

# Svåra samtal inom sjukvården

## – ur kuratorns perspektiv

Madelene Holmberg

Sara Knutsson

---

LUNDS UNIVERSITET

Socialhögskolan

Kandidatuppsats

VT-13



Handledare: Anett Schenk

Examinator: Anna Rypi

## **Abstract**

Author: Madelene Holmberg & Sara Knutsson

Title: Difficult conversations in healthcare - from the counselor's perspective.

Supervisor: Anett Schenk

Assessor: Anna Rypi

The aim of this study was to investigate the healthcare counselor's perspective on difficult conversations in their work, through interviews. More specific the aim was to examine how the counselors experience conversations with patients and dependants. Also, the aim was to find out if the counselors prepare themselves before a conversation and if they do, how they do it. What approaches they have towards patients and dependants and how the counselors handle reactions from them, and last but not least, if the counselors have a possibility to process their emotions and thoughts from a conversation, was also a part of the aim in this study. The main outcomes of the study was that the counselors described the value of supervision in their work, to have the possibility to reflect on their thoughts and feelings and difficulties in various patient cases. Also, to take part and learn from other counselors' experiences. When it comes to the counselors' approaches and professionalism, they expressed the importance of flexibility, openness, and empathy as well as being able to keep the boundary between being private and personal.

The different approaches helps the counselors to handle emotions and reactions from patients and dependants, as well as handling counselors' own feelings and reactions.

The counselors expressed that preparation before conversations are important and that they can be of both practical and emotional nature, such as reading patient's journal or reflect on the patient case.

On the question of whether social work education has prepared the counselors for their work in healthcare, only one of them said that she felt prepared. Instead, they expressed that they have learned through experience.

Key words: preparation, approaches, professional attitude, supervision, professional theory

## **Förord**

Inledningsvis skulle vi vilja tacka de personer som har hjälpt oss att göra vår uppsats möjlig.

Ett stort tack riktas till de sex kuratorer som tagit sig tid från sitt arbete för att delta i våra intervjuer och som då givit oss den information som uppsatsen bygger på. Det har varit mycket lärorikt att få ta del av deras tankar och erfarenheter, vilket också har gjort oss mer intresserade för att arbeta som kuratorer inom sjukvården i vårt kommande yrkesliv.

Vi vill även tacka vår handledare, Anett Schenk, för hennes stora engagemang och värdefulla synpunkter som har varit till stor hjälp för oss i uppsatsarbetet. Vi har snabbt fått svar på våra frågor och vi har kunnat träffa henne när vi känt att vi behövt det.

Dessutom vill vi också tacka varandra för ett roligt samarbete och ett smidigt uppsatsskrivande.

Madelene Holmberg & Sara Knutsson

Maj 2013

## **Innehållsförteckning**

1. Inledning och bakgrund	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Begreppsdefinition	8
1.3 Syfte	8
1.4 Frågeställningar	9
2. Tidigare forskning och litteratur	9
2.1 Om förhållningssätt, bemötande och professionalitet	9
2.2 Om praktiska och känslomässiga förberedelser samt om förberedelse utifrån socionomutbildningen	11
2.3 Om handledning och egen bearbetning	12
3. Teoretisk utgångspunkt	13
3.1 Professionsteori och professionsetik	13
4. Urval och metod	14
4.1 Urval och avgränsning	14
4.2 Val av metod och dennes förtjänster och begränsningar	14
4.3 Förberedelser inför intervjuerna	16
4.4 Genomförande av intervjuprocessen	16
4.5 Bearbetning av intervjuerna	17
4.6 Metodens tillförlitlighet	18
4.7 Etiska överväganden	18
5. Resultat och analys	19
5.1 Bemötande	19
5.2 Förhållningssätt och professionalitet	22
5.3 Hantering av reaktioner hos patienter och anhöriga i svåra samtal	25
5.4 Förberedelse inför samtal	27
5.4.1 Praktiska förberedelser	27
5.4.2 Känslomässiga förberedelser	29
5.5 Handledning och egen bearbetning	31
5.5.1 Vikten av handledning och vad som tas upp på den	31
5.5.2 Egen bearbetning av ärenden som kuratorerna påverkas mer av	38
5.6 Förberedelse inför arbetet som sjukhuskurator utifrån socionomutbildningen	42

6. Sammanfattning och avslutande diskussion	46
Referenser	50
Bilaga 1 Informationsbrev till kuratorerna	54
Bilaga 2 Intervjuguide	55
Bilaga 3 Vinjett	56
Bilaga 4 “Gropen”	57

## **1. Inledning och bakgrund**

Definitionerna av socialt arbete är många till antalet och ytterst varierande (Meeuwisse, Sunesson & Swärd, 2006:27–29). Även vilka yrkesgrupper som sysslar med socialt arbete, råder det skilda åsikter om. Med detta som utgångspunkt har vi valt att titta närmare på det sociala arbete som kuratorerna inom sjukvården gör. En av oss hade dessutom sin socionompraktik inom sjukvården och kom då ständigt i kontakt med patienter och anhöriga som befann sig i svåra situationer. Detta väckte intresset hos oss båda för att undersöka vilket stöd som kuratorerna erbjuder dessa människor men att främst få en bild av hur kuratorerna upplever svåra samtal.

### **1.1 Problemformulering**

1920 anställdes den första kuratorn inom svensk somatisk sjukvård, Jane Norén, och hennes uppgifter var att bistå patienterna med råd och hjälp i deras enskilda personliga angelägenheter (Fredlund, 1997:12-13, Olsson, 1999:98-99), såsom familjeproblem, ekonomiska bekymmer, arbets- och bostadsproblem eller att bara vara ett personligt stöd för dem (Fredlund, 1997:21). Kuratorsarbetet beskrevs som undersökande, förmedlande, rådgivande och stödjande samt att det var av väldigt stor bredd, och så ser det ut än idag (Fredlund, 1997:13).

Under årens gång har fler och fler kuratorer tillkommit inom sjukvården. Några orsaker till att det uppstått ett ökat kuratorsbehov är bland annat att förståelsen för samband mellan sjukdom och sociala faktorer har ökat liksom intresset och möjligheten till att rehabilitera patienter, och i rehabiliteringsarbetet är de sociala faktorerna viktiga och på så sätt även kuratorerna.

Dessutom har den socialpolitiska utvecklingen byggts på med socialförsäkringar och lagar som gör att kuratorer behövs (Fredlund, 1997:18-19). Att det har tillkommit nya synsätt, nya patientgrupper, vidgade arbetsuppgifter och nya verksamhetsområden har gjort att kuratorerna fått en given plats inom sjukvården (Fredlund, 1997:19).

Kuratorsarbetet ser väldigt olika ut beroende på vilken klinik kuratorn arbetar på och på det behov som finns hos patient och anhöriga. Idag präglas sjukhuskuratorernas arbetsuppgifter av att utreda och kartlägga patienters sociala situationer, delta i behandlingsarbetet genom krissamtal, stödsamtal, bearbetande eller klarläggande samtal och att vidta hjälpåtgärder tillsammans med patienten själv, anhöriga, kollegor eller olika myndigheter. Dessutom ska

kuratorerna medverka i utvecklings- och planeringsarbete samt delta i utbildningar (Fredlund, 1997:57-58, Olsson, 1999:157-163).

Kuratorerna inom sjukvården står för den psykosociala delen i patientarbetet, det vill säga att de ser patienten i sitt sociala sammanhang och inte så mycket av den medicinska aspekten även om den ingår i helheten kring patienten. De ekonomiska, fysiska, mentala, emotionella och sociala faktorerna i patientens liv måste ses i ett samspel, inget kan uteslutas (Bernler & Johnsson, 2000:20-26). Patienternas motiv, attityder, värderingar och egenskaper får sin innebörd av det sociala sammanhang som patienten befinner sig i, just därför är det av stor vikt att det psykosociala ges hänsyn inom sjukvården och att kuratorer finns att tillgå (Bernler & Johnsson, 2000:20).

Antalet kuratorer som finns tillgängliga inom sjukvården beror på vilken klinik de är anställda på, och antalet är väldigt varierande. För att komma i kontakt med kuratorerna kan patienter eller anhöriga själva söka upp en kurator, men personal inom sjukvården kan också uppmärksamma behov av kuratorsstöd och då be kuratorn söka upp patient eller anhöriga.

Dosser och Kennedy (2012:491) skriver om att det inom sjukvården finns behov av stöd inom den palliativa vården, som enligt WHO (2002) innebär en vård som ”improves the quality of life of patients and families who face life-threatening illness, by providing pain and symptom relief, spiritual and psychosocial support from diagnosis to the end of life and into bereavement.” Vi menar dock att det inte enbart är viktigt med stöd när det handlar om döden, utan oavsett vad man har drabbats av. Rowlands (2011:4) tar upp just det här att kuratorer för inte bara stödsamtal om döden utan för stöd- och krissamtal om olika situationer då dessa samtal är en del av socionomyrket. Vi vill utifrån detta påstå att vår undersökning är av vikt och intresse för allmänheten då den framhåller yrkesverksamma kuratorers röster gällande deras arbete. I dagens samhälle med mycket måsten och personer att förhålla sig till, ges människor inte det utrymme de behöver för att uttrycka sina känslor och enligt Svenska Institutet För Sorgbearbetning (Magnusson, 2012:13) har samhället bristande kunskaper om sorg och hur den ska hanteras och att det därför lätt skapas myter om sorgehantering, exempelvis myterna om att man måste vara stark för andras skull och att man inte ska vara ledsen utan hålla tillbaka de känslor som egentligen behöver få uttryckas. När det gäller den biten har sjukhuskuratorerna en viktig roll i att göra uttryckandet möjligt för patienter och anhöriga. Men det är också viktigt att de som ger stöd, själva får uttrycka sina tankar och

känslor av de svåra samtal de har i arbetet, för att kunna vara till hjälp för andra. Tidigare forskning visar på att handledning ger möjlighet för kuratorerna att få reflektera över och diskutera sina tankar och känslor utifrån ärenden (Bernler & Johansson, 2000:60). Likaså är balansen mellan att kunna komma nära och hålla distans en viktig faktor för att kunna behålla sin professionalitet (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2005:244) för att kunna vara ett stöd.

## **1.2 Begreppsdefinition**

**Svåra samtal** Det vi menar med svåra samtal är de samtal som kuratorerna för med patienter och anhöriga då det har skett en förändring i deras liv som beror på sjukdom, skada eller dödsfall.

### **Förhållningssätt**

När vi skriver förhållningssätt har det innebörden vilken inställning kuratorerna har i samtal med patienter och anhöriga, exempelvis om de är positiva eller neutrala.

### **Bemötande av patienter och anhöriga samt hantering av reaktioner hos dessa**

Med bemötande och hantering menar vi hur kuratorerna är i mötena med patienter och anhöriga.

### **Professionell hållning/professionalitet**

Förhållningssätt och bemötande är delar som ingår i den professionella hållningen. För oss ingår även gränsen mellan privat och personlig, alltså hur kuratorerna håller sig personliga utan att bli privata. Detta är viktigt för att kuratorerna ska hålla sig professionella i arbetet. Man kan vara personlig genom att till exempel kunna skämta och dela med sig av sina egna åsikter i samtal. Att vara privat kan innebära att kuratorn tar upp egna problem och bekymmer eller att fokus hamnar på denne själv.

### **Närhet och distans**

Närhet och distans är sätt att förhålla sig för att kunna hantera svårigheter i arbetet för kuratorerna. Mycket handlar om att kunna sätta gränser för att kuratorn ska kunna behålla sin professionalitet (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2005:244).

## **1.3 Syfte**

Uppsatsens syfte är att få en bild av hur kuratorer inom sjukvården upplever och resonerar



kring de samtal som förs i deras arbete med patienter och anhöriga, med fokus på den professionella hållningen.

#### **1.4 Frågeställningar**

- Förbereder sig kuratorer inför samtal med patienter och anhöriga, och hur förbereder de sig då?
- Vilka förhållningssätt har de gentemot patienter och anhöriga?
- Hur hanterar de känslor och reaktioner från patienter och anhöriga?
- Hur hanterar kuratorerna sina egna känslor och reaktioner som uppkommer i samtalen?
- Finns det möjlighet för de professionella att bearbeta sina upplevelser utifrån samtalen?
- Hur upplever kuratorerna att socionomutbildningen har förberett dem inför arbetet som sjukhuskurator?

## **2. Tidigare forskning och litteratur**

Det vi har valt att skriva om, hur kuratorer inom sjukvården upplever och resonerar kring samtal med patienter och anhöriga, har det inte funnits särskilt mycket forskning och litteratur att hämta kring. Vi har mest hittat forskning och litteratur kring förhållningssätt, bemötande, reaktioner, förberedelser, handledning samt utbildning som berör ämnet mer generellt. Därför har vi fått dra kopplingar mellan till exempel sjuksköterskor och kuratorer inom sjukvården samt palliativ vård och allmän sjukvård. Trots brist på forskning utifrån ett professionellt perspektiv har vi kunnat bearbeta och analysera det material vi faktiskt har fått in.

Det vetenskapliga stöd som vi använt till vår undersökning har vi fått fram genom databaserna Lovisa, EBSCOhost och LubSearch. Vi har kombinerat många olika sökord med varandra, såsom counseling, experience, cancer, grief, crisis, patient, counselor\*, communication, supervision, professionals, hospital, burnout och coping, för att finna lämpligt material.

### **2.1 Om förhållningssätt, bemötande och professionalitet**

Blomberg och Sahlberg-Blom (2005) tar upp att den största utmaningen i palliativ vård precis som i annan vård, är att ställas inför konfrontation med de anhörigas känslor men även att kontrollera sina egna känslor. Att kunna hantera detta ställer krav på att vårdpersonalen ska

kunna ge god vårdkvalitet, utan att låtas sina egna känslor i arbetet leda till utbrändhet eller stress som därmed försämrar vårdkvaliteten för patienter och anhöriga.

Beck-Friis och Strang (2005) beskriver arbetet med anhöriga utifrån den palliativa vårdens perspektiv. De skriver att oro är det största problemet hos anhöriga och att oron ibland kan vara större än hos patienten. De skriver även om förhållningssätt och professionalitet och menar att man måste vara medveten om vilka patientens behov är och särskilja dessa ifrån sina egna behov samt att kunna reflektera över hur man arbetar för att kunna vara professionell.

Carlander, Eriksson, Hansson Pourtaheri och Wikander (2003) betonar den påfrestning man ställs inför i att bemöta svårigheter som kurator. Det är därför av vikt att jobba utifrån ett förutbestämt förhållningssätt. Carlander et al. (2003) menar att vår personlighet spelar en stor roll i mötet med andra människor vilket gör att kuratorer ibland har det lättare/svårare för att bemöta andra människor. De nämner även vad som krävs för att uppnå en viss kvalitet i samtal och menar att det krävs förmåga att lyssna med inlevelse och att vara lyhörd för att kunna uppmärksamma. Det är viktigt att man som kurator får en känsla för var patienten befinner sig för att veta hur man ska hantera patienten i fråga.

Lundin, Benkel, de Neergaard, Johansson och Öhrling (2009) menar också i sin forskning att det är viktigt att normalisera patientens tillstånd genom att bekräfta patienten och säga att det är normalt att få känna att det är jobbigt och att man inte är ensam i sin situation. Att få veta detta som patient minskar oron och ensamheten hos denne. Vad som dock kan störa i kuratorns relation till patient eller anhörig är när kuratorns egna känslor dyker upp, och blir då relationen för privat kan det hindra kuratorn från att ha ett professionellt förhållningssätt i sitt bemötande av patienten. Har kuratorn upplevt något som påminner om en patients nuvarande situation, är det viktigt att kuratorns egna känslor inte blandas in i mötet med patienten eller anhöriga.

