i kuratorssamtalet. Bernler och Johnsson (2001) beskriver en av fyra hjälpformer i psykosocialt arbete som att behandlaren arbetar för att klienten ska *förändras*. Syftet är att förändra patientens situation utifrån samtalet vilket kan relateras till det som informanterna beskriver som bollplanksfunktionen. Genom att fungera som patientens bollplank kan kuratorn normalisera, sätta ord på patientens tankar samt uttrycka det patienten säger med andra ord för att öka förståelsen. Informanterna som talar om de olika funktionerna av bollplank menar också att det gör att de kan se på sig och sin situation på nya sätt. Patienten kan då, som beskrivet från informant F, se sig och sina reaktioner som normala istället för avvikande. Kuratorn som arbetar med att patienten ska förändras kan då ge patienten en ny förståelse för sin situation vilket också kan skapa förutsättningar för en förändring (Bernler & Johnsson, 2001).

7.2 Kuratorssamtalet som utrymme för förändring

Vi var intresserade av att ta reda på vilket sätt kuratorssamtalet hade förändrat informanternas sätt att förhålla sig till sin livssituation. I detta avsnitt kommer vi således redovisa det resultat som är kopplat till vår andra frågeställning. Informanterna har haft olika behov av stöd från kuratorn och för vissa har det haft en kognitiv funktion medan för andra har det varit av praktisk och vardaglig funktion. Temaindelningen blev som en följd av det: Nya förhållningssätt - kognitivt och Nya förhållningssätt - praktiskt och vardagligt.

7.2.1 Nya förhållningssätt – kognitivt

Flera av våra informanter har under intervjuerna pekat på att kuratorssamtalen har bidragit till nya sätt att förhålla sig till sin livssituation kognitivt. Det mest centrala som kommit upp har handlat om att samtalen har givit nya perspektiv på livet däribland att vissa informanter känner sig mer hoppfulla inför sin livssituation samt att man kan känna en acceptans för den man är. En av informanterna menar att när hon tillsammans med kuratorn diskuterar sin livssituation kan hon få en ny förståelse för vad vissa saker kan bero på, informanten har följaktligen erhållit ett nytt perspektiv. Till exempel i form av att sin livssituation och upplevelse av stress kan hänga ihop. Följande citat visar på detta:

Och liksom göra kopplingar om man till exempel har mycket smärtor eller så att förstå att det kanske kan hänga ihop med om man har mycket press i sitt liv eller så. - B

Andra informanter visar på att kuratorssamtalen har frambringat andra nya perspektiv, till exempel i form av att kunna känna hopp och framtidstro. En informant menar att genom att få hjälp av kuratorn att titta på situationen utifrån olika perspektiv samt se vilka möjligheter som finns i situationen, känner hon inte längre att situationen känns övermäktig, vilket kan ses som ett nytt förhållningssätt. Trots att situationen ibland kan upplevas som kaotisk kan hon nu se på situationen med mer konstruktiva ögon, veta vad hon ska fokusera på samt lösa upp de inre knutarna, vilket hon menar skulle vara svårt att göra själv. Nedanstående citat belyser hur kuratorssamtalet förändrat informantens förhållningssätt till situationen:

Att se i en hopplös situation, att se möjligheter och inte bara hinder.
Att se vad man kan göra och inte bara fokusera på det man inte kan göra. - E

Att kuratorssamtalen har gjort att man förhåller sig mer hoppfull till sin livssituation beskrivs även av en annan informant. Hon menar att kuratorssamtalen hjälpt henne att bli mer livsbejakande på så sätt att hon numera kan uppleva saker som förut bara varit jobbiga även som roliga. Situationen upplevs därmed inte enbart som påfrestande eller besvärlig, utan det finns både kamp och vilja. Informanten beskriver det som följande:

Att det är inte bara jobbigt och negativt utan väldigt mycket klarar jag av och väldigt mycket orkar jag och väldigt mycket vill jag. Och, att det är ganska mycket möjligt. - F

Samma informant talar om flera nya förhållningssätt som kuratorssamtalen bidragit till. Detta menar hon har skett genom att få möjlighet att samtala om vissa frågor hon inte klarat av att lösa själv. Hon säger sig ha blivit klokare mot sig själv och har ökat förmågan till att lyfta blicken om hon fastnar i en negativ tanke. Andra förhållningssätt hon berättar om belyses av detta citat:

Samtalen har påverkat hur jag förhåller mig till mig själv i flera frågor. [...] Jag är lite snällare mot mig själv när jag tänker på min egen stress så att jag är lite mera förlåtande mot mig själv, jag säger till mig själv att det är okej. Det är okej att inte vara hundra procent. - F

Att inte alltid vara hundra procent är något som påminner om en annan informants svar. Informant E menar att man i kuratorssamtalen inte enbart behöver visa upp positiva sidor av sig själv. Utan genom att gå djupare in på de olika delarna i livssituationen kan man vara ärlig och få lov att visa upp motsägelsefulla sidor av sig själv. Citatet nedan visar på att kuratorssamtalen hjälpt informanten att acceptera den livssituation hon befinner sig i:

Att det är helt det är jättekäckt och bra men också att man får lov att vara motsägelsefull. Man kan vara både stark och skör. Och att man kan vara både, kunna hantera och samtidigt, kanske totalt låst. Och när man vågar gå in och se det, att man innehåller allt det här [...] börjar det komma en acceptans och man börjar förstå de bitarna som, som är viktiga att greppa där. - E

Utifrån ovanstående resultatpresentation framkommer att några informanter har förändrat sitt sätt att förhålla sig till livssituationen på så sätt att de kan känna hoppfullhet och framtidstro. En informant talar om att hon inte längre ser på situationen som övermäktig, hon uppmärksammar inte bara hinder utan ser även möjligheter. En annan informant berättar hur hon genom kuratorssamtalen inte längre bara betraktar situationen som jobbig och besvärlig utan kan även uppleva svåra saker som roliga och värda att kämpa för. Detta kan förstås utifrån begreppet *meningsfullhet*, som är en del av KASAM-teorin. Trots den svåra situationen som dessa informanter befinner sig i kan deras resonemang om att dels se möjligheter istället för hinder och dels uppleva svåra saker som roliga och

givande tyda på att de upplever en känsla av meningsfullhet (Antonovsky, 2005). När en av informanterna beskriver att hon känner kamp och vilja för att klara av situationen samt att hon fokuserar på det hon kan, orkar och vilka möjligheter som finns visar det på att hon inte undviker den utmaning som livssituationen faktiskt innebär. Detta kan enligt Antonovsky (2005) bli en följd av att en människa har en hög känsla av meningsfullhet. Informanterna behöver med nödvändighet inte uppleva den problemfyllda situationen som något positivt, men utifrån vad som sagts av informanterna, kan det förstås som att situationen är värd engagemang (Antonovsky, 2005). Har man en hög känsla av meningsfullhet kan det bidra till en hög känsla av sammanhang, vilket enligt Antonovsky (2005) är en förutsättning för att klara av svåra situationer i livet. Här visas det till exempel genom att några av informanterna känner sig mer hoppfulla, vilket kan vara viktigt för att gå igenom och klara av det svåra som sjukdomsprocessen faktiskt innebär. Detta kan tyda på att informanterna genom kuratorssamtalet har förändrat sitt förhållningssätt till livssituationen.

Vad som framkommit angående hoppfullhet och framtidstro kan även förstås utifrån copingteorin. En somatisk sjukdom, som båda dessa informanter drabbats av, kan innebära svåra påfrestningar i livet, både inre och yttre. Coping handlar om hur man hanterar dessa påfrestningar (Lazarus & Folkman, 1984). Då informanterna beskrivit att de har förändrat sina förhållningssätt till den nya livssituationen, och därmed inte förändrat situationen i sig, kan det förstås som att de har använt sig av en *känslofokuserad copingstrategi*. När informant E förklarar att hon inte bara ser hinder i sin livssituation kan det ses som att hon funnit en möjlighet till att bättre kunna anpassa sig till sin livssituation så som den upplevs (Lazarus & Folkman, 1984). Kuratorssamtalet kan ses som att det har bidragit till att informanterna kunnat utveckla nya sätt att förhålla sig till sin livssituation, det vill säga copingstrategier.

