

# Hälso- och sjukvårdskuratorn i storstaden Urbanisering, specialisering och komplex samverkan

Veronica Svärd, Lill Hultman

Veronica Svärd, legitimerad hälso- och sjukvårdskurator, lektor i socialt arbete med inriktning hälso- och sjukvård vid Södertörns högskola, Huddinge, samt projektledare vid Karolinska Institutet, Stockholm. E-post: veronica.svard@sh.se

Lill Hultman, legitimerad hälso- och sjukvårdskurator, lektor i socialt arbete med inriktning hälso- och sjukvård vid Södertörns högskola, Huddinge, samt postdoktor vid Karolinska Institutet, Stockholm. E-post: lill.hultman@sh.se, lill.hultman@ki.se

Yrket hälso- och sjukvårdskurator växte fram ur urbaniseringen vid förra sekelskiftet, men vilken betydelse urbaniseringen haft för kuratorsyrket har inte utforskats. I denna artikel undersöker vi hur kuratorns organisatoriska förutsättningar och professionella handlingsutrymme präglas av den urbana miljön. Tematisk analys genomfördes av individuella intervjuer och fokusgruppintervjuer med asylkuratorer och habiliteringskuratorer i Region Stockholm. Fyra teman framträdde: 1) Socialt arbete med urbaniseringsprocesser, 2) Globaliseringen och storstaden, 3) Effektivisering och handlingsutrymme samt 4) Storstadens många samverkansytor. En central slutsats är att den urbana miljön både kan innebära ett kraftigt begränsat handlingsutrymme, men också ge förutsättningar till ökat handlingsutrymme. Detta tycks bero på om styrning och utformning av uppdrag och arbetsuppgifter är framförhandlade utifrån patienters behov och utifrån kuratorsprofessionens egna villkor eller inte.

Health social worker as a profession emerged from the urbanization in the early 20th century. Nevertheless, the importance of the urbanization for the profession has not been studied. In this article, we explore how the organizational prerequisites and professional discretion of health social workers is influenced by the urban environment. Individual and focus group interviews collected among health social workers specialised in immigration respectively working in habilitation services within the Stockholm Region. Data was analysed using thematic analysis. Four themes were discovered: 1) Social work with urbanisation processes, 2) Globalization and the city, 3) Efficiency and professional discretion, and 4) the Big city's many areas of collaboration. The results indicate that the urban environment can involve both a very limited professional discretion, but also provide conditions for increased professional discretion. This depending on whether steering and formation of assignments and tasks are negotiated on the basis of patients' needs and based on the professions' own conditions.

## Inledning

Kuratorsyrket växte fram vid förra sekelskiftet som en reaktion på industrialiseringen och urbaniseringen i de västerländska samhällena. Nya sanitära och sociala problem skapade behov av en yrkesgrupp som utgjorde länken mellan sjukhusen och det sociala arbetet i samhället kring patienter utan bostad, pengar eller arbete (Olsson 1999) och de nya kuratorerna gavs ett stort handlingsutrymme att lösa en mängd praktiska sociala problem.

Drygt hundra år senare har urbaniseringen i Sverige bytt skepnad, och är nu sammanvävd med immigration snarare än emigration. Denna sammanvävning av globalisering och urbanisering bidrar till social segregering och marginalisering av personer med utländsk bakgrund och socialt utsatta grupper i storstadsområden (Alinia & Songur 2019). Urbanisering kan beskrivas som en socialt sammansatt process där den strukturella förändringen materialiseras genom en geografisk koncentration av vissa aktiviteter i urbana miljöer (Lilja 1990), som framväxten av specialiserade vårdaktörer och högspecialiserade universitetssjukhus i de större städerna. Koncentreringen av sådana vårdformer, liksom av socioekonomiskt utsatta grupper, kan innebära ökad segregation inom en region, men också på nationell nivå, där segregationen alltså präglas av stor variation i både befolkningssammansättning och organisatoriska förutsättningar (Lilja 2008).

