

Kuratorsverksamheten vid Karolinska Sjukhuset – historik och minnesbilder

Innehåll

Inledning – Berit Björkman & Mariann Olsson	2
Kuratorsverksamhetens historia och organisation - Mai Markström	4
Personliga minnen från tiden inom kuratorsverksamheten - Mai Markström	6
Några minnen från tidig kuratorstid inom hörsel och dövområdet – Gunnel Nordström	7
En kurators återblick på arbetet vid Endokrinologiska kliniken - Kristina Rane.....	11
Kurator vid Reumatologiska kliniken – Margareta Hägerström	14
Kurator på Lungmedicinska kliniken och på Smärtsektionen, Anestesi- och Intensivvårdskliniken – Berit Björkman	16
Smärtssektionen vid Anestesi- och Intensivvårdskliniken	19
Akutkurator - Karin Aluko	22
PKL- psykologisk katastrofledning - Karin Aluko	24
FoUU för kuratorer tar fart – Catharina Gåfvels & Mariann Olsson	25
Efterord.....	27
Referenser.....	28

Inledning – Berit Björkman & Mariann Olsson



*Berit Björkman och Mariann Olsson i samspråk
på Svensk Kuratorsförenings studiedag,
Karolinska Institutet, 2008*

Kärnan i en kurators sociala arbete är att förebygga sociala svårigheter och att bistå familjer med problem av social/psykosocial karaktär i samband med sjukdom, såväl fysisk som psykisk. Det psykosociala arbetet representerar både ett synsätt och ett arbetssätt. Det psykosociala behandlingsarbetet är gemensamt för samtliga socionomer/kuratorer oavsett på vilken klinik det sker, men tyngdpunkten i arbetet varierar beroende på vilken medicinsk specialitet man arbetar inom det vill säga *klinikens patientkategori, inriktning och utveckling/forskning avgör*.

Utifrån sjukhuskuratorns samhällsvetenskapliga perspektiv finns också ett vidare kunskapsparadigm än vad som spontant kommer till uttryck i den kliniska vårdvardagen. Det är ett sociokulturellt och/eller ett makroperspektiv på det sociala sammanhangets betydelse. Det handlar om de situationer där kuratorn utifrån individuella möten kommer i kontakt med, och skapar samarbete med andra sociala organisationer/vårdgivare/myndigheter för att komplettera den medicinska vården. Ofta handlar det om möten/samarbeten som är nödvändiga för att förebygga framtida vårdbehov. När sådana kontakter inom en klinisk verklighet upprepas ett antal gånger, är det inte sällan detta efter ett tag leder till en påverkan – ett förändringsarbete som får klinisk betydelse för denna sjukdomsgrupp. Det finns många sådana exempel inom Karolinska sjukhusets 75-åriga kuratorshistoria.

I vår beskrivning har vi samlat några minnen från kuratorsverksamheter vid Karolinska sjukhuset i Solna – de utgör exempel från olika kliniker. De medverkande författarna har alla mer än 40 års kuratorserfarenhet och du som läsare kommer därför att kunna följa kuratorsarbetets utveckling, både när det gäller samhällsförändringarnas inverkan, konsekvenser av nya medicinska rön och behandlingar och när det gäller kuratorns plats i teamet. Det blir tydligt att där klinikens ledare insett behovet av psykosociala insatser har kuratorn haft framgång såväl i patientarbetet (kliniken) som i undervisning och forskning (akademin).

Patientarbetet finns med i alla minnen och kuratorers täta **samverkan med patienter/patientföreningar** inom respektive område beskrivs av Gunnel Nordström, Kristina Rane och Margareta Hägerström.

Utbildningen av **socionomstudenter** berörs av Mai Markström. Från 1960-talet fick socionomer en roll i den socialmedicinska **undervisningen av läkare och sjuksköterskor**. Hur undervisningen av medicine kandidater kunde se ut på Karolinska beskrivs av Gunnel och Kristina; undervisningen av kamrattstödare i de akuta verksamheterna berörs av Karin Aluko.

Embryon till **kuratorsforskning** blev synliga i Stockholmsområdet på 1980-talet med bas på Karolinska Institutet – Kjerstin Genell Andren hade disputerat 1987 på en studie vid akutmottagningen, St Görans sjukhus; Mariann Olsson som hade samarbetat med henne på Huddinge universitetssjukhus fortsatte använda akutmottagningen som bas för social forskning. Den "patientnära" kuratorsforskningen beskrivs i detta dokument av Kristina, Margareta och Berit.

Exempel på **samhällspåverkan** som utarbetande av nya rutiner på sjukhuset, specialuppdrag som Psykologisk katastrofledning (PKL-arbete) och expertuppdrag på landstingsnivå (SpeSak) finns också med i texterna. Kuratorerna har även haft många uppdrag inom vårdprogramarbete och representerat professionen i olika fonder och samhällsorgan.

Att kuratorsyrket framför allt – åtminstone de första årtiondena – utövats av kvinnor framgår av nedanstående foto från "hattparaden" år 1991. Därför är också alla avsnitt härnadan skrivna av kvinnor.



Kuratorsverksamhetens historia och organisation - Mai Markström



Mai Markström

Socionomexamen 1966. Kurator KS 1966-78.
Block-/grupp-/biträdande chefkurator KS 1978-87.
Chefkurator 1988-2009. Vidareutbildning: 2 år vid S:t Lukasstiftelsens Institut samt 20 p Socialt behandlingsarbete vid Socialhögskolan 1978-79.

Mai Markström har

- ◇ aktivt arbetat med praktik för socionomstuderande och med legitimation för kuratorer;
- ◇ startat upp kuratorernas jourverksamhet;
- ◇ behandlat/föreslagit utdelning ur fonder knutna till KS och till Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN);
- ◇ representerat kuratorer i PKL-verksamheten vid KS;
- ◇ varit aktiv i Svensk Kuratorsförening ett 10-tal år.

Kuratorsfunktionen inom den svenska sjukvården har en förhållandevis kort tradition. I boken "Läkaren och det sociala arbetet" översatt av svenske socialpolitikern GH von Koch 1911 framkom hur kuratorsverksamheten vuxit fram i England och USA. Konceptet med kuratorer inom sjukvården introducerades i Sverige och 1914 började slöjdläraryrket Gertrud Rodhe arbeta som kurator för de sinnessjuka i Stockholm. Först 1920 tillträdde sjuksköterskan Jane Norén som den första kuratorn inom kroppsjukvården i Stockholm.

En social utbildning byggdes upp vid Socialinstitutet i Stockholm från och med 1921. I samband med att Karolinska Sjukhusets medicinska, kirurgiska och obstetriska/gynekologiska kliniker togs i bruk februari 1940, anställdes den första kuratorn med utbildning från Socialinstitutet. Kuratorns arbets- och besöksrum låg i anslutning till den stora entrén i huvudbyggnaden. Med hänsyn till arbetsuppgifternas omfattning anställdes ett skrivbiträde på halvtid. Senare kom även studerande från Socialinstitutet under praktiktiden på sjukhuset att finnas som en resurs.

1944 bildades Svensk Kuratorsförening och en av de första föreningsfrågorna var *kuratorernas kompetens*. Som framtida princip antogs bland annat att *examen från Socialinstitutet skulle gälla som kompetenskrav för kuratorstjänst*. (Benämningen Socionomexamen kom först år 1950). Svensk kuratorsförening arbetade fram förslag till bildande av kuratorsorganisation vid specialiserade sjukhus och föreslog också en normalinstruktion för kuratorsverksamhet. "Normalinstruktion för kuratorer inom hälso- och sjukvård", utarbetad av dåvarande Medicinalstyrelsen antogs 1968 av flertalet landsting. Normalinstruktionen var ett betydelsefullt dokument för kuratorerna, som blivit en viktig yrkesgrupp inom sjukvården. Deras arbetsinnehåll utvecklades och organisatoriskt slöt man sig samman. 1965 bildades kuratorsorganisationen vid Karolinska sjukhuset och sjukhuset fick sin första chefkurator Marianne Wallin. Det fanns då 16 kuratorstjänster. 1966 tillträdde Maud Holmqvist som chefkurator och hennes organisatoriska förmåga att bygga upp kuratorsorganisationen kom att stärka kuratorernas yrkesroll.



Chefkurator Maud Holmqvist, blockkurator Mai Markström och expeditionsföreståndare Ulla Olsson i samtal

Antalet kuratorer inom sjukhuset växte starkt under 60- och 70-talen. Bidragande faktorer av betydelse var

- ◇ behov av bättre vårdplanering och utnyttjande av vårdresurser
- ◇ ökad kunskap om sociala/psykosociala faktorer av betydelse för sjukdomars uppkomst och behandling
- ◇ en mer rehabiliteringsinriktad sjukvård där kunskapen om den sociala miljön var väsentlig för bedömning och behandling
- ◇ den socialpolitiska utvecklingen och
- ◇ att socialt utbildad personal inom sjukvården behövdes för information, bevakning av förmåner och medverkan vid en psykosocial bedömning.

Karolinska sjukhuset var till och med december 1981 ett statligt sjukhus. Kontakten med kollegor på landstingssjukhusen kom att intensifieras i och med att KS övergick till landstinget. Psykiatrien sektoriserades 1983 och kuratorerna där tillhörde därefter inte kuratorsorganisationen.

Många kuratorer hade på egen hand skaffat sig vidareutbildning i psykosocialt behandlingsarbete inom Socialhögskolan ram eller vid S:t Lukasstiftelsen. Under de kommande åren gavs möjlighet att med stöd av landstinget anordna fortbildning för kuratorsgruppen, bland annat flera kurser med benämningen "Att arbeta med människor i kris och i krisens närhet". Examinationsuppgifterna från kursen 1989 utgör ett viktigt dokument om kuratorernas "state of the art" vid denna tid (1).

Kuratorsorganisationen på KS var intakt till dess att sjukhuset delades in i divisioner. Tjänsten som 1:e kurator/chefkurator lades 1 januari 1993 under Divisionen för Specialmedicin och Kuratorsorganisationen kom därefter att benämnas Kuratorsverksamheten; i dagligt tal användes kuratorsorganisationen som begrepp. Administrativt blev kurator klinikansluten, men kravet på att ge information, skapa utbildningar, hjälpa till vid bemanning, ansvara för kontakt med Socialhögskola etc. låg kvar på chefkuratorstjänsten till dess att Karolinska sjukhuset slogs samman med Huddinge sjukhus och bildade Universitetssjukhuset 2004. 1998 arbetade Akademikerförbundet SSR fram en grundmodell, en kompetensstegen, applicerbar på samtliga klinikers kuratorer. Grundmodellen förankrades hos Hälso- och sjukvårdsnämnden och Landstingskontoret Personal. En projektgrupp bestående av kurator från de olika divisionerna började 1999 ett arbete som resulterade i modellen för yrkes- och kompetensstegen för socionomer/kuratorer inom kuratorsverksamhet KS. "Kompetensstegen" innebar att kuratorer fick möjlighet att gå vidareutbildningar betalda av arbetsgivaren. Vid millennieskiftet fanns ett 60-tal kuratorer på Karolinska sjukhuset inklusive Astrid Lindgrens barnsjukhus.