Holm (2001) menar att självreflektion kan vara en viktig insats under sitt arbete. Det vill säga att reflektera över vad som går bra respektive dåligt i samtal med patient och anhörig. Likaså menar Holm (2009) att självkännedom är ett grundläggande krav när det kommer till ett professionellt bemötande.

Hendrick (2013) diskuterar kuratorns sätt att vara respektive kuratorns akademiska meriter utifrån sin egen erfarenhet som terapeut. Hendrick betonar vikten av kuratorns personlighet och intresse för arbetet. Hon nämner också olika egenskaper som kuratorer behöver ha för att kunna göra ett bra arbete, såsom att vara öppen för det som patienten eller den anhörige har behov av att uttrycka. Hennes tankar om utbildningen är att den ger en grund för arbetet men att kuratorerna behöver mer träning och erfarenhet för en professionalitet.

Hollands (2004) tar upp medveten och omedveten kommunikation men även uttalad och outtalad kommunikation. Hon menar att denna kommunikation ger kuratorn en insikt i patientens inre värld av försvarsmekanismer, sinnestillstånd och mognad. Det gäller för kuratorn att vara medveten om att alla ärenden är unika och likaså patienter och anhöriga. Därför måste kuratorn ha förmåga att vara lyhörd för hur kommunikationen bör ske och hur relationen byggs upp.

## **2.2 Om praktiska och känslomässiga förberedelser samt om förberedelse utifrån socionomutbildningen**

Johnsson (1999) tar upp att en av de uppgifter man har när man arbetar inom både socialt arbete samt inom vård och omsorg är att journalföra. Journalföring ger goda förutsättningar till flera saker, bland annat för att kunna göra bedömning och uppföljning av ärendet.

Lundin et al. (2009) tar också upp vilken skyldighet man som kurator har i sitt arbete förutom att journalföra, till exempel att hålla sig uppdaterad gällande lagstiftning. Vidare skrivs det om de team inom sjukvården som är sammansatta av de yrkesgrupper som ingår i patientens specifika ärenden. Teamen har en viktig funktion när det gäller för yrkesgrupperna att ta hjälp av varandra i sitt arbete, exempelvis att utbyta information med varandra om patienten. I ett första samtal med en patient menar Lundin et al. (2009) att en annan förberedelse kan vara att ställa in sig på att bara lyssna och vara öppen för att ställa frågor till patienten, för att få en bild av vilken hjälp patienten behöver.

Ober, Haag-Granello och Wheaton (2012) undersöker hur väl förberedda, både kunskapsmässigt och känslomässigt, kuratorer känner sig för att arbeta med människor i sorg. Deras resultat visar att många kuratorer inte alls känner sig redo för sorgearbete.

### **2.3 Om handledning och egen bearbetning**

Cummins, Massey och Jones (2007) skriver om kuratorns egen hälsa och hur den påverkar den professionella yrkesrollen. En viktig slutsats i artikeln är att kuratorer har svårare för att ta hand om sig själva än patienter och anhöriga, det vill säga, de har lättare för att hjälpa andra. Artikeln belyser några av de utmaningar som kuratorer står inför när det gäller att upptäcka och upprätthålla sitt eget välmående samt några strategier för att bedöma välmående.

Worden (2006) skriver om olika typer av förluster i människors liv och hur man kan förstå sorgprocesser samt varför man behöver sorgerådgivning liksom vem som ger den och när man ska få den. Han skriver även om normala och onormala sorgereaktioner och om hur kuratorn påverkas av egenupplevda situationer som påminner om de som patienterna befinner sig i, och hur kuratorerna bör göra för att inte låta arbetet påverkas. För att hantera sina egna känslor bör kuratorn ha handledning och reflektera över vilka patientärenden som kuratorn inte bör arbeta med om känslorna tar överstyr.

Lennéer-Axelsson (2010) redogör för sorgeförlopp och bearbetning samt för professionell hjälp och hjälparens styrkor och svagheter. Att kunna erbjuda en trygg plats för patienter och anhöriga så att de vågar öppna upp och kunna ta emot kuratorsstödet är en av de viktigaste faktorerna för en kurator. Lennéer-Axelsson understryker att man som kurator måste få vara oerfaren och tillåta sig utvecklas med tiden, erfarenheter stärker den professionella rollen men fullärd blir man aldrig. Hon skriver också att det är oerhört lätt att ställa för höga krav på sig själv som kurator och att det är svårt att inse sin egen känslighet och sina begränsningar. Därför betonar hon vikten av kollegor och handledning för att kuratorerna ska få hjälp med att inte ta med sig arbetet hem och vägledning i olika ärenden. Likaså behöver kuratorn få möjlighet att avsäga sig ett visst patientärende om kuratorn känner att professionaliteten fallerar.

Bernler och Johnsson (2000) skriver om det psykosociala arbetets historia och dess teoretiska utgångspunkter samt tar upp många olika begrepp inom handledning och psykosocialt arbete. Likaså beskrivs handledningsprocessen steg för steg med hjälp av en handledningsgrupp där man får följa tankarna och känslorna som uppstår hos en handledd. Liknande saker tar Hawkins och Shohet (2008) upp, men deras fokus ligger också på hur det är att vara handledd och handledare.

### **3. Teoretisk utgångspunkt**

Ett av de perspektiv och teoretiska utgångspunkter vi kommer att skriva utifrån är professionsteori och professionsetik. Då vi i vår uppsats bland annat kommer att beskriva det möte i form av hur professionella förbereder sig inför svåra samtal och det professionella förhållningssätt de går in med gentemot patienter, menar vi att professionsteori och professionsetik passar att ha som grund. Det är intressant att se vilka kriterier kuratorer inom sjukvården förhåller sig till och arbetar utifrån. Det är också intressant att se hur mötet mellan kuratorer och patienter går till då de möts ansikte mot ansikte, och hur kuratorer hanterar eventuella etiska dilemman i samband med detta.

#### **3.1 Professionsteori och professionsetik**

Profession är ett honnörsord som beskriver de krav en yrkesgrupp måste leva upp till och vilka förtjänster det medför (Christoffersen, 2007: 30). Enligt Nationalencyklopedin innebär profession ”Ett yrke vars auktoritet och status bygger på hög formell utbildning, ofta universitetsbaserad” (www.ne.se). Professionsetik däremot handlar både om institutioner och organisationer i ett modernt samhälle, och den etik som finns där. Det handlar även om yrkesutövare som dagligen möter andra personer ansikte mot ansikte, och som i dessa situationer måste fatta beslut och göra val som kan få både stora och små konsekvenser för dessa personer. Yrkesutövarna står då inför både inför etiska och moraliska dilemman (Christoffersen, 2007:83). Förutom att möta personer ansikte mot ansikte, handlar det också om att agera (att göra något i mötet med en annan människa) och att yrkesutövarens professionella kompetens ligger till grund för mötet (Christoffersen, 2007:84–86). Det är denna professionella kompetens vi vill undersöka genom att kolla på kuratorns sätt att förhålla sig professionellt, bemöta och hantera patienter.

Professionalisering inom socialt arbete kan innebära ett ökat antal utbildade socionomer, att socialt arbete har blivit ett lönearbete samt att en kunskapsbas för socialt arbete håller på att utvecklas och att socialarbetare blir mer professionella i sitt arbete (Svensson, Johnsson & Laanemets, 2008:74). Olika karaktäristika som är kopplade till professioner är vetenskaplig auktoritet/professionell expertis, allmänhetens förtroende, autonomi, en avgränsad jurisdiktion, egna yrkesorganisationer samt en speciell professionell etik (Svensson et al., 2008:79). Inom professionalism finns etiska krav som tyder på att de professionella ska visa respekt för de som tar emot deras tjänster, och då kommer bland annat värdighet, tillit och

hjälpksamhet in i bilden. I professionalism ingår det även att man som professionell inte ger sig in på något man inte har full kompetens för (Egidius, 2011:144–146, 151).

#### **4. Urval och metod**

Efter att intresset väckts om hur det är att arbeta som sjukhuskurator, valde vi att genomföra en undersökning om just det; att ta reda på hur sjukhuskuratorer upplever de svåra samtal de har i sitt arbete. Vi genomförde semistrukturerade intervjuer med sammanlagt sex sjukhuskuratorer.

##### **4.1 Urval och avgränsning**

Att få veta hur människor som varit i kontakt med sjukhuskuratorer upplevt samtalen och om de varit till nytta för dem, hade självklart varit mycket intressant att ta reda på. Men då vi inte tycker att det är etiskt rätt att undersöka detta utifrån värdet i dess möjliga konsekvenser för människorna, valde vi att fokusera på de professionella istället. Vår lilla undersökning har inte den betydelsen för forskningen som krävs för att det ska vara etiskt försvarbart att intervjua patienter eller anhöriga om detta ganska känsliga ämne (Råd och anvisningar, 2013:15).

Trots allt anser vi ändå att vi utifrån våra intervjuer med de professionella, har fått en bild av hur det stöd som erbjuds ser ut för människorna och till viss del hur det tas emot. Att vi istället har fått ta del av andra sidan av myntet, de professionellas syn på det hela, tycker vi är minst lika viktigt. Det har varit väldigt givande att få höra kuratorernas åsikter om hur det är att vara i svåra samtal med utsatta människor och vi vill gärna tro att genom de professionellas utsagor, har vi fått en annan bredd i ämnet, än om vi endast hade fått ta del av åsikterna från människor som varit i kontakt med de professionella då dessa endast hade kunnat ge oss deras individuella perspektiv. Och tillsammans med relevant litteratur och forskning inom ämnet, vill vi påstå att vi lyckats skapa oss en helhet av detta område. Den urvalsteknik som vi använde oss av när vi valde ut kuratorer till intervju, var det så kallade målinriktade urvalet. Det innebär att man medvetet väljer ut de personer, i vårt fall de kuratorer, som anses vara lämpliga för ens undersökning och som kan besvara de frågeställningar man har (Bryman, 2011:434).

##### **4.2 Val av metod och dennes förtjänster och begränsningar**

Val av metod föreföll sig enkelt för oss då vi på ett mer djupgående plan ville få inblick i kuratorernas upplevelser och känslor, deras erfarenheter, åsikter och attityder (May,

2010:148), vilket då innebär kvalitativ metod och inte kvantitativ metod då denna inte kan ge tillfredsställande svar då den betonar vikten av större mängd data för (Bryman, 2011:40-41) möjlighet till generaliseringar (Meeuwisse, Swärd, Eliasson-Lappalainen & Jacobsson, 2008:52). Vi har inte varit ute efter att kunna säga att något är si eller så och att det beror på det ena eller det andra, utan vi har velat lyfta fram enskilda professionellas röster kring deras arbete. Men vi vill kunna generalisera på så vis att det vi har fått fram av våra intervjuade kuratorer även skulle kunna kännas igen av andra kuratorer, då de har liknande typer av samtal och stöter på liknande problem samt reflekterar i liknande banor.

Den kvalitativa metod vi valde till vår undersökning, är den semistrukturerade intervjun. Till denna intervjuform har man en lista med specifika teman som kommer att beröras under intervjun, en så kallad intervjuguide som är ett slags manus för den som ska intervjuas. Trots denna intervjuguide, har de som intervjuas fortfarande stor möjlighet att kunna besvara frågorna på sitt eget sätt. I semistrukturerade intervjuer behöver frågorna inte komma i samma ordning som i själva intervjuguiden, utan intervjuaren kan välja att spåna vidare och ställa frågor utifrån vad den intervjuade har berättat. Däremot kommer frågorna generellt sätt att ställas i den ordning och i den bemärkelse de står, då man berör ämne för ämne. Om man som forskare väljer att använda sig av semistrukturerade intervjuer är man oftast mer än en forskare i undersökningen och man inleder forskningen med ett ganska tydligt fokus för att kunna ta sig an specifika frågeställningar. Den semistrukturerade intervjun tyder även på en flexibel intervjuprocess, där fokus även bör ligga på hur intervjupersonen uppfattar och tolkar olika frågor och utvecklingar (Bryman, 2008:415-416). Genom att vi intervjuade på detta sätt fick vi större möjlighet till att kunna förtydliga och utveckla svaren vi fick i form av följdfrågor vilket gav oss både en djupare förståelse och en möjlighet att kunna föra en dialog med de intervjuade personerna (May, 2001:150). Att genomföra intervjuer vid ett personligt möte ger möjlighet till att skapa en relation till intervjupersonen och på så vis även tillit vilket i sig kan ge fördjupad information och då bredare kunskap i ämnet. Dock gäller det att vara uppmärksam på att den som intervjuar både påverkar och blir påverkad av människorna som intervjuas (Aspers, 2007:30). En nackdel är att intervjuaren ofta har en förförståelse och egen teori som gör att det skapar förutfattade meningar om vad intervjupersonen kommer att svara och därmed skapar intervjuaren frågor utefter denna förförståelse (Aspers, 2007:134).

### **4.3 Förberedelser inför intervjuerna**

Vi började med att skriva ett informationsbrev (se bilaga 1) som vi mailade till kuratorerna för att höra om de hade intresse och möjlighet att delta i vår undersökning. Några kuratorer kontaktades via telefon, och de fick då informationen muntligt. Vi förberedde sedan en intervjuguide (se bilaga 2) att ha till stöd under intervjuerna. Vi märkte efter våra första intervjuer att vi kunde ställa frågorna lite annorlunda för att få lite tydligare svar. Våra första intervjuer varade dessutom längre än de sista, de tre första varade i 60-70 minuter medan de sista tre varade i cirka 45 minuter.

En vinjett används i huvudsak för att ta reda på hur intervjupersonerna själva skulle ha reagerat i en viss situation, genom att man presenterar ett visst scenario, som måste vara trovärdigt. Den främsta fördelen med en vinjett är att risken för att intervjupersonerna framför ett oreflekterat svar minskar (Bryman, 2008:257-258). Ifall kuratorerna inte skulle kunna ge oss tydliga och uttömmande svar på frågorna om deras förhållningssätt och bemötande, skapade vi en vinjett om en familj i en mycket svår situation (se bilaga 3) och tänkte att den skulle kunna underlätta för kuratorerna att beskriva om de fick ett konkret exempel (Bryman, 2008:425). Vi använde vinjetten i våra intervjuer men vi kände inte att den bidrog till fler infallsvinklar eller förtydliganden, utan vi fick med detsamma väldigt tydliga svar på våra frågor av kuratorerna. Därför har vinjetten inte fått någon ytterligare plats i uppsatsen.

### **4.4 Genomförande av intervjuprocessen**

Ju bredare undersökning man gör, desto fler intervjuer måste man genomföra (Bryman, 2011:436). Vi anser inte att vår undersökning har varit av denna bredd, vilket har gjort att vi inte behövt ett så stort antal intervjuer. Vi valde att intervjua sjukhuskuratorer i Lund och Malmö och vi genomförde totalt sex intervjuer med kuratorer verksamma inom olika kliniker. Vi har utgått ifrån att det inte spelar någon roll var de intervjuade personerna är verksamma, deras arbete borde i stort sett vara detsamma. Sådant som kan skilja sig åt är möjligtvis hur mycket resurser som står till deras förfogande, såsom personalstyrka och tid. Att vi valde att intervjua sjukhuskuratorer i Lund och Malmö har två orsaker. Vi ville kunna utföra intervjuerna vid ett personligt möte och inte via telefon eller mail. När vi inte heller har haft särskilt mycket tid till vårt förfogande, har det också underlättat för oss att genomföra intervjuerna i vår närhet så att vi inte har behövt lägga tid på att resa till och från kuratorerna.