Även om forskning om kommunbaserat socialt arbete och urbanisering har börjat växa fram (Alinia & Songur 2019, Elmersjö m.fl. 2020) och kunskapen finns om att komplexa sociala problem och ohälsa i högre grad präglar urbana miljöer (Vlahov & Galea 2002) så finns det ännu ingen forskning om på vilket sätt hälso- och sjukvårdskurators organisatoriska förutsättningar och handlingsutrymme präglas av att arbeta i urbana miljöer. En studie fann skillnader i kurators organisering mellan universitetssjukhusen i storstäderna och mindre regionala sjukhus, där universitetssjukhusens gemensamma kuratorsorganisationer förhandlade kring kurators arbetsuppgifter och interprofessionella gränsdragningar (Svärd 2014). I övrigt har vi inte funnit studier som diskuterar kurators arbete i relation till just urbanisering och storstadens specifika villkor. Det saknas därför kunskap om hur urbanisering kan tänkas påverka kuratorer inom olika verksamhetsfält. Större självständiga kuratorsorganisationer tycks dock bidra till ökat professionellt handlingsutrymme och mer framgångsrika jurisdiktionella strävanden över arbetsuppgifter när det framförhandlats av professionen själv (Svärd 2014). Professionellt handlingsutrymme kan teoretiskt förstås som omgärdat av lagar, restriktioner och normer som den yrkesverksamma har att förhålla sina handlingar i relation till (Dworkin 1977). Det omgärdas alltså av både formella restriktioner och av informella reglerande normer (Svensson 2010). När en organisation skapar regler och riktlinjer för arbetsupp-

gifter, kan det leda till ökad standardisering av arbetet och mindre utrymme för professionens bedömningar av behov och åtgärder utifrån empati och yrkesbaserad kompetens (Ahrne 1994).

Syftet med denna artikel är att empiriskt undersöka hur kuratorns organisatoriska förutsättningar och professionella handlingsutrymme präglas av den urbana miljön. Materialet består av intervjuer med kuratorer som arbetar med två olika målgrupper av patienter inom två olika typer av verksamheter, nämligen habiliteringskuratorer verksamma vid habiliteringscenter respektive asylkuratorer på ett sjukhus. Genom detta avser vi att identifiera likheter och skillnader mellan två skilda verksamhetskontexter.

## Metod och material

År 2016–2017 införde Karolinska Universitetssjukhuset 'Projekt Asylkurator': ett mobilt team med fem asylkuratorer, vilka arbetade med asylsökande och papperslösa vuxna och barn. Projektets syfte var att samordna samhällsresurser och skapa en socialt hållbar utskrivningssituation för dessa patienter (Svärd m.fl. 2019). Individuella semistrukturerade intervjuer gjordes med asylkuratorerna som talade sammantaget 10 språk. Intervjuerna fokuserade på upplevelser av uppdraget, arbetssätten, och de organisatoriska förutsättningarna i arbetet. Intervjuerna varade 36–55 minuter.

Två fokusgruppsintervjuer genomfördes våren 2021 med sammanlagt fem habiliteringskuratorer från olika habiliteringscenter i Region Stockholm. Deltagarna i ena gruppen hade också arbetat tillsammans på en råd- och stödenhet. Habiliteringskuratorerna hade arbetat mellan 5,5–42 år, inom både barn respektive vuxenhabiliteringen. Intervjuerna fokuserade på erfarenheter av att arbeta i urban kontext och förändringar över tid. Då endast två deltog i ena fokusgruppen genomfördes den av andraförfattaren ensam, medan båda författarna medverkade i fokusgruppsintervjun som moderator (LH) respektive bisit-tare (VS). Intervjuerna genomfördes via videolänk och pågick cirka två timmar.

Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Transkriberingarna tematiserades med induktiv ansats (Braun & Clarke 2006). Dataanalysprogrammet NVivo12 användes för kodningen av asylkuratorintervjuerna. Analysen påbörjades vid designen av artikeln, utifrån att storstadsperspektivet framträtt i intervjumaterialet med asylkuratorerna och att fler intervjuer med kuratorer på detta tema vore intressant. Transkriberingarna kodades först grovt separat av författarna (VS kodade materialet med asylkuratorerna och LH med habiliteringskuratorerna), varpå författarna i flera steg fortsatte koda den andra författarens förslag på kodning. Kodningarna diskuterades på så sätt gemensamt i flera steg för att nå konsensus kring de mest betydelsebärande temana, inom och mellan materialen, och för att stärka reliabiliteten och validiteten (Castleberry & Nolen 2018).

Deltagarna gav skriftligt eller muntligt samtycke. I resultatpresentationen har beskrivningar och citat anonymiserats och deltagarna getts fiktiva namn.

## Resultat

Detta avsnitt presenterar en tematisk analys av intervjuerna med asylkuratorerna respektive habiliteringskuratorerna. Fyra teman framträdde: 1) Socialt arbete med urbanisering, 2) Globaliseringen och storstaden, 3) Effektivisering och handlingsutrymme och 4) Storstadens många samverkansytter. Den tematiska analysen baseras i begreppen storstad, urbanisering, globalisering och professionellt handlingsutrymme. I den efterföljande avslutningen görs en fördjupad teoretisk diskussion av de empiriska resultaten.

### *Socialt arbete med urbanisering*

I intervjuerna med asylkuratorerna beskrev de ofta urbaniseringen i relation till patienter som har migrationsstatus som något underförstått; patienternas vilja att bo i Stockholmsområdet framstod som ett grundantagande som inte explicit uttalas under intervjuerna. Men urbaniseringen framkom också explicit i patientarbetet med kartläggning, information om rättigheter, samtal kring oro och samverkan. Ofta rörde det sig om praktiska frågor kring boende eftersom asylsökande personer är en patientgrupp som ofta blir tilldelade bostad av Migrationsverket:

*Säg att dom behöver ett boende som tar hänsyn till infektionsrisker. Och också då dialog med... Då måste jag gå tillbaka till familjen och förklara det här kan Migrationsverket erbjuda. Det är inte alla gånger dom förstår vad det är. Jag hade någon familj som sa att dom kunde bo varsomhelst i Sverige men visste inte hur Sverige såg ut. Då måste man börja på den delen. Någonstans ha ett motiverande samtal kring det; "Du har större chanser om du lämnar Stockholm". (Olivia, asylkurator)*

Motiverande samtal kring boendeort räckte inte alltid. En familj som valde att bo kvar på ett anläggningsboende i Stockholm började ställa krav på boendets fönster och inredning, och Olivia sade att hon med tiden förstått boendefrågan som något materiellt som asylsökande kan påverka och känna kontroll över, i kontrast till andra osäkerhetsfaktorer i livet.

Urbanisering blir också en konsekvens av att högspecialiserad sjukhusvård enbart erbjuds vid landets universitetssjukhus. Asylkuratorerna beskrev att patienter från mindre städer och orter ibland behövde boende i Stockholmsområdet, när täta besök inom den högspecialiserade vården krävdes. Ofta ordnade Migrationsverket handläggare sådant boende, men ibland upplevdes de vara motvilliga:

*Oftast, när jag försöker det här med att jag vill ordna boende så är det "ja men alla vill,*

*alla ringer och vill ha det i Stockholm och nära sjukhuset och"... Nästan som att man hittar på lite att det är det. Medan det kanske finns någon som svårt sjuk och som behöver komma på regelbundna besök. (Maryam, asylkurator)*

I samtal med medicinsk personal, uttrycktes ibland motstridiga bedömningar om huruvida patienten behövde bo i Stockholm eller inte. Detta lämnade asylkuratorn villrådig kring hur hon skulle agera och bemöta patienten i boendefrågan.