Personliga minnen från tiden inom kuratorsverksamheten - Mai Markström

Som relativt nyutexaminerad socionom kom jag till KS kuratorsorganisation i november 1966. Kuratorspraktik inom den psykiatriska vården och ett kuratorsvikariat inom dåvarande Psykiatriska sjukhuset var de erfarenheter jag hade med mig i bagaget. Jag började min anställning inom kuratorsorganisationen som ensamkurator, heltid, på medicinkliniken och visades av chefkurator till ett utkyllt rum, där tidigare kurator slutat samtidigt som det hade varit en tredagars facklig strejk.

Inom medicinkliniken rymdes flera olika specialiteter som allmän medicin, hematologi, hjärt- och lungmedicin och njurmedicin. Ett stort spann av olika medicinska specialiteter, som jag fick sätta mig in i allteftersom jag samtidigt måste hitta min roll i förhållande till de olika avdelningarnas efterfrågan på mina tjänster. Någon specifik handledning för nyanställda fanns inte, men äldre kollegor fanns till hands för stöttning. Den gemensamma kaffepausen på förmiddagen, då alla trängdes i ett minimalt litet utrymme inkl. kök, beläget i huvudbyggnaden, gav möjlighet till diskussion och rådgivning.

Arbetet inom medicinkliniken var intressant och givande, men arbetsbelastningen var stor och många gånger oerhört pressande. Efter närmare 2 1/2 år fick jag ”randa” mig genom att börja på den psykiatriska mottagningen, där det var ett betydligt lugnare tempo. Tid för eftertanke och teamarbete var ett helt annat sätt att arbeta på än jag var van vid.

Kurator, gruppkurator, blockkurator, bitr. chefkurator och sist chefkurator är de befattningar jag innehaft. Mitt ansvarsområde som bitr. chefkurator var i första hand personalfrågor och att i övrigt bistå chefkurator i frågor som gällde kuratorsorganisationen. Utbildningsfrågor, kontakt med Socialhögskolan och senare Ersta högskola föll på min lott. För att inte helt fjärma mig från den kliniska verksamheten har jag varit mån om att i min arbetsledande funktion ha vissa kliniska uppdrag.

Som chefkurator kom jag att bli starkt engagerad i den Psykologisk/psykiatriska katastrof-ledningsgrupp (PKL-gruppen) som efter 1988 (Måbydalsolyckan i Norge med barn från Kista) byggdes upp inom sjukhuset. PKL-gruppen kom att arbeta ”skarpt” i samband med flygolyckan i Gottröra, Estoniakatastrofen, skottdramat på Sture compagniet och tsunamikatastrofen i Thailand. I PKL-gruppen ingick personal från Sjukhuskyrkan. Såväl innan som efter PKL-gruppens bildande fanns det ett samarbete med sjukhuskyrkan, som bedrev verksamhet på olika kliniker inom sjukhuset. Tillsammans med en av sjukhusprästerna hade jag bland annat utbildningsdagar i Etik i vården för sjukhusets personal.

I backspegeln kan jag se vilken oerhört positiv utveckling inom kuratorsyrket jag varit med om under mina dryga 40 år i verksamheten. Genom att under många år ha varit aktiv styrelsemedlem i Svensk Kuratorsförening har jag dessutom fått förmånen att följa och delta i socionom/kuratorsyrkets utveckling i hela landet.

Några minnen från tidig kuratorstid inom hörsel och dövområdet – Gunnel Nordström



Gunnel Nordström

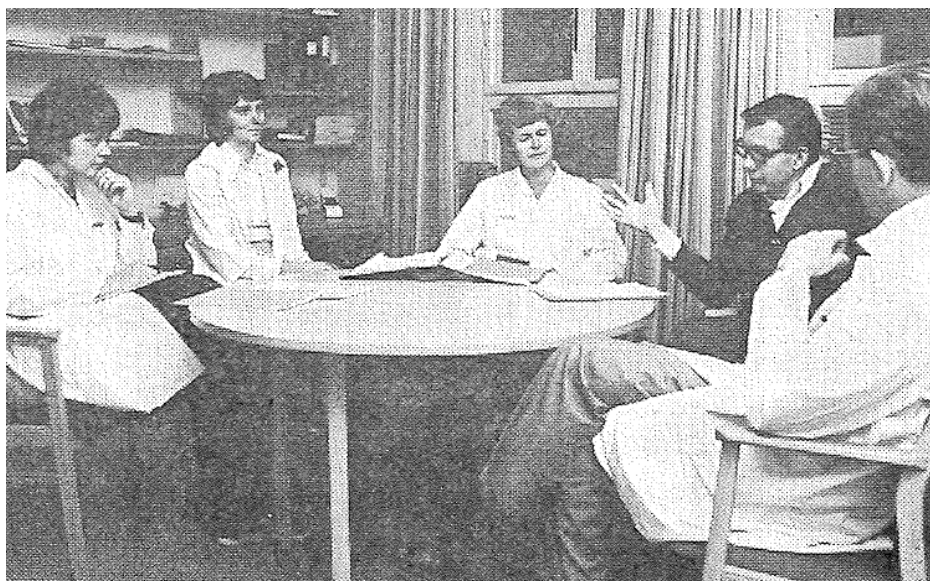
Socionomexamen 1971. Kurator, Karolinska sjukhuset 1971-2011 (Öron-näsa-halskliniken, Neurologen, Hörselkliniken, Hörselrehabilitering vuxna, Hörselhabilitering Barn och Ungdom). Krisutbildning Ersta 1989, Psykosocialt behandlingsarbete 2006. YSDH (Yrkesföreningen Socionomer döva och hörselskadade) aktivt föreningsarbete: Svenska Audiologiska sällskapet, styrelsearbete i Stiftelsen Tysta skolan.

Som nyutexaminerad socionom började jag arbeta på öronkliniken 1970. Under utbildningen på Socialhögskolan hade jag en termins praktik på KS barnklinik, där kurator Margareta Boethius var min handledare, en ytterst karismatisk och energisk barnkurator, som hade mycket att lära ut i sin yrkesroll.

Mitt arbetsfält var audiologiska avdelningen, fyra öronavdelningar, foniatriska avdelningen samt tand- och käkavdelningen. Det var ganska lätt att komma in i arbetet tack vare tidigare kuratorer som banat väg för kuratorsrollen, bland flera Mona Wilborg. Kuratorsrummet var placerat centralt på kliniken. Stort stöd fanns för kuratorsinsatser från bitr. professor Bengt Barr samt professor Jan Wersäll. Men man måste komma ihåg att hierarkin inom sjukvården såg helt annorlunda ut än idag.

På storronden på öronavdelningen skulle alla finnas i god tid innan professorn kom, det pendlades i en klocka. Vad jag minns var det lärorikt, där jag gick bland de sista i ledet. Kuratorn kunde få frågor som: "Hur går det med B-sjukhusplatsen?" eller "Har det ordnat sig med bostad för fru Andersson?" Vissa patienter med stora canceroperationer i ansiktsområdet hade kommunikationssvårigheter och ofta fick patienten skriva på block vid våra samtal. Stödkontakt med anhöriga var viktiga. Vi förde journalanteckningar på manuell skrivmaskin på blå A5-ark och dessa förvarades i plåtskåp på kuratorsrummet.

Från början blev jag delaktig i teamarbetet på audiologiska avdelningen och fick träffa föräldrar i samband med diagnosbesked om barnets hörselskada. Jag deltog i medicinska föreläsningar som gavs för personalen, samt fick kunskaper om hörapparater och övriga tekniska hjälpmedel. Det hjälpte mig att få förståelse för den hörselskadades villkor i olika ljudmiljöer. Varje vecka hade vi teamkonferens på lunchen med te och smörgås. Barnpsykolog Lars Billing från barnpsykiatriska avdelningen deltog i dessa.



Från hörselvårdsassistent Chris Sohlman, kurator Gunnel Nordström, förstadielärare Marianne Svärd, psykolog Lars Billing och biträdande professor Bengt Barr. Fotot publicerat 1973.

Barn, där modern tidigt i sin graviditet hade haft sjukdomen röda hund, fick ofta svåra skador, som grav hörselskada och eventuellt kognitiva begränsningar. I dessa fall var barn och familj i behov av omfattande stöd.

Det statliga Karolinska sjukhuset var också Rikssjukhus, vilket innebar att specialistremitter kom från andra delar i Sverige, oftast från Norrland, för barn som skulle utredas.

Kuratorsuppgiften var då att kalla och ordna med boende för föräldrar under en vecka. Barnet lades in på barnsal på öronkliniken avdelning. Personalen ansåg att föräldrar helst inte skulle besöka sitt barn under utredningsveckan, då det kunde störa barnet och försvåra utredningen. De mindre barnen med grav hörselnedsättning hade ju oftast inget språk att kommunicera med, så flera barn hade säkert några traumatiska dagar. Ibland kunde jag gå ner i huvudentrén på KS vid tidpunkten när familjen skulle komma till hörselutredningen och kunde möta några vilsna föräldrar som kom till det stora sjukhuset med sitt barn.

Under 70-talet medverkade kurator som handledare till medicine kandidaterna under öronkursen i de socialmedicinska seminarier som hölls. Jag minns att vi samarbetade med "Skådoktor" Gustav Jonsson som var med i panelen när fallbeskrivningar skulle presenteras. Dessutom var psykiatern, professor Johan Cullberg, med vid liknande seminarier där jag valde ut olika aktuella ärenden som skulle spegla socialmedicinska aspekter. Jag fick initiera och berätta om olika sociala konsekvenser angående diagnoser som var vanliga på kliniken. Läkare föreslog att jag skulle skriva om dessa aspekter jag mött i kuratorsarbetet och eftersom jag vid tidpunkten skulle vara "mammaledig" under ett år, fanns ju tid att skriva samtidigt, ansåg överläkare Jan Wersäll.