Vi hade planerat att intervjua åtta kuratorer till undersökningen för att få en viss variation i svaren, därför mailade vi ut en förfrågan till elva kuratorer och ringde upp sex kuratorer för att få veta om de kunde delta i vår undersökning. Dock fick vi endast tag på sex kuratorer att intervjua, men detta nöjde vi oss med.

Vi genomförde alla intervjuer tillsammans, dock turades vi om att svara för att de frågor vi hade förberett blev besvarade och att föra eventuella anteckningar och ställa följdfrågor.

#### **4.5 Bearbetning av intervjuerna**

Efter varje genomförd intervju påbörjade vi transkriberingen, och vi valde att transkribera allt från intervjuerna. Vi gjorde detta var för sig och turades om, vilket gjorde att vi transkriberade vars tre intervjuer. Allt eftersom vi var klara skrev vi ut våra transkriberingar för att lättare kunna koda dem och för att tydligare kunna hitta lämpligt material och passande citat att använda. För att kvaliteten på vårt material skulle bli så bra som möjligt använde vi oss av en diktafon som spelade in intervjuerna. Detta för att slippa anteckna och eventuellt bli frånvarande under intervjun, och kanske inte hinna få alla svar nedtecknade. Användandet av diktafonen har gjort att vi har kunnat spela upp intervjuerna om och om igen under transkriberingen och inte missa något av det kuratorerna sagt. Det vanligaste sättet att transkribera är genom att skriva ut intervjun ordagrant (Aspers, 2007:149) vilket vi också gjorde. Sedan kodade vi materialet manuellt i form av att markera i texten med understrykningspennor i olika färger (Jönsson, 2010:56). Genom att koda hoppades vi få fram både skillnader och likheter i kuratorernas svar. Kodningen är en del av analysen som delar upp materialet i olika teman och som gör det möjligt att analysera delarna, de så kallade koderna (Aspers, 2007:157). När vi skulle koda, bytte vi transkriberingar med varandra för att vi inte skulle bli ”hemmablinda”. Eftersom vi har använt oss av en kvalitativ metod har vi kunnat vara mer öppna i vårt datainsamlande och på så vis kunnat göra kodningen under tiden som materialet bearbetades och det är också enligt Aspers (2007:157) ett bättre sätt att arbeta på när det gäller kodning. I och med att vi har använt en intervjuguide, har vi haft några förutbestämda koder som vi velat få fram mer information om, nämligen förhållningssätt, bemötande och professionalitet, handledning och egen bearbetning, förberedelse av socionomutbildningen inför arbetet som sjukhuskurator och praktiska och känslomässiga förberedelser inför svåra samtal. För att uppnå hög kvalitet av den insamlade data har vi använt koderna genom allt material i arbetet (Jönsson, 2010:57).

#### **4.6 Metodens tillförlitlighet**

När det gäller begreppet validitet innebär det huruvida man lyckats undersöka det man tänkt (May, 2001:118) med koppling till problemformulering, syfte och frågeställningar. Dock gäller det att vara medveten om den förförståelse som både intervjuarna och de intervjuade har i ämnet och att kritiskt granska de tolkningar man gör av materialet. Vi utformade en intervjuguide med en stark koppling till vårt syfte och våra frågeställningar för att få en så hög validitet som möjligt av vår undersökning. Under arbetets gång har vi haft möjlighet att återkomma till våra intervjupersoner för att få förtydliganden och på så vis stämma av så att vi har uppfattat rätt. Som tidigare nämnt skickade vi ut ett informationsbrev till kuratorerna där det framgick vad vi ville undersöka så att de skulle kunna förbereda sig lite inför intervjuerna. De kuratorer som blev uppringda och tillfrågade om att delta i vår undersökning, fick muntligt informationen i informationsbrevet.

Begreppet reliabilitet innebär att samma undersökning ska kunna göras ännu en gång, av olika personer, utifrån samma material och ge i stort sett liknande resultat (May, 2001:117), det ska visa vilken pålitlighet undersökningen ger. Dock är detta svårare att få fram i kvalitativa metoder då man ofta inte har ett särskilt stort urval på de som deltar i den mer djupgående undersökningen och därför läggs inte samma vikt vid reliabiliteten som i kvantitativa studier, då validitet och reliabilitet är skapade för att fungera för kvantitativa metoder. I Brymans bok (2008:352-357) föreslår Lincoln och Guba två alternativa grundläggande kriterier för bedömningen av kvalitativt material (gällande appliceringen av både validitet och reliabilitet), nämligen tillförlitlighet och äkthet. Deras tveksamhet gällande tillämpningen av validitets- och reliabilitetskriterierna i kvalitativa undersökningar beror på att det endast förutsätter en möjlig bild av den sociala verkligheten. Guba och Lincoln menar istället att det kan finnas mer än en möjlig beskrivning av den sociala verkligheten. Tillförlitlighet består av fyra delkriterier: trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och en möjlighet att styrka och konfirmera. Äkthet innebär ett annat antal kriterier som berör forskningspolitiska konsekvenser i allmänhet: en rättvis bild av undersökningen, ontologisk autenticitet, pedagogisk autenticitet, katalytisk autenticitet och taktisk autenticitet.

#### **4.7 Etiska överväganden**

I vår förfrågan (både via mail och telefon) till kuratorerna om att delta i intervju och vid själva intervjutillfället, informerade vi dem om vad materialet är till för och att det endast kommer att användas till detta syfte. Vi har även erbjudit de intervjuade kuratorerna att ta del av det

färdiga arbetet som tack för deras deltagande. Vi har också varit noga med att låta de intervjuade veta att de får välja vilka frågor de vill besvara och att de när som helst får lov att avbryta intervjun eller dra tillbaka något de sagt och att vi behöver deras samtycke till användningen av informationen de gett oss. Likaså berättade vi att det inte kommer framgå i uppsatsen vem de är och inom vilken klinik de är verksamma, utan de har helt avidentifierats. Vi har istället gett dem fingerade namn: My, Isabelle, Jennifer, Nina, Erica och Kajsa. Detta har vi gjort för att man lättare ska följa med i texten och förstå vem som säger vad än om vi hade kallat dem ”kurator 1” och ”kurator 2” till exempel. Däremot har vi valt att redovisa att vi har intervjuat sjukhuskuratorer i Lund och Malmö, då vi anser att detta inte kommer till skada för dem då man inte kan utläsa deras namn eller inom vilka kliniker de är verksamma. Dessa aspekter som vi har haft i åtanke och följt är i enlighet med de etiska principerna: öppenhets-, självbestämmande-, konfidentialitets-, och autonomikravet (Blom, Morén & Nygren, 2006:166, Råd och anvisningar, 2013:15-16).

## **5. Resultat och analys**

I denna del presenterar vi resultatet av de semistrukturerade intervjuer vi har gjort. Resultatet redovisas i form av en analys utifrån professionalitet som är vår teoretiska utgångspunkt och belyses utifrån tidigare forskning. Detta kommer att lyfta fram och förklara den information som vi har fått av kuratorerna för att en så tydlig och klar helhetsbild som möjligt ska skapas.

### **5.1 Bemötande**

Den största utmaningen för kuratorer i palliativ vård, precis som i annan vård är att möta och hantera anhörigas känslor samt att sätta en gräns för sitt eget känslomässiga behov. Detta ställer krav på att vårdpersonalen ska kunna hantera eventuella problem och svårigheter så att deras arbete i sig inte resulterar i stress, utbrändhet eller ger utlopp för sämre vårdkvalitet för patienter och dess anhöriga (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2005:245). Vid samtal med anhöriga menar de sjukhuskuratorer vi mött att det viktigaste är att bekräfta att de anhöriga inte är ensamma om att tycka på ett visst sätt, till exempel att den anhöriga inte orkar hantera situationen mer och önskar att sin närstående dör. Anhörig innebär den eller de personer som patienten själv tycker står denne närmast just i den aktuella situationen. Det kan vara familjemedlemmar eller andra släktingar, vänner, arbetskamrater eller grannar. Ofta anges maka, make och sambo som anhöriga ifall de finns (Lundin et al., 2009:92). My menar att anhöriga ofta är trötta på situationen och att sjukdomen även påverkar deras liv då båda parter

lider. Men det är inget de anhöriga kan prata med sina närstående om. Erica menar också att anhöriga ofta är de som är mer oroliga än patienten själv, och som ser problemen och svårigheterna. Därför är det också viktigt att de får information, exempelvis sjukdomsförloppet, för att bli lugna och veta att de alltid kan ringa kuratorn om de behöver hjälp med något, såsom kontakt med Försäkringskassan. Precis som Erica säger menar även Milberg (2005:148) att oro är det största problemet hos anhöriga till sjuka närstående. Ibland är oron till och med större än hos patienten. Kuratorernas samtal med patienterna ser däremot helt annorlunda ut. Där handlar det mer om att patienten känner oro och rädsla för vad som kommer att hända både med sig själv och med sina närstående. För My handlar det då mycket om att lyssna, hon menar att:

”Folk vill inte ha råd. Nej. De vill inte. Människor är intelligenta. De känner sig själva bäst.” (My)

Jennifer säger också att:

”Det handlar också om hur man blir sedd i förhållande till hur vården fungerar.” (Jennifer)

Hon menar att kommunikationen mellan patient eller anhörig och vårdpersonalen inte alltid fungerar och att kuratorn då kan göra skillnad genom att både lyssna, fånga upp och försöka föra vidare saker som måste förbättras. Mötet är viktigt för att bara lyssna och finnas för patienten. Hansson Pourtaheri (2003:36) menar att förmågan att lyssna med inlevelse och låta den andra bli sedd och få den uppmärksamhet som krävs är avgörande för ett givande samtal. Det som kan störa är när våra egna personliga känslor dyker upp på grund av att vi undviker att uttrycka vad vi känner, och istället blir risken då att vi styrs av känslor som inte ens är klara för oss själva. Det kan därför efter ett samtal vara viktigt för kuratorn att reflektera över vad som eventuellt gick bra eller vad som gick fel. Självrektion innebär till exempel att granska sin egen insats under samspel med andra människor (Holm, 2001:47–48). Birgegård (2005:111) menar också att lyssna är en av de allra viktigaste egenskaperna. Att lyssna innebär inte bara att höra vad som sägs, utan det innebär även att ge utrymme för patienten att berätta och att sedan ge känslomässiga gensvar. Hendrick (2013:31–32) menar utifrån hennes erfarenhet med patienter, att vad som spelar roll är vem terapeuten är, mer än hur terapeuten är. Det vill säga att de akademiska meriterna är mindre viktiga än terapeutens egen livserfarenhet. Hendrick menar också att några av de viktigaste egenskaperna för en terapeut

är att man har intresset för den arbetsplats man jobbar på, likaså att lyssna på patientens berättelse och att det finns en öppenhet för nya erfarenheter. Intervjupersonerna i vår undersökning gav intryck för liknande tankegångar.

“Men absolut och det är mer att patienten får uttrycka sina tankar och känslor och att värdet är att man ger ett uttryck för dem. Då blir det någon slags bearbetning också.” (Jennifer)

Det är av vikt att man som kurator då ger patienten utrymme för att kunna uttrycka sig, menar Jennifer. Då kan kuratorerna också ställa så pass mycket frågor att patienterna eller anhöriga får tydligare perspektiv på sin situation, och att det då kanske känns lite bättre för patienten just i den stunden.

“Ibland är det ett eller två samtal som kan betyda oerhört mycket. Det behöver inte vara långa kontakter. Det är inte det som är det viktiga. Utan att man liksom finns där som stöd, någon utanför. Att någon ser en.” (Jennifer)

Precis som Lundin et al. (2009:43) skriver, menar My att det är viktigt att man normaliserar patientens tillstånd:

“Det är normalt att känna att det är jobbigt. Det ska man få göra. Det hör till. Du kan inte ta bort det. Men, att bekräfta som du sa. Att det är fler som, att andra i den situationen känner likadant. Du är inte konstig.” (My)

Att normalisera innebär att patient och anhöriga under samtal med kuratorn får information om hur människor brukar känna i liknande situationer och att de inte är ensamma om just sina svårigheter. Det är normalt att känna nedstämdhet, vrede, skuld-känslor, ångest, ensamhet, hjälplöshet, chock, lättnad eller känslolöshet (Worden, 2006:14-18). Att förstå detta som patient och anhörig, leder till att oron minskar och att man inte känner sig lika ensam (Lundin et al., 2009:43).

Enligt Hollands (2004:490) sker kommunikation både medvetet, omedvetet, uttalat och outtalat vilket ger kuratorn en inblick i patientens värld. Birgegård (2005:111) menar att kroppspråket som en del av kommunikationen signalerar till patienten att man lyssnar. Dock känner patienten lätt om signaler som “ja” eller “jasså, säger du det” är spelade eller äkta. Förutom sitt eget kroppsspråk är det dessutom viktigt att lyssna till patientens kroppsspråk. Kuratorerna menar att när det kommer till kroppsspråk och kroppskontakt kan det vara okej att

till exempel hålla en hand eller kramas, både på sitt eget och på patientens initiativ. När det gäller att kramas berättar Nina att man får vara försiktig, då hon har stött på en patient som blev jättearg för att hon gav denne en kram. Nina berättar om situationen och att det hade varit en man som hade förlorat sitt barn, och så var det en tolk med under samtalet. Pappan hade varit väldigt förvirrad och då hade Nina försökt hålla om lite. Då hade mannen sagt något på sitt språk till tolken som Nina inte förstod, och sedan översatte tolken till henne om att hon inte skulle krama honom. Sedan dess har hon varit väldigt försiktig med kramandet. Man behöver inte kramas, man kan även hålla en hand.

“Ibland känns det bara som att jag inte kan göra eller säga något, utan det är det här med kroppskontakt. Men ibland passar det inte som sagt.” (Nina)

Kajsa berättar också följande:

”Inte så ofta kramas, näsdukar finns alltid till hands. Kanske en hand på armen. Och sen kan det vara kramar ibland, men inte ofta. Det är mer att man visar sitt deltagande. Man sitter kvar stadigt i stolen och så i regel så lugnar det sig. Så pratar man igen. Det gäller mycket att vara kvar och inte bli stressad själv.” (Kajsa)

Här har Nina och Kajsa skilda åsikter om att kramas, det vill säga hur mycket närhet eller distans man som kurator bör ha (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007:244).

När My går in i samtal menar hon att det viktigaste för henne är att vara accepterande mot sig själv, att gå in med inställningen att man inte kan ändra på sjukdomen, utan livet är som det är och man måste acceptera det. Erica är inne på samma spår som menar att mycket av den information man ger patienten ska läggas på det positiva och på vad man kan, istället för att lägga fokus på vad man inte kan.

”Annars blir det så hela tiden, ja nu kan jag inte det och nu kan jag inte det, och jag har varit väldigt praktisk och nu kan jag inte ens skruva i en lampa och så. Alltså man får leva på det man kan, och vad man verkligen kan uppleva.” (Erica)

## **5.2 Förhållningssätt och professionalitet**

För kuratorn är det en påfrestning att behöva möta svårigheter som uppstår i samtal med patienter och anhöriga, och därför är det av vikt för de professioner som arbetar med samma individ att ha bestämt ett gemensamt förhållningssätt innan problemen i samtalet uppstår. I

kontakt med andra människor spelar även vår personlighet en stor roll vilket gör att vi har lättare för att arbeta med vissa än med andra. Personligheten kan beskrivas som ett par glasögon som vi tolkar allting med på vårt sätt, och ofta är vi omedvetna om vår personlighet. Givetvis är även kunskap om min egen personlighet samt mitt eget reaktionssätt viktigt (Hansson Pourtaheri, 2003: 34-36). Självkännedom är ett grundläggande krav när det kommer till den professionella hållningen, lika så när det kommer till kännedom gällande gränser om närhet och distans. Om man är medveten om sina egna känslor och behov, till exempel hur man reagerar i speciella situationer eller med vissa personer kan man hantera dem så att de inte tar över kontakten med andra människor (Holm, 2003:43). Kuratorerna i vår undersökning menar att de kan förhålla sig olika gentemot olika patienter:

“Om det är en patient som jag känt länge, då kan jag liksom skämta till det också ibland, man kan vara lite liksom. Då vågar jag liksom vara lite mer flexibel och sådär.” (My)

Enligt Eriksson (2003) är det viktigt att man som personal har en känsla för var patienten står för att veta om det är en patient man faktiskt kan skämta med, och att det är personalens ansvar att se till att skämtet inte leder fram till kränkningar (Eriksson, 2003:65). Gäller det en patient eller anhörig man inte har känt särskilt länge får man förhålla sig annorlunda.