### *Globaliseringen och storstaden*

Globalisering i storstadskontexten framkom i intervjuerna med både habiliteringskuratorerna och asylkuratorerna. När Alyssa jämförde arbetet som asylkurator med sitt tidigare arbete inom socialtjänsten i ett förortsområde med hög andel immigrerade invånare, menade hon att asylsökande patienters oro oftare kretsar kring basala behov. Asylkuratorerna har därför sällan stödsamtal med sina patienter:

*Vi gör det [stödsamtal] också men man tar lite längre tid att komma dit, det är mycket mer praktiskt. Dom behöver liksom få hjälp med, ja men det som inte fungerar, liksom med boende, ekonomi, allting sånt. (Alyssa, asylkurator)*

Asylkuratorerna menade att mängden praktiskt arbete kring patienterna gjorde att samtalsbehandling inte kom i första rummet. Olivia berättade att en psykolog skickat remiss avseende en papperslös patient som enligt hens bedömning inte kunde tillgodogöra sig den psykologiska behandlingen eftersom avsaknad av uppehållstillstånd, bostad, pengar och mat dominerade tillvaron. När patienten med asylkuratorns hjälp återigen skrivits in som asylsökande, fått tillfälligt boende och dagersättning via Migrationsverket och mer ordning i tillvaron, fick patienten också förutsättningar att genomgå medicinsk och psykologisk behandling.

Asylkuratorerna beskrev patienternas utsatta position när de inte kunde svenska eller engelska och inte kunde göra sig förstådda i relation till myndigheter, sjukvården eller i akuta situationer. Även om asylkuratorerna tillsammans talade flera språk så använde de ofta tolk. Tolksamtal beskrevs som ett hinder i processer, särskilt för patienter med svårigheter att ta till sig information. Att arbeta med patienter med stora hjälpbehov i kommunikationen beskrevs som att ständigt bedöma balansen mellan patientens behov och förmågor.

*Att man ska ha den här balansen för det är ändå en person, man ser till dens förmågor och vad klarar den av att göra själv och ta reda på själv så att man inte beller handlingsförlamar någon. Men att jag tror att vi behöver, med just den här målgruppen, mer än bara vägleda och hänvisa. Vi behöver ringa åt dom, vi behöver ordna lite för dom, vi behöver*

*kommunicera för deras... å deras vägnar liksom, för att dom kanske inte lyckas nå fram.*  
(Nadia, asylkurator)

Asylkuratorerna beskrev att de balanserar praktiskt socialt arbete med hänsyn till utsatta socioekonomiska levnadsvillkor, med stärkande förhållningssätt som motverkar att patienterna görs mindre självständiga och kapabla.

I fokusgruppsamtalen mellan habiliteringskuratorerna framkom att arbetet med familjer som immigrerat ibland kom att upplevas som utmanande, medan arbetet med etablerade familjer som kan språket, systemet eller har akademisk bakgrund upplevdes lättare.

*Det kanske är lättare med tolk just om det handlar om samhällets stöd, de bitarna, för det är så lätt att checka av att folk har förstått och så där. Men psykoedukation [d.v.s. förmedla kunskap om funktionsnedsättningen] blir mycket svårare, liksom förhållningssätt och ja, att... Vad går fram av det jag försöker förmedla?* (Ellen, habiliteringskurator)

Utan kunskap om samhällets olika stödinsatser blir det svårt att kontakta rätt instans. För att uppnå målsättningarna kring jämlik vård menade habiliteringskuratorerna att de behövde anstränga sig för att nå de som inte har denna kunskap, vilket blev särskilt påtagligt i kontakt med personer med utländsk bakgrund. I diskussionen om jämlik vård framkom att resursstarka föräldrar från innerstadsområden eller mer välbärgade förorter känner till sina rättigheter och förväntar sig insatser, medan föräldrar från socioekonomiskt utsatta områden oftare saknar motsvarande kompetens och även kan behöva motiveras att ta emot insatser.