Tidigt på den audiologiska enheten samarbetade jag med kuratorer på de övriga tre hörselklinikerna i Stockholmsområdet och vi i vår tur fick kontakt med patientorganisationerna. Hörselfrämjandet hade anställt en "rikskurator" Sonja Uppman och vi bildade en hörselkuratorsförening i landet 1971. Sexton kuratorer närvarade. Föreningens namn ändrades senare till "Yrkesföreningen Socionomer för döva och hörselskadade" (YSDH). I stort sett varje år sedan dess har föreningen ordnat med fortbildning för sina medlemmar inom arbetsfältet. Till 40-årsjubileet, sammanställde fyra kuratorer en bok om föreningen (2). Tre av oss fyra, Inger Löved-Bates, Ingrid Olsson och jag var verksamma

sedan 1970 inom det audiologiska fältet. Inga Säfholm kom till Hörselkliniken 1990. Det blev en spännande "resa" genom tid och utveckling i vårt yrke.

Föreningen YSDH ingår i Svenska Audiologiska Sällskapet, som från 1974 årligen arrangerar Audiologisk Dag. Svenska Audiologiska Sällskapet är en sammanslutning av patientorganisationer och yrkesföreningar. Vid ett par tillfällen höll jag anförande på Audiologisk Dag, där ofta ett par hundra besökare deltog. Jag deltog i styrelsen som sekreterare ett flertal år.



Ingrid Olsson, Inga Säfholm, Inger Löved-Bates och Gunnel Nordström, författare till "Nätverk för spetskompetens. Berättelsen om YSDH, 40 år"

När Karolinska sjukhuset blev ett landstingssjukhus i början av 80-talet, fick man ansvar för rehabilitering för vuxna hörselskadade i ett visst område. En hörselvårdskonsulent och kurator var först på plats i Gamla Elevhemmet, där rehabiliteringsteamet samlades. Kurator medverkade kring samhällets stöd och med enskilda samtal. Under ett antal år fanns sedan teamet på Sabbatsberg, Dalagatan och numera på Rosenlund.

Teknikens utveckling är hisnande inom hörselområdet. Jag minns en föreläsning under 70-talet, då en vuxendöv man från annan världsdel hade blivit opererad med s.k. cochleaimplantat, något då helt nytt. Personen uppmanades att säga efter en mening på svenska språket. Han kunde hjälplig "härma" intonationen av det han uppfattade auditivt. Vi var imponerade.

När jag började min bana som kurator fanns fortfarande sovsalar på Manillaskolan (dövsolan i Stockholm), då de långväga barnen bodde på skolan under veckorna. De små barnen hade små västar på sig med plats för sina kroppsburna hörapparater. Idag finns ingen gräns för hur litet ett barn kan få vara för att bära huvudburna hörapparater. Nästan alla dövfödda barn, där det är medicinsk möjligt, opereras idag med cochleaimplantat, flertal kan gå i vanlig skola med hjälp av teknik och övrigt stöd. Förr i tiden fanns enbart fasta texttelefoner för döva teckenspråkiga; numera används bildtelefoner. Av teckenspråkstolkare fanns endast ett fåtal i

början av 70-talet; något som vi nu tar så för givet. Många som tolkade förr var nära anhöriga eller andra teckenspråkskunniga. "Mammakurser" hette de nu så etablerade föräldrakurserna från början.

I min yrkesroll gjorde jag ofta besök utanför sjukhuset; på förskolor och skolor, i specialförskolor/skolor för hörselskadade och döva, på arbetsplatser, på Försäkringskassan, Socialkontor m fl. myndigheter. Det har känts unikt att arbeta inom en medicinsk specialitet och samtidigt vara delaktig i samhället och där bidra med olika kunskaper av betydelse för barn och familjer och vuxna med hörselnedsättning

En särskild utmaning över tid har varit att stödja familjer som nyinvandrat med hörselskadade barn från andra länder och världsdelar. Under hembesök kom jag lite närmare i förståelsen av hur olika livsvillkoren kan te sig i vardagen, sociala svårigheter, ekonomiska förutsättningar och hur etniciteten påverkar. Kurators kunskaper om samhällets möjligheter av såväl praktiska åtgärder som samtal över tid kan vara ovärderligt, liksom hela tvärprofessionella teamets insatser. Jag har fått uppleva många föräldrar med enastående förmåga att ta till sig nya kunskaper, men också sett situationer där vi inte räcker till, trots långvarigt motivationsarbete.

Under de sista åren, på Hörselhabilitering för Barn och Ungdom, hann jag möta föräldrar, som jag träffat som förskolebarn, när vederbörandes egen hörselskada diagnostiserades. Det kändes speciellt, både för mig och för föräldern.

En kurators återblick på arbetet vid Endokrinologiska kliniken - Kristina Rane



Kristina Rane

Socionomexamen 1970. Kurator, Karolinska sjukhuset 1970 och fortfarande på barnklinik, endokrinologisk klinik, kvinnoklinik. Fortbildningskurs Socialt behandlingsarbete, Socialhögskolan 1985-86. Krisutbildning Ersta & SLL 1988-89. SPESAK, Stockholms läns landsting. Vårdprogramarbete inom diabetesområdet, Socialstyrelsen.

Fram till 1973 fanns endast en halvtids kuratorstjänst vid Endokrinologiska kliniken. En heltidstjänst delades dessförinnan med Kvinnokliniken, men när jag började på kliniken samma år delades tjänsten i två halvtidstjänster. Senare utökades min tjänst successivt och blev så småningom en heltidstjänst. Jag var ung och hade praktiserat på Psykiatriska kliniken hos kurator Maj Hultin och därefter arbetat 3 år på Barnkliniken på KS. Vi hade en chefskurator under mina första år på sjukhuset som noggrant talade om vilken klädkod som gällde: kjol i lagom längd, inget läppstift och framför allt aldrig långbyxor. Någon flexitid var del heller aldrig tal om. Chefen stängde aldrig dörren förrän alla kuratorer i korridoren var på plats.

Endokrinologiska kliniken hade tillkommit 15 år tidigare, 1958 och dess chef var i många år Professor Rolf Luft. Han var en mycket dynamisk och karismatisk person. Under många år fanns 2 vårdavdelningar och flera mottagningar för olika endokrinologiska åkommor. Kuratorsrollen var i början inte etablerad, varför det i mångt och mycket var ett pionjärarbete. Nu började en stor utmaning. Jag insåg tidigt att det var viktigt att lära mig om endokrina sjukdomar för att förstå vilka psykosociala konsekvenser de kunde föra med sig. På avdelningarna hade vi varje vecka s.k. sittronder med överläkaren och klinikens professor, vilket var bra tillfällen att lära sig endokrinologi och även tillfälle att ställa frågor och informera ronderna om patienterna och deras psykosociala situation. Senare inkluderades även andra paramedicinare på ronderna och där upplever jag början till det teamarbete, som senare kom att bli helt avgörande för vården framför allt med diabetespatienter. Som ett kuriosum kan jag berätta att vi ofta satt i ett litet läkarrum, där många arbetskamrater rökte så att dimman låg tät och vi icke-rökare harklade, hostade och blev rödögda.

Det var till en början inte alla läkare och sjuksköterskor som förstod vad kuratorn kunde bidra med och man fick ibland höra att man var en duktig kurator om man fick iväg patienter som inte kunde gå hem till de s.k. B-sjukhusen (långvårdssjukhus). Det var inte ovanligt att patienter före 1992 kunde ligga på vår specialistklinik mer än 1 år och vänta på en sådan plats.

Professor Rolf Luft utarbetade ett vårdprogram för diabetes och till min glädje underströk man där vikten av att beakta de psykologiska och sociala aspekterna av sjukdomen. I början hade man nog tänkt sig en psykolog till detta arbete. Men jag framförde synpunkter både muntligt och genom en skrivelse till dåvarande klinikchefen att en kurator med specialistkunskaper var bättre eftersom kuratorn har både ett psykologiskt och ett socialt perspektiv på patienten. Detta blev anammat och erkänt.

LUCD (Landstingets Undervisnings Centrum för Diabetes) startade också på professor Lufts initiativ. Under åren har den organisatoriska tillhörigheten växlat. Uppdraget var att förbättra det medicinska och pedagogiska omhändertagandet av diabetespatienter. Detta var början till den dagvårdsavdelning på Endokrinologiska kliniken som nu sedan många år tar emot patienter för undervisning och behandling både från sjukhuset och från primärvården. Senare blev LUCD:s uppdrag att utbilda personal i primärvården om diabetes. Tyvärr hade LUCD ingen egen kurator förrän kurator Catharina Gåfvells kom dit år 1996. Fram till dess fick jag därför ofta hoppa in och undervisa personal i primärvården om psykosocialt arbete med diabetespatienter.

På 70-talet medverkade jag som kurator som handledare till medicine kandidater under kursen i endokrinologi i samarbete med den socialmedicinska institutionen. Jag upplevde att det var uppskattat att de fick höra om psykosociala konsekvenser av olika endokrina sjukdomar. Senare blev undervisning av patienter en stor uppgift och en viktig del av kuratorsarbetet. Undervisningen sker i början av sjukdomen individuellt men följs senare, när krisen klingat av, upp med gruppundervisning. På dagvårdsavdelningen hade vi tidigt återkommande veckokurser med olika inriktningar för diabetespatienter, kvällskurser för yngre diabetiker och kurser där även anhöriga var med. Jag medverkade även i s.k. ”kom i gångskolor” för patienter med särskilda svårigheter att sköta sin diabetes och överviktsgrupper. Tillsammans med en diabetessjuksköterska startade jag även rökavvänjningskurser för typ I-diabetiker. Vi prövade också under en tid fokusgrupper tillsammans med personal från Reumatologiska kliniken. Kuratorn deltog även i kurser för osteoporospatienter som vi hade flera gånger per termin. Kliniken startade ett gott samarbete med Astrid Lindgrens barnsjukhus för att de äldre barnen skulle föras över på ett bra sätt till vår vuxenklínik. I samarbete med kuratorn på ALB ordnades förberedande grupper för ungdomar och jag deltog även i dessa. Vi hade även återkommande möten med personal från ALB,

Ett bevis på att de psykosociala aspekterna på patientarbetet blev etablerade var att vi fick till stånd ett samarbete med psykiatriska kliniken. En psykiater kom till vår diabetesmottagning en gång per vecka för att handleda och diskutera de patienter vi hade mött på mottagningen. Kliniken arrangerade även föreläsningar för diabetespatienter och osteoporospatienter i sjukhusets upptagningsområde i Karolinska sjukhusets aula under benämningen ”KS lär ut”. I samband med dessa föreläsningar sammanställdes en skrift, där alla personalkategorier beskrev sitt arbete och naturligtvis omfattade den även mitt arbete som kurator (KS lär ut diabetes, KS lär ut osteoporos).