Lazarus och Folkman (1984) menar att känslofokuserade copingstrategier ofta används då en situation inte upplevs möjlig att förändra. Dessa strategier används av en person för att förändra sitt förhållningssätt till situationen. Utifrån ovanstående citat från informant E och F framkommer att de, förutom en känsla av hoppfullhet, även erhållit andra förhållningssätt genom samtal med kuratorn. Informant F beskriver att hon blivit snällare och mer förlåtande mot sig själv. Detta kan ses som ett exempel på att hon utvecklat en känslofokuserad copingstrategi för att hantera sin situation (Lazarus & Folkman, 1984). I den stressfyllda situation som uppstått av sjukdom skulle F kunna uppleva att situationen inte går att förändra. Men hon kan med hjälp av den utvecklade copingstrategin vara snällare mot sig själv och hantera situationen genom att förhålla sig till sig själv på ett mer tillåtande sätt. Informant E beskriver att hon i samtalen med kuratorn har fått möjlighet att vara motsägelsefull, till exempel vara både stark och skör. Hon menar vidare att när man vågar samtala kring sina olika sidor bidrar det till en förståelse och acceptans. Även denna informant visar på att hon genom samtalen med kuratorn har utvecklat känslofokuserade copingstrategier, då hon har förändrat sitt sätt att förhålla sig till livssituationen (Lazarus & Folkman, 1984). De citat som hittills har kommit upp under detta tema visar på hur varje individ har utvecklat sina unika copingstrategier.

7.2.2 Nya förhållningssätt - praktiskt och vardagligt

För flera av informanterna har kuratorssamtalet inneburit att de har fått nya förhållningssätt praktiskt och vardagligt. Några viktiga förhållningssätt som informanterna tar upp är att få en förståelse för sin möjlighet att påverka praktiska frågor, att kunna plocka ned helheten till mindre delar samt en handlingsberedskap i vardagen. I samtalen har kuratorn kunnat hjälpa patienterna så att de har kunnat finna nya förhållningssätt till sin livssituation. Informant A menar att i kuratorssamtalet har hon fått hjälp med praktiska saker samtidigt som hon har förstått att kuratorn inte kan förändra allt. A har fått hjälp av kuratorns stöd i praktiska frågor men också en förståelse för sitt eget ansvar:

Okej, kuratorn kan förstå och hjälpa mig, men måste också kunna säga till mig vad jag kan göra. Jag kan inte bara förlita mig på kuratorn. - A

För informant A har det praktiska stödet varit viktigt men också inneburit att kuratorn fått henne att förstå sin del av ansvaret för förändring. Några informanter benämner att bena ut delar ur helheten av deras livssituation som viktig. Att bena ut innebär att kurator och patient har plockat ned patientens helhet till mindre delar för att se vad som kan påverkas. Som ett exempel kan kuratorn tillsammans med patienten titta på patientens helhetssituation kring problem. Utifrån helhetssituationen delar kurator och patient upp problemet i mindre hanterbara delar där tanken är att patienten ska kunna påverka någon eller några av dem. Nya förhållningssätt till praktiska problem kan på olika sätt utvecklas med kuratorns hjälp. Informant B beskriver att kuratorns praktiska hjälp med andningen var en del i hur hon kunde hantera sin panikångest:

Ja, det var ju att få hjälp med att kunna hantera detta med panikångesten och att det inte skulle komma tillbaks. [...] Ja, det var ju en kombination av andning och intalning, intalning var ju från min metod då om man säger så och andningen var ju den andra biten (från kuratorn). - B

B kunde alltså dels genom sina egna resurser och dels genom kuratorns praktiska hjälp få ett nytt förhållningssätt till panikångesten som gjorde det lättare för henne att hantera problemet. Nya förhållningssätt kunde patienterna även få i sin vardag då det inte berör specifika problem. Informant E beskriver det som att hon får en handlingsberedskap i vardagen. Här får E beskriva på två sätt hur kuratorssamtalet får hennes vardag att bli lättare:

Då, när jag går därifrån, så går jag därifrån med en lätthet inom mig. [...] när jag tänker tillbaka på det som vi pratar om då hittar jag tillbaka till den kraften. [...] Det hjälper mig att bära mig själv i olika situationer i vardagen. - E

Jag har kunnat ta tag i saker som jag har skjutit upp länge, även innan denna tuffa tid började, så har jag kunnat hitta pusselbitar, och kunnat ta tag i dem. - E

Kuratorssamtalet gör att E upplever det vardagliga som mer lätthanterligt. Hon kan tänka tillbaka på samtalet och finna styrka i att utföra vardagliga sysslor men

också att orka med sin vardag. Styrkan har även E kunnat använda för att ta tag i saker som hon sedan tidigare har skjutit upp.

När informant A beskriver kuratorns hjälp kring praktiska frågor beskriver hon också ett förhållningssätt där hon inte bara vill vara passiv och ta emot hjälp. A menar att det också är hennes eget ansvar att aktivt ta tag i de praktiska frågorna vilket kan ses som ett nytt förhållningssätt. Kuratorn har agerat både för A men också väckt en tanke om att A måste ta sitt eget ansvar. Detta kan ses ur begreppen direkt aktion och direkt styrning som åsyftar att kuratorn dels kan utföra uppgifter som ställföreträdare åt patienten, dels att kuratorn kan påverka patienten att utföra en handling själv (Bernler & Johnsson, 2001). Det kan även ses ur det som Lazarus och Folkman (1984) definierar som *problemfokuserad copingstrategi*. Här åsyftas att informant A står inför uppgifter som hon upplever som svåra. Coping som begrepp kan appliceras på att A upplever situationen som påfrestande och att hennes resurser inte räcker till. De problemfokuserade copingstrategierna behöver inte per definition garantera att A klarar av situationen men det viktiga i sammanhanget är att A upplever en bättre anpassning och motivation inför de praktiska uppgifter som behöver åtgärdas (Lazarus & Folkman, 1984). Således kan A och hennes vunna motivation vara ett nytt förhållningssätt och en ny copingstrategi som kuratorssamtalet har bidragit till.

För informant B kunde kuratorssamtalet tillsammans med hennes egna resurser bidra till att hon kunde hantera sin panikångest. Återigen kan det ses ur det problemfokuserade copingperspektivet. B stod inför ett problem som hon upplevde påfrestande men samtidigt möjligt att hantera. I kuratorssamtalet kunde då B få hjälp med andningen, en praktisk funktion, som tillsammans med de egna resurserna gjorde att hon upplevde en bättre anpassning till problemet, panikångesten. Lazarus och Folkman (1984) menar att alla människor besitter olika former av *copingresurser*, förutsättningar för copingstrategier. Här kan det som B beskriver som intalning och som vi benämner som resurs vara just en copingresurs, något som underlättar användandet av copingstrategier (Lazarus & Folkman, 1984). Informant E beskriver hur kuratorssamtalet har givit nya förhållningssätt till vardagliga uppgifter, förhållningssätt där uppgifterna upplevs mer hanterbara. Kopplat till problemfokuserade copingstrategier kan det antagas att E, på grund av följderna av sjukdom, sämre kunde hantera sin vardag. I kuratorssamtalet stärktes E genom att hon kunde hantera uppgifterna på ett nytt sätt, hon fick hjälp att bena ut dem från en påfrestande helhet som hon hade svårt att hantera till mer hanterbara delar. Som ett resultat av hur E upplevde sin situation kan det tänkas att hennes copingresurser var försvagade men att de kunde stärkas i kuratorssamtalet.