### *Effektivisering och handlingsutrymme*

Kötiden för att träffa en kurator uppgavs på vissa habiliteringscenter vara upp till fyra månader. Habiliteringsinsatser ska effektiviseras och begränsas, och habiliteringskuratorernas primära uppgift är idag psykoedukation, som syftar till att skapa bättre förutsättningar att leva med funktionsnedsättningens konsekvenser. En habiliteringskurator som arbetat över 40 år i yrket berättade att det inte längre finns mandat att företräda personer i relation till myndigheter, eller utrymme för långvariga stödkontakter:

*Heter det bara stödsamtal så är det inte vi. Då är det boendestödjare. Eller om man har en psykiatrisk problematik som behöver följas upp, då är det psykiatrin. Eller är det att man behöver krishantering, då är det vårdcentralen. Där ser du hur det tajtas till. Då när jag började i habiliteringen så kunde man ha lite längre kontakter och stödsamtal för att checka av lite grann och se hur det går med förändringsarbete.* (Ann-Sofi, habiliteringskurator)

Enligt detta nya förhållningsätt ska kuratorn erbjuda kortare insatser, snarare än långvariga stödkontakter baserad på kontinuitet och personbunden relation. Det beskrevs få konsekvenser:

*Förändringsarbete, tänker jag, handlar mycket om relation också, att det är någon man litar på som berättar någonting och sen pratar man om det igen efter något år och... Och det är väldigt svårt i det här mer in och ut... Jag brukar mer och mer beskriva som en vårdcentral, att man kommer hit med ett problem och så försöker vi hjälpa till med det, sen är det "hej då och så är ni välkomna tillbaka" säger jag lite lätt samt, fast jag också ser att det är svårt med det. (Ellen, habiliteringskurator)*

Habiliteringskuratorerna menade att de var mer flexibla förr och Ann-Sofi säger "Men ska man vänta till exempel nästan fyra månader på en kontakt med kurator, då måste man verkligen välja vad det är för typ av insats man ger". Habiliteringskuratorerna värdesatte psykosociala stödinsatser, exempelvis stödsamtal, men sade att varje insats kräver en mer standardiserat framtagen åtgärdsplan:

*För det är verkligen så att nu ska allting etiketteras och man får inte bara kalla det för stödsamtal, även om jag skulle nog i och för sig säga att jag håller på en hel del med stödsamtal. Men då ska jag egentligen då skriva en åtgärdsplan kring något behovsområde och jag ska lägga upp vilka aktiviteter och vilka mål som vi ska ha då med de samtalen. Så där känner jag att jag har en professionell stress att jag dels är i det här yrket för att jag vill vara medmänniska och hålla människor i handen i svåra situationer, och samtidigt ska jag jobba väldigt strukturerat med mål, vilket... Ja, men till exempel i RN [rörelsenedsättning] kan det handla om barn som dör. (Ellen, habiliteringskurator)*

Samtidigt som riktlinjerna understryker avgränsade uppdrag ska habiliteringskuratorerna göra ett omfattande bedömningssamtal kring patientens livssituation, vilket kan skapa felaktiga förväntningar kring tillgängliga stödinsatser. En strategi habiliteringskuratorerna använder för att skapa utrymme för stödsamtal är att koppla behovet av samtal relaterat till diagnosen, eller att "jobba utanför ramarna".