“Men om det är en patient som är ny, då är jag neutral. Absolut. Och jag ställer frågor. Jag har inte antaganden och sådär utan det är liksom bara, jag försöker hålla mig till det. Det kan vara svårt, ibland vill man bara och så försöker man bekräfta lite mer än man ska göra.” (My)

Nina berättar vidare:

“Det jag tänker på är att det är en ny människa som jag inte känner. Att jag, sedan så är det så mycket som är omedvetet. Att man känner av saker men man inte vet vart det kommer från. Jag är noga med att presentera mig. Och försöker, ja. Det är jättesvårt med förhållningssätt. Jag är väl mot dem som jag är när jag möter nya människor överhuvudtaget. Jag försöker hålla en öppen attityd och inte för mycket förutfattade meningar. Det är svårt att förklara förhållningssätt för att ja, det är olika från person till person som man möter.” (Nina)

Just att ha en professionell hållning, eller en professionell gräns enligt Birgegård (2005:411) menar kuratorerna är viktigt, och att man aldrig får bli privat. Eriksson (2003:67) menar att privata relationer hindrar ett professionellt bemötande och agerande gentemot patienten, och har man en gång lämnat yrkesrollen kan det vara svårt att gå tillbaka. Att ha en professionell

hållning gentemot patienter innebär inte att man är distanserad eller kylig, utan förutsättningen för att man ska kunna hålla denna balans är att man är villig till att undersöka patientens behov, att man har självkännedom nog att särskilja sina egna behov samt att reflektera över hur man arbetar (Birgegård, 2005:411). Nina berättar hur hon tänker kring professionell hållning och att inte bli för privat:

“Det har hänt att jag har tagit upp något eget. Men jag försöker att inte prata om mig själv. Frågar någon om jag har barn, då kan jag ju inte säga nej, så då säger jag att jag har det. ”Då vet du hur det är.” Så är de nöjda. De kan ju ställa frågor till en som man känner att man inte kan låta bli att svara på. Men jag pratar inte om mig själv, tar inte upp det själv.” (Nina)

Nina ger ett exempel på en situation där hon kände att det var okej att berätta något för en patient som för henne egentligen är privat. Det var en mamma med en son som hade en diagnos, och mamman oroade sig för hur det skulle gå med honom i framtiden om hon inte skulle finnas kvar. Då berättade Nina att hon själv har ett barn med just den diagnosen sonen har. Då hade mamman blivit lättad, det blev en slags bekräftelse för henne att någon på sjukhuset visste vad det innebar. Och att Nina sa det, det ångrar hon inte. För mamman var det jätteviktigt att få höra. Om man berättar något om sig själv, är det viktigt att det sker med utgångspunkt i patientens situation och att det kan vara till hjälp för denne (Lennéer-Axelsson, 2010:223). Erica berättar vidare att just i samtal så måste man hålla sig ganska strikt och visa proffsighet:

”Det är det som är viktigt, att man blir tillförlitlig och att man verkligen tycker att det är hjälp man får. Sen är det så att man passar inte ihop med alla, det går inte, det är så ibland att nå det känns inte bra. Kanske inte för min sida och inte för... då försöker man koppla över till någon annan. Alltså jag får inte kontakt med denne patienten eller det räcker med patienten som tycker nå det är en värdelös kurator henne vill jag inte gå till. Men det är personligheten, alltså det är ju, man kan inte tycka om alla.” (Erica)

Likaså har Jennifer inte svårt för att skilja på privat och personligt eller att hålla jobbet utanför sitt privatliv. Hon menar att hon inte kan prata om det med familjen, och att när hon lämnar jobbet kan hon inte ta med sig det hem. My berättar vidare att det spelar roll vilken patient det är och vilken kontakt man får. Hon menar att om hon skapar en relation med en patient kan det hända att denne kanske tar hänsyn till henne och hennes känslor och börjar bli försiktig i samtalet, och det ska patienten inte behöva.



“Då frågar jag vad vill du prata om? Var är du, vart befinner du dig?” (My)

Kuratorerna menar att de jobbigaste samtalen är när det handlar om barn.

“Vissa patienter berör en jättemycket och man vet inte ens varför de berör en jättemycket. Det är liksom olösligt för en själv också. Det är ingen som jag har något gemensamt med, men liksom, det bara väcker känslor. Och barn, jag tänker mycket på föräldrar. Det är ju känsligt att, ett barn är ju så, man behöver ju sina föräldrar. (My)

Nina berättar att hon själv har barn och knappt kan föreställa sig hur hon skulle ha känt om de hade råkat ut för något, och att det då blir jättejobbigt att sätta sig in i föräldrarnas situation. Jennifer menar även att det är svårt att hålla sig neutral och att man väl aldrig riktigt kan vara det helt och hållet. När det handlar om barn kan hon aldrig vara neutral:

”Det bangar jag inte för. Utan det tänker jag, det måste man ta upp.” (Jennifer)

Vidare berättar Jennifer att hon är rak som person och kan vara väldigt rak i patientkontakten, men hon tror inte att hon upplevs för rak heller. Hon menar att man nog inte är så van vid den rakheten hon har, men att hon hoppas och tror att det ger patienter en känsla av man får kontakt och att denne blir sedd.

“Att möta och försöka ja, neutralisera. Liksom att man är inte mer än människa. Och att den personen ska få släppa ut det och att man då är till hjälp att bearbeta det.” (Kajsa)

Erica berättar vidare att hon däremot tycker att det är svårast att jobba med deprimerade patienter:

”Alltså de är så otillgängliga. Ofta är där liksom inte någonting man kan dra i utan nä jag vill inte, nä nä det är inte lönt och leva och... alltså det är så kompakt.” (Erica)

### **5.3 Hantering av reaktioner hos patienter och anhöriga i svåra samtal**

För att hantera eventuella reaktioner som uppstår hos patienter menar kuratorerna att hos sjukhuskuratorn är ett ställe där man ska få kunna vara ledsen på, eftersom att det kan hända att patienterna inte har någon annanstans att kunna vara det. I alla patient- och vårdrelationer finns det en saklig rationell del samt en icke-saklig och irrationell del. Med den rationella delen menas alltså att reaktioner och känslor, tal, handlingar och intellektuell verksamhet

motiveras av sakliga förhållanden, till exempel att en patient blir frustrerad eller arg över att en behandling inte hjälper har en saklig anledning även om reaktionerna kan medföra problem att hantera. Den irrationella delen är däremot svårare att upptäcka då den kan innehålla flera delar som innefattar psykologiska reaktioner hos både patienten och oss själva som vi inte är vana vid att läsa. Den formas både av vår personlighet och tidigare upplevelser (Birgegård, 2005:411).

I samband med reaktioner menar Jennifer att detta inte är vad som är den svåra biten i samtal, utan det är tvärtom när patienter inte reagerar alls. För att öppna upp kommunikation tänker Jennifer att man helt enkelt får fortsätta att lära känna varandra genom att försöka fråga och få svar av patienten, och att om man kommer till henne några gånger kan det bli en trygg plats. Nina säger också att det är svårt att hantera de som inte säger något, och att det ofta händer att det är så. Hon kan efteråt känna sig lite dum och undra vad hon gjort för nytta, men patienter brukar höra av sig i efterhand om det är något. Vad Nina även försöker att göra vid eventuella reaktioner hos patienterna är att trycka mer på att reaktioner så som ilska och sorg är ett normaltillstånd (Worden, 2006:14-18).

“Det är så vanligt så jag vet inte hur jag hanterar det. Nästan alla sitter och gråter och säger att de inte klarar det och att de aldrig kommer att kunna hantera det. Det är normaltillståndet här. Jag är så van vid det så, ja. Man kan väl säga att man vänjer sig och att man känner igen det och ser det som normalt. Att det är normala reaktioner när det händer något onormalt. Så tänker jag. Ja, jag bekräftar dem för många tror att de håller på att bli tokiga och allt möjligt. Det viktiga för dem är att veta att det är helt normalt och okej. Tänk om du inte hade gråtit, då hade du varit onormal. På det planet.” (Nina)

Erica säger också det att det är av vikt att försöka lugna ner och förklara en gång till för patienten. Patienten kanske inte förstår första gången man förklarar, och då är det viktigt att berätta vilka rättigheter patienten har.

“Vissa är ju rätt så negativa till, eller har en negativ hållning till det mesta alltså. ’Ja, det kan väl vara bra, jag kan väl komma en gång och så ja, jag tycker inte jag behöver...’. Och det är vad man har för andra erfarenheter också med sig i livet. Ja, det får man ju alltså man gör ju en bedömning alltså. Är det meningsfullt att försöka övertala de och komma fler gånger eller de ska gå hem och låta det smälta undan lite och kanske finna sin situation på ett bättre sätt. Någon form av förändring blir det, ja positivt eller negativt. Kanske så att de aldrig kommer tillbaka, de vet man inte men då har de väl insett att de behöver det. Man kan ju aldrig tvinga sig på

någon. Och sen är det ju så att man har ju inte jättemycket tid. Varken de som är anhöriga eller vi som kuratorer  
att lägga ner tid på det man känner är meningslöst, utan att ibland får det liksom mogna till.” (Erica)

Hon menar också att det kan vara så att vissa patienter inte vill prata om sin sjukdom, och då kan man som kurator istället prata kring vilket stöd patienten behöver istället för att fokusera just på sjukdomen. Det handlar för kuratorn om att kunna känna av när patienten eller den anhörige inte vill närma sig det som kan vara svårt eller jobbigt utifrån sjukdomen och situationen som patienten eller den anhöriga befinner sig i. Birgegård (2005:108) säger just att man bör ha en förhandsinställning och undra över vad patienten helst skulle vilja prata om, även om man som kurator själv redan har bestämt vilket spår samtalet ska ta. Kajsa berättar vidare:

“Men det är ett ganska gediget arbete att försöka att motivera ibland för nejjet kan sitta hårt. Ibland inte bara hos patienten utan även hos den anhöriga. Och där försöker vi då motivera och få dem att ta emot men det kan vara  
jättesvårt.” (Kajsa)

## **5.4 Förberedelser inför samtal**

Av intervjuerna framkom att kuratorerna förbereder sig på olika sätt inför sina samtal. Vi har valt att dela in de olika förberedelserna i två kategorier, en för praktiska förberedelser och en för känslomässiga sådana.

### **5.4.1 Praktiska förberedelser**

De praktiska förberedelserna inför ett samtal berättar My skiljer sig åt beroende på om det är en ny eller äldre patient hon har kontakt med. Är det en patient hon har jobbat med tidigare behöver hon inte förbereda sig och planera på samma sätt, utan hon har då informationen med sig och fortsätter där de var sist. Är det däremot en ny patient man ska samtala med menar kuratorerna att de läser mycket journal och går tillbaka för att se om det finns någon tidigare kuratorskontakt hon kan kontakta eller som kan ta kontakt med dem:

”Ja i vilken kommun bor man, så man vet var man ska hänvisa och så och hur har man det, hur bor man, har man barn, är man ensamstående med sambo eller... så att man har lite liksom förberedelse så att man inte hamnar helt  
fel i samtalet.” (Erica)

Inom både socialt arbete samt vård och omsorg ingår det att i ens arbetsuppgifter att journalföra, bland annat för att underlätta handläggningen genom att till exempel ge andra tjänstemän möjlighet att ta över ärendet. Journalföring ger också möjlighet till att kunna göra analyser, bedömningar, uppföljningar och att utvärdera olika insatser. Utifrån ett konstruktivistiskt perspektiv menar man att journalen förutom att återge, även skapar en bild av den patient man ska träffa. Bilden i sig påverkar på olika sätt både hur kuratorn ser på patienten och hur kuratorn ser på sig själv (Johnsson, 1999:64–65).

Kajsa menar att det första samtalet med en patient handlar om att lära känna varandra och att göra en kartläggning som kurator. Precis som en kurator beskriver i Lundin et al. (2009:42) bok handlar det första samtalet om att lyssna och ställa frågor för att få en bild av vilket behov av hjälp patienten har. Kajsa menar att det handlar om ren rutin då, och det känner Kajsa sig bekväm i. Ibland struntar Kajsa i att läsa journalen för att kunna skapa sig en egen bild av patienten istället. I en studie som beskrivs i boken *Det räcker inte att vara snäll – om empowerment och professionellt bemötande i människovårdande yrken* skriver Holm (2009:67–68) att professionella hjälpare vill se människor som unika individer som reagerar utifrån sina unika förutsättningar med sin unika historia där känslor, tankar, önskningar och förväntningar involveras. För professionella hjälpare krävs en medvetenhet om och ett intresse för människor och en viss människosyn då människor har en tendens att vara på det sätt vi förväntar oss. Kajsa fortsätter att berätta om hur spännande det kan vara i det första samtalet med en patient, att vara i nuet och låta det komma av sig själv genom att man är öppen som kurator. Att kunna ta saker med ro utan att stressa eftersom Kajsa har möjlighet till längre patientkontakter.

My berättar också att hon läser också mycket litteratur bland annat i form av broschyrer för att ha med sig rätt fokus in i mötena för att veta vad hon ska tänka på. Precis som Kajsa berättar Jennifer även att hon försöker samla på sig information ifrån de andra yrkesgrupperna på arbetsplatsen. På sjukhus menar Lundin et al. (2009:47) att kuratorer kan ingå i olika teamverksamheter. Teamen kan vara fasta där olika yrkesgrupper ingår och som träffas på specifika tider eller som är sammansatta av olika professioner som den aktuella patienten behöver i sin vård. Därför menar Kajsa att det gäller att vara öppen:

”Eller lyssna på vad sjuksköterskorna som ringer, om de har något speciellt. Men ofta brukar de ha fel. Ibland förstorar de upp saker, så jag har slutat lyssna på det.” Åh, de anhöriga är jättekrävande. Så blir man jätterädd själv. Och så kommer man in och träffar dem så är de så oerhört tacksamma för att man kommer. Eller så är det ”De är jättetrevliga.” Och så är det världens sociala problem i bakgrunden som de inte berättat.” (Kajsa)

I *Forskning som speglar vården i livets slutskede – sammanställning av aktuell forskning* (jmf. Socialstyrelsen, 2007:47) lyfts det fram olika kompetenser som en sjuksköterska behöver ha för att kunna ge en god palliativ vård. En av dessa kompetenser är förmågan att vara lyhörd, precis som Kajsa pratar om är viktigt i form av öppenhet för att kunna skapa sig en egen uppfattning om patienten.