Samtliga av ovan beskrivna informanternas nya förhållningssätt till praktiska och vardagliga uppgifter kan även belysas utifrån begreppet *hanterbarhet* från KASAM. Antonovsky (2005) menar att graden av känsla av sammanhang gör att en person kan hantera stressorer olika bra. Alla informanter har kommit i kontakt med kurator på grund av somatisk sjukdom vilket kan vara en stressor som för en del är mer hanterbar än andra. Hanterbarhet syftar till vad en person har för resurser att bemöta de problem den upplever och här kan informanterna tänkas ha olika förutsättningar. Flera informanter beskriver hur de i kuratorssamtalet har fått nya förhållningssätt relaterade till praktiska och vardagliga uppgifter. Enligt

Antonovsky (2005) kommer personer som har en hög känsla av sammanhang sannolikt inte att uppleva problem med att hantera påfrestande situationer i lika hög grad som personer med en lägre känsla av sammanhang. Kuratorssamtalet kan ses som att det stärker patientens känsla av hanterbarhet vilket enligt teorin om KASAM är en del i patientens känsla av sammanhang, en förutsättning för att bättre kunna hantera påfrestningar (Antonovsky, 2005).

7.3 Kuratorssamtalet i förhållande till den medicinska vården

Vår tredje frågeställning berör kuratorssamtalet i relation till den medicinska vården. Tanken var att ta reda på vilket sätt kuratorssamtalet kan vara ett komplement till den medicinska vården. Vi har kunnat urskilja att informanterna talar om att de i kuratorssamtalet ses utifrån sin helhetssituation samt att kuratorn har en förståelse för patientens situation. Vad som även har framkommit som centralt är patienternas behov av ett samtalsstöd. Detta resulterade i två teman: Helhetssyn och förståelse och Samtalsstöd.

7.3.1 Helhetssyn och förståelse

Samtliga informanter har på olika sätt under intervjuerna berört vikten av att kuratorn arbetar med patientens helhetssituation. Informanterna menar att i kuratorssamtalet uppmärksammar kuratorn det som kan bli följd av somatisk sjukdom utöver det medicinska. Kuratorns helhetssyn och förståelse för dessa följd är enligt informanterna ett viktigt komplement till den vård de får. Den sjukdom som informant A drabbats av har inte enbart orsakat medicinska konsekvenser, utan har även påverkat hennes sociala situation. Kuratorn har spelat en stor roll för denna informant, då kuratorn givit informanten stöd i förhållande till hennes ekonomiska och arbetsrelaterade situation. Informanten förklarar det som att i kuratorssamtalet så kunde hon andas ut sina problem. En annan informant beskriver hur kuratorn uppmärksammade helhetssituationen:

[...] i samtalet så hade vi ju uppe helhetssituationen med min överbelastade hälsosituation, jag hade ju inte bara ***** (sjukdom) jag hade ju ett antal sjukdomar i mitt liv. - B

Genom att kuratorn ser till informantens helhet kan hon uppmärksamma B på fler faktorer som påverkar livssituationen. Informant D fick avbryta sina kuratorssamtal av organisatoriska skäl och ger en annan bild av helhetssynen i sjukvården:

[...] om jag hade känt att det fanns ett gediget intresse för helheten, så hade jag kanske blivit lugnare på det viset och fått ut mer av behandlingarna. - D

D menar att som en följd av att kuratorssamtalen avbröts så upplevde hon att det psykosociala stödet gick förlorat. D anser att kuratorns arbete med helhetssituationen är något som kan påverka hur mottaglig patienten är för den medicinska behandlingen. Denna informant ställer sig kritisk till det psykosociala stödet i sjukvården och menar att det brister i stödet till anhöriga, vilket hon anser är en viktig del av helhetssynen. Enligt D ökade detta hennes stress. Vikten av att kuratorn arbetar med anhörigstöd uppmärksammas även av andra informanter. Att arbeta med patientens helhetssituation innebär bland annat att uppmärksamma

patientens sociala situation, så som arbete, ekonomi eller anhöriga. Ett sådant helhetsperspektiv kan bidra till en bättre förståelse för patienten. En informant förklarar hur kuratorns förståelse för följder av sjukdom kan vara ett viktigt komplement den medicinska vården:

I sjukdomen så är det en människa som är sjuk, och det finns anhöriga. Och det är de inre upplevelserna och allt som man går igenom som är det oerhört viktiga. Lika viktigt som den medicinska vården. - E

I intervjuerna menar många informanter att kuratorn har en unik förståelse för vad som sker hos en patient utöver det rent medicinska. Samtliga informanter berättar att de har påverkats på olika sätt i förhållande till sin sjukdom. Med kuratorns helhetssyn och förståelse för psykosociala konsekvenser av sjukdom menar flera av informanterna att kuratorssamtalet kan komplettera den medicinska vården. B beskriver sin syn på skillnad mellan kurator och övrig vårdpersonal:

Ja, en kurator har ju mera djupgående kunskaper om problem, vanlig vårdpersonal är ju mera ett stöd i ögonblicket, någon att för ögonblicket kunna prata lite med. [...] men de har ju inte samma insikt i problematik och så. - B

Informant B menar att kuratorn besitter större kunskap om problem som kan bli följder av sjukdom. En annan viktig egenskap som särskiljer kuratorn är att hon enligt många informanter ser patienten i ett mer långsiktigt perspektiv. Kuratorn har en förståelse för patienten i ett längre perspektiv, så som B beskriver, till skillnad från övrig vårdpersonal. Förståelsen beskrivs av en annan informant som att kuratorn ser patienten som människa, inte diagnos:

Är man patient på ett sjukhus, och just behandlas så är man väldigt mycket sin diagnos. Kuratorns fokus är mycket mera: 'Och vad händer med dig då?'. - F

Det informant F beskriver gör också andra informanter, det upplevs lika viktigt för dem att bli sedda som människor som att behandlas medicinskt. Vad som framkommer i intervjuerna är också att flera informanter upplever att när de är färdigbehandlade så uppkommer en slags tomhet. Många av informanterna menar att de är väldigt nöjda och tacksamma för den medicinska vård de har fått men några anser att stödet efter medicinsk färdigbehandling inte är lika bra. Där kan kuratorssamtalet fungera som en länk mellan att vara frisk och att uppfatta sig som frisk:

Man betecknar mig som klar. Kuratorn kan sköta tolkningen där emellan. Alltså glappet mellan att jag har tillit till att jag faktiskt är frisk. Till att jag också känner mig frisk. Alltså det glappet som blir mellan vården, känslan av att vara väl omhändertagen, färdigbehandlad, men att bli trygg i det. - F

Enligt informant F så innebär inte en medicinsk friskförklaring per automatik att livet går vidare obehindrat. Kuratorn kan, som F beskriver, bli ett stöd i förståelsen för konsekvenser av sjukdom. En annan informant menar att det inte

bara är att bli medicinskt färdigförklarad och sedan leva vidare utan att sjukdomen innebär att man som människa behöver stöd efteråt.

Informanterna beskriver under intervjuerna att kuratorns helhetssyn och förståelse för de problem som kan bli följd av somatisk sjukdom är ett viktigt komplement till den medicinska vården. Helhetssynen innebär att kuratorn ser det som finns omkring patienten, däribland ekonomi, arbete och anhöriga. Förståelsen innebär att kuratorn har kunskap om de följder som somatisk sjukdom kan ge, har förmåga att se människan bakom sjukdomen samt att kuratorn ser patienten i ett längre perspektiv. Några av informanterna beskriver hur kuratorn, genom sin helhetssyn, uppmärksammat dem på flera faktorer utöver sjukdomen som inverkar på deras livssituation. Helhetssynen är samtidigt nära förknippad med en förståelse för vanliga följder av somatisk sjukdom. När kuratorn tillsammans med patienten kan ge henne en utökad förståelse för vad som påverkar livssituation kan patienten uppleva en ökad begriplighet. Begriplighet är ett av de tre centrala begreppen i KASAM-teorin och syftar till att patienten ska känna att livssituationen är greppbar eller strukturerad (Antonovsky, 2005). Det som flera av informanterna uppmärksammar kan ses utifrån att de inte upplevde sin situation som greppbar eller strukturerad, snarare oordnad. Kopplat till det sista citatet från informant F kan det ses som att hon innan kuratorssamtalet upplevde situationen som just oordnad. Men genom det stöd hon erhållit i kuratorssamtalet kan hon gå från att vara friskförklarad till att också känna sig frisk. Detta kan tyda på att informanten har fått en ökad känsla av begriplighet. F beskriver det som att ett glapp uppstår mellan att medicinskt bedömas som frisk till att uppleva sig vara det. Kuratorn som har helhetssynen och förståelsen kan då uppmärksamma glappet och genom samtalet öka känslan av begriplighet för informant F. Med en ökad upplevelse av begriplighet ökar också känslan av sammanhang. En hög känsla av sammanhang förbättrar patienternas förmåga att klara av de påfrestningar som somatisk sjukdom kan innebära för dem (Antonovsky, 2005).