Riktlinjen att bevilja en åtgärd i taget försämrar tillgången till parallella insatser från olika professioner. Bland habiliteringskuratorerna rådde delade meningar om detta är till gagn för målgruppen. Det holistiska perspektivet och samsynen inom habiliteringsteamet går delvis förlorat eftersom olika professioner inte kan bedöma och arbeta tillsammans – samtidigt som en åtgärd i taget kan minska stressen hos patienter eftersom flera parallella stödinsatser kräver nya rutiner i vardagen. För habiliteringskuratorerna innebar effektivisering och avgränsade insatser ett minskat handlingsutrymme för att bidra med sitt holistiska förhållningsätt och föra in kunskaper om samhällets stöd i teamen. Vad



gäller asylkuratorerna, så berättade de att teamet också delvis tillsattes med effektiviseringsargument, men de beskrev inte begränsningar i handlingsutrymmet under projektiden, även om projektet istället lades ned helt efter 1,5 år.

### *Storstadens många samverkansytor*

Samverkan var centralt i både asylkuratorernas och habiliteringskuratorernas arbete. En del handlade om intern samverkan, där asylkuratorerna menade att det var omöjligt att etablera samarbete med alla sjukhuskliniker, varför de samarbetade med de ordinarie kuratorerna vid dessa. Habiliteringskuratorerna beskrev att storstadskontexten innebar ett högt inflöde av patienter med autismspektrumdiagnos (ASD), och att övriga specialistteam inom habiliteringen ägnade mycket tid till att hjälpa ASD-teamet. Detta upplevdes göra hela habiliteringen urvattnad.

Asylkuratorerna menade att fungerande samverkan mellan myndigheter och organisationer är avgörande för att personer utan skyddsnät ska få en mer hållbar tillvaro och eftervård. De etablerade därför tidigt kontakt med ideella organisationer kring hjälp till patienterna, med alltifrån materiellt stöd till juridisk rådgivning. Den mesta samverkan skedde med Migrationsverket, vars handläggare inledningsvis upplevdes vara avvisande. Ett samtal med en chef på Migrationsverket om att sjukhuset var beroende av god samverkan för att kunna skapa en hållbar utskrivningssituation för patienterna, ledde till strukturerad samverkan med rätt personer på myndigheten. Asylkuratorerna upplevde däremot att de fick ett bättre bemötande och slapp telefonköer. En kurator upplevde att utmaningarna i samverkansarbetet belyser hur svårt det kan vara för patienterna som redan har en svår situation:

*Jag trodde inte att det kanske skulle vara så här tufft, eller att asylsökanden hade det så här tufft. [...] Men jag har sett hur svårt det är, bara för oss liksom... Ja men ringa Migrationsverket eller myndigheter och stå i den kön och bräka med dem. Alltifrån ekonomi till boende. (Maryam, asylkurator)*

Den professionella förmågan att samverka hamnade i centrum, när Nadia ombads beskriva vad som kännetecknar ett gott arbete som asylkurator:

*Nadia: Dels den här ödmjukheten och utrymme. För de här ärendena tar mycket mer tid. Och det här lite skinn på näsan, att man kommer få många nej i de här processerna när man ringer liksom. Så att ja, omvandla det till kännetecknen då...*

*Intervjuare: Okej, envishet, ödmjukhet, och att det tar tid.*

*Nadia: Ja, för bara ringa Migrationsverket, fyrtio minuters väntetid säger de och visst kan du hinna skriva lite eller hinna... men du är ändå låst på något sätt. Och jaga och*



*så kommer du någonstans och så var det fel person och så kopplas du till nästa. Så bara det här jagandet kan ju ta en hel dag.*

Dialogen visar att samverkansarbete upplevs tidskrävande och fodra egenskaper som envishet, ödmjukhet och tålmod.

Att samverka med externa aktörer gynnas av kontinuitet och personkännedom var även tydligt när habiliteringskuratorerna beskrev svårigheter i den urbana kontextens många kommuner och stadsdelar. De många samverkansytorna försämrar möjligheterna att etablera kontakter med myndighetsföreträdare och andra vårdaktörer. Tidigare arbetade habiliteringskuratorerna inom begränsade geografiska områden och med alla habiliteringens målgrupper. Nu arbetar man i specialistteam med avgränsade målgrupper; personer med ASD, intellektuell funktionsnedsättning eller rörelsenedsättning, men i större geografiska upptagningsområden.