#### **5.4.2 Känsломässiga förberedelser**

När det gäller den känsломässiga förberedningen menar My att hon har tid att tänka igenom den aktuella patienten och kan koncentrera sig på den familj hon ska möta. Dessutom hinner My efter mötet att reflektera över vad som sades i samtalet. Självreflexion innebär till exempel att granska sin egen insats under samspel med andra människor, genom att till exempel ställa sig frågan ”Vad gjorde jag som bidrog till att det gick så bra eller så dåligt?” (Holm, 2001:47–48). Jennifer berättar att samtalen kan handla om väldigt tunga saker, och vad som är svårt är när man som kurator inte hinner hämta sig emellan de olika samtalen. Det känns varken rättvist mot patienten eller sig själv menar hon:

”Man behöver liksom lite grann, idealt tycker jag är att ha ett samtal och sen ha en kvart så man kan skriva ner lite grann, få ur sig det viktigaste. Sen kan man hinna tänka på nästa patient som kommer, ”Okej, det pratade vi om sist, nu ska jag ta fatt i det här.” Då är man lite förberedd och då orkar man ju. Men oftast ser det inte ut så.”  
(Jennifer)

Nina däremot förbereder sig genom att förbereda vad hon ska säga och ta upp i ett samtal. Ofta blir det inte som Nina tänkt i samtalet, men hon menar ändå att det är viktigt för henne att få hinna tänka igenom det innan för att hon ska känna sig beredd. Om Nina hinner och kan försöker hon även att ta en liten paus emellan samtalen där hon inte gör någonting alls. Det är inte alltid hon hinner med detta, men hon försöker att ta sig tiden eftersom hon vet att samtalet blir bättre då. Precis som Cummins, Massey & Jones (2007:35–37) skriver ger kuratorer ofta sina patienter råd om att ta hand om sig själv genom att äta bra, få en bra sömn och minska stressen, men glömmer ofta själv att tänka på sin egen hälsa. Ofta tror kuratorer att de kan hantera sin egen hälsa och att man som kurator inte behöver vara orolig för den eller för att

den ska påverka vårt professionella yrke. Även om många kuratorer får stöd och handledning i sitt arbete finns det en viss känslighet hos yrkesgruppen då de arbetar med de slags patienter de gör. Cummins et al. (2007) påvisar också att personligt trauma, personligt olösta bekymmer och stressfaktorer påverkar kuratorers förmåga att hantera stress. I samband med detta uttrycker My:

”Man ska nog inte ha så mycket oordning i sitt privatliv. Jag tror att man måste ha det lugnt där. I just det här arbetet. Jag tror inte att om jag hade haft en familjesituation som hade krävt mycket av mig så tror jag inte att jag hade klarat av detta. Det blir för mycket.” (My)

Erica och Kajsa menar också att man inte får boka för många samtal åt gången eftersom att det är mycket som behöver göras däremellan:

“Jag försöker att inte boka in det på fredag eftermiddag. Lite grann att vara medveten om när jag lägger det, när det är lämpligt utifrån vad jag ska ha därefter och så.” (Kajsa)

Erica menar dessutom att det handlar om att vara här och nu i samtalet, och att det inte går att förbereda sig mycket mer än så:

”Det är kanske mer sen när man kommit en bit på väg att när man har träffats några gånger. Att ja, vilket håll ska vi leda det på idag eller vad ska vi prata om? Brukar ju skriva ner lite vad har vi pratat om och vad är det som känns viktigt, frågar jag alltid patienten att vi kan ta upp nästa gång. Sen är det kanske inte alls det som är aktuellt nästa gång de kommer, utan så har man ett litet hum om vad är det för denne patienten för ibland är det inte alls det jag tror eller det jag hör första gången utan det kan vara så mycket annat som kommer.” (Erica)

Vad Erica också påpekar som viktigt är att hela tiden hålla sig uppdaterad när det gäller lagar och vilka insatser det finns att få på det område patienten befinner sig, vilket även Lundin et al. (2009:47) menar är en del av kuratorns arbete inom sjukvården. Att hålla sig informerad om förändringar både vad gäller lagstiftning, samhällsfrågor och annan specifik kunskap som berör de aktuella patienterna. Detta är en viktig del i professionaliteten och den kunskapsbas man som kurator besitter (Svensson, Johnsson & Laanemets, 2008:74). Kajsa instämmer med Erica när det gäller hur många samtal man som kurator bokar in per dag:

“Vi bokar alla våra besök själva. Det är väldigt bra. Det är alltid en önskan om att det ska vara mellanrum mellan besöken, det betyder jättemycket. Att kunna lämna och sen gå på tåget igen. Det är viktigt att se till att ha den

stunden. Att man då kan gå igenom journalen, man friskar upp minnet från förra samtalet. Så att patienten och så känner att man är redo.” (Kajsa)

## **5.5Handledning och egen bearbetning**

En viktig aspekt som dök upp under våra intervjuer var handledning och den stora del av arbetet som den utgör. Likaså uttryckte kuratorerna behov av egen bearbetning av ärenden som påverkar de lite mer än andra, på annat sätt än genom handledning, Det är nu här deras tankar och känslor kring detta kommer att redovisas.

### **5.5.1 Vikten av handledning och vad som tas upp på den**

Alla intervjuade kuratorer i vår studie sade att handledning är nödvändigt för att arbeta som sjukhuskurator.

”Hade jag inte haft handledning, hade de tagit bort handledningen från mig så hade jag slutat samma dag. Jag hade inte jobbat utan handledning, inte en dag.” (Isabelle)

Isabelle sade att för henne har handledning en väldigt avlastande funktion, då hon vet att det bara är två veckor kvar till nästa handledningstillfälle, så att hon kan få ur sig det hon funderar på. Det gör så att hon inte bär med sig hem saker utan vet att hon har någon annanstans att lasta av det.

”Då kan jag liksom ha en liten hylla i huvudet där jag lägger det så länge eller skriva ner det på ett papper och så låter jag det vara för jag vet att jag snart får tillfälle att ta upp det.” (Isabelle)

Att kunna lägga det man tänker på åt sidan är en stor del i att undvika stress, som annars lätt uppstår när man upptar mer oro och bekymmer från patienterna än vad man kan bearbeta (Hawkins & Shohet, 2008:49). När vi pratade om handledning med Isabelle, gav hon oss en utskrift av ”Gropen”, en metaforisk dikt om individers utvecklingsprocess (se bilaga 4). Den tycker vi tydligt beskriver det som kuratorerna säger att de får ut av sin handledning. Nämligen att man lär sig av sina erfarenheter och av att man blir medveten om det man gör. Så här säger Isabelle om metaforen:

”Man ramlar liksom ner i samma gropar men man kan lära sig till slut och ta andra vägar men man måste först vara där. Först kanske man inte ser då att det var mitt fel utan det var den och den, men man måste se sin egen del i varför vi ramlar, vad mina svagheter är och arbeta på dem.” (Isabelle)

Denna utvecklingsprocess påminner om Bertha Reynold's fasindelning, som Bernler och Johnsson (2000:122-124) redogör för: i första fasen fokuserar man bara på sig själv, i den andra fasen börjar man vidga sitt fokus till omgivningen och inte bara till sig själv, i den tredje fasen förstår man vad som händer men kan inte kontrollera sin del i det som sker, i den fjärde fasen kan man förstå och kontrollera det som händer och i den sista fasen har man lärt sig helt vad allt innebär och hur allt samspelar. Isabelle berättar vidare att det inte alltid är lätt att försöka sätta ord på det man vill få ut, så därför ritar handledaren många gånger för då blir det tydligt vilken roll man har och så vidare. Det viktigaste som händer under handledningen för Isabelle, är att hon får reflektera och på så sätt öka sin medvetenhet om vad det är för slags patientärende, vad hennes ansvar som kurator är och hur hon själv har reagerat i det. Likaså om något gick fel, vad det var och hur det kunde bli så och hur man kan tänka till nästa gång i en liknande situation.

”Handledningen gör att man kan förhålla sig till patienterna på ett professionellt sätt och det hjälper en att se vad det är för fallgropar man faller ner i. Man kan känna sig oerhört tjugig när man kommer till handledningen för att jag kan känna att jag faller i samma gropar hela tiden. Och hade jag inte haft handledning här så tror jag att jag hade gjort det oftare och jag hade stannat där inne mycket längre, hade inte så lätt kommit ut. Men nu ser jag mitt mönster, jag är mer medveten om mina svagheter nu än vad jag var innan handledningen. Och jag ser vad jag går igång på, var min akilleshäla är. Går man själv igång är risken att man blir kvar och blir oprofessionell för att man blir ledsen, inte att man nödvändigtvis gråter utan att man blir så tung av sorgen och ångesten eller att man då distanserar sig. Mycket handlar om medvetenhet, då kan man liksom föra sig själv.” (Isabelle)

Handledning bidrar till att kuratorn tar hand om sig själv, den är nödvändig för att kuratorn ska må bra, få självkänedom och utvecklas, lära och växa. Skulle man inte få handledning, kan det resultera i stress och utbrändhet, att kuratorn stannar i sin utveckling och lärande (Hawkins & Shohet, 2008:20).

Vi undrade därför vad tas upp på handledningen.

”Man kan ta upp precis vad som helst. Mina känslor inför patienten eller för kollegor eller inför förändringar som ska göras eller själva arbetsområdet. Och ibland så fastnar man i olika saker som man inte egentligen ska men man gör det ändå.” (Erica)



”Olika ärenden. Om det har låst sig. Eller om det känns jättetungt. ’Vad är mitt uppdrag i det här?’ ’Vad ska jag göra?’ ’Vad kan jag överlämna och vad ska jag göra lite mer i?’” (My)

Det blir ibland att nya vägar visas utifrån handledningen, att man kan se saker och ting på ett nytt sätt och kanske lösa frågor som tidigare känts olösliga, så beskrivs Carl Rogers tankar av Lennéer-Axelsson (2010:210).

”Hur jag tänker jag ska hjälpa en viss patient. Om jag känner att jag inte får riktigt grepp om det eller jag inte tycker att jag vet hur jag ska gå vidare. Vad jag ska fokusera på så att det blir mest rätt. (...) Man vill ju försöka att det blir, att samtalen är till hjälp för patienten. Och man har ändå ett ansvar. Man tar upp deras tid och man vill att de ska få något tillbaka. Att det ska vara något meningsfullt.” (Jennifer)

Det Jennifer är inne på, är att i samtalet kunna erbjuda patienterna och de anhöriga en trygg bas, en säker plats att vara på (Lennéer-Axelsson, 2010:209-210), för att de ska kunna öppna upp och ta emot kuratorsstödet. Själva handledningen är en hjälpprocess mellan handledaren och kuratorn, som ska leda till att öka kuratorns förmåga till att stärka sig själv (Hawkins & Shohet, 2008:36), en förbättrad yrkesfunktion, professionalisering, hos kuratorn vilket i sin tur sedan ska ge en förbättrad hjälp till patienterna (Bernler & Johansson, 2000:60).

Erica tillade också att handledning ger tillfälle för kuratorerna att uttrycka sig i en väldigt medicinsk värld. På klinikerna ser läkarna och sjuksköterskorna mest det medicinska och ibland behöver kuratorerna kämpa för att den andra personalen ska se saker och ting ur det psykosociala perspektivet. Likaså tror de många gånger att kuratorerna kan göra underverk, att förväntningarna på kuratorerna är lite för höga ibland då de kanske inte riktigt vet vad kuratorerna är till för. Och då kan det vara skönt att lyfta detta i handledningen.

Med andra ord kan alltså vad som helst tas upp, det är kuratorns behov som styr.

Isabelle berättar att som kurator får man inte så många tydliga direktiv uppifrån om vad man ska göra utan mycket läggs på en själv, att man själv får sätta ramar och gränser.

Detta instämmer Nina i som har tvingats sätta mer gränser och vara mer tydlig med vad hon kan göra på grund av både omorganisering och egen sjukskrivning.

Tidigare har hon inte gjort det och behövt det på samma sätt. Men nu när det inte är så många kuratorer på hennes klinik måste hon det. Att utforma sitt eget arbete och sätta gränser för vad man kan åta sig, är en del av kuratorsarbetet och att på så sätt utveckla sin egen

professionalitet. Precis som Svensson et al. (2008:79) skriver, är autonomi ett av de kännetecknen för professioner.

Nina har inte handledning för tillfället, den försvann i samband med en omorganisation, men när hon hade handledning så hjälpte den henne till att börja lyssna mer på sig själv. Till exempel pratar hon inte med fler än hon klarar av nu för tiden, det hjälper ingen. Innan har hon varit så snabb och tagit på sig väldigt mycket, och sedan har det kommit som en smäll, ”den där väggen”. Och det menar hon berodde på omorganisationen och att hennes kollegor inte tillsattes när de slutade. Det blev då för mycket. Hon fick ångest av att gå till jobbet, hon mådde dåligt, men hon visste inte vad det var som gjorde att hon kände så. Just för detta är det av stor vikt att kuratorer vet var och hur de kan få stöd samt att de är medvetna om sina egna begränsningar, vilket handledning möjliggör (Worden, 2006:202). När hon kom tillbaka kände hon att saker och ting behövde struktureras upp och att en del saker behövdes tas bort.

”Innan var vi så generösa så att vi hade vår telefon med röstbrevlåda öppet dygnet runt, det var en av de första grejerna jag tog bort när jag började bli stressad.” (Nina)

Nina har insett att hon inte är någon supermänniska, hon klarar inte av att ta in hur många tunga ärenden som helst. Så också för hennes egen bearbetning, lyssnar hon mer på sig själv och säger stopp. Att säga stopp innebär att sätta gränser och prioritera arbetsuppgifter, vilket då skapar konsekvenser för de patienter eller anhöriga som hamnar utanför prioriteringen. Behovet av kuratorsstöd för dessa kan fortfarande finnas men på grund av bristfälliga resurser kan inte alla erbjudas stöd trots en önskan om det från kuratorns sida. Detta gör att kuratorn ställs inför etiska och moraliska svårigheter (Christoffersen, 2007:83). Det finns risker med att ställa för höga krav på både sig själv och på sina kollegor, såsom sämre självförtroende och utbrändhet. Det är därför viktigt att man kan respektera varandras känsligheter (Lennéer-Axelsson, 2010:226).

”Förr kunde jag vara mer tillmötesgående och hjälpsam. Nu får jag vara mer tydlig och strikt. Det tycker jag är jobbigt. Att förändra sig på så kort tid. Det är säkert nödvändigt och nyttigt, men det är lite jobbigt. Som nu när ni sitter här så blinkar telefonen och jag blir jättestressad, för ‘Vad är det nu som har hänt?’ För jag har stängt in mig. Då kan jag bli lite stressad, för att jag hade behövt vara på två ställen samtidigt.” (Nina)

Ett annat exempel är att hon inte längre är med vid de tillfällena som anhöriga tar avsked från den avlidne patienten.

“Jag har insett att det är en onödig belastning. För det är sådant som sitter i. Det är bara om familjen verkligen vill att jag ska vara med. Annars försöker jag undvika det. För det tar väldigt mycket energi. Bara av att vara där, det tar jättemycket kraft. Sedan kan man inte göra mer den dagen. Därför har jag blivit väldigt försiktig. Att liksom inte utsätta sig för mer än man måste.” (Nina)

För Nina innebar inte handledningen bara tillfälle för henne att ventilera sina tankar och känslor, utan också möjlighet att få lite vägledning och uppmuntran. I samtalen vill man känna sig hörd, få bekräftelse och stöd, få sina frågor besvarade, ta del av nya lärdomar och perspektiv samt vägledning och strategier för att kunna hantera tankar och känslor (jmf. Lennéer-Axelsson, 2010:211).

”Vi som jobbar här är ju inne i vårt liksom. Då kan någon utifrån, lite mer objektivt, tipsa och ge andra perspektiv. Lite stöd och lite självförtroende så att man peppas. ’Men du har helt rätt, gör det’. Lite så. Har man inte det stödet så blir man osäker. ’Gör jag fel, tänker jag rätt?’ Och så hämmas man. Jag blir i alla fall osäker om jag inte kan bolla med någon.” (Nina)

Isabelle ser stora vinster med att ha handledning i grupp, just för att man ska försöka hitta ett gemensamt arbetssätt med kollegorna. My tillägger att grupphandledning är bra för då bekräftas hennes känslor och tankar av andra som varit i liknande situation.