Diabetessektionen startade senare ett fruktsamt samarbete med Svenska Diabetesförbundets lokalförening i Stockholm, där jag var sammankallande. Vi träffades ett par gånger per år och utbytte erfarenheter, tankar och vad vi planerade i våra verksamheter. Under mina senaste verksamhetsår var jag med i landstingets SPESAK grupp (specialistsakkunniga) för endokrinologi och diabetologi. Maria Sääf var då dess ordförande och önskade ha med en kurator för att få med vår psykosociala kompetens. Jag upplevde att det var ett viktigt forum att föra diskussioner utifrån socionomers/kurators yrkesspecifika kunnande.

Jag var under flera år med i kuratorsklinikens jourgrupp som vid behov under helger fick ringas in till sjukhusets akutmottagning. Likaså var jag med i resursgruppen för psykologiskt omhändertagande vid katastrofer (se även Mai Markströms och Karin Alukos avsnitt). Jag arbetade bl.a. när fartyget Estonia förläste 28 september 1994, Gottröraolyckan 17 december 1991, skottlossningen på Sturecompagniet 4 december 1994 och tsunamin i Thailand 26 december 2004.

När kuratorsarbetet blev mer etablerat och efterfrågan på kuratorshjälp ökade kraftigt började jag i slutet på 90-talet fundera på vilka patienter man borde prioritera. Detta resulterade i att jag tillsammans med kurator Catharina Gåfvells som blev min handledare gjorde en prospektiv studie med 106 nydebuterade diabetespatienter som samlades in under 4 års tid (3) och som vi följde i 2 år (4). Professor Kerstin Brismar, diabetolog på kliniken, stödde projektet och Dr. Alexandre Wajngot var med och gjorde medicinska bedömningar. Målsättningen var att öka kunskapen om psykosocial problematik hos patienter med nydebuterad diabetes och att söka psykologiska och sociala bakgrundsfaktorer som försvårar adekvat sjukdomsanpassning. Frågeställningar var; Hur stor del av de nydebuterade patienterna bedöms ha psykosocial problematik? Vilka problem förekommer och hur påverkar de sjukdomsanpassningen? Vad utmärker gruppen patienter med psykosocial problematik jämfört med de övriga? Vi ville undersöka om tidigt psykosocialt stöd kunde skapa en gynnsammare sjukdomsanpassning (3). Vi kartlade och utvärderade kurators psykosociala arbete med de diabetespatienter som hade psykosocial problematik vid sjukdomsdebuten samt vilka kuratorsinsatser som bör prioriteras med dessa patienter. Våra resultat bekräftar att kurator på sjukhus kan göra viktiga insatser för patienter med nydebuterad diabetes. Då kuratorsresurserna ofta är begränsade behöver de användas så effektivt som möjligt och denna studie ger stöd för att man bör prioritera patienter med sjukdomsrelaterad problematik, samt att det är viktigt att kurators insatser kommer in tidigt i sjukdomsförloppet. Detta blev en viktig lärdom (5). På Reumatologiska kliniken, KS, gjordes av kurator en studie med samma upplägg på patienter med reumatoid artrit (Se Margareta Hägerströms avsnitt). En jämförande studie av psykosociala problem med diabetes och reumatoid artrit har senare också publicerats (6). Som kurator med profiluppdrag på Kuratorskliniken i endokrina och metabola sjukdomar skrev jag 2011 om "Kurators arbete vid diabetes mellitus".

Sammanfattningsvis har jag haft en mycket intressant och lärorik tid som kurator på Endokrinologiska kliniken. Under min verksamhet har jag haft mitt rum på kliniken och suttit mitt i verksamheten, vilket jag anser har varit en stor fördel för att vara lättillgänglig och synas. Jag har varit särskilt intresserad av att arbeta med kroniska sjukdomar. Att följa patienter ofta under en längre tid och ibland under olika stadier i sjukdomsförloppet har varit mycket givande och lärorikt. I många ärenden har också anhöriga varit med på samtalen. På kliniken finns förutom patienter med kroniska sjukdomar patienter med botbara sjukdomar, vilket har varit positivt.

Då jag arbetade under många år på kliniken hann jag också med att gå flera längre utbildningar i bl.a. psykosocialt behandlingsarbete på Socialhögskolan i Stockholm 1985 och en längre krisutbildning på Ersta sjukhus 1998. Under denna utbildning skrev jag en uppsats och handlingsprogram med rubriken "Psykosocialt behandlingsarbete för patienter med diabetes mellitus" (1).

Kurator vid Reumatologiska kliniken – Margareta Hägerström



Margareta Hägerström

Socionomexamen 1965. Kurator, KS 1967-2005 (Kirurgkliniken, Reumatologiska kliniken). Kurs i psykosocialt arbetssätt vid St Lukasstiftelsen 1982–85.Handledningsmetodik vid Socialhögskolan, Stockholms Universitet 1986. Fortbildning för kuratorer att möta människor i kris, Ersta Diakonisällskap & Stockholms län landsting 1988-89. Steg 1 utbildning i psykoterapi, S:t Lukastiftelsen 1996.

På Reumatologen behandlas patienter med oftast kroniska diagnoser, vilket mestadels innebär långvariga kontakter. Jag hade börjat min anställning som kurator vid Karolinska sjukhuset 1967 och arbetat såväl vid kirurgiska kliniken som kortare på Barnkliniken och Psykiatriska kliniken innan Reumatologiska kliniken blev min arbetsplats, där jag blev kvar under resten av mina verksamhetsår vid Karolinska sjukhuset.

För mig var intresset för människors psykiska hälsa mycket viktigt. Att drabbas av en allvarlig kronisk sjukdom, som man måste leva med, smärtor och ständig medicinering, innebar ofta konsekvenser för arbets- och familjeliv. Detta innebar behov av flera yrkesgrupper i behandlingsteamet, som bestod av läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator. Vid kliniken fanns till att börja med en kuratorstjänst. Tjänsterna utökades och sedermera fanns 2,5 tjänster för kurator vid reumatologiska kliniken. Mycket forskning bedrevs vid kliniken och alla yrkesgrupper deltog.

Vid reumatologiska kliniken var jag bland annat med i ett smärteam enligt ”Program mot smärta vid reumatisk sjukdom”. Smärteamet bestod av fyra vårdgivare:

a) reumatologspecialist (läkare med utbildning och kompetens i smärtdiagnostik och behandling) b) reumatologsjuksköterska, c) kurator med reumatologisk inriktning och vidareutbildning i psykoterapi samt krishantering, d) reumatologsjukgymnast. Resultaten visade att smärteproblemet minskade (VAS smärta allmänt från 68 till 55) och att livskvalitet förbättrades (enl. SF36 totalt från 28 till 32) i och med smärteamets insatser. Styrka och funktionsvariabler påverkades inte i nämnvärd grad. Patienterna upplevde att det stöd som kommit dem till del varit givande och värdefullt. Slutsatsen blev att det är klart motiverat att fortsätta med denna verksamhet. Arbetssättet har upplevts positivt av både patienter och vårdgivare, samt av andra vårdgivare, som erfarit en stor avlastning och hjälp i vården av en svårbehandlad och krävande patientgrupp.

Jag gick själv flera långa vidareutbildningar; en i psykosocialt arbetssätt och senare en i psykoterapeutiska teorier vid S:t Lukas Utbildningsinstitut. Våren 1985 kartlade jag, som ett examensarbete vid utbildningen i psykosocialt arbetssätt, kuratorernas arbete inom reumatikervården i Sverige (7). Som bakgrund till undersökningen underströks det psykosociala synsättet och att kartläggningen gjordes vid en tidpunkt, då man mera klart börjat definiera socialarbetaren/kuratorns arbete som psykosocialt behandlingsarbete och därmed avgränsat det gentemot psykoterapi. Jag hade då, efter några års arbete vid reumatologiska kliniken, själv upplevt hur arbetsuppgifterna utvidgades: från att handla om mer renodlade sociala åtaganden till en mer komplex och sammansatt yrkesroll. De sociala

åtgärderna ägde inte rum i ett vakuum. Betydelsen av såväl en psykosocial utredning och analys av människans totala livssituation och behovet av stöd- och krissamtal fanns ofta närvarande parallellt.

Min undersökning genomfördes genom att samtliga då verksamma kuratorer i Sverige (37 personer) vid reumatologiska kliniker eller reumatologiska enheter vid medicinkliniker, tillskrevs och ombads besvara en enkät med 23 frågor om kuratorsuppgifterna. Fokus i frågorna låg på den förändrade kuratorsrollen samt på tid och kompetens för att klara av detta arbetssätt. 34 av de 37 kuratorerna besvarade enkäten. Av dessa ansåg 32 stycken att arbetssättet fördjupats. 27 kuratorer ansåg det väsentligt med fort- och vidareutbildning samt viktigt med möjlighet till handledning i arbetet. 25 personer uppgav sig ha tillgång till detta och att det var vanligast med handledning av psykoterapiutbildad kollega alternativt psykolog. I undersökningen underströks kuratorns självklara plats i det reumatologiska teamet. Kuratorns unika kompetens var att hon med utgångspunkt från den enskildes hela livssituation kunde bistå patienten med just det psykosociala stöd och den praktiska hjälp som han/hon behövde vid rätt tidpunkt i sjukhistorien.

Kuratorsarbetet på reumatologen har en stor bredd och påverkas hela tiden av förändringar i sjukvården och i samhället utanför. Att se till hela människans behov innebar att rehabiliteringsinriktningen inom sjukvården förändrades. Det bidrog till att den paramedicinska gruppen, sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator fick en större betydelse. Även inom reumatikervården i stort hade synsättet förändrats, och då inbegrips såväl medicinsk, social som yrkesinriktad rehabilitering. Teamarbetet blev viktigt och regelbundet träffades teamet någon gång/vecka. Även handläggare från Försäkringskassan deltog samt oftast patienten. En föregångsgestalt i detta sammanhang var biträdande överläkare Merete Brattström, från Reumatologiska kliniken i Lund.

Kuratorns behandlingsarbete innebär individuella samtal, familje- och gruppsamtal. Först sker en utredning av patientens hela livssituation med inventering av såväl problem som resurser. Sedan en bedömning av behandlingsstrategin, som kan gå ut på att motivera, att stärka självkänslan och få vilja och insikt till förändring. Samtalen kan vara stöd-, kris-, eller bearbetande och vid behov också ske med anhöriga. Kuratorn deltar också i patientundervisning i grupp, där man bland annat diskuterar de sociala problem som en reumatisk sjukdom kan föra med sig, sambandet mellan kropp och själ och problem som uppstår i vardagen.