En habiliteringskurator sade att det underlättar att kunna vända sig till kontaktpersoner och ansvariga konsultläkare på sjukhusen. Även samverka med kommun och myndigheter underlättas av kontinuitet och personkännedom, även om vissa kuratorer uttrycker en farhåga att det skulle göra dem partiska och påverka personers val av insatser eller vårdgivare:

*Det är skönt att kunna säga så här ”jag vet inte vilka boendestöd du ska välja för ... ja, beror på vilken individ du får, kanske inte vilket företag som du väljer”. Men just det här att man faktiskt inte vet, då kan man ju inte hjälpa till i det. Så det är verkligen på gott och ont. Men jag tänker att det är fler nackdelar än fördelar. [...]/ Det underlättar mycket av kontakten att man vet vilka personer som man kan samverka med. (Ann-Sofi, habiliteringskurator)*

Även om personkännedom underlättar samverka, så finns också bilden av att bristande personkännedom om samverkanspartners i storstaden kan bidra till att kuratorerna inte påverkar patienternas val av insatser och vårdgivare.

### **Avslutning: Storstadskuratorns specialisering och handlingsutrymmen**

I denna studie ser vi att urbanisering och globalisering är två parallella processer som både var för sig och i samspel med varandra formar förutsättningarna för socialt arbete inom hälso- och sjukvård. Kuratorerna menade att ökad diversifiering med fler människor med aktuell eller tidigare migrantstatus utmanar det sociala arbetet i storstaden. För habiliteringskuratorerna var utmaningen att nå människor med utländsk bakgrund, informera om deras rättigheter och motivera dem att ta emot insatser. För asylkuratorerna innebar mötet med människor med migrationsstatus ett mer traditionellt socialt arbete utifrån att patienterna

ofta hade större basala behov, vilka de kunde behöva hjälp med för att tillgodogöra sig behandling. Kuratorernas hanterande av dessa hinder kan relateras till vad Sernbo (2019) menar är sjukhuskuratorns förväntade hantering av vägbulor som hindrar organisationens effektivitetslinje och behandlingslinje från att fungera som tänkt. Av resultaten framkommer skillnader mellan kuratorernas professionella handlingsutrymme. Asylkuratorernas stora handlingsutrymme att välja insatser som de bedömde gagnade patientens situation relaterar till att kuratorsorganisationen på sjukhuset själva initierat specialistfunktionen och stöttat asylkuratorerna med att självständigt forma teamets arbetssätt (Svärd 2022). Att större självständiga kuratorsorganisationer bidrar till ökat professionellt handlingsutrymme har konstaterats tidigare (Svärd 2014).

Habiliteringskuratorerna upplevde istället ett minskat professionellt handlingsutrymme i sina specialistteam där de i likhet med andra professionella i socialt utsatta Stockholmsområden (Elmersjö m.fl. 2020) endast har mandat att erbjuda vissa typer av stödinsatser. Både bland habiliteringskuratorer och asylkuratorer framkommer bristande förutsättningar att hålla psykosociala stödsamtal, men skälen var helt olika. Inom habiliteringen bidrog resursbrister, till långa väntetider och krav på kortare patientkontakter med insatser enligt standardiserade åtgärdsplaner med specificerade mål. Ponnert och Svensson (2016) menar att standardisering inte tenderar att vägleda socialarbetare i vad som behövs göras i enskilda fall, utan betonar att professionellt handlingsutrymme präglas av egna bedömningar och slutsatser. De poängterar också att standardiserade arbetssätt kan strida mot patientperspektivet när de inte anpassas efter patienternas skiftande behov. Habiliteringskuratorer beskrev att rollkonflikten som uppstod mellan verksamhetens behov och patienternas förväntningar upplevdes som en etisk stress som bottenar i att kuratorn ibland upplever det omöjligt att handla utifrån sin etiska medvetenhet (Jameton 1984) såväl som professionsspecifika kompetens.