”Amen precis så känner jag också.” (My)

En av kuratorerna har individuell handledning medan de övriga kuratorerna har handledning i par eller grupp. Bernler och Johnsson (2000:115) skriver om att den främsta anledningen till att ha grupphandledning är att de handledda får möjlighet att lära sig av varandras erfarenheter av problem och lösningsförsök. Dessutom får de ut mer kunskaper, åsikter och perspektiv av handledningstiden och på så vis en mångfasetterad feedback på innehållet i handledningen, än om handledningen hade varit individuell (jmf. Bernler & Johansson, 2000:115).

Kajsa säger att hade hon inte haft handledning hade det varit svårare för henne att hålla isär sin professionella respektive privata sida. Likaså hade hon oftare tagit med sig ärenden hem, framför allt de som handlar om yngre personer och sorgen och smärtan som finns i patienternas situationer.

”Handledningen är absolut det som gör att det funkar att jobba här, och känna att man håller.” (Kajsa)

Handledning är för Isabelle en kvalitetssäkring och hon tycker det är skandal att inte alla får handledning. Hon själv fick inte handledning förrän efter att hon hade arbetat några månader på sin arbetsplats. Hon menar att ges man handledning så är det ett sätt för arbetsgivare att se till att de som jobbar mår bra och att de utvecklas inom sin profession. För henne hade det tagit så mycket längre tid att själv komma på alla de saker man får på handledningen. Erica har liksom Nina, inte handledning.

”I det här sparandet så får man ingenting.” (Erica)

Som tur är har hon och hennes kollega bra stöd i psykologerna på deras klinik, men hade hon inte haft några kollegor att ventileras med, vet hon inte hur det hade gått att arbeta som kurator. My betonar också vikten av att ha kuratorskollegor på arbetsplatsen.

”Jag fångar upp någon och säger ’Nu måste jag få prata av mig.’” (My)

Hawkins och Shohet (2008:47) påpekar att för att trivas med sitt arbete och må bra, så är ens kollegor av stor vikt. Att det finns någon som kan peppa en och finnas som stöd när man behöver det och säga ifrån om man börjar falla i negativa tankar. Att det finns någon som kan hjälpa en med att hitta fokus på vad som är viktigt här och nu och att de utgör en plats där man kan få uttrycka de känslor och tankar man bär på.

Erica berättade att hon har arbetat tidigare som kurator med barn inom sjukvården och att det var roligt men att hon kände sig tvungen att byta arbetsplats till sist.

”Det blev väldigt tungt till slut, man fick mer och mer ärenden och vi var alldeles för få. (...) Jag kände nog att detta kommer jag inte orka tills jag ska gå i pension utan jag måste nog söka mig något annat.” (Erica)

Nina berättar att hon har funderingar på att söka sig någon annanstans då hon känner i stil med Erica, att det blir för mycket när det inte finns så många kuratorer på arbetsplatsen för att kunna hjälpa varandra mer.

”Jag har velat härifrån, jag har sökt andra jobb. Problemet är vad man ska göra istället.” (Nina)

Isabelle arbetade som ensam kurator ett tag, de hade haft nerskärningar på arbetsplatsen och sedan rådde det anställningsstopp. Isabelle och de andra kuratorerna i vår undersökning uttrycker att de hade behövt vara fler kuratorer på arbetsplatserna, det räcker inte till som det ser ut i nuläget. Samtidigt uttrycker de att man ser vikten av att ha kuratorer mer och mer, men att det är ekonomin som styr...

”Vi har alltid varit väldigt viktiga på kliniken. För det är ju mycket socialt runt om patienterna, så att de kan inte vara utan oss, det kan jag säga.” (Erica)

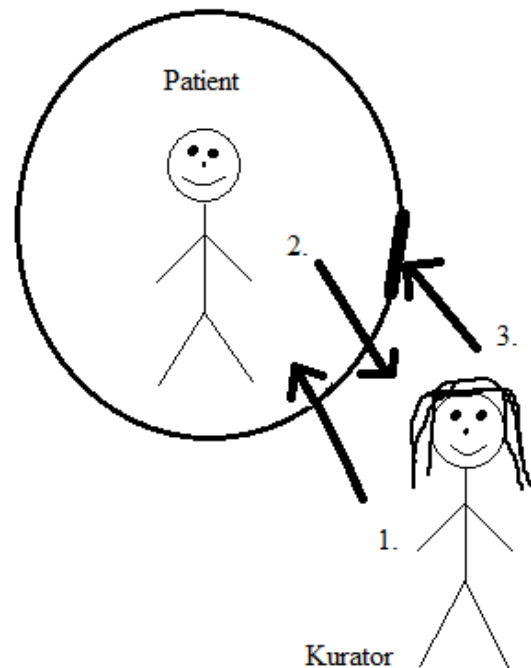
Nina säger att det hade varit omöjligt att ha kontakt med och ge stöd åt alla patienter och anhöriga, när de på hennes arbetsplats endast är två kuratorer med drygt vars en halvtidstjänst. Hon uttrycker att det hade behövts fler kuratorer på arbetsplatsen, både för patienters och anhörigas skull men också för kuratorernas som kan behöva lämna över ett ärende om det påverkar de själva för mycket eller om det har hänt något privat. Kuratorns möjlighet för att hantera lidande skiftar beroende på vilken patient och typ av situation det handlar om. Överväldigas kuratorn av sina egna tankar och känslor i ett patientärende, är det bra om det finns möjlighet för denne att överlämna ärendet till någon annan (Lennéer-Axelsson, 2010:222) samt är det viktigt att kuratorn vet vilken typ av patienter eller situation kuratorn inte arbetar effektivt med (Worden, 2006:200).

“Mår man själv dåligt och så är det helt hopplöst att jobba här. Och ingen människa mår ju jättebra alltid. Man kan få saker som händer hemma och då behöver man liksom att någon annan kan ta vissa ärenden men är man själv, då går det inte.” (Nina)

När vi frågade Isabelle om handledning och egen bearbetning, ritade hon upp en figur som visar hur hon gör för att vara en bra kurator, hur hon håller sin professionalitet och samtidigt bearbetar sina egna känslor av ärendet. Hon sa att alla patienter gör henne berörd, men att det finns några få som verkligen griper tag i henne på djupet riktigt ordentligt. Och att det då är svårare att hålla distansen för att det inte ska bli så jobbigt i samtalet.

”Om man tänker att ärendet är... att gå in i, här är patienten.

Så är det viktigt att jag går in i ärendet och känner empati och lyssnar av och försöker verkligen dela det som patienten delar med mig (1). Sen gäller det för mig att gå ut igen (2), så att jag kanske i bästa fall kan komma hit (3). Där jag inte, för när jag kommer in hit (1) så blir jag väldigt, alltså så kommer mina känslor igång och jag känner med patienten men jag kan inte stanna där inne för att då blir jag liksom ingen bra kurator. Jag behöver stå där ute (3) och titta in på situationen så jag kan se tydligt vad som händer. Så att jag kan uppfatta vad det är för processer som är igång och vad det finns för behov. För stannar jag där inne (1) och inte kommer ut (2) så känner jag, kommer jag bara liksom överrumplad med maktlöshet att jag inte räcker till. Så kruset är någonstans att gå in och sedan gå ut.” (Isabelle)



Vi tycker att denna bild tydligt visar att man som kurator måste vara medveten om att ”gå ut ur ärendet” för att kunna se på det med lite mer på distans. När vi frågade Isabelle om hur hon gör för att hålla sig vid gränsen mellan närhet och distans svarade hon att handledningen hjälper till för att man inte ska bli distanserad och kall eller gå med i patientens känslor för mycket i ett samtal som man tycker är svårt och jobbigt. Handledningen tillsammans med sin egen erfarenhet, gör att man hittar en balans för att klara av det (Lennéer-Axelsson (2010:211)).

“Hade vi inte haft handledning tror jag att det här med professionell och privat hade varit svårare. Utan det är tack och lov, vi har aldrig behövt kämpa för att få ha det kvar.” (Kajsa)

”Jag får ut jättemycket av det. (...) Det finns liksom ärenden där jag känner att ’Det känns bara för mycket. Vad ska jag göra här?’ Då kan handledaren, när vi sitter där och pratar, ’Men My, du kanske ska koncentrera dig bara på det här. Ta tag i det här bara. Det är det här som är det viktigaste just nu.’ Och då kan jag liksom, lägga fokus på sådant som jag klarar av.” (My)

### 5.5.2 Egen bearbetning av ärenden som kuratorerna påverkas mer av

Vi ville veta om kuratorerna gör något särskilt för att inte ta med sig jobbet hem och hur de bearbetar tyngre patientärenden, utöver möjligheten att lyfta det på handledning. Att tänka att

man tar på sig sin vita rock när man kommer till jobbet och sedan hänger av sig den innan man går hem och att det då hjälper en att lämna sina ärenden på jobbet, var det någon som sa. Som Lennér-Axelsson (2010:231) skriver, är det viktigt att som kurator ta hand om sig själv ordentligt och att man mår fysiskt och psykiskt bra nog för att orka hjälpa andra. Att kunna lämna jobbet på arbetsplatsen och öppna upp för avkoppling och andra perspektiv på fritiden för att inte fastna i kuratorsrollen privat. För Jennifer är det att journalföra direkt efter ett samtal för att få det ur sig:

“Om jag har så mycket att göra här och jag inte hunnit skriva journal, då är det mer att det stör min nattsömn för då processar jag det på något sätt. Jag försöker undvika det.” (Jennifer)

Vidare uttrycker Jennifer att hon vid jobbigare ärenden känner ett starkare behov av att vara ensam, att gå ut och gå en sväng eller göra något annat som gör att hon kan lägga det åt sidan och för att kunna fortsätta arbeta.

”Jag är inte så rädd för att jobba, jag jobbar gärna hårt, bara jag blir uppskattad. Bara jag ser att omgivningen ser att vad jag gör men gör man inte det, så mår jag inte väl. Jag tänker det att man engagerar sig, jag tror inte att det är det som sliter på en, så länge man känner att man gör skillnad, så tror jag inte att det sliter utan att man kan jobba ganska mycket. Jag har många saker som jag kan plocka fram (...) som jag känner att jag, det har gjort en avgörande skillnad för andra, och hade inte jag funnits hade det inte sett ut på det sättet.” (Jennifer)

Isabelle sade att hon aldrig direkt tänkt på jobbet hemma, men att hennes dotter sagt att hon har blivit mycket allvarligare sedan hon började jobba på sin aktuella arbetsplats. Det fick Isabelle till att tänka att hon nog inte tar med sig tankarna hem, men däremot känslorna och tyngden, men att hon själv inte hade märkt det. Isabelle säger också att det är omöjligt att ha ett sådant här arbete och att inte bli påverkad. Hon betonar ännu en gång att blir man medveten om saker så kan man lättare göra någonting åt det. Ett annat sätt att bearbeta sina känslor och tankar är att ha en egen samtalskontakt, detta har både Jennifer haft och Nina.

“Jag har tänkt att så länge jag inte har handledning i mitt jobb så kommer jag fortsätta att gå till samtalskontakten. Det är min räddning i detta läge. Att jag har en ventil där. Någon utifrån. För här verkar det bli svårt att få handledning. Och det måste man ha. Annars blir man försiktig och rädd. Man vågar inte lika mycket om man inte vet att man kan få ventilera. Man blir lite, att man inte vågar riktigt. Och tänk om jag börjar må jättedåligt. Jag försöker göra samma men jag känner att jag är mer rädd när de ringer och det är lite svårare grejer.” (Nina)

Vi frågade även om det fanns något som kuratorerna berörs lite mer av i deras arbete. Många av dem svarade att när det handlar om barn eller barnfamiljer, så berörs de extra mycket.

”Jag tycker alltid att det är jobbigt när det gäller barn. Det tycker jag är det värsta. Speciellt när barn dör. Det är fruktansvärt. Nu när jag inte längre har handledning är jag livrädd för att vi ska få in något barn som dör eller som är skadat och jag ska försöka stötta föräldrarna. Det är det läskigaste.” (Nina)

Likaså nämner några av kuratorerna att de tycker det är jobbigt med patienter som lever i svåra förhållanden:

”Det är tungt att se människor som lever i så destruktiva förhållanden, att man vet att den processen är så lång. Man får tänka att det lilla man har gjort, kanske ändå har effekt på sikt, lite längre fram.” (Jennifer)

Om det är en patient som är i samma ålder som kuratorn själv, då går tankarna lätt igång om att det som hänt patienten, även kan hända dem.

”Det som ligger närmast mig är de i min ålder som blir sjuka för det väcker mer i mig, såklart.” (Jennifer)

Kuratorerna sade även att om de får ett ärende där patienten påminner mycket om någon de själva känner eller att situation liknar en som de själva upplevt, så är det lättare för dem att bli berörda och att deras egna tankar och känslor växer.

”Det kan göra att man går igång och dras med. Det är jättelätt att stanna där inne och då inte se utan bara liksom känna.” (Isabelle)

I samtalet blir man medveten om sina egna upplevelser och om upplevelsen inte har bearbetats klart av kuratorn, kan den utgöra ett hinder för en meningsfull kontakt för patienten. Har den däremot bearbetats kan den vara användbar i patientarbetet (Worden, 2006:197-198).

Områden som kuratorn själv är rädd för att ta sig an kan hindra en effektiv stödrelation mellan patienten eller den anhörige och kuratorn (Worden, 2006:198). Att vara professionell innebär att kunna ta del av svåra människors livsöden och att kunna härbärgera smärtsamma känslor



(Lennéer-Axelsson, 2010:221). Men för att kunna vara professionell, behöver kuratorerna få hjälp med detta, och då i form av handledning.

För att hantera egna känslor och upplevelser säger My att man har olika metoder, hon försöker att ha positiva tankar. Handlar det om en barnfamilj där barnen kommer att förlora en förälder, känner My igen sig i det då hon själv har förlorat en förälder, så tänker hon: ”Det kommer att bli svårt för dem, men det har ju gått bra för mig.” För My är det viktigt att prata om svårigheter i ärenden för att kunna göra ett fortsatt bra arbete och hon vill verkligen betona vikten av samtal, att man inte ska underskatta att få prata av sig för det händer något med en i samtal. Lennéer-Axelsson (2010:210) skriver just att det är svårt att inse samtalets värde och att man inte gör det förrän man själv behöver hjälp. Detta instämmer Nina i:

”Jag har aldrig varit en sådan typ som har klarat av att bara släppa saker, tyvärr. Jag är avundsjuk på dem som klarar det, som bara liksom kan gå hem och sen gå till jobbet. Det har jag aldrig klarat. Så jag är väl väldigt känslig. Och det är på gott och ont. Så mitt råd till er, var försiktiga. Vi bränner ut oss för att vi bryr oss.” (Nina)

För Nina som inte har handledning, är kollegorna väldigt betydelsefulla när det kommer till att bearbeta svåra ärenden, och detta instämmer de övriga kuratorerna i från vår undersökning.

“Tänk om det inte hade varit några kollegor här. Vad hade man gjort då? Vem ska man då prata med? Jag och den övriga medicinska personalen pratar ju inte samma språk.” (Nina)

Under några intervjuer kom vi in på kuratorsberedskapen som finns på sjukhus. Eller, just nu så är det nerlagt men det har tidigare funnits i Lund. Nina berättade att det ska starta upp till hösten igen, och då även i Malmö. Att vi kom in på kuratorsberedskapen var för att vi undrade över hur det ser ut med stöd för patienter och anhöriga på helgerna, när kuratorerna inte arbetar. Nina berättade att en kurator kommer att ha jour på lördagen för Lund och Malmö, och en kurator har juren på söndagen för Lund och Malmö.