Kuratorns helhetssyn och förståelse som det beskrivs av informanterna innebär en förståelse för hur patientens omgivning påverkar och påverkas, en djupgående kunskap om följder av sjukdom, att patienten ses som människa istället för diagnos och att det kan ta tid att gå från att uppleva sig frisk efter medicinsk behandling. Kopplat till Beders (2000) studie kan det ses som att stödet från kuratorn kan stärka patientens välmående. Beder (2000) visar i sin studie att patienter som erhåller utökad och individuellt anpassat psykosocialt stöd tenderar att skatta sitt välmående högre enligt två mätskalor. Genom att kuratorn har sin helhetssyn och förståelse kan ett utökad psykosocialt stöd, där det utgår från patientens behov, jämföras med vad Beder (2000) påvisar ger en mätbar effekt i hur väl patienterna skattar sitt välmående. Helhetssynen gör att kuratorn kan se vad patienten behöver för stöd och förståelsen gör att patienten upplever sig sedd, så att stödet upplevs adekvat.

Utifrån WHO:s definition av hälsa framgår att hälsa inte enbart handlar om frånvaro av sjukdom, utan det handlar även om att kunna uppleva ett socialt och mentalt välmående (WHO, 2013). När en person betecknas som frisk åsyftar det oftast att personen är fysiskt frisk, vilket kan relateras till citatet från informant F om att vara färdigbehandlad. WHO:s hälsodefinition inkluderar även sociala och mentala aspekter (WHO, 2013). Så för att patienter ska kunna uppleva hälsa och

vara friska kan vi utifrån definitionen förstå det som att patienten även kan behöva ett socialt och mentalt stöd vid sjukdom. Utifrån citaten från informant E och F visar kuratorn på en förståelse för de följder en sjukdom kan få då hon ser människan bakom sjukdomen, dennes anhöriga och uppmärksammar de inre upplevelserna som finns bortom diagnosen. När kuratorn i kuratorssamtalet ger utrymme för dessa upplevelser kan möjligheten till att patienten upplever en bättre hälsa öka, då hälsa enligt WHO:s definition även innefattar sociala och mentala aspekter (WHO, 2013). Likaså gäller när kuratorn, genom helhetssynen, uppmärksammar vad i patientens livssituation som påverkats av sjukdomen, som exempelvis arbete och ekonomi. Då patienterna genom kuratorssamtalet får hjälp med att lösa de sociala problem som den somatiska sjukdomen orsakat kan det skapas förutsättningar för att upplevelsen av den sociala och mentala hälsan ökar. Utifrån definitionen om hälsa är det viktigt att patientens sociala och mentala hälsa ses som viktiga för den totala hälsan (WHO, 2013). Därför kan man förstå det som att det kuratorssamtalet, där det sociala och mentala stödet innefattas, är ett viktigt komplement till den medicinska vården.

7.3.2 Samtalsstöd

Under detta tema kommer vi presentera det som kommit upp under intervjuerna som visar på vikten av att få samtala om sin sjukdom, situation och sina känslor. Många informanters beskrivningar tyder på att möjligheten att samtala med en kurator är ett komplement till den medicinska vården. Samtalet är för många således en viktig del av stödet i samband med sjukdomsupplevelsen. Informanternas svar fokuseras kring möjligheten att få bearbeta och samtala kring det som har hänt, sätta ord på saker samt få känna att man inte är övergiven och ensam i sin upplevelse. I en av intervjuerna talar informanten om kuratorssamtalet som en plats där hon kan få samtala om det som ännu inte är färdigt, till exempel om känslan av att bli lämnad ensam efter att den medicinska behandlingen är klar. En annan informant talar om att det finns ett behov av att få prata och känslomässigt ventileras. Hon menar att det som händer med en människa på ett fysiskt plan även påverkar denne emotionellt. Detta orsakar problem vilket behöver lyftas upp till ytan:

Ja, det är ju den medicinska vården det går ju på det somatiska och det är ju oftast förknippat med känslor. När du har ont någonstans eller opereras eller har problem med någonting i kroppen så väcker det ju känslor och du drabbas i vardagen ofta av olika grejer och det, det väcker problem och det behöver ju oftast individen prata med någon om. - B

Citatet lyfter fram att det kan vara värdefullt för patienter att den medicinska vården kompletteras med kuratorssamtal så att patienter får möjlighet att bearbeta och prata om det som händer inombords. På en fråga om hur patienten tänker att kuratorssamtalet kan förbättra hennes upplevelse av den medicinska vården svarar samma informant:

Ja, det är ju jätteviktigt att bearbeta de besked och de somatiska händelser som man är med om. Det är ju viktigt och det är ju en förbättring om man får bearbeta det. - B

Kuratorn kan ge det utrymme som behövs för att hjälpa patienten med bearbetning. En annan informant uttrycker att det är viktigt att få möjlighet, utrymme och tid att släppa fram sin smärta och sorg med kuratorn. Hon berättar vidare:

När man pratar med vårdpersonal känns det som att man tar tid från någonting som de egentligen borde göra. Det blir en stress i det. Här (kuratorssamtalet) kan man gå mer på djupet och det är bra, och det finns tid till det. Det är tid som behövs för att man ska kunna landa och kunna titta på djupare delar i det hela. - E

Detta citat pekar på att kuratorn kan ha en central roll för patienter där övrig vårdpersonal, enligt denna informants upplevelse, inte har tid att samtala. Det bör även finnas någon som har tid att hjälpa patienten sätta ord på och förstå de svåra händelser som har hänt, vilket framkommer i citatet nedan:

Så att kunna hitta de här andra bitarna, att få ett språk som det man många gånger inte har ord för, att förstå de här inre processerna när man går igenom svåra saker [...] kunna ha tid och utrymme till detta då med någon som finns på plats på ett sjukhus till exempel. - E

Genomgående i våra intervjuer har det framkommit att informanterna har varit i behov av olika typer av stöd, vilket kuratorn måste vara lyhörd för. Utifrån detta tema har det framkommit att informanterna varit i behov av att få bearbeta och prata om det som hänt i samband med sjukdomsupplevelsen. Då patienterna i kuratorssamtalet givits möjlighet att få prata ut om sin situation samt få samtala om det emotionella kan detta ses som att kuratorn intar en avlastande funktion. Den avlastande funktionen kan ses som att patienten får *avbörd*a sig något negativt, som är en av de fyra hjälpformer som Bernler och Johnsson (2001) uppmärksammar inom psykosocialt arbete. Att avbörd a sig något negativt har för många inneburit att de fått möjlighet och utrymme att släppa ut tankar, känslor och funderingar som funnits inom sig (Bernler & Johnsson, 2001). Exempelvis upplevde en informant att hon fick släppa ut den ensamhetskänslan hon hade efter att den medicinska behandlingen var klar. Då kuratorn kan antagas ha träffat andra patienter som varit i samma situation som denna informant har kuratorn sannolikt en god förmåga att ta emot de tankar och ensamhetskänslan som informanten bär på och kan därigenom avlasta informanten. Detta går i linje med vad som sägs i Östermans (2007) studie. Östermans informanter pekar där på att kuratorn kunde härbärgera deras känslor och ångest (Österman, 2007). Genom att kuratorn intar en avlastande funktion och härbärgerar informantens känslor finns en möjlighet till att informanten i vår undersökning inte behöver känna sig lika ensam i det som händer inombords.