Patienter med nydebuterad Reumatoid Artrit (RA) kom att stå i fokus i en större studie benämnd EIRA, där ett stort antal patienter följdes över tid av det reumatologiska teamet. Med kurator Catarina Gåfvells som handledare deltog även jag i denna studie under slutet av 90-talet, med en studie där drygt ett hundratal patienter deltog. Dessa följdes under två års tid. Målsättningen var att öka kunskapen om psykosocial problematik hos patienter med nydebuterad RA och att söka psykologiska och sociala konsekvenser, som försvårar sjukdomsanpassningen (6). Vi ville undersöka om tidigt psykosocialt stöd kunde skapa en gynnsammare sjukdomsanpassning. Våra resultat visar att kurator på sjukhus kan ha stor betydelse för patienter med nydebuterad sjukdom. Men ännu är denna studie inte slutgiltigt redovisad. En studie med samma upplägg gjordes av kurator vid endokrinologiska kliniken rörande patienter med nydebuterad diabetes (se Kristina Raness avsnitt).

Min tid som kurator vid Karolinska sjukhusets Reumatologiska klinik har varit mycket intressant och givande. Att arbeta i team tillsammans med andra yrkeskategorier är också mycket väsentligt, då olika infallsvinklar oftast behövs. Samarbetet med övriga reumatologiska enheter i Sverige utvecklades också under denna tid.

Kurator på Lungmedicinska kliniken och på Smärtsektionen, Anestesi- och Intensivvårdskliniken – Berit Björkman



Berit Björkman

Socionomexamen, Socialhögskolan i Stockholm 1970. Kurator vid Karolinska Sjukhuset Lungkliniken respektive Anestesikliniken, Smärtsektionen 1970 och fortfarande. Master of Science in Social Work, Stockholms Universitet 1999. Med dr, Karolinska Institutet, 2012. Ledamot i Cancerfondens Stipendiekommitté under första halvan av 90-talet, sista året vice ordförande. Vårdprogramarbete för Astma Allergi och olika Cancerformer, Socialstyrelsen.

”om inte vi inom socialvård och sjukvård står upp för de utsatta – vem ska då göra det?”

Svenska kyrkan Solna/Råsunda församlingsblad 2004

Som för de flesta kollegor utexaminerade under 60- och 70-talen, utgjordes min medicinska förkunskap endast av en serie på fem föreläsningar. En professor i socialmedicin gick vid dessa tillfällen igenom de vanligaste folksjukdomarna. Ett medvetet val, från min sida, att göra mötet mellan patienten och mig meningsfullt blev utifrån synsättet: att bli så svårt sjuk, att det krävdes sjukhusvård var att befinna sig i kris och då var Johan Cullbergs bok ”Kris och Utveckling” (1975) ett bra verktyg. När den ”utlösande faktorn” är en obotlig sjukdom och insikten om att en egen snara död är ett faktum inom en helt fattbar tidsrymd – då är krisen smärtsamt närvarande. Det var vad jag såg hos våra patienter som dabbats av lungcancer. Det var alltså dessa patienter som behövde mig allra mest som yrkesman och medmänniska, upplevde jag.

Jag ska bidra med två erfarenheter, från den lungmedicinska specialiteten (1972-83) och från Smärtsektionen/ Anestesikliniken (nuvarande Tumör och Trauma sektionen inom ANOPIVA) under åren 1983-2012. Erfarenheter, som förutom att de åskådliggör ett kuratorsperspektiv utgör ett intressant exempel på hur verksamheter, som vi idag tar för självklara, har vuxit fram och utvecklats genom ett idogt förändringsarbete som berört flera olika samhällsstrukturer och kommit patienterna till nytta. Min ambition är att gestalta hur två av Karolinska Sjukhusets kliniker omsatte ett bio-psyko-socialt perspektiv i praktiken, på ett sådant sätt att det fick stor betydelse även på nationell nivå. Under årens lopp har det samlats många sådana berättelser inom kuratorens verksamhetsfält på sjukhuset.

Lungmedicinska kliniken

Syrgasbehandling i hemmet är idag en accepterad behandlingsform där bedömnings- och ordinationsansvar inom vårt landsting finns förankrat vid Syrgasmottagningarna på de Lungmedicinska klinikerna. Min berättelse utgör kuratorsperspektivet på kampen för att komma dit. Det fordrades många skrivelser, möten och utredningar och tog många år.

Syrgasbehandling i hemmet som vårdform vid kronisk respiratorisk insufficiens blev, från mitten/slutet av 70-talet, allt vanligare. Till detta bidrog ökad vetenskaplig kunskap. Detta sammanföll ungefär med att jag började min anställning på den lungmedicinska kliniken eller thoraxmedicin, som man då sade. Jag fick snabbt bli varse att det var mycket komplicerad process att få denna behandlingsform till stånd – såväl medicinskt som psykosocialt och

administrativt. Intressant är att anledningen till att kurator blev involverad i dessa ärenden var just pga. den "administrativa" problematiken. Kanske är det egentligen mer rätt att säga den socioekonomiska problematiken. Det var först när jag utifrån ett kuratorsperspektiv varit involverad i ett antal ärenden, som den psykosociala dimensionen uppdagades, men mer om detta här nedan.

Varför behövdes kurator? Jo, det behövdes kontakter både med politiker, producenter, leverantörer, hjälpmedelscentraler (landstinget), socialförvaltningar (inte alltid men ofta) och hyresvärdar för att det hela skulle gå i lås. Visserligen trädde den 1 november 1974 Socialstyrelsens kungörelse om tillämpning av läkemedelförordningen på medicinska gaser i kraft (MF 1974/38); medicinsk gas betraktades från och med detta datum som läkemedel som kunde skrivas ut på recept, återlämnas och inlämnas på apotek.

Men, eftersom det handlade om en avancerad behandling som skulle bedrivas i hemmet ställdes stora krav på "överförande av kunskap" till patient, anhöriga, primärvård och andra samhällsliga instanser (apotek, brandmyndigheter). Kontaktansvaret lades på mig som kurator. I början av 70-talet fanns, varken för patienter eller för behörig vårdpersonal, någon enhetligt utformad "åtgärdsstruktur", vilket gjorde att vilsenheten inför varje nytt ärende kändes ganska betungande för alla inblandade parter. Jag vågar nästan påstå, att situationen var en aning kaotisk!! Att syrgas skulle betraktas/behandlas som läkemedel "drabbade" apoteken som en chock! Hjälpmedelscentraler med klassificerade riktlinjer för vad som bidragsberättigade hjälpmedel fanns ännu inte.

Det första PM:et utarbetades av dåvarande bitr. överläkare Gunnar Boman, underläkare John Grubbström och kurator Berit Magnusson (nu Björkman). Först gällde behandlingen ca 500 personer i hela Sverige och från kliniken högst ett par patienter per år. I vår nästa informationsskrift, "*Syrgasbehandling i hemmet*" (1982), uppskattade jag att antalet ökat till 6 - 8 patienter/år. Sistnämnda skrift kom att stå modell för likande PM vid andra lungkliniker ute i landet. Svensk Lungmedicinsk förening (SLMF) tillsatte tidigt en rikstäckande arbetsgrupp "*Syrgasgruppen*", där varje lungklinik i landet hade en läkare representerad. Undertecknad, som arbetat mycket med syrgasbehandlingen, fick också förmånen att delta i detta banbrytande arbete och tillsammans med överläkare Ingela Sjögren och dr Carl-Henrik Eriksson representera Lungmedicinska kliniken, KS. Gruppen träffades regelbundet och gav ut en lärobok/skrift. Detta "samlade grepp" kring en komplicerad behandlingsform var avgörande för utvecklingen av dagens smidiga och medicinskt adekvata vård för denna svårt drabbade patientgrupp.

Följande mening i läkemedelsförordningens inläga: "*Distributionen av den medicinska gasen sker dock direkt från tillverkaren till kunden och ej via apotek (MF 1974/38)*" fick också en avgörande inverkan på behovet av kuratorskontakt. Detta var den egentliga inträdesbiljetten för mig till denna patientgrupp. Som kurator fick jag här en mycket viktig roll i förändringsarbetet. Till en början kunde bara syrgasen tillhandahållas genom stora tunga gastuber, ibland direkt från Aga ibland från Stilles. När det gällde tillbehör som regulator med fingergraderad manometer och fuktflaska och engångsmaterial, och inte minst den s.k. behållarkärnan, blev det också ett sökande och förhandlande med olika tillverkare. Det föll sig naturligt att som kurator undersöka och underlätta för patienten (och vårdpersonalen), hur behandlingsformen praktiskt skulle "konkretiseras" i hemmiljö.

En dygnsförbrukning av syrgas kunde uppgå till 960 liter och eftersom en ordinär tub för hemmabruk OTC 10 på den tiden innehöll 2000 liter kunde den räcka cirka två dagar och patienten skulle alltså behöva 2 tuber var fjärde dag. Många förbrukade än mer och detta kunde bli mycket kostsamt för patienten. Kostnaderna påverkades även på ett olyckligt sätt av vilken stadsdel eller kommun patienten bodde i. Det blev att "ringa, kontakta, fråga, utreda..."

på så många plan. Dit hörde täta och givande kontakter med Apoteksbolaget liksom med det för patienten aktuella apoteket, Handikappsinstitutet, Brandmyndigheter, Spri, AGA, olika tillverkare av oxygenkoncentratorer.