”Stackars människa säger jag bara. Om man får något ärende på helgen, då är det de värsta ärendena. Typ svår misshandel, barn som dör och anhöriga som är helt... Ja, inget litet vanligt samtal inte. (...) Tanken på att åka in där man inte känner någon och ta hand om saker där, nej. Då kan man ha ångest för mindre.” (Nina)

## 5.6 Förberedelse inför arbetet som sjukhuskurator utifrån socionomutbildningen

I början av våra intervjuer frågade vi kuratorerna om när de tog sin socionomexamen, hur länge de har arbetat som socionomer och inom vilka olika verksamheter i socialt arbete de har arbetat, för att på så vis få en bild av dem som socionomer. Vi fick veta att de har arbetat olika länge som kurator inom sjukvården, allt ifrån fem till tjugo år. Tidigare arbetsfarenheter som socionom har de inom verksamheter såsom socialtjänst, barnpsykiatri, missbruksvård, familjehem och barnhem. Vad gäller deras utbildningar så har de alla gått socionomprogrammet. Några av dem har gått kognitiv beteendeterapiutbildning (steg 1 KBT). Dessutom har några kuratorer gått handledarutbildning vilket innebär att de kan handleda personal på andra arbetsplatser och några av dem har läst en utbildning inom hälso- och sjukvård. Detta ledde oss fram till frågan huruvida redo eller förberedda de känt sig av socionomutbildningen inför arbetet som just sjukhuskurator. Endast Kajsa sade att hon känt sig förberedd. De övriga fem tycker inte alls att utbildningen rustat dem för arbetet som socionom inom sjukvården.

”När jag kom hit och började ha samtal, jag tyckte att man hade mycket med sig faktiskt. Jag tyckte det. (...) Det är ju från utbildningen kärnan kommer ifrån i alla fall.” (Kajsa)

När vi frågade Erica hur förberedd hon har känt sig av socionomutbildningen fick vi följande svar:

”Inte mycket kan jag säga. (...) Nej, jag vet inte, jag var inte jätteglad för den utbildningen kan jag säga.” (Erica)

Däremot tillägger Erica att hon har haft en del socionomkandidater och på så vis märkt att det har hänt mycket sedan hon gick utbildningen. Då tyckte hon att det var jättedåliga lärare och det var sådant flum. Men nu upplever hon att det är jättebra lärare, de är välutbildade i alla fall. Förr var det många lärare som kom direkt från behandlingshem in på skolan för att undervisa, och då blev det inte alltid jättebra.

”Ja, men nej, jag var på väg ifrån den utbildningen rätt många gånger.” Men det är ju en jättebra utbildning egentligen, bred och man kan söka mycket olika jobb. Så att det är nog det som lockat mig.” (Erica)

”Utbildningen var ju så allmän. Det var väldigt brett, inte alls specialiserat. Vi bara skickas ut liksom och ska kunna allt. Jag tycker inte alls att jag var förberedd av skolan och vad som skulle hända, tyvärr... Man lär ju sig

mycket om allt men, det här, det är från praktiken. Och den har de ju tagit bort med en termin sedan jag slutade.”

(Nina)

Bernler och Johnsson (2000:79) påpekar att det under utbildningens gång sällan fokuseras på studenternas känslomässiga upplevelser och reaktioner av det som inlärs.

Erica menar att för henne har det varit erfarenhet från olika arbetsplatser som gett henne kött på benen.

”Ja, så är det ju eftersom det är specialiserat inom vården så har man ju grunden. Alltså man vet ju var man ska vända sig, man vet ju var man ska hitta olika regler och lagar och allt sådant. Sen får man liksom utbildningen på stället. Man måste ju lära sig om sjukdomarna, hur situationen ser ut för anhöriga och hur situationen ser ut i kommunerna. Så det är väl kanske det här med samtalsmetodiken som är det som sitter bäst.” (Erica)

Flera av kuratorerna i vår studie uttrycker att det är tråkigt att så mycket av socionomutbildningen är inriktat på socialtjänst och missbruksvård samt att praktiken har gått från två terminer till en. I en rapport från Högskoleverket (2003) framhålls det att socionomutbildningen inte integrerar praktik och teori särskilt väl, praktiken är dryga 20 veckor, rapporten rekommenderar att praxis finns med under hela utbildningens gång. Nina och Isabelle menar nämligen att det är praktiken som förbereder en mest inför arbetslivet.

“På utbildningen var allt väldigt inriktat med att jobba på socialbyrå. Så då gällde det att få en praktikplats så man kunde se det andra. Så jag vägrade att vara på socialbyrå, jag visste att jag ändå kommer hamna på socialbyrå, jag skulle få lära det ändå.” (Nina)

Isabelle anser att det finns stora luckor i socionomutbildningen. Hon hade velat att psykologi och samtalsteknik får ta mer plats. Juridikterminen tycker hon var nyttig, men hon har ändå inte känt sig rustad för arbetet som sjukhuskurator. I rapporten från Högskoleverket (2003) uppmanas att lärandemålen bör ses över, för till exempel personlig utveckling, empatisk förmåga och samtalsmetodik då momenten för dessa är underdimensionerade (Högskoleverket, 2003). Eva-Lotta Hultén (2008) intervjuade en studierektor och en biträdande prefekt vid en socionomutbildning som framhöll brister i utbildningen när det kommer till egna reflektionstillfällen om yrkesrollen och etik, vilket studenterna hade behövt mycket av.

”På socionomprogrammet känner jag inte alls att jag fick så mycket. Innan jag började här så gick jag på någon kurs på universitetet, som hette behandlingssituationens psykologi. Det var kris och trauma och ja, precis, de bitarna fanns. Också konfliktlösning. Det är också mycket konflikter som ska lösas. Det har jag också fått lite. Mycket är att man hamnar i situationer och man lär sig. Jag tror att det är mycket så. Och så är det nog på de flesta ställen när man börjar jobba. Att det liksom är erfarenheten som ger. Men jag skulle gärna vilja ha mer i socionomprogrammet, om döden för alla kommer att dö. Det är något som är så, det kommer vi alla vara med om. (...) Kunskapsmässigt så tror jag att det är viktigt att man vet mycket om ångest och oro. Hur man kan hantera de känslorna. Vad det kan stå för. Att man kan ha samtal om de grejerna. Och sen också, familjesystemteori, att man jobbar med helheten. Jag tror det finns i socionomprogrammet. Det är jätteviktigt. Att alla påverkas. En annan grej det är att man på något sätt har ett sätt att tänka så att man inte. Det här är tungt, det är jättetungt att jobba med det här, så att man på något sätt kan hantera det själv. Så att man inte skadar sig själv.” (My)

Precis som My sa, att man lär sig av de situationer man hamnar i, så skriver Lennéer-Axelsson (2010:221) om att man som ny och oerfaren i sin utvecklingsprocess, kan behöva imitera förmågor i sin yrkesroll innan man har fått med sig mer kunskap och erfarenhet, för att kunna verka som en stabil kurator. Ober, Haag Granello och Wheaton (2012:150) nämner i sin artikel att det är bevisat att kuratorer inte är utbildade i eller känner sig bekväma med människor i sorg. Kuratorerna berättade att det finns olika föreläsningar och utbildningar som anordnas av arbetsplatsen som de får möjlighet att gå på men att det är svårt att få pengar för exempelvis steg 1-terapiutbildningar.

”Aldrig haft möjlighet att gå steg 1. Naturligtvis hade jag velat ha det, för att utvecklas både professionellt och privat.” (Jennifer)

Till sist undrade vi hur kuratorerna tror att det är för en nyexaminerad socionom på 23 år, att få sitt första arbete som sjukhuskurator, och utan direkt arbets- och livserfarenhet. Kajsa tror inte att det spelar någon större roll att man inte har erfarenhet av familj, barn, skilsmässa och liknande, utan att det som spelar roll är hur vi är och inte vem vi är, vilket Hendrick (2013:31-32) också framhåller liksom att ens utbildning ger grunderna för arbetet men att det också krävs träning i etik och professionellt beteende. Kajsa menar att när kontakt väl har etablerats mellan kurator och patient, så spelar åldern ingen roll. Det gäller bara att kunna sitta kvar i stolen och tro på sig själv och det man kan.

“Ibland så kommer det alltid vara att jag kommer funka bättre med vissa patienter än med andra, oavsett ålder.”  
(Isabelle)

Här tar Isabelle sig själv som exempel. Hon började läsa sent och var klar i 35-årsåldern och när hon började jobba tänkte hon att andra skulle förvänta sig mer av henne än av en nyexaminerad 23-åring, och att hon då kanske inte skulle kunna leva upp till förväntningarna. Hon menar att hon är en bättre kurator nu än vad hon hade varit när hon var 23, men det betyder inte att hon är bättre än en 23-åring, utan bara att hon är bättre än vad hon själv hade varit. Erfarenhet har hjälpt henne, men så har den andra kuratorn kanske en bättre förmåga till att läsa av patienter och anhöriga.

”Sen är det ju bra med erfarenhet av livet för övrigt men den måste vi ju få liksom. (...) Det allra, allra viktigaste är någonstans att man är närvarande och lyssnande. För kan man inte vara närvarande och lyssnande så är det liksom, då spelar det ingen roll hur mycket livserfarenhet och arbetslivserfarenhet och hur många utbildningar man har gått. Det är det patienten är i allra störst behov av.” (Isabelle)

”Jag tror att man måste vara lite självsäker. Att man måste känna att man är lite påläst. Man ska vara ödmjuk men inte osäker i sitt sätt att vara. ’Jag är ung och kanske inte vet så mycket men jag försöker.’ Inte så, utan ’Jag är kurator här, så här jobbar jag. Vad kan jag göra?’ Att den här självsäkerheten finns. Det finns sådana som har jobbat jättelänge som kanske inte vill vara där utan är där för att de har varit där ett tag. I terapi och så, sägs det att relationen är 80 %, relationen är jätteviktig. Att man bygger upp en relation och att det finns förtroende. ’Jag är här för att jag vill. Jag vill lyssna på dig.’ Det är inte bara ’Aa, mm, mm, ah.’ Och att resten, 20 % är metoden.” (My)

Kajsa berättade för oss att hon fick sin kuratorstjänst genom att en av hennes handledare från praktiken ringde upp och frågade om hon kunde jobba på en annan klinik. När Kajsa fick veta mer om arbetet tänkte hon att hon inte skulle klara av det för det var många saker som hon inte hade lärt sig. Men då hade handledaren sagt att det kommer hon att få lära sig väl på plats, och så blev det också. Så att en ingång till att bli sjukhuskurator, är att ha haft sin socionompraktik inom sjukvården, och de kontakter man skapat.

Erica sa att det har varit en del som gått i pension de senaste åren vilket har gjort att det kommit in en del unga kuratorer inom sjukvården. Hon tror inte att det är åldern i sig som avgör utan den erfarenhet man har inom socialt arbete, så att börja arbeta på socialtjänsten som ger en bra grund, tror hon inte är helt fel och hon ångrar faktiskt att hon inte tog den möjligheten.

”Man måste tillåta sig att var man än kommer, så är man ny och man måste få vara ny. Skulle jag börja på en annan klinik nu, fast jag har jobbat länge inom sjukvården, skulle jag också känna mig ny, för det är ju olika överallt. Sakta men säkert kommer bitarna på plats. Fast det verkar skrämmande först. (...) I början är det mycket osäkerhet. Men jag tror att man har med sig mer än vad man själv tror.” (Kajsa)

## **6. Sammanfattning och avslutande diskussion**

Från början var tanken med vår uppsats att undersöka och kolla på sjukhuskuratorers förhållningssätt, bemötande, hantering av reaktioner samt hur de förbereder sig inför sina samtal med patienter och anhöriga. Utifrån de intervjuer vi har gjort har vi dessutom upptäckt att handledning och utbildning i och inför arbetet har varit en viktig punkt för kuratorerna. Därför valde vi också att vidga vår inriktning under uppsatsens gång för att belysa just handledning och utbildning som har en betydande roll i arbetet enligt kuratorerna, även om vi från början hade tänkt undersöka kuratorernas möjlighet till egen bearbetning som på sätt och vis innefattar handledning.

Sammanfattningsvis har vi under uppsatsens gång fått fram att det är ytterst viktigt att ha ett professionellt förhållningssätt som sjukhuskurator vilket innebär att kunna vara personlig utan att bli för privat, att kunna bjuda på sig själv och att vara öppen och empatisk gentemot patient och anhörig. Här kommer professionsetiken in då det som yrkesutövare handlar om att dagligen möta personer ansikte mot ansikte och att fatta beslut som kan resultera i både stora och små konsekvenser för personen i fråga (Christoffersen, 2007:83). Det handlar även om att agera där yrkesutövarnas professionella kompetens ligger till grund för mötet (Christoffersen, 2007:84-86). Att man ska kunna vara personlig utan att vara privat är något vi hört talas om och läst mycket om tidigare under vår utbildning och nu har vi också fått det bekräftat av yrkesverksamma kuratorer, hur det är att förhålla sig till den gränsen. Vad kuratorerna däremot också pekat på i samband med professionalitet, är att det är viktigt att man kan bjuda på sig själv för att skapa förtroende hos patienten eller den anhörige. Det handlar alltså inte om att vara kall och stängd utan man kan som kurator vara öppen och empatisk och ändå vara professionell. Precis som Svensson et al. (2008:74) skriver kan professionalisering bland annat handla om att en kunskapsbas för socialt arbete håller på att utvecklas till att socialarbetare blir mer professionella i sitt arbete, då det inom professionaliseringen finns etiska krav som tyder på att professionella yrkesutövare ska visa respekt gentemot de som tar emot deras tjänster (Egidius, 2011:144–146-151). Detta menar vi att kuratorerna poängterat

genom att beskriva den professionella hållningen de har i möte med andra människor, som även mynnar ut i hur de hanterar reaktioner, egen bearbetning och hur de förbereder sig inför mötena. Professionaliseringen sker i ett visst socialt sammanhang men socialt arbete kan oavsett räknas som en professionellt drivande verksamhet där enskilda socialarbetare utför ett professionellt arbete (Svensson et al., 2008:91).

När det gäller för kuratorerna att hantera patienters och anhörigas reaktioner såsom ilska eller ledsamhet, och även de känslor som väcks inom kuratorn själv i samtal, har vi fått fram att det viktigaste för kuratorn är att hålla sig lugn, vara i nuet och att finnas som ett stöd för personen i fråga. Vad som även framkommit av ett par kuratorer, är att det jobbigaste är när patienter eller anhöriga inte reagerar över huvud taget, och att det då blir väldigt svårt att nå fram och hjälpa personen. När det kommer till kuratorernas personliga reaktioner, menar kuratorerna att det viktigaste är att hålla sig neutral och inte gräva ner sig för djupt i personens aktuella livssituation. Med detta menas inte att kuratorerna distanserar sig och verkar ointresserade av personen och situationen utan att de mer får vara uppmärksamma på att inte gå över gränsen till att bli för privat och för känslig. Ett exempel på detta kan vara om kuratorn arbetar med en patient som går genom något som kuratorn själv har upplevt och som indirekt påverkar kuratorns professionella förhållningssätt.