Kuratorssamtalet är även ett forum där patienten kan få prata om de problem sjukdomen har orsakat som visar sig i vardagen, vilket informant B ger exempel på ovan. I kuratorssamtalet ges patienten möjlighet att få utlopp för de känslor som tynger individen och som finns i samband med sjukdomsupplevelsen och kan på så sätt avbörd a sig något negativt (Bernler & Johnsson, 2001). Behållningen av att kuratorn har funktionen att patienten kan avbörd a sig något negativt kan bli att

hela människan, med sina inre upplevelser, ses som viktig. Att någon inom sjukvården har en funktion av att låta patienterna avbörda sig något negativt är något som vi uppfattar att informanterna upplever positivt. Dessutom har många av informanterna i vår undersökning upplevt att vården som helhet har blivit till det bättre genom att få prata ut. Vikten av att få möjlighet att prata ut om det som har hänt kan även bekräftas av det som framkommer i Weinbergs (1985) studie. Genom att lyfta patientens känslor och tankar samt ge utrymme för patienten att få prata ut om det som upplevs i samband med sjukdomen kan kuratorssamtalet vara ett viktigt komplement till medicinska vården. Att få dela och bearbeta de känslor och tankar som finns efter den medicinska behandlingen som informanterna beskriver kan utifrån WHO:s definition om hälsa förstås som att det möjliggör att den mentala hälsan ökar. Detta då det utifrån definitionen inte enbart handlar om att bli frisk fysiskt för att uppleva en god hälsa (WHO, 2013). Kuratorssamtalet kan på så vis skapa förutsättningar för ett mentalt tillfrisknande.

Många av våra informanter har pekat på betydelsen av att få samtala med en kurator om det som har hänt i samband med sjukdomsupplevelsen. Men vad informant E pekar på, som utmärker kuratorssamtalets relevans och betydelse, är att det där finns tid. Informanten berättar att det känns som att man tar tid från vårdpersonal när man pratar med dem och att det skapar en stress. Hon berättar vidare hur hennes kurator givit henne den tid hon behövt för att landa i och förstå den situation hon är i. Till skillnad från samtal med vårdpersonal, där informanten upplevde en form av stress, är kuratorns fokus patienten och dennes berättelse. Detta kan förstås utifrån vad som sägs i Östermans (2007) studie. Något som framkommer i studien är att patienterna tyckte det var bra att kuratorn var öppen för hur länge och hur ofta samtalen kunde ske. Utifrån vår empiri samt Östermans (2007) undersökning framkommer tid som en viktig faktor för att kuratorn ska kunna bemöta patientens behov av att samtala på ett adekvat sätt. Att som patient inte behöva bli påskyndad i sin bearbetning och sitt behov av att få samtala kan ses som en viktig del i kuratorssamtalet. Som patient bör man kunna veta att tid ges till att få prata ut hos kuratorn samt att denne visar engagemang för detta. Om patienten upplever att sjukvården tar hand om dennes hela situation, alltså både i form av medicinsk behandling samt att få samtala om det som sker, kan detta tyda på att patientens behov bemöts på ett adekvat sätt. Enligt WHO:s definition av hälsa så innefattar det att människan upplever fysiskt, socialt och mentalt välmående (WHO, 2013). Samtalsstödet kan därmed vara ett komplement till den medicinska vården genom att där ligger patientens sociala och mentala välmående i fokus.

Informant E menar att det är viktigt att som patient ges utrymme för att sätta ord på och förstå det som händer inombords. Om en patient upplever att det inte finns ord för det som händer och efter den medicinska behandlingen tvingas lämna sjukvården utan att få uttrycka detta, skulle en känsla av förvirring och kaos kunna uppstå. Detta kan förstås utifrån begreppet begriplighet från KASAM-teorin. Då informant E säger sig ha fått ett språk för det man många gånger inte har ord för kan det ses som att hon fått en större förståelse för sin situation och att kuratorssamtalet därmed har bidragit till att informantens situation upplevs mer greppbar och sammanhängande. Om patienter efter avslutad medicinsk behandling, får möjlighet till samtal kan det följaktligen skapas goda förutsättningar för att situationen upplevs som ordnad och förståelig samt att

känslan av sammanhang blir högre (Antonovsky, 2005). Om möjligheten till samtal inte erbjuds skulle följden kunna bli att det för patienterna tar längre tid innan de upplever sig som återhämtade från sin sjukdom. Detta då de ges begränsad möjlighet till att få hjälp att förstå sin situation och vad sjukdomen inneburit.

8. Avslutande diskussion

Studiens syfte har varit att beskriva och söka förståelse för vilken betydelse kuratorssamtal kan ha för patienter i somatisk öppenvård samt på vilket sätt patienterna anser att kuratorssamtalet kan komplettera den medicinska vården. I detta avsnitt kommer vi inledningsvis att kortfattat summera resultatet samt våra empiriska slutsatser utifrån våra frågeställningar. Därefter för vi en diskussion kring vissa aspekter som vi funnit intressanta utifrån vår empiri.

8.1 Sammanfattning

Vad i kuratorssamtalet har enligt patienterna varit viktigt?

Resultatet visar på att det finns en skillnad i betydelsen av kuratorssamtalet beroende på om patientens förväntningar har infriats eller inte. Där förväntningarna har infriats har patienterna upplevt att kuratorssamtalet har inneburit ett gott stöd. När kuratorssamtalet inte har motsvarat patienternas förväntningar har stödet gått förlorat. För patienterna är relationen en viktig del i kuratorssamtalet. En god relation innebär att man som patient känner förtroende och trygghet samt bemöts på ett professionellt sätt. En annan aspekt av kuratorssamtalet har varit att patienterna fått vägledning, vilket för patienten inneburit att få stöd dels praktiskt och dels känslomässigt och kognitivt. Den praktiska vägledningen har avsett att kuratorn har kunnat identifiera de sociala problem som finns i patientens livssituation och sedan guida patienten genom att denne fått hänvisning i var den ska vända sig. Den känslomässiga och kognitiva vägledningen har för patienterna inneburit att de fått en riktning i de frågor och känslor som sjukdomen har orsakat. Ytterligare en egenskap som patienterna uppmärksammat har varit att kuratorn i kuratorssamtalet intagit en funktion som bollplank. Genom denna funktion i kuratorssamtalet kan patienten ha någon att prata med som ger en respons och tydliggör det patienten uttrycker. Responsen kan ge patienten nya sätt att förstå sina uttryckta tankar och även se sina tankar som normala. En annan funktion av bollplank i kuratorssamtalet är att patienten kan prata om känsliga ämnen med någon som hon inte är känslomässigt knuten till.

Som en slutsats utifrån vår empiri kan vi se att det är viktigt att kuratorn i kuratorssamtalet uppmärksammar och klargör patientens behov och hjälpförväntningar. Kuratorn bör sedan utgå från dessa och anpassa stödet utifrån dem. Där behov och förväntningar har uppmärksammat har också en god behandlingsrelation utvecklats. Vägledning har varit en annan viktig del i kuratorssamtalet. Genom vägledning har patienterna upplevt att de har fått en riktning både i praktiska men också kognitiva och känslomässiga frågor. På så vis har patienten kunnat uppleva sin situation som påverkbar och förstälig. Att kuratorn har fungerat som bollplank är enligt patienterna en viktig komponent i kuratorssamtalet. Kuratorn i egenskap av bollplank har kunnat öka patientens

förståelse för tankar och känslor men också fyllt ett tomrum där patienten annars upplevt sig sakna möjlighet att lätta på sina tankar och känslor.

På vilket sätt har kuratorssamtalet förändrat patienternas sätt att förhålla sig till sin livssituation?