Inte minst tog vi (läkare, kurator och sjuksköterskor) initiativ till många skrivelser och till dialog/möten med landstingets politiker och andra beslutsfattare under dessa år. Jag har bevarat skrivelser till landstingsrådet Ruth Kärnek från november 1973 och till Bo Klasson, Hjälpmedelsektionen, Karolinska Sjukhuset från april 1976. Skrivelserna behandlades seriöst och ledde till ”små steg i taget”. Vid mitten av 80-talet anförtröddes dr Elisabeth Ihre, sjuksköterska Gunnel de Forrest och undertecknad ett speciellt ”syrgasansvar” på kliniken. Vi utarbetade en **Syrgaspärm** som skulle finnas på varje avdelning och för vilken vi hade ansvar att hålla uppdaterad vad gällde rådande praxis såväl medicinskt som administrativt. Det nära samarbete mellan lungmedicinska kliniken och cheferna på NVSO (Löwenströmskas) och NÖSO (Danderyds) Hjälpmedelscentraler som med åren utvecklats förhindrade ett riskfyllt förändringsförslag från landstingsledningen att sprida ut förskrivningsrätt och syrgasutrustning på varje vårdcentral. Reaktionerna blev kraftiga från såväl lungmedicin, hjälpmedelscentraler primärvård och ett möte anordnades. Ett kuriosum värt att nämnas är en av klinikens läkare vid ett tillfälle blev uppringd av en ”förskrämd” apotekare, som hade att hantera ett recept på syrgasbehandling i hemmet: *”då patienten hade svårt andas på höga höjder samt ofta var starkt ångestriden...”*

Så småningom betonades vikten av att den ”ordinerande kliniken”, som skulle vara en lungklinik, hade ansvaret att se till att såväl patient som anhöriga var väl införstådda med behandlingen och dess syfte. Vikten av att även kurator, sjukgymnast, sjuksköterska och teknisk expertis finns med för att skapa kunskap och trygghet för patienten betonades och blev till ett accepterat förhållningssätt. Till slut kom ett nytt Förvaltningsmeddelande (1984-07-26). Viktiga punkter i detta meddelande var: *”Patientens förmåga att acceptera, förstå och handha oxygenbehandlingen skall värderas. Rökstopp är en förutsättning, då fortsatt rökning motverkar behandlingen och dessutom innebär en säkerhetsrisk... Det är viktigt att man... både via samtal och via blodgaskontroller undersöker hur patienten använder sig av, och tillgodogör sig oxygenbehandlingen...”*

Men den verkligt radikala förändringen, som innebar (innebär) att syrgasbehandlingen idag så starkt kan bidra till att höja livskvalitén för patienterna, den lät vänta på sig ett tag till, åtminstone i vårt eget landsting - jag tänker på när oxygenkoncentratorerna blev ett självklart (och bidragsberättigat) förstagångsval.

Jag vill avsluta med att fokusera på **de viktiga psykologiska aspekterna** i patientens situation. De förluster och den ångest patienten hade att hantera i den förändrade livssituation han/hon kastades in i (och där till och med vården ”vibbade” om inte oro så åtminstone en stor portion osäkerhet) blev mycket snart för mig en realitet av stor dignitet. I det kompendium/de riktlinjer jag fick till uppgift att utforma, där det i början på 70-talet fanns ett särskilt avsnitt, som lyfte fram vikten av: *”... detta att vara beroende av något tekniskt för så fundamentalt som att kunna andas – det är ett psykiskt trauma... denna ångest måste alltså ses och kännas igen av vårdpersonalen innan patienten skrivs hem... Det är ett oundgängligt krav om syrgasbehandlingen ska bli meningsfull...”*

Många år senare, när jag slutat på lungkliniken ”bekände” två av varandra oberoende läkare: *”... att det där du skrev om psykiskt trauma... det tog jag inte så allvarligt... tänkte mer, typiskt Berit... men ju längre jag arbetar med dessa patienter och deras situation, desto mer förstår jag hur rätt du hade... och inte bara för dessa patienter.”*

Smärtsektionen vid Anestesi- och Intensivvårdskliniken

Jag väljer även här att beskriva min erfarenhet av hur ny kunskap helt ”handgripligen” blir till konsensus på ett helt sjukhus/i ett helt land genom att det finns pionjärer: människor med öppna ögon och öron, mod (inte minst tålamod), som startar och fullföljer ett förändringsarbete. Som kurator fick jag möjlighet att delta i detta förändringsarbete.

På Karolinska Sjukhuset kallades pionjärerna inom smärtbehandlingens område för ”trojkan”. Trojkan bestod av överläkare Staffan Arnér (Anestesikliniken); överläkare professor Björn Meyersson (Neurokirurgiska kliniken) och professor Ulf Lindblom (Neurologiska kliniken). Staffan Arnér, som kom att bli min chef och sedermera min vetenskapliga handledare, hade tidigt intresserat sig för smärtbehandling, och efter att 1976 ha auskulterat hos John Bonica i Seattle, ”smärtklinikernas Mecka” etablerade han en särskild enhet inom kliniken med smärtbehandling i fokus. Detta var då i sitt slag unikt i Sverige. Trojkan bedrev ”intern vidareutbildning” genom att regelbundet besöka olika kliniker på sjukhuset och sprida kunskap om smärtbehandling genom informella föreläsningar vid tidpunkter, som passade klinikens läkarkår.

Min egen tjänst på Smärtsektionen har följande bakgrund: våren 1983 beskrev överläkare Ingela Sjögren under en sitttrond på lungkliniken avd 7 det budskap Staffan Arnér föreläst om *”... han tycker att de flesta kliniker remitterar sina patienter för sent till hans verksamhet... det är inte lätt att åstadkomma adekvat smärtlindring, när patienten är nästan moribund...”* Ingela summerade: *” Vi får skärpa oss... bli mer observanta och remittera vidare när en svår smärtproblematik kanske är under uppsegling”*. När vi sedan fortsatte rondens genom att gå runt på avdelningen, var vi just så observanta och ”upptäckte” patienten, som jag väljer att kalla **Bankmannen** och vars fall finns beskrivet i mitt kapitel i Mads Werners bok sid 68 (8). Han hade en nydiagnostiserad lungcancer – hela gestalten präglades av såväl ångest som smärta: höger axel högt och stelt uppdragen., anletsdragen slutna till ett tyst lidande. Han ville bara hem så fort som möjligt... ansvarsfullt arbete i viktigt skede... nej han hade **inte** ont... nej han ville absolut **inte** ha starkare mediciner, ville inte bli ”dissig”, nej han behövde **inte** ha kuratorskontakt, hade inga som helst sociala problem, osv ... Detta var vårt första möte, som inträffade veckan innan jag skulle få möjligheten att lära mig mer om smärta, smärtanalys och smärtbehandling. Den relativt nystartade Scandinavian Association for Study of Pain (SASP) skulle nämligen ha sitt andra möte i Esbjerg i Danmark maj 1983. Detta var en för mig helt okänd organisation, tills jag en dag blev uppringd av psykolog Anna-Maria Carlsson, Sveriges första disputerade psykolog inom smärtområdet (hon tjänstgjorde då på enheten Fysikalisk Medicin, som sedermera blev Karolinska Sjukhusets Rehabiliteringsklinik). Hon hade fått i uppdrag av SASP's styrelse att invitera en föreläsare kring ämnet ”Psykosociala aspekter på cancersmärta” och hänvisats till mig. Jag antog den utmaningen och föreläste. Och några dagar efter hemkomsten ringde Staffan och frågade om vi kunde ha ett samarbete kring lungcancerpatienter med smärta. Han hade med sitt visionära seende och sin kunskap om smärtans många uttrycksformer länge saknat en ”psykosocial” förbindelselänk mellan sin egen verksamhet och de remitterande klinikerna. Docent Gunnar Unge, som då var klinikchef på lungkliniken gav oss sitt ‘Carte Blanche’. Det blev ett spännande samarbete som, utmynnade i en artikel i Läkartidningen (9).

Bankmannen, blev den första patienten i vårt samarbete. Vid hemkomsten från Esbjerg sökte jag åter upp honom för ett andra möte och fick då möjlighet tillämpa något av den kunskap jag tillägnat mig. Hemgång var planerad men hans kroppshållning och ansiktsuttryck vittnade fortfarande om stark smärta. Han vägrade fortfarande att ta emot mer potenta analgetika och

var överhuvudtaget ”gränssättande” mot personalen. Att åse hans lidande utan att kunna/utan att få ”göra något” kändes mycket otillfredsställande för avdelningspersonalen. Min ”förmenta” anledning till kontakten denna gång var ”standardsamtal” inför hemgång. Patientens motstånd till kuratorskontakt var uppenbar! Han hade ”*som han redan sagt*” varken äktenskaps- eller alkoholproblem! Hur problematiken än ser ut, så är kurators främsta verktyg i det initiala skedet, att med samtalets hjälp skapa en relation, där patienten får bli sedd som den han/hon är (eller vill vara) och problemet tydliggörs utifrån just *detta* perspektiv. Bankmannen var en framgångsrik yrkesman, mån om sin integritet och med stort kontrollbehov både vad gällde yrkesliv och privat. Lungcancer i sig var ett tillräckligt stort hot mot hans identitet, att tänka sig att inta morfin och ”*förlora kontrollen helt*” var uteslutet. Nu fick jag använda min nya kunskap om smärta och smärtbehandling. Jag berättade om konferensen i Esbjerg, vetenskapens nya rön på smärtans område, som jag uppfattat det: att obehandlad svår smärta i sig är farlig och nedbrytande; att när det finns en fysisk orsak till smärtans uppkomst så blir man inte beroende... osv.... osv.. och mitt förslag var att avdelningsläkaren skulle få göra en remiss till sjukhusets Smärtsektion för att få en smärtanalys till stånd. Han gick med på detta. Och kunde efter några dagar skrivas ut till hemmet – med smärtan helt under kontroll. Det blev ett tredje möte några månader senare, ett mycket kort, men mycket, mycket meningsfullt för både patient och anhöriga. Patienten var då döende. Detta har jag berättat om på annat ställe (8).

1987 hade insikterna om behovet av att kvalificerad kunskap kring smärta och smärtbehandling, ska finnas tillgänglig, för alla kliniker på KS och berörda upptagningsområden vuxit fram. Staffan Arnér fick därför förtroendet och mandatet att utöka Smärtsektionens verksamhet inom Anestesi- och Intensivvårdsklinikens ansvarsområde. Till sitt team knöt Staffan förutom fler läkar- och sjukskötersketjänster, fysioterapeut, kurator och sekreterare. Vårt tidigare samarbete utvecklades nu till fast tjänstgöring.

Staffans framgångar berodde inte enbart på hans medicinska sakkunskaper utan också på en genuin förmåga att på allvar och i kliniken fånga in och understryka det psykosociala skeendets betydelse för hur smärta upplevs och manifesteras hos den drabbade människan. Utifrån en för samtiden osedvanlig klarsyn arbetade han för att öka kunskapen kring, hur ett psykosocialt ansvar skulle förvaltas. Detta avtäcktes, inte minst genom den arbetsbeskrivning Staffan utformade för kuratorsfunktionen, där förutom detaljerad beskrivning av önskat patientarbete också kuratorn betydelse för såväl undervisning som forskning - och utvecklingsarbete, framgick. Att denna arbetsbeskrivning var noga genomtänkt och inte ”en läpparnas bekännelse”, tydliggjordes genom att den reviderades vid två tillfällen genom tillägg i samråd med professor Sten Lindahl respektive docent Lars Irestedt och möjliggjorde för mig dels att genomföra magisterstudier (10) och dels 2001 registrera mig som doktorand, då min tjänst konverterades till 50 % klinik och 50 % forskning och utveckling. Sistnämnda delen skulle huvudsakligen ägnas åt mitt planerade doktorandprojekt, vilket sedermera avslutades med en disputation våren 2012 (11).