Samverkan i storstadsmiljö komplicerades av de många samverkansytorna, men även här fanns skillnader. Specialisering möjliggjorde i asylkuratorernas fall strukturerad samverkan, trots stort upptagningsområde, medan habiliteringskuratorernas specialisering inte innebar dessa möjligheter. Specialiseringen vad gäller habiliteringskuratorernas målgrupper och arbetsuppgifter tycks inte ha formats efter professionens egen bedömning av patienternas behov. Å andra sidan möjliggör storstaden organisering och specialisering, som formandet av asylkuratorsteamet, och detta utifrån kuratorers egna bedömning av patienternas mer primära behov. Hur möjligheten till den specialisering som urban miljö erbjuder faller ut, tycks därför relatera till om utformandet av specialiseringen, uppdrag och arbetsuppgifter är framförhandlade på kuratorprofessionens egna villkor eller inte.

## Referenser

- Ahrne, G. (1994). *Social organizations. Interactions inside, outside and between organizations*. London: SAGE Publications.
- Alinia, M., & Songur, W. (2019). *Socialt arbete i storstaden: villkor och praktik*. Stockholm: Liber.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Castleberry, A., & Nolen, A. (2018). Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds? *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 10(6), 807–815. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.03.019>
- Dworkin, R. (1977). *Taking rights seriously*. Cambridge: Harvard University Press.
- Elmersjö, M., Koziel, S., Hultman, L., Bertilsdotter Rosqvist, H., Hallqvist, J., & Obrenovic Johansson, S. (2020). Swedish citizenship through multicultural parenting: parental support as a learning practice for migrant parents in Sweden. *European Journal of Social Work*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/13691457.2020.1820451>
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lilja, S. (1990). Urbanisering i långtidsperspektiv. Några teorier och ett empiriskt exempel. *Scandia: Tidskrift för historisk forskning*, 56(2), 193–229.
- Olsson, S. (1999). *Kuratorn förr och nu. Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Ponnert, L., & Svensson, K. (2016). Standardisation—the end of professional discretion? *European Journal of Social Work*, 19(3–4), 586–599. <http://dx.doi.org/10.1080/13691457.2015.1074551>
- Sernbo, E. (2019). *Med arvstegen som arbetsplats—En etnografisk studie av hälso-och sjukvårdskuratorns arbete*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Svensson, L. (2010). *Mobbning i arbete: Arbetsorganiseringens inverkan på handlingsutrymmet och mobbningprocessen*. Örebro: Örebro universitet.
- Svärd, V. (2014). Hospital social workers' assessment processes for children at risk: positions in and contributions to inter-professional teams. *European Journal of Social Work*, 17(4), 508–522. <http://dx.doi.org/10.1080/13691457.2013.806296>
- Svärd, V., Birkeland, A-L., Fugl-Meyer, K., & Nilsson, M. (2019). *Projekt Asylkurator – Specialistkuratorers betydelse för patienträttigheter, kvalitet och effektivitet i arbetet med asylsökande och papperslösa patienter på Karolinska Universitetssjukhuset*. Stockholm: Karolinska Universitetssjukhuset. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20622.41289>
- Svärd, V. (2022). Sjukhuskuratorers erfarenheter av specialistkuratorer för asylsökande och papperslösa patienter – Kvalitet, arbetsvillkor och kunskap. *Sociomoments forskningssupplement*, 52, 1-17.
- Vlahov, D., & Galea, S. (2002). Urbanization, urbanicity, and health. *Journal of Urban Health*, 79(1), S1–S12. [http://dx.doi.org/10.1093/jurban/79.suppl\\_1.S1](http://dx.doi.org/10.1093/jurban/79.suppl_1.S1)