Vår empiri visar på att patienterna på olika sätt förändrat sina förhållningssätt till livssituationen genom kuratorssamtalet. Vissa av patienterna talar främst om att de i kuratorssamtalet erhållit kognitiva förhållningssätt i förhållande till sin livssituation. I stunder då patienterna kan ha upplevt att situationen inte går att förändra har de genom kuratorssamtalet kunnat se på situationen på nya sätt. Dessa nya förhållningssätt har bland annat handlat om att de lättare kan känna hopp och framtidstro samt fått ett mer tillåtande och accepterande förhållningssätt till sig själv och sin livssituation. Nya förhållningssätt har för några patienter inneburit en praktisk inriktning. I kombination av patienternas egna resurser och kurators hjälp har de på ett enklare och mer tillfredsställande sätt kunnat hantera och förhålla sig till sin livssituation. Kuratorn har visat på vad som behöver göras och hur detta kan ske. Genom kurators praktiska hjälp kan patienterna bli uppmärksammade på hur de på ett praktiskt plan kan ta ansvar för sin egen situation. Kuratorssamtalet har även bidragit till en handlingsberedskap i vardagen som innebär att det för patienterna finns en lätthet och styrka inför vardagen.

Vår slutsats är att genom de kognitiva förhållningssätt som patienterna beskriver att de tillägnat sig i kuratorssamtalet har det inneburit en tilltro till en positiv förändring samt anpassning till livssituationen. Då situationen inte upplevs möjlig att förändra har patienterna kunnat hitta nya förhållningssätt som upplevs mer meningsfulla. De patienter som erhållit nya förhållningssätt i form av praktisk och vardaglig karaktär upplever att de har kunnat hantera sin situation på ett, för dem, bättre sätt. Patienterna har fått en tilltro till att de kan och vill klara av de problem de står inför av praktisk och vardaglig karaktär.

På vilket sätt kan kuratorssamtalet enligt patienterna vara ett komplement till den medicinska vården?

Vårt resultat visar att kuratorn enligt patienterna genom sin helhetssyn kan uppmärksamma sådant som kan bli en följd av patientens somatiska sjukdom men också faktorer i den sociala situationen som kan påverka sjukdom. Kurators helhetssyn och förståelse innefattar att kuratorn ser hur patienten påverkas av sjukdom i förhållande till anhöriga, ekonomi eller arbete. Patienterna menar att de i kuratorssamtalet blir sedda som människa och kuratorn har en förståelse för att förändring hos patienten sker över tid. Patienterna uppmärksammade samtalsstödet som ett viktigt komplement till den medicinska vården. Där kan patienten tillsammans med kuratorn samtala kring känslor relaterade till sjukdom och bearbeta besked. Tiden nämns som en central faktor för att kuratorn i kuratorssamtalet ska kunna bemöta patientens behov av att samtala. Patienterna menar att tid och möjlighet för att bearbeta gör att de kan uppleva sig bättre omhändertagna från vården.

Som en slutsats har vi sett att kuratorssamtalet gör att patienten upplever sig bemött som en människa utifrån sin sociala kontext, att fokus lyfts från den medicinska diagnosen. Genom kurators helhetssyn och förståelse kan patientens sociala och mentala hälsa uppmärksammas och ges utrymme. I förhållande till

den medicinska vården har vi utifrån patienternas berättelse sett att utrymmet och tiden för bearbetning i kuratorssamtalet är faktorer som utmärker kuratorssamtalet. Möjligheten till att släppa ut de tankar och känslor som finns i samband med somatisk sjukdom gör att patienten upplever sig sedd som människa.

8.2 Slutdiskussion

Vi har genom denna undersökning lyft patienters röster kring vilken betydelse kuratorssamtalet kan ha för patienter i somatisk öppenvård samt på vilket sätt kuratorssamtalet kan komplettera den medicinska vården. Vi anser att det är viktigt att påpeka att två av våra informanter klargjorde vid intervjutillfället att de ville ställa upp för att framföra sina åsikter om hur kuratorssamtalet inte fungerade som de önskat. Helhetsintrycket av vår empiri visar dock på att kuratorn i kuratorssamtalen kan ha en bred funktion och möta patienter med olika typer av problem. Vi menar att kuratorssamtalet har varit till betydelse för majoriteten av patienterna samt varit ett viktigt komplement till den medicinska vården. Patienterna berättar att de i stor utsträckning har blivit bemötta och stöttade både i förhållande till de praktiska och sociala problem samt de känslomässiga och kognitiva svårigheter som sjukdomen orsakade. Följden av att patienterna får ett adekvat bemötande från sjukvården menar vi kan bli att förutsättningar skapas för ett bättre totalt tillfrisknande. Med det menar vi att patienterna genom kuratorssamtalet kan uppleva högre socialt och mentalt välmående efter medicinsk behandling. Som vår empiri visar så blir följden av somatisk sjukdom oftast mer än en fysisk åkomma. Där kan kuratorssamtalet göra att patienterna får ett bemötande av sjukvården som tar ansvar för hela människan, fysiskt, socialt och mentalt.

I uppsatsens inledning uppmärksammade vi en debattartikel från Fagerström och Hagman (2012), aktiva inom sjukvården. De menar att det finns ett samband mellan patientens sociala situation och risken att inte bli frisk. Behovet av att någon vid sidan av den medicinska behandlingen uppmärksammar patientens sociala situation, menar författarna därför är stort. Vi menar att vår empiri pekar på att kuratorn och kuratorssamtalet är av betydelse för patienter i somatisk öppenvård. Detta då patienten genom kuratorssamtalet kan få stöd i sådant som den somatiska sjukdomen orsakat, både känslomässiga och kognitiva följder samt praktiska och sociala. Om möjligheten till kuratorssamtal inte skulle erbjudas kan det tänkas få konsekvenser för patienterna. Vi tror att patienterna skulle ges sämre förutsättningar för att förstå och hantera den situation de befinner sig i. Därför menar vi, i likhet med Fagerström och Hagman (2012), att kuratorn är en essentiell del av sjukvården då kuratorn med sitt sociala perspektiv kan erbjuda patienter en vård som ser faktorer utöver den medicinska vården. Utan kuratorn riskerar helhetssynen inom sjukvården att gå förlorad och därmed också en viktig del i vad patienter menar gör att de bättre kan hantera följderna av sjukdom.

Något vi ser som en självklar del i en inledande kontakt mellan kurator och patient är att kuratorn alltid bör uppmärksamma de behov och förväntningar patienten har. För majoriteten av patienterna i vår undersökning har kuratorssamtalen motsvarat de förväntningar som fanns. Dessvärre visade det sig att för en av patienterna uppfylldes inte förväntningarna vilket orsakade att samtalen avbröts. En slutsats vi kan dra utifrån vår empiri och Bernler och

Johnssons (2001) begrepp hjälpförväntningar är att en viktig grund för att kuratorssamtalen ska vara av betydelse är att klargöra vilka förväntningar som patienten har på kuratorssamtalet. Utifrån den patient som avbröt sina samtal framkom att hennes kurator var mer inriktad på terapeutiska och bearbetande samtal. Då det beskrivs som att kuratorn ville en sak och patienten en annan kan man ana att det bakom de orden ligger en större prestige i att ha samtal inriktade på terapi. Vi anser att denna tendens är något som vi själva kan skönja inom socionomyrket, att terapeutiska samtal uppfattas som mer prestigefyllt än att arbeta som en praktisk socialarbetare. Utifrån vår empiri menar vi att kuratorn inte bör förledas av den status som terapeutiska samtal kan innebära och inte heller förvänta sig att patienten vill ha bearbetande samtal. Kuratorn bör därför vara öppen och lyhörd för patienten och dennes behov. Utifrån teori för psykosocialt arbete och vår empiri visar det sig att då upplevs kuratorssamtalet betydelsefullt. Ett förslag till kuratorer inom sjukvården skulle kunna vara att de ges mer utrymme till att reflektera kring hur man som kurator på bästa sätt kan tillgodose patientens behov och även dryfta svårigheten som ligger i att vissa arbetssätt kan vara mer prestigefyllda än andra.