Betydelsen av att sprida de nya forskningsrönen, nödvändigheten av multidisciplinär handläggning av komplicerade smärttillstånd och behovet av ökade kunskaper om smärtanalys och farmakoterapi, präglade hela sektionens verksamhet. Otaliga var också de föreläsningar och konferenser, såväl regionalt och nationellt där jag fick förmånen att tillsammans med Staffan och andra etablerade smärteexperter framföra ovanstående budskap. Ett viktigt förändringsarbete, som Staffan initierade var tillkomsten av ett *Vårdprogram kring patienter med extremitetsamputation*. I början av 2000-talet skapades en arbetsgrupp på Karolinska Sjukhuset. Denna arbetsgrupp blev genuint multidisciplinär till sin sammansättning. Där fanns anestesiloger, endokrinologer och ortopedier representerade.

Även den nödvändiga rehabiliteringssidan var representerad med läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter från Röda Korsets sjukhus liksom en ortopedingenjör från Danderyds sjukhus. Gemensamt för alla oss som ingick i denna grupp var, att vi utifrån olika perspektiv, hade erfarenheter av att vårdssituationen kring denna patientgrupp inte var optimal. Även om vi alla gjorde vårt bästa inom vardera specialiteten. Målsättningen var att skapa ett bättre omhändertagande genom ett strukturerat samarbete mellan de olika specialiteterna. Vi började med att belysa patientens problematik utifrån våra respektive perspektiv, skapade en acceptans för våra olika klinikers förutsättningar och skapade en stark vilja att överbrygga de hinder som fanns för att utifrån en gemensam syn åstadkomma ett professionellt och tryggt förlopp för patienten från beslut - till amputation – till rehabilitering – till hemgång i god funktion. 2004 var dokumentet klart och fanns att läsa på Karolinska Sjukhusets hemsida. Dokumentet förnyades 2007 med hänvisning till sammanslagningen av Solna och Huddinge. Samma personer ingick i arbetsgruppen men chefsjuksköterska Sue Mellgren (Endokrinologiska kliniken) och jag anförtroddes huvudansvaret för omredigeringen. Under 2007 fanns det nya dokumentet klart med förnyat namn: "Vårdkedjeprogram för benamputationer. Från beslut till rehabilitering." Dokumentet fanns att läsa på www.vardhandboken.se/kliniskariklinjer och som redaktörer blev vi under några år kontaktade med frågor av vårdarbetare ute i landet.

Staffan Arnér's betydelse för smärtvårdens utveckling i Sverige går inte att nog uppskatta. Han lyfte i alla sammanhang smärtanalysens betydelse. Ingen behandling utan noggrann analys. Han konstruerade t ex. ett flödesschema att ha som underlag vid utredning av cancersmärta (9), där det fanns en liten ruta för "Psykologisk-social interaktion", som legitimerade kuratorns deltagande i denna process. Utifrån såväl våra gemensamma kliniska erfarenheter som min egen forskning stod det mer och mer klart för mig: (a) analysen måste ske i dialog med patienten; (b) den "lilla rutan" egentligen utgör en slags grund för alla där ingående processer och skulle istället benämnas: "det socio-kulturella ramverket".

Avslutningsvis: 70-talets forskningsrön kring smärtan sammanföll ungefär i tiden med det bio-psykosociala tänkandet överhuvud taget kring sjukdom och sjukdomars uppkomst. Detta har stor betydelse för dess genomslagskraft och påverkan allmänhetens intresse. Ett tydligt bevis för detta, finner man i det faktum, att Staffan Arnér, i Läkemedelsboken 93/94 under avsnittet SMÄRTA lyckades få in ett kapitel "*Smärtbehandling – psykosociala och vårdsociologiska aspekter.*", där "hans" kurator är författare. Detta kapitel återkom aldrig utan blev symtomatiskt nog en engångsföreteelse.

Staffan avled i jun 2016 efter en lång tids sjukdom. Staffan var en gigant inom sitt område och äras den som äras bör!

Akutkurator - Karin Aluko



Karin Aluko

Socionom 1979. Kurator, KS 1979-2003.
Från 2004 sektionschef för kuratorer; nu
funktionsenhetschef, socialt arbete inom hälso- och
sjukvård inom Trauma och Reparativ medicin.
Vidareutbildning 60 hp på avancerad nivå.
Haft fackligt förtroendeuppdrag och arbetat heltid som
facklig sekreterare för Akademikerförbundet SSR, SLL
Ansvarig för den psykologiska katastrofledningen (PKL) på
KS Solna sedan 2008 och fortfarande.

Jag vill kort sammanfatta mina tjugo år som kurator på Karolinska sjukhusets akutmottagning. I mitten av 70-talet, då i form av ett projekt, hade KS gjort ett försök med anställd kurator på akutmottagningen. Projektet handlade om att fånga upp och ha samtal med personer som tagit överdoser för att de inte, av olika anledningar, ville leva. När projektet var slutfört insåg chefkurator, att det fanns en rad arbetsuppgifter och behov på akutmottagningen, som ingen profession riktigt ägnade sig åt. Under 70-talets senare del anställdes en kurator för akutmottagningens patienter och jag innehade uppdraget i 20 år från 1979.

Som akutkurator utrustades jag med en personsökare och kallades till akuten för diverse göromål samtidigt som jag i början servade också andra vårdavdelningar. För kuratorn var akutvärlden då ett relativt outforskat område. Mestadels var det ensamma människor med diverse livsproblem och äldre med svårighet att klara sig själva i hemmet som jag kontaktades för att "ordna för". Våld och misshandel förekom då som nu, men det var inte självklart att kurator skulle engagera sig i dessa fall såsom det sedermera blev. Längre fram kom akutkuratorer att driva frågan om detta, som då kallades kvinnomisshandel. Alla akutkuratorer i Stockholms län deltog i Länsstyrelsens projekt "Myndighetssamarbete vid kvinnomisshandel", ett samarbete mellan polis, socialtjänst och sjukvård, som ledde till program för bättre omhändertagande och ökad kunskap. Som kurator på akuten fick jag också jobba med patienter som hade alkoholproblem. Det hade alltid kommit in några under kvällen/natten och de fick sova på madrass på golvet. På morgonen efteråt kunde vissa, efter remiss, bli inlagda på dåvarande Alkoholkliniken. Det var akutkuratorns uppgift att delta i remissronden kl 9.00 och förespråka inläggning. De som inte hade turen att få en plats på Alkoholkliniken, fick jag försöka hitta andra lösningar för.

Ett område, som ganska snart uppdagades vara viktigt för kurator att engagera sig i, var stöd till anhöriga vid plötsliga dödsfall. Anhöriga erbjöds kontakt med kurator i efterförloppet och många anhöriga efterfrågade detta stöd. Ganska snart blev uppföljning av anhöriga efter dödsfall en självklar arbetsuppgift för akutkuratorn.

Personalen uttryckte sin otillräcklighet och ville ha stöd och hjälp i dessa situationer. Det var inte lätt att som ung och ny undersköterska t ex att ta emot anhörigas ångest och kraftiga känslouttryck. Att stå med anhöriga vid den dödes bår väckte mycket känslor och sen skulle man ut igen och ta hand om annat på akutavdelningen. Personalen började vända sig mer och mer till kuratorn för stöd och hjälp. Tillsammans med klinikläraren började vi från kuratorsverksamheten bygga upp en verksamhet med utbildning för personalen. Vi drog upp riktlinjer för ett gott omhändertagande av patienter och anhöriga i olika situationer. Det handlade om patienters och anhörigas reaktioner i akut kris men också om reflektioner över sina egna känslor i dessa situationer. Vi införde ett arbetssätt där särskilda anhörigmottagare utsågs, vilka fick utbildning i omhändertagande och också hade möjlighet att tillsammans med kurator, sitta ned och ventilera svåra situationer de hade mött i sitt arbete. Så småningom också utvecklades en kamratstödjarverksamhet på de akuta verksamheterna, där personalen själva i samarbete med kuratorn kunde ge varandra stöd för att orka med alla tunga ärenden. I samarbete med chefkurator utbildade jag ett hundratal kamratstödjare på sjukhuset.

PKL- psykologisk katastrofledning - Karin Aluko

Den psykologiska katastrofledningsorganisationen kom till på Karolinska sjukhuset i slutet av 80-talet. När svenska ungdomar hade förolyckats i en bussolycka i Norge insåg samhället på allvar att vi måste ha en katastrofberedskap för svårt skadade och deras anhöriga. På Karolinska sattes en grupp samman bestående av chefkurator, vuxenpsykiater, barnpsykiater, psykolog och sjukhuspräst. Gruppen drog upp riktlinjer för hur man skulle arbeta i händelse av en svår olycka på sjukhuset. Redan 1991 fick man testa gruppen då en SAS-plan kraschlandade i Gottröra. Efter den händelsen fick man erfarenheter och PKL-gruppen utvecklades ytterligare. I början var det psykiatrin som koordinerade gruppen med chefkurators bistånd. En stor grupp krisstödjare utbildades, som skulle finnas i beredskap vid allvarliga händelser. En stor del av krisstödjarna var just kuratorer och detta är ingen slump. Att just kuratorer lämpar sig väl för katastrofarbete beror bland annat på att de är socionomer med kunskap om samhällets resurser och vana vid att arbeta med patienter och anhöriga i akuta kristillstånd. Varje dag på sjukhuset arbetar kuratorer med personliga katastrofer i det lilla formatet. Kuratorer blir rutinerade att bemöta och hantera psykiska stresstillstånd och kartlägga och åtgärda praktiska behov, vilket kommer väl till pass när den stora händelsen inträffar. Idag finns en välutbildad skara som har beredskap att ta om hand skadade och deras anhöriga. Det finns en PKL-grupp på Solnasidan och en på Huddinge.

PKL har en ledningsgrupp bestående av kuratorer, präster, psykologer och psykiater. Traditionellt har det varit chefkurator alternativt sektionschef inom kuratorsklinik som varit samordnare för PKL-verksamheten och är så även idag 2016. Ledningsgruppen har till uppgift att genom utbildningar och övningar hålla verksamheten i trim. Ledningsgruppen träffas regelbundet och går igenom gruppens roller vid en eventuell allvarlig händelse. Som PKL-ledare är jag ledamot i katastrofledningskommittén och deltar i möten och övningar samt ansvarar för att krisstödjare utbildas kontinuerligt vid utbildningar som ges varje termin. Jag deltar också i möten med Enheten för Katastrof Medicinsk Beredskap (EKMB) och träffar övriga PKL-ledare i länet. PKL-ledningen ansvarar också för att krisstödspersonal som arbetat i skarpt läge ges uppföljning och avlastande samtal vid behov.