I kuratorernas dagliga arbete förbereder de sig på olika vis, både känslomässigt och praktiskt och förberedelserna sker både medvetet och omedvetet. Kuratorerna menar att förberedelserna är viktiga överlag. Rent praktiskt förbereder de sig genom att läsa på i patientjournaler och hör sig för med övrig personal på arbetsplatsen för att bredda sitt perspektiv samt få en översikt om vad det är för slags person eller personer de ska möta. Detta görs för att de ska kunna leda samtalet år rätt håll redan från början. Vad vissa av kuratorerna dock förmedlade var att de föredrar att inte ta reda på så mycket om patienten innan det första mötet, då de vill skapa sig en egen uppfattning om personen först och inte bära med sig en massa tidigare intryck och upplevelser utifrån annan personal som träffat patienten eller de anhöriga. Vad gäller de känslomässiga förberedelserna påpekade kuratorerna att egentid och chans för återhämtning mellan olika samtal är ytterst viktigt för att de ska kunna sätta sig in i varje enskild patients situation ordentligt, utan att vara frånvarande eller distra på grund av annat i tankarna. Några av kuratorerna påpekade också att få tänka igenom samtalet innan det påbörjats då det är betydelsefullt för att kunna hinna förbereda sig rent mentalt på vad som komma skall. Några av kuratorerna sa dessutom att den känslomässiga förberedelsen nog sker omedvetet och att de praktiska förberedelserna även ger en slags känslomässig förberedelse

genom att man ställer in sig på vilken patient det är man ska träffa. Förberedelse inför arbetet som sjukhuskurator utifrån socionomprogrammet menar kuratorerna att de inte är nöjda med då de känner att det saknas några bitar till helheten. Alla utom en kurator känner sig inte riktigt nöjda med sin socionomutbildning, de anser bland annat att det hade behövts mer samtalsmetodik och mer inriktning på död och sorg i utbildningen och inte så mycket fokus på socialtjänst och missbruksvård. Hade de fått mer av denna kunskap på socionomprogrammet tror kuratorerna att de hade känt sig mer förberedda i sitt arbete. Vad kuratorerna också poängterat är att man får mycket av sin utbildning på arbetsplatsen men att socionomutbildningen ger en bred grund att stå på. En del av de intervjuade kuratorerna har dessutom fått vidareutbildningar på sina arbetsplatser.

Vi har fått fram att handledning spelar en stor och avgörande roll när det gäller kuratorernas möjlighet till egen bearbetning av arbetet. Alla intervjuade kuratorer får kontinuerlig handledning förutom två stycken, där en menade att det inte gör något då det finns mycket samarbete på arbetsplatsen vilket även inkluderar stöd kollegor emellan. Den andra kuratorn menade på att handledning behövs, men att det inte finns resurser till det. Generellt sett finns det ett behov av handledning och det både uppskattas och gynnar kuratorernas arbete i frågor som att kunna hålla en professionell gräns och att bli bekräftad i diverse ärenden.

Enligt den sammanfattning vi ovan gett framkommer de svar vi har fått på våra frågeställningar. Det har varit roligt att undersöka området och vi känner att vi har fått med oss mycket kunskap, både ny och bekräftad. Det har även dykt upp nya tankar hos oss under uppsatsens gång som vi gärna hade velat skriva om, men på grund av tidsbrist och plats i vår uppsats valde vi att inte fördjupa oss i ytterligare teman. Vad som bland annat väckte vårt vidare intresse, är när det kommer till förhållningssätt och hur yttre attribut hos kuratorn kan spela roll och få en avgörande betydelse i möte med patienter och anhöriga. När vi säger yttre attribut tänker vi på exempelvis särdrag, kuratorns ålder eller att bära vit rock (arbetskläder). Har dessa attribut någon betydelse och i så fall på vilket sätt? Hur påverkar det mötet, både utifrån kuratorns och patientens perspektiv? Vi menar att det inte borde påverka mötet, men att det finns risk för att det faktiskt gör det, till exempel när det gäller att bära den vita rocken som personal inom sjukvården använder eller om kuratorn är nyexaminerad och väldigt ung. Kan den vita rocken avskräcka patienten till att vilja prata med kuratorn, eller snarare ge ett mer seriöst intryck som får patienten att känna förtroende för kuratorn? Skapas förtroende och relation mellan kurator och patient lättare eller svårare om kuratorn är i 50-årsåldern och har



arbetat i femton år på arbetsplatsen än om kuratorn är 23 år gammal och vare sig har erfarenhet av arbete eller egen familj?

Utifrån de intervjuer vi har genomfört har vi dessutom förstått och fått kunskap om att kuratorerna anser att det inte finns tillräckligt med kuratorer inom sjukvården. De hade behövt vara fler för att kunna utföra ett ännu bättre arbete som sjukhuskuratorer och ge stöd till alla patienter och anhöriga som behöver stöd, och inte behöva följa prioriteringslistor. Vikten av det psykosociala stödet börjar dock uppmärksammas allt mer och mer, men det är inte färdigt på långa vägar.

## Referenser

- Aspers, P (2007). *Etnografiska metoder. Att förstå och förklara samtidigt*. Malmö: Liber.
- Bernler, G & Johnsson, L (2000). *Handledning i psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Birgegård, G (2005). "Professionell hållning". I Beck-Friis, B & Strang, P (red.): *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber.
- Blom, B, Morén, S & Nygren, L (2006). *Kunskap i socialt arbete. Om villkor, processer och användning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Blomberg, K & Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 244-254.
- Bryman, A (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Christoffersen, S-A (2007). "Professioner och professionsetik - vad är det?". I Christoffersen, S-A, (red.): *Professionsetik*. Malmö: Gleerups.
- Christoffersen, S-A (2007). "Professionsetik som omdömesfråga". I Christoffersen, S-A (red.): *Professionsetik*. Malmö: Gleerups.
- Cummins, P N., Massey, L & Jones, A. (2007). Keeping Ourselves Well: Strategies for Promoting and Maintaining Counselor Wellness. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, vol. 46, no. 1, pp. 35-49.
- Dosser, I & Kennedy, C (2012). Family carers' experiences of support at the end of life: carers' and health professionals' views. *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 18, no 10, pp. 491-497.
- Egidius, H (2011). *Etik och profession - i en tid av ökande privatisering och myndighetskontroll*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Eriksson, K (2003). "Våld och hot". I Carlander, J, Eriksson, K, Hansson-Pourtaheri, A-S, Wikander, B (red.): *Trygga och otrygga möten - vardagsetik och bemötande i arbete med människor*. Stockholm: Gothia.

- Fredlund, U (1997). *Kuratorsverksamhet inom svensk sjukvård under 70 år. Glimtar och utvecklingstrender*. Stockholm: Svensk Kuratorsförening.
- Hansson-Pourtaheri, A-S (2003) "Otrygga möten - psykologiska tankemodeller och strategier". I Carlander, J, Eriksson, K, Hansson-Pourtaheri, A-S & Wikander, B (red.): *Trygga och otrygga möten - vardagsetik och bemötande i arbete med människor*. Stockholm: Gothia.
- Hawkins, P & Shohet, R (2008). *Handledning inom behandlande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Hendrick, S S. (2013). Therapists in Oncology Settings. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, vol. 18, no. 1, pp. 27-40.
- Hollands, D (2004). Reflections on client - counselor communications. *Psychodynamic Practice*, vol. 10, no. 4, pp.490-499.
- Holm, U (2001). *Empati. Att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och kultur
- Holm, U (2009). *Det räcker inte att vara snäll: om empati och professionellt bemötande inom människovårdande yrken*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hultén, E-L (2008). *Socionomutbildning med brister*. <http://www.evalottahulten.com/artiklar-reportage/socionomutbildning-med-brister-faktum-oktober-08/> (hämtad 19/5-2013)
- Högskoleverket (2003) *Socialt arbete – En bakgrund till ett forskningsämne. Socialt arbete: En nationell genomlysning av ämnet*.  
<http://www.fas.se/upload/dokument/publiktioner/pdf/socialt-arbete.pdf> (hämtad 16/5-2013)
- Johnsson, L (1999). "Dokumentation och journalföring". I Bernler, G, Cajvert, L, Johnsson, L & Lindgren, H (red.): *Psykosocialt arbete. Idéer och metoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Johnsson, L (1999). "Yrkesroll och professionalitet". I Bernler, G, Cajvert, L, Johnsson, L & Lindgren, H (red.): *Psykosocialt arbete. Idéer och metoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Jönsson, Håkan (2010). *Sociala problem som perspektiv. En ansats för forskning och socialt arbete*. Malmö: Liber.
- Lennér-Axelsson, Barbro (2010). *Förluster. Om sorg och livsomställning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Lundin, A, Benkel, I, de Neergaard, G, Johansson, B-M & Öhrling, C (2009). *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Magnusson, A (2012). *När brustna hjärtan läker*. Stockholm: Svenska Institutet För Sorgbearbetning.

May, T (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Meeuwisse, A, Sunesson, S & Swärd, H (2006). *Socialt arbete. En grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.

Meeuwisse, A, Swärd, H, Eliasson-Lappalainen, R & Jacobsson, K (red.) (2008). *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur och Kultur.

Milberg, A (2005). "Anhöriga vid palliativ vård". I Beck-Friis, B & Strang, P (red.): *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber.

<http://www.ne.se/lang/profession> (hämtad 5/5-2013)

Ober, A M., Haag-Granello, D & Wheaton, J E. (2012). Grief Counseling: An Investigation of Counselors' Training, Experience, and Competencies. *Journal of Counseling and Development*, vol. 90, pp. 150-159.

Olsson, S (1999). *Kuratorn förr och nu. Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*. Göteborgs universitet. Göteborg: Kompendiet AB.

Rowlands, A (2011). "Trauma Counselling". I Healy, L M. & Link, R J. (red.) *Handbook of International Social Work: Human Rights, Development, and the Global Profession*. Oxford Scholarship Online.

Socialhögskolan vid Lunds universitet. *Råd och anvisningar inför uppsatsarbete*. Januari 2013. Lund: Socialhögskolan.

Socialstyrelsen (2007). *Forskning som speglar vården i livets slutskede – sammanställning av aktuell forskning*.

Svensson, K, Johnsson, E & Laanemets, L (2008). *Handlingsutrymme. Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Worden, J. W (2006). *Sorgerådgivning och sorgeterapi. En bok för alla som möter och vill hjälpa sörjande*. Stockholm: Svenska Institutet för Sorgbearbetning.

World Health Organization (2002) “WHO Definition of Palliative Care” < [www.who.int/cancer/palliative/definition/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/)> (hämtad 20/3-2013)

## **Bilaga 1 Informationsbrev till kuratorerna**

Hej!

Vi är två studenter på Socialhögskolan i Lund som just nu är i full gång med att skriva vår C-uppsats. Vi har valt att fördjupa oss i de samtal som sjukhuskuratorer för tillsammans med patienter och anhöriga, med fokus främst på kuratorns upplevelser av samtalen. Hur kuratorn hanterar sina känslor vid ärende som påminner om egenupplevda situationer, vad kuratorn kan erbjuda för stöd för patienter och anhöriga samt hur kuratorn hanterar patienters känslor och reaktioner, är exempel på det vi vill veta mer om.

Vi skulle därför gärna vilja komma i kontakt med er för en intervju kring det vi skriver om. Ni garanteras anonymitet och deltagandet i intervjun är självklart frivilligt. När arbetet sedan är klart får ni tillgång till resultatet.

Meddela oss senast onsdagen den 10 april om ni vill delta eller inte.

Vi vore tacksamma om ni ville ställa upp för en intervju.

Vänliga hälsningar,

Madelene Holmberg & Sara Knutsson

Vid frågor går det bra att kontakta oss på 0000-000000 (Madelene) och 0000-000000 (Sara).

Ni kan också skicka ett mail till \_\_\_\_\_ eller \_\_\_\_\_ .

Vid frågor kan ni även kontakta vår handledare, Anett Schenk, via telefon 000-0000000 eller mail \_\_\_\_\_.

## **Bilaga 2 Intervjuguide**

### **Intervjuguide**

#### Bakgrundsfrågor

1. Hur ser dina arbetsuppgifter ut?
2. Vad innebär din roll som kurator här?
3. Hur kommer patienter och anhöriga i kontakt med dig?
4. Vad erbjuder du för stöd till patienter och anhöriga?
5. Vilket värde ger det stöd du erbjuder patienter och anhöriga?
6. Vad är det för slags samtal ni har, exempelvis medverkan vid diagnosbesked?
7. I vilket syfte har ni dessa slags samtal?
8. Hur mycket tid står till ditt förfogande i kontakten med patienter och anhöriga?
9. Hjälper du till att förmedla samtalskontakt i patientens hem?

#### Förberedelser inför samtalet

10. Hur förbereder du dig känslomässigt inför samtal?
11. Hur förbereder du dig rent praktiskt inför samtal?
12. Vilken mening ger förberedelserna samtalen?
13. Vilket förhållningssätt har du gentemot patienter och anhöriga?
14. Vilken betydelse har olika förhållningssätt i samtal med patienter och anhöriga?

#### Själva samtalet

15. Hur inleder du samtalen?
16. Hur avslutar du samtalen?
17. Hur hanterar du eventuella reaktioner hos personerna under samtalet?
18. Hur hanterar du dina egna känslor vid ärende som påminner om situationer du själv har upplevt?
19. Kan du berätta om något fall där du har blivit extra berörd, handlingsförlamad, osäker?
20. Får du någon handledning i ditt arbete? Om ja, hur ofta? På vilket sätt handleds du?
21. Känner du behov av handledning? Om ja, på vilket sätt?

### **Bilaga 3 Vinjett**

Maria, 41 år och mannen Anders, 45 år, har precis haft ett samtal tillsammans med en läkare som sagt att hon har cancer och har cirka ett halvår kvar att leva.

Maria bor med Anders och deras två barn Emilia och Erik, 6 och 9 år gamla. De köpte ett radhus för fyra år sedan i Stångby. Maria arbetar som lärare på en mellanstadieskola i Eslöv och Anders är polis i Malmö. Barnens mormor och morfar bor i Lund medan farmodern bor i Helsingborg. Anders yngre bror Anton bor i Landskrona med frun Magdalena och dottern Ida. Maria inser situationens allvar och gör sitt bästa för att ordna inför framtiden utan henne, att få vardagen att fortsätta fungera. Anders däremot, förstår inte riktigt situationens innebörd, han är i chock och är inte införstådd med den kommande förändringen.

### **Funderingar som dyker upp hos Maria**

Hur ska detta berättas för barnen, släkt och vänner? Hur kommer familjen att klara sig utan henne, på bara en inkomst och med lån på huset och bilen? Hur kommer Anders att gå vidare, kommer han att klara av matlagning, städning och handling? Kommer han träffa någon ny? Hur kommer skolgången att bli för barnen?



## Bilaga 4 "Gropen"

### "Gropen"

2006-04-08

En metafor – om individens utvecklingsprocess.

#### I

*Jag går nerför gatan.*

*Det är ett djupt hål i trottoaren.*

*Jag ramlar ner.*

*Jag är förlorad... jag är hjälplös.*

*Det är inte mitt fel.*

*Det tar evighet att ta sig upp.*

#### II

*Jag går nerför samma gata.*

*Det är ett djupt hål i trottoaren.*

*Jag låtsas att jag inte ser det.*

*Jag kan inte fatta att jag är här igen.*

*Men det är det inte mitt fel.*

*Det tar lång tid att ta sig upp.*

#### III

*Jag går nerför samma gata.*

*Det är ett djupt hål i trottoaren.*

*Jag ser det.*

*Jag ramlar ner... det är en vana...*

*Men*

*Mina ögon är öppna*

*Jag vet var jag är*

*Det är mitt fel.*

*Jag kommer upp på en gång.*

#### IV

*Jag går nerför samma gata.*

*Det är ett djupt hål i trottoaren.*

*Jag går runt det.*

#### V

*Jag går nerför en annan gata.*

Författare: James Hollis, hämtat ur: *Vid livets mitt, sid. 114*