För en av patienterna blev inte kuratorssamtalen vad hon hade förväntat sig. Patienten påbörjade kuratorskontakten och hann med två samtal innan hon fick ett oväntat telefonsamtal om att kuratorssamtalen över sommaren skulle ställas in. För patienten gick det psykosociala stödet förlorat. Vi vill med detta även visa på hur utgången kan bli då det psykosociala stödet besparas. Risken är att patienter går miste om möjligheten att bearbeta de påfrestningar och problem som kan bli en följd av somatisk sjukdom och som i detta fall, att en patients förväntningar om att gå vidare i sin bearbetning resulterar i frustration och en känsla av att ha blivit bortprioriterad. Utifrån detta resonemang ställer vi oss frågande till hur det psykosociala stödet värderas inom vården när patienter på grund av organisatoriska skäl får sina kuratorssamtal avbrutna?

Vårt resultat ligger i linje med vad den tidigare forskning vi uppmärksammade säger. Kuratorn anses av patienter vara ett värdefullt stöd i samband med somatisk sjukdom. I genomläsningen av tidigare forskning uppmärksammades att kuratorssamtalet är mångfunktionellt beroende på vad patienten behöver för typ av stöd. Vad som var intressant i jämförelse med vår studie är att hjälpförväntningarna inte var så påtagliga i de studier vi har tagit del av. Som vi har förstått utifrån vår empiri så är hjälpförväntningarna och hur de bemöts vad som lägger grunden för utgången av kontakt mellan kurator och patient. I den tidigare forskning vi studerade framkom flertalet egenskaper hos kuratorn som centrala. De flesta av dem har vi även kunnat påvisa som viktiga genom vårt material men intressant nog ges hjälpförväntningarna inget större utrymme. En anledning till detta som vi endast kan spekulera kring är att mycket av den tidigare forskning vi har uppmärksammat är internationell. Det kan tänkas att en kurators roll i andra sjukvårdskontexter än den svenska innehåller en tydligare rollbeskrivning och därmed vad stödet ska innehålla. Vi menar att vår studie kan bli ett viktigt bidrag till den, utifrån en svensk kontext, begränsade forskning som finns om kuratorssamtal i sjukvården. Att vi har studerat betydelsen av kuratorssamtalet i somatisk öppenvård hoppas vi kan inspirera andra att undersöka ämnet och bredda kunskapen om kuratorssamtalet.

Under studiens process har vi kunnat urskilja två undersökningsområden som skulle vara viktiga att studera vidare. Den ena inriktningen skulle kunna vara att en kvalitativ undersökning görs utifrån hur kuratorn ser på sin hjälpfunktion och hur man förhåller sig till den mångtydiga rollen som kuratorn har, utifrån att kuratorn växlar mellan att inta den terapeutiska rollen och fixarrollen. Detta skulle vara intressant med tanke på det som vi kunnat skönja i resultatet angående att en kurator ville ha samtal med inriktning på bearbetning och terapi. Det andra tänkbara undersökningsområdet vi tänker skulle vara intressant är att genomföra en kvantitativ undersökning av vad patienter i somatisk öppenvård tycker är viktigt i kuratorssamtalet. Utan att gå in för djupt på tänkbara frågeställningar menar vi att en studie av denna typ skulle kunna bidra med mer generaliserbar kunskap. Genom en kvantitativ studie skulle sannolikt fler patienters åsikter om kuratorssamtalet kunna fångas in och således skulle det kunna ge mer generell information om betydelsen av kuratorssamtalet.

9. Referenslista

- Akademikerförbundet SSR (2011). "Kurator inom hälso- och sjukvård" (elektronisk), *Akademikerförbundet SSR:s officiella hemsida*. Tillgänglig på internet: <http://www.akademssr.se/kurator-inom-halso-och-sjukvard> (2013-03-01).
- Andrén, K.G. & Rosenqvist, U. (1985). "Heavy Users of an Emergency Department: Psycho-Social and Medical Characteristics, Other Health Care Contacts and the Effect of a Hospital Social Worker Intervention", *Social Science and Medicine*, vol. 21, no. 7, ss. 761-770.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. 2. utg. Stockholm: Natur och kultur.
- Beder, J. (2000). Evaluation Research on the Effectiveness of Social Work Intervention on Dialysis Patients, *Social Work in Health Care*, vol. 30:1, ss. 15-30.
- Bernler, G. & Johnsson, L. (2001). *Teori för psykosocialt arbete*. 3., [utvidgade och kompletterade] utg. Stockholm: Natur och kultur.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2., [rev.] uppl. Malmö: Liber.
- Cajvert, L. (1999). "Frågor och frågande". I Bernler, G. & Cajvert, L. (red.) (1999). *Psykosocialt arbete: idéer och metoder*. Stockholm: Natur och kultur.
- Ejlertsson, G. (1996). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Fagerström, I. & Hagman, P. (2012). "Fler kuratorer i vården sparar pengar" *Göteborgs Posten*. 28 november. Tillgänglig på internet: <http://www.gp.se/nyheter/debatt/1.1144202-fler-kuratorer-i-varden-sparar-pengar> (2013-03-01).
- Gibbons, J. & Plath, D. (2009). "Single Contacts with Hospital Social Workers: The Clients' Experiences", *Social work in health care*, vol. 48, no. 8, ss. 721-735.
- Göteborgs Universitetsbibliotek. Tillgänglig på internet: <http://www.ub.gu.se/skriva/vetenskaplighet/> (2013-03-13).
- Hälso- och sjukvårdslag*. SFS 1982:763.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.

- Koocher, G.P., Curtiss, E.K., Pollin, I.S. & Patton, K.E. (2001). "Medical crisis counseling in a health maintenance organization: Preventive intervention", *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 32, no. 1, ss. 52-58.
- Larsson, S. & Trygged, S. (2010). "Introduktion till counselling i socialt arbete". I Larsson, S. & Trygged, S. (red.). *Counselling: stödsamtal i socialt arbete*. 1. uppl. Stockholm: Gothia.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lundin, A., Benkel, I., de Neergaard, G., Johansson, B-M. & Öhring, C. (2009). *Kurator inom hälso- och sjukvård*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Löof, D. (2005). "Informationssökning". I Larsson, Sam, Lilja, John & Mannheimer, Katarina (red.). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin (2013). Tillgänglig på internet: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/somatisk> (2013-03-07).
- Nee, L.E. (1995). "Effects of Psychosocial Interactions at a Cellular Level", *Social Work*, 40, 2, ss. 259-262.
- Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. 3., [uppdaterade] uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Ronsten, C. (red.) (2004). *Betydelsefulla möten i vården: en samling berättelser om glädje och sorg*. 1. uppl. Stockholm: Gothia.
- Thomassen, M. (2007). *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. 1. uppl. Malmö: Gleerups utbildning.
- Thurén, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. 2., [omarb.] uppl. Stockholm: Liber.
- Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. 3. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Trost, J. & Hultåker, O. (2007). *Enkätboken*. 3., [rev. och utök.] uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet (årtal saknas). "Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning" (elektronisk), *CODEX - regler och riktlinjer för forskning*. Tillgänglig på internet: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (2013-03-01).
- Weinberg, N. (1985). "The Health Care Social Worker's Role in Facilitating Grief

Work: An Empirical Study”, *Social work in health care*, vol. 10, no. 3, ss. 107-117.

World Health Organization (2013). Tillgänglig på internet:
<http://www.who.int/hac/about/definitions/en/> (2013-04-17).

Öjehagen, A. (årtal saknas). “Psykosocialt arbete inom hälso och sjukvård” (elektronisk), *Svensk Kuratorsförening*. Tillgänglig på internet:
<http://ki.se/content/1/c6/04/76/66/psykosoc%20arbete%20%20praktik%20och%20forskning.2008-04-29%20pdf.pdf> (2013-03-07)

Österman, L. (2007). *Blev det till hjälp? Kuratorers psykosociala arbete med föräldrar till dödfödda barn*. Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete. Magisteruppsats.

Bilaga 1



GÖTEBORGS UNIVERSITET

2013-02-18

Hej,

Vi är två studenter som heter Daniel Ståhl och Elin Andersson som studerar på socionomprogrammets sjätte termin. Under vårterminen skriver vi c-uppsats och vi tycker det skulle vara intressant att skriva om kuratorsarbetet inom sjukvården och fokusera på samtalets betydelse för patienten. Vi anser att det är ämne som är viktigt att undersöka för att det finns lite forskning om betydelsen av kuratorssamtal ur ett patientperspektiv. Vi tycker även att vår yrkesprofession behöver representeras i forskning inom sjukvården. Daniel har under femte terminen, hösten 2012, gjort sin terminslånga praktik på *****. Daniel har handletts av ***** ***** och ***** *****.

Vi är intresserade av att beskriva och söka förståelse för vilken betydelse kuratorssamtal kan ha för patienter i somatisk öppenvård. De frågeställningar vi har tänkt utgå ifrån är:

Vad betyder kuratorssamtalet för patienten?

Har kuratorssamtalet förändrat patientens sätt att hantera inre och yttre påfrestningar? I så fall hur?

Vi vill genomföra kvalitativa semistrukturerade intervjuer med ca 6 patienter som besöker någon av kuratorerna i öppenvård. Vi har ännu inte utformat en färdig intervjuguide, men nedan följer några exempel på frågor som intervjuerna kommer innehålla.

Vad innehåller kuratorssamtalet för dig?

Hur skiljer det sig att samtala med en kurator från annan vårdpersonal?

Vad anser du är det mest centrala i kuratorssamtalet?

Kan du se en förändring i hur du mår från det att du började samtala/träffa en kurator till nuläget? I så fall hur?

Etiska överväganden

Vi är väl medvetna om att informanterna i vår undersökning kan påverkas genom att delta i våra intervjuer. Till exempel skulle patienterna kunna känna ett krav på att delta från kuratorernas sida, att intervjufrågorna berör personliga upplevelser samt att relationen till sin kurator kan förändras.

Vi vill poängtera att vår strävan är att patienten ska påverkas negativt i så liten utsträckning som möjligt. Därför har vi följt fyra vägledande etiska principer från Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet

(www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf) kommit fram till följande tillvägagångssätt.

Vår tanke är att kuratorerna presenterar vår undersökning lite kort för aktuella patienter. Det ska tydligt framgå att deltagande är frivilligt och inte på något sätt ska påverka patientens relation till kuratorn. Kuratorn lämnar även skriftlig information om oss och vår studie. Därefter är det upp till patienten att kontakta

oss för att bestämma intervjutillfälle. I den skriftliga informationen presenterar vi syfte, informerar om frivilligt deltagande, att alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt samt att all information enbart används till vår studie. Vår avsikt är att en av oss utför varje intervju för att undvika en situation där en informant kan uppleva ett underläge samt att intervjuerna genomförs i enrum för att undvika störningsmoment. Vi kommer att utgå, som vi nämnde, från en semistrukturerad intervjuguide för att kunna få med relevanta följdfrågor. Ovan har vi gett exempel på några av de frågor som kommer beröras under intervjun, där vi vill visa på att vi tar hänsyn till att inte vara påträngande vad gäller patientens privatliv. Frågorna kommer att ställas på ett sådant sätt att patienterna känner sig fria i hur de utformar sina svar. Vi kommer vara tydliga med att patienten alltid har rätt att avstå från att svara på en fråga, både i den skriftliga informationen och inledningsvis i intervjun.

Under resultat- och analysprocessen ska vi behandla alla uppgifter konfidentiellt. Vi kommer i uppsatsen inte att avslöja patienternas kön, ålder, etnicitet eller annat som kan spåras till en person. I de citat som vi hoppas kunna basera vår empiri på kommer vi noga att avväga om uttalandet skulle kunna spåras till en specifik person. Därav kommer vi att maskera eventuell sjukdomsbild om det omnämns samt formulera om citat om det är så att en patients språkbruk skiljer sig stort från övrigas. I presentationen av vårt resultat kommer vi att koda varje patients namn med en bokstav.

Det material (inspelade intervjuer och intervjuutskriften) som vi samlar in kommer enbart användas till vår studie.

När uppsatsen är färdig kommer vi sända den till kuratorerna så att de kan ta del av den.

Vänliga hälsningar

Daniel Ståhl

Elin Andersson

.....

.....

Jag har gått igenom etiska problemställningar kring genomförandet med studien med studenterna och kommer att fortsätta granska uppsatsskrivandet med hänsyn till vetenskapsetiska aspekter.

Manuela Sjöström (handledare)

.....

Bilaga 2



GÖTEBORGS UNIVERSITET INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Hej,

Vi är två studenter som heter Daniel Ståhl och Elin Andersson. Vi studerar på socionomprogrammets sjätte termin på Göteborgs Universitet. Under denna termin skriver vi c-uppsats och vi har valt att undersöka betydelsen av kuratorssamtal ur ett patientperspektiv. Din medverkan är av stor betydelse för oss.

Syftet med vår studie är att försöka förstå vilken betydelse kuratorssamtal kan ha för patienter i somatisk öppenvård. Genom Din medverkan i vår undersökning kan vi få fram viktig information och förhoppningsvis utveckla kuratorssamtalet. Vi skulle därför vilja genomföra vår undersökning genom att intervjua Dig. Intervjun kommer handla om Din upplevelse av kuratorssamtalet. Om Du väljer att delta föreslår vi att intervjuerna sker på ***** på ***** , men vi är även öppna för att göra intervjun på Göteborgs Universitet om så önskas. Intervjun beräknas ta cirka 30-60 minuter och vi bjuder på fika.

Genom Ditt deltagande kommer vi att utgå från grundläggande etiska principer. Deltagande är helt frivilligt och inget du ska känna något krav på att gå med på. Du har alltid rätt att avstå från att svara på frågor och kan när som helst dra tillbaka ditt medgivande. Vi kommer i största möjliga mån sträva efter att Du ska förbli anonym samt att alla uppgifter hanteras säkert. Inga uppgifter om ditt namn, ålder, kön m.m. kommer att avslöjas. De uppgifter Du lämnar till oss kommer endast användas till denna undersökning.

Efter att Du fått denna information är du välkommen att höra av Dig till någon av oss för att planera in en intervju. Vi ser fram emot att höra ifrån Dig så snart som möjligt. Ditt deltagande skulle vara av stor betydelse, både för oss och för utvecklingen av kuratorers kunskap utifrån ett patientperspektiv.

Tack på förhand!

Vänliga hälsningar
Daniel och Elin

Vid frågor eller funderingar, kontakta oss gärna:

Daniel Ståhl
073-0603439

.....
daniel.johan.stahl@gmail.com

Elin Andersson
076-1484832

.....
elin.andersson88@hotmail.com

Bilaga 3

Intervjuguide

Hur kom du i kontakt med en kurator?

Hur många kuratorsamtal i öppenvård har du varit på med din nuvarande/senaste kurator? Under hur lång tid varade kontakten?

Vad förväntade du dig av att samtala med en kurator innan första samtalet?

Har samtalet motsvarat dina förväntningar?

Vad tänker du är skillnaden mellan att samtala med en kurator från övrig vårdpersonal?

På vilka sätt kan kuratorsamtalet komplettera den medicinska vården?

Hur kan kuratorsamtalet förbättra din upplevelse av den medicinska vården?

Vad har kuratorsamtalet innehållit?

Vad i kuratorsamtalet har du upplevt är viktigast/mest centralt?

Hur upplever du att kuratorsamtalet har påverkat dig?

Vad betyder möjligheten att få samtala med en kurator för dig?

Hur hjälper/hjälpte kuratorsamtalet dig i förhållande till den livssituation du är i/var i?

Har kuratorsamtalet förändrat ditt sätt att se på din livssituation? I så fall, hur?
(Om nej, hur tänker du att kuratorsamtalet skulle vara för att kunna förändra ditt sätt att se på din livssituation?)

Har kuratorsamtalet gett dig redskap för att hantera din nya livssituation? Om ja, hur kan du använda dessa redskap i din vardag? (Om nej, vad tänker du att kuratorssamtalet skulle kunna innehålla för att ge dig redskap för att hantera din nya livssituation?)

Vad i samtalet är viktigt för att du ska kunna få nya sätt att hantera din livssituation?

Är det något du vill tillägga?