PKL-grupperna har testats i skarpt läge vid två större katastrofer – Estoniakatastrofen 1994 och Tsunamikatastrofen 2004 – men har även deltagit i allvarliga händelser av något mindre format t ex Stureplansmorden 1994. Den senare betingade dock en stor insats för PKL eftersom ett stort antal ungdomar kom till sjukhuset och många hade varit på restaurangen, där skjutningarna ägde rum. Estonias förlisning medförde också stora insatser för PKL. I en stödlinje – Kriscentrum på KS - besvarades 756 samtal. Vi som arbetade med stödlinjen ringde även i efterförloppet upp alla personer som under katastrofveckorna ringt ungefär 5000 samtal till färjeterminalen för att fråga efter närstående och vänner (12). Vid Tsunamikatastrofen pågick PKL-arbetet under tre veckor fast det medicinska katastrofläget för sjukhuset var avblåst långt tidigare.

FoUU för kuratorer tar fart – Catharina Gåfväls & Mariann Olsson



Catharina Gåfväls

Socionomexamen 1981. Utredare lärare på Landstingets Undervisnings Centrum för Diabetes (LUCD) 1996-2004. Forskningsledare för kuratorer på KS Solna 1999-2014. Utredare och lärare på Centrum för allmänmedicin, SLL och KI 2004-fortfarande. Med dr, Umeå universitet, 1997 Docent vid KI 2012. Adjungerad lektor vid KI 2003-14, numera affilierad till KI.



Mariann Olsson

Socionomexamen 1969. Kurator, Södersjukhuset, Huddinge, KS 1969-2004. FoUU-chef, Kuratorskliniken, KS 2004-12. Med dr, KI, 1994. Docent i Hälso- och sjukvårdsforskning vid KI, 2010. Lektor samt Sektionschef, Socialt arbete vid Institutionen för NVS, KI, 2010-14. Initierat och koordinerat Nationellt forskarnätverk för socionomer inom Hälso- och sjukvård.

Vid Kuratorskliniken på Karolinska Universitetssjukhuset finns i skrivande stund (2016) en akademisk enhet som tillhör Karolinska institutet – Sektionen för socialt arbete inom Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle (NVS). Denna enhet förestås av adjungerade professorn Kerstin Fugl-Meyer. Nedan skriver vi kort om vägen dit.

Kuratorerna på Karolinska sjukhuset deltog tidigt i utvecklingsarbetet på de kliniker där de tjänstgjorde, vilket tydligt har framgått i av ovanstående. Det fanns dock inte så gott om seniora forskare med handledningskompetens. *Mariann Olsson*, forskningsledare för kuratorerna på Huddinge Universitetssjukhus hade disputerat vid KI 1994 (13) och bildade tillsammans med f d kuratorn vid Danderyds sjukhus Birgitta Sandén Eriksson som samma år disputerat vid Stockholms Universitet, ett nationellt forskarnätverk för kuratorer år 1995. Inom detta nätverk, som lever än, hölls i början regionala forskningsseminarier. I Stockholmsregionen formade vi en seminariegrupp som blev betydelsefull för den livaktiga kuratorsforskningen i Stockholm. Nätverket – och dess Stockholmskuratorer – var senare aktiva i skrivandet av den första läroboken i Socialt arbete i hälso- och sjukvård (14). Den kom ut först 20 år efter nätverkets bildande.



Catharina Gåfvells, som disputerade 1997 vid Umeå Universitet med avhandlingen "The people behind the disease: a population-based study of life adjustment to insulin-treated diabetes" (15) anställdes i Stockholm på Landstingets UndervisningsCentrum Diabetes (LUCD) 1996 (se Kristina Ranés avsnitt). Hon bildade ett nätverk för kuratorer och psykologer inom diabetesvården och hennes kompetens kom särskilt att användas för uppbyggnad av kuratorsforskningen vid Karolinska Sjukhuset. En förfrågan från chefkurator Mai Markström kom till Catharina Gåfvells om handledning av projekt på KS. En ansökan till Forskningsnämnd Nord/ FoUU-kommittén om forskningsledarresurs för kuratorer på KS gav till resultat att Catharina Gåfvells från och med 1999 kunde förordnas som forskningsledare på 50 %. Samma år invigdes också "FoUU-enheten för kuratorer på KS". Forskningsledarförordnandet förnyades även för ytterligare en period. Två större forskningsprojekt startades för att skapa kunskap om den psykosociala situationen för patienter med nydebuterad Reumatoid Artrit och med Diabetes Mellitus och om kuratorsarbetet med dessa patienter (se även Kristina Ranés avsnitt).

Efter sammanslagningen med Huddinge Universitetssjukhus genomfördes ett FoUU-år 2007/08 för alla kuratorer och därefter har flera utbildningar i forskningsmetodik hållits. En dokumentations- och utvärderingsmodell har byggts upp. Catharina Gåfvells har lett arbetet med utveckling och utbildning av denna modell.

Åtskilliga magisteruppsatser har skrivits av kuratorer från Karolinska sjukhuset genom åren. De "Solnakuratorer" som hittills disputerat är Ann-Sofie Åsander (2010) (16) och Berit Björkman (2012) (11). Doktorander vid Karolinska Institutet och f d kuratorer vid KS är också Charlotte Klinga och Tina Lundberg, som båda genomfört halvtidsseminarium under 2016. För en resumé av kuratorernas FoUU-aktiviteter efter "sammanslagningen" hänvisar vi till skriften "*FoUU och Socialt arbete - till nytta för patienter och närstående* – del II (17).

Efterord

Det här dokumentet ger författarnas perspektiv på kuratorsverksamhet vid Karolinska Sjukhuset. Vi författare och de kuratorer som omnämnts i texterna är givetvis inte de enda kuratorer som har verkat under Karolinska sjukhusets tid. Du som läser detta dokument kan säkert minnas dina möten/ditt samarbete med någon av sjukhusets många kuratorer.

När fusionen av Stockholms båda största universitetssjukhus skedde inom Stockholms läns landsting beslutade sjukhusledningen 2004, att kuratorerna (liksom arbetsterapeuter, sjukgymnaster och dietister) skulle bilda egna kliniker, för att på bästa sätt nå kvalitet, evidensbaserad praktik, förstärkt FoUU och reducerade kostnader. Den nya Kuratorskliniken startade formellt sin verksamhet 1 okt 2004. Verksamhetsutvecklingen inom Kuratorskliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset under åren 2005-2013 finns beskrivna i en minnesskrift (17).



S j u k h u s p a r k e n - p l a t s f ö r r o o c h e f t e r t a n k e

Referenser

1. Stockholms län. Landstinget/Ersta diakoni. *Att arbeta med människor i kris, och i krisens närhet: uppsatser och handlingsprogram i psykosocialt behandlingsarbete. 1: Livets början*. Stockholm: Stockholms läns landsting; Ersta diakonisällskap, 1989.
<http://libris.kb.se/bib/9447526?vw=full>
2. Yrkesföreningen Socionomer för döva och hörselskadade. *Nätverk för spetskompetens. Berättelsen om YSDH, 40 år*. Författares Bokmaskin, Stockholm, 2011.
3. Rane K, Wajngot A, Wändell PE & Gåfvels C. Psychosocial problems in patients with newly diagnosed diabetes: number and characteristics. *Diabetes Res Clin Pract* 2011; 93(3): 371-378.
4. Gåfvels C, Rane K, Wajngot A & Wändell PE. Follow-up two years after diagnosis of diabetes in patients with psychosocial problems receiving an intervention by a medical social worker. *Social Work in Health Care* 2014; 53: 584-600.
5. Rane K & Gåfvels C. What social work measures should be given priority when working with people who have newly diagnosed type 1 and type 2-diabetes? (in manuscript 2016).
6. Gåfvels C, Hägerström M, Rane K & Wändell, P. (2016). Coping strategies among patients newly diagnosed with diabetes or rheumatoid arthritis at baseline and after 24 months. *Journal of Health Psychology* · May 2016 DOI: 10.1177/1359105316648759
7. Christiansson G, Hägerström M, Larsson B-M, Nived K. Reumakuratoren. I Leden I & Nived O (red) *Svensk Reumatologisk Förening 50 år – Jubileumsbok*. Solna: SmithKline & Beecham Pharmaceutical AB, 1996 sid 139-146.
8. Björkman B. Psykosociala och vårdsociologiska aspekter i Mads Werner och Ido Leden (red.) *Smärta och smärtbehandling*, 2:a upplagan, sid 68 – 76. Stockholm: Liber 2010
9. Arnér S. Analgetikaresistent cancersmärta. Nya forskningsrön kan delvis förklara otillfredsställande analgetikaeffekter. *Läkartidningen* 1985; 6:385-388.
10. Björkman B. "Men smärtan betyder allt och du kan aldrig förstå vad man säger". *En analys av tolv smärtpatienters berättelser om sin smärta*. Inst f socialt arbete, Socialhögskolan, Stockholms Universitet, 1998.
11. Björkman B. *Amputees' experience and descriptions of phantom phenomena – a quality study*. Thesis for doctoral degree (PhD), Karolinska Institutet, 2012
<https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/41027>
12. Markström, M & Lundin T. Psykosocial stödverksamhet. Hjälp till personer som ringde Karolinska sjukhusets telefonjour. *Läkartidningen* 1997; 13:1195-8
13. Olsson M. *Social support in bereavement crisis – interaction between hospital staff and bereaved relatives*. Doctoral thesis, Karolinska Institutet, 1994.
14. Gåfvels C. *The people behind the disease: a population-based study of life adjustment to insulin-treated diabetes*. Doctoral thesis, Umeå University, 1997.
15. Lalos A, Blom S, Moren S, Olsson M (red). *Socialt arbete i hälso- och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur, 2014.
16. Åsander AS. *HIV-infected African parents living in Stockholm, Sweden: Social networks, disclosure, parenthood, and knowledge about HIV-transmission*. Doctoral thesis, Karolinska Institutet, 2010. <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/38544>.
17. Olsson M & Strand B. *FoUU och Socialt arbete - till nytta för patienter och närstående Minnen och reflektioner kring uppbyggnad av FoUU vid Kuratorskliniken, Karolinska universitetssjukhuset*. Rapport. Kuratorskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, 